

*ANA CATARINA TAVARES DE ARAÚJO ELIAS*

**PROGRAMA DE TREINAMENTO SOBRE A  
INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA RELAXAMENTO,  
IMAGENS MENTAIS E ESPIRITUALIDADE (RIME)  
PARA RE-SIGNIFICAR A DOR ESPIRITUAL DE  
PACIENTES TERMINAIS**

*Volume 1*

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas, para obtenção do título de Doutor em Ciências  
Médicas, área de concentração em Ciências Biomédicas.*

***ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JOEL SALES GIGLIO.***

(Professor Associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas / UNICAMP).

***CO-ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS  
PIMENTA.***

(Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo / USP).

***UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS***

***2005***



Esta Tese de Doutorado representa uma expressão do meu “Self”. Ao concluí-la sinto que finalizei um ciclo de minha vida. Agradeço a Deus, Supremo Arquiteto do Universo, e aos Mestres Espirituais, pelo privilégio e pela grande oportunidade de realizar este trabalho.

Agradeço também, com muito carinho, a todos que compartilharam do meu caminhar até esta etapa.

**FAMILIARES**

- Aos meus avôs maternos Carmen e Aníbal (*in memorian*) e avôs paternos Catarina e Elias (*in memorian*). Em especial à minha avó Carmen, minha madrinha e que cuidou de mim quando nasci, e à minha avó Catarina, que não conheci, mas de quem herdei o nome e muitas características de personalidade.
- O meu carinho e a minha gratidão aos meus pais, que me trouxeram a este mundo. À minha mãe Maria das Neves, que me ensinou a ter coragem para enfrentar os desafios da vida e ao meu pai Darcy Elias (*in memorian*), com quem aprendi a ser responsável e a ter compaixão.
- Aos meus irmãos e cunhados Carmen e Renato, José Henrique e Deise Mara, Maria Tereza e Pedro Paulo, por todas as experiências de amizade que compartilhamos na vida familiar e por todo o apoio.
- Aos meus queridos sobrinhos Luíza, Priscila, Guilherme, Francisco Felipe, Maria Laura e André, por todas as muitas alegrias que me trazem.
- À minha prima e irmã de coração Lílian Maria, que junto com o Mauro, seu marido, e o Bruno, seu filho, sempre esteve ao meu lado nas mais diversas circunstâncias e com cuja amizade e apoio, sempre pude contar.
- A todos os meus tios e primos (que são muitos), mas em especial à tia Maria Ângela, tia Carmen Dora, tia Vilma e “*in memorian*” do tio Moisés, da tia Maria e do tio Lauro; aos meus primos Carmem Sílvia, Lauro Jr, Beatriz, Paulo Sérgio, Francisco e Karla, pelo carinho e incentivo.



### **ORIENTADORES**

Os orientadores são nossos pais científicos. A minha gratidão ao Prof. Dr. Joel Giglio e à Profa. Dra. Cibele Pimenta, pois sempre pude contar com ambos, em tudo que precisei para o desenvolvimento deste estudo.

### **PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE PARTICIPARAM DESTA PESQUISA**

Os meus mais profundos e sinceros agradecimentos à enfermeira Edinaura Pereira de Souza, à médica Maria Goretti Sales Maciel, aos psicólogos Cristiane de Paula Felipe, Geneci Maria Moretti e Raúl Marques e à terapeuta Mara Wiegel pela inestimável colaboração. Ao aceitarem nosso convite para participar do Programa de Treinamento e nos esforços que empreenderam para informar-me sobre suas experiências, viabilizaram o desenvolvimento desta pesquisa.

### **PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE**

Aos diretores, coordenadores e professores do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio - CEUNSP (Itu) e das Faculdades Integradas do Instituto Paulista de Ensino e Pesquisa - IPEP (Campinas), por todo o apoio e incentivo no desenvolvimento e conclusão desta Tese.

Aos amigos e colegas da UNICAMP e de outras Universidades e Serviços de Saúde de todo o Brasil (impossível nomear a todos), principalmente os que trabalham nas áreas de Cuidados Paliativos, Dor, Oncologia, Psicologia da Saúde e Psicoterapia Junguiana, pelo interesse neste estudo, que, em muito, me incentivou.

### **PACIENTES E ALUNOS**

A todos os meus pacientes, desde o M., meu primeiro paciente, quando ainda era aluna do curso de Psicologia da PUC Campinas e a todos os meus alunos do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio - CEUNSP (Itu) e das Faculdades Integradas do Instituto Paulista de Ensino e Pesquisa - IPEP (Campinas), com os quais sempre aprendi e sei que continuarei a aprender.



*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,  
mas quando tocares uma alma humana, seja apenas  
outra alma humana”.*

***Carl Gustav Jung***





	<i>PÁG.</i>
RESUMO.....	<i>xxix</i>
ABSTRACT.....	<i>xxxiii</i>
CAPÍTULOS.....	37
1- INTRODUÇÃO.....	39
2- REVISÃO DA LITERATURA.....	47
2.1- Estudos sobre espiritualidade no Brasil.....	47
2.2- Espiritualidade e morte no cenário internacional da área médica.....	56
2.3- Estudos sobre intervenções terapêuticas com aspectos semelhantes à Intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME).....	75
3- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA ESPIRITUALIDADE ADOTADOS NO PRESENTE ESTUDO.....	93
3.1- Dor Espiritual.....	93
3.2- Bases teóricas para estruturação da Espiritualidade.....	94
4- OBJETIVOS.....	107
4.1- Objetivo geral.....	107
4.2- Objetivos específicos.....	107
5- SUJEITOS E MÉTODOS.....	109
5.1- Local e período.....	109
5.2- Sujeitos.....	109
5.3- Bases teóricas metodológicas.....	111



5.4- Procedimentos do Programa de Treinamento.....	119
5.5- Análise dos resultados.....	126
6- ASPECTOS ÉTICOS.....	131
7- RESULTADOS FASE 1 / CURSO DE CAPACITAÇÃO.....	135
7.1- Cronograma do Curso de Capacitação.....	135
7.2- Conteúdo das aulas.....	137
8- RESULTADOS FASE 2 / SUPERVISÕES.....	213
8.1- Compreender a experiência do profissional na utilização da Intervenção RIME.....	216
8.2- Ampliar a compreensão da natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.....	275
9- DISCUSSÃO.....	295
9.1- Discussão sobre as categorias relacionadas à compreensão da experiência do profissional no uso da RIME.....	295
9.2- Discussão sobre a compreensão da Dor Espiritual e a experiência de re-significação desta Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.....	308
9.3- Razões que levaram uma enfermeira a não aplicar a Intervenção RIME.....	313
10- CONCLUSÕES.....	317
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	321
ANEXOS.....	341
Anexos 1 até 10.....	343
Anexo 11 (Volume 2).....	365



- Experiências de Quase Morte (E.Q.M.)
- Escala Visual Analógica (E.V.A.)
- Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME)



	<i>PÁG.</i>
<b>Quadro 1-</b> Resumo sobre as pesquisas que abordaram a questão da espiritualidade no Brasil.....	42
<b>Quadro 2-</b> Resumo das clínicas que estão fazendo uso das Terapias Alternativas / Complementares.....	44
<b>Quadro 3-</b> Programa do Curso de Capacitação / Primeiro dia: 3ª feira, 27 de julho de 2004, das 9:00h às 17:00h.....	120
<b>Quadro 4-</b> Programa do Curso de Capacitação / Segundo dia: 5ª feira, 29 de julho de 2004, das 9:00h às 17:00h.....	120
<b>Quadro 5-</b> Plano de Aula do Curso de Capacitação para Profissionais da Saúde sobre a Intervenção Terapêutica para Pacientes Terminais: “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME)”.....	121
<b>Quadro 6-</b> Início da aplicação da RIME e dados numéricos sobre as Entrevistas de Supervisão.....	214
<b>Quadro 7-</b> Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos	215
<b>Quadro 8-</b> Resumo das Categorias e Subcategorias encontradas e o número de profissionais que se referiram ao tema desta Categoria no mínimo uma vez.....	217
<b>Quadro 9-</b> Mapa que indica como a Categoria “A Intervenção RIME facilita o manejo do vínculo terapêutico” foi encontrada.....	220
<b>Quadro 10-</b> Mapa que indica como a Categoria “A Intervenção RIME desperta, com frequência, sentimentos, percepções e emoções que sugerem maturidade psicoespiritual no profissional de saúde que a aplica” foi encontrada.....	233
<b>Quadro 11-</b> Mapa que indica como a Categoria “Os profissionais que aplicaram a RIME manifestaram sentimentos e vivências de natureza espiritual / transcendental que refletiram amor e paz e, algumas vezes sonhos intuitivos” foi encontrada.....	243





<b>Quadro 12-</b>	Mapa que indica como a Categoria “A aplicação da Intervenção RIME, algumas vezes, desperta sensações, emoções e sentimentos negativos no profissional de saúde” foi encontrada...	254
<b>Quadro 13-</b>	Mapa que indica como a Categoria “A Intervenção RIME é uma proposta concreta, clara, viável e que apresenta resultados positivos em Cuidados Paliativos” foi encontrada.....	259
<b>Quadro 14-</b>	Categorias encontradas em relação à Dor Espiritual e número de Pacientes que apresentaram Dor Espiritual em cada uma das Categorias, no mínimo uma vez.....	277
<b>Quadro 15-</b>	Mapa que indica como a Categoria “Medo da morte por negação da gravidade do quadro clínico” foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.....	278
<b>Quadro 16-</b>	Mapa que indica como a Categoria “Medo da morte por percepção da gravidade do quadro clínico” foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.....	281
<b>Quadro 17-</b>	Mapa que indica como a Categoria “Medo do pós-morte por vivências ou sonhos espirituais negativos” foi encontrada e como se deu seu processo e re-significação.....	285
<b>Quadro 18-</b>	Mapa que indica como a Categoria “Medo do pós-morte pelo sentimento de desintegração, de inexistir, de ser afetivamente esquecido” foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.....	286
<b>Quadro 19-</b>	Mapa que indica como a Categoria “Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida pela ausência deste sentido e vazio existencial” foi encontrada e como seu processo de re-significação.....	288
<b>Quadro 20-</b>	Mapa que indica como a Categoria “Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade por experiências de abandono afetivo projetado na Espiritualidade” foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.....	290



<b>Quadro 21-</b>	Escore de Bem-Estar manifestado pelos pacientes (n=8) utilizando a Escala Visual Analógica (EVA) antes e após a Intervenção RIME.....	292
<b>Quadro 22-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente E.O.G. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	367
<b>Quadro 23-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para o paciente P.M. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	394
<b>Quadro 24-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente T.A.L. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	426
<b>Quadro 25-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.S.S. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	458
<b>Quadro 26-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente N.J. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	486
<b>Quadro 27-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente Z.B.O. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	504
<b>Quadro 28-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente R.A.O. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	527
<b>Quadro 29-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.L.C.I. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	545
<b>Quadro 30-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.A.S. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	556



<b>Quadro 31-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente S.G. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	580
<b>Quadro 32-</b>	Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.V.C.S. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar.....	597



	<i>PÁG.</i>
<b>Figura 1-</b> Gráfico Blox Plot. Escores de Bem-Estar relatados pelos doentes utilizando a Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar, antes e no final das sessões de RIME.....	293





*RESUMO*

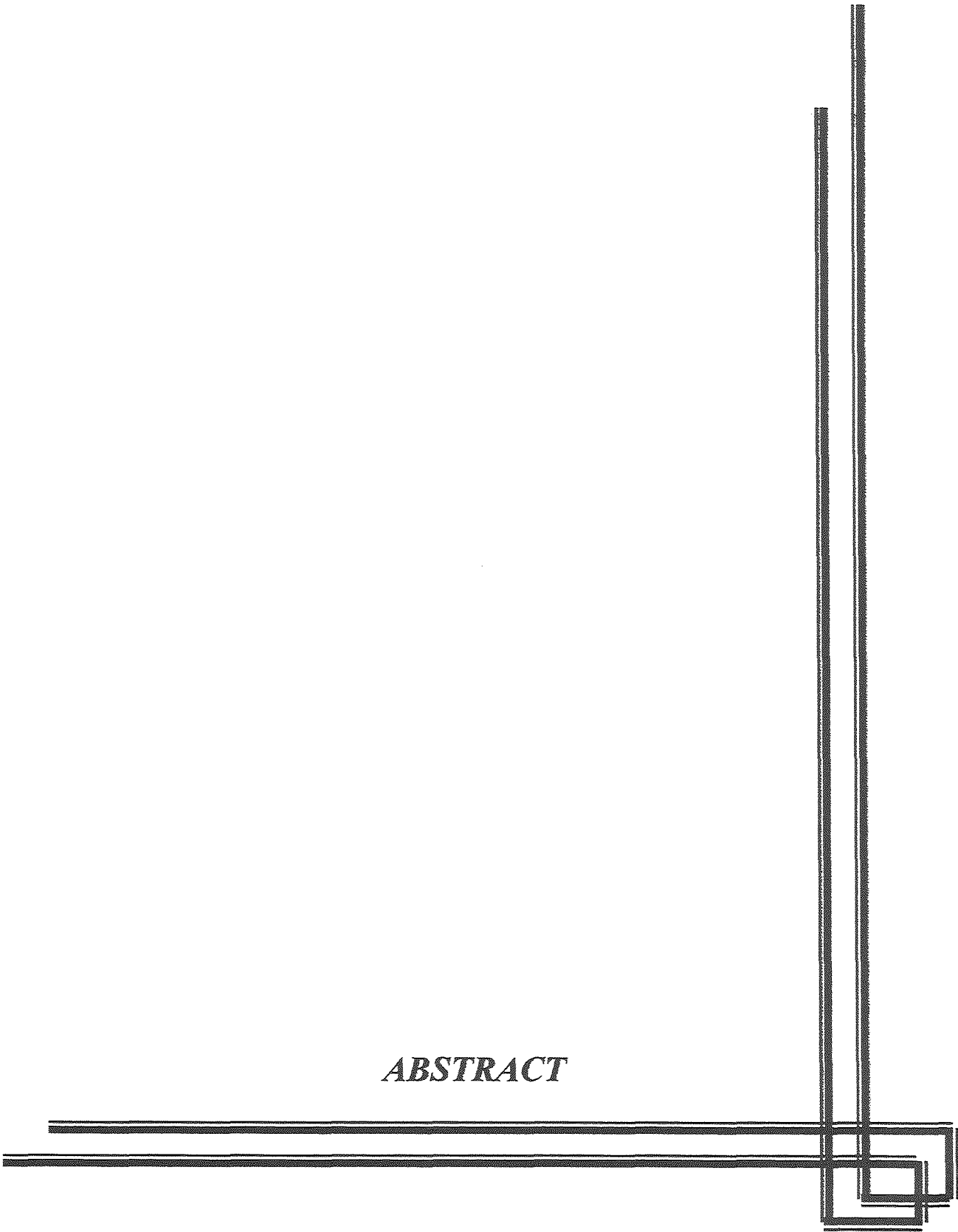


Em Dissertação de Mestrado, desenvolvemos o estudo da Intervenção Terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para re-significar a Dor Espiritual de pacientes terminais. A continuidade da pesquisa no Doutorado consistiu na operacionalização de um Curso de Capacitação sobre o uso da RIME por profissionais da saúde (Fase 1), na análise da vivência destes profissionais na sua aplicação e na avaliação do uso desta Intervenção junto aos doentes (Fase 2). Os sujeitos foram uma enfermeira, uma médica, três psicólogos e uma terapeuta alternativa voluntária, todos eles experientes ou estudiosos em Cuidados Paliativos, selecionados por convite e que atenderam onze pacientes terminais internados em hospitais públicos das cidades de Campinas, Piracicaba e São Paulo. Este estudo teve como base teórica metodológica a Pesquisa-Ação e a Fenomenologia. Os resultados qualitativos foram colhidos através da Entrevista Semi-Estruturada, do Questionário Estruturado e do Diário, e foram analisados pelo método Análise do Conteúdo através da técnica Análise Temática. Os resultados quantitativos foram analisados pelo método Descritivo através dos dados colhidos pelo instrumento Escala Visual Analógica de Bem-Estar – EVA modelo expressões faciais coloridas, utilizando-se o Teste de Wilcoxon. Na análise da vivência dos profissionais foram encontradas cinco categorias e quinze subcategorias. Na análise da natureza da Dor Espiritual foram encontradas seis categorias e onze subcategorias. Na aplicação da RIME observamos diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) isto é, no final das sessões os doentes relataram maior nível de Bem-Estar do que no início da sessão, o que indica que a RIME favoreceu a re-significação da Dor Espiritual dos pacientes terminais. O Programa de Treinamento proposto mostrou-se eficaz para preparar profissionais de saúde para o uso da Intervenção RIME, capacitando-os para o processo de cuidar e para prestar assistência espiritual dentro de uma perspectiva acadêmica.

**Palavras-chave:** Terapia Breve. Terapia Alternativa. Cuidados Paliativos. Espiritualidade. Técnicas de Relaxamento. Visualização. Morte. Dor. Programa de Treinamento.



*ABSTRACT*





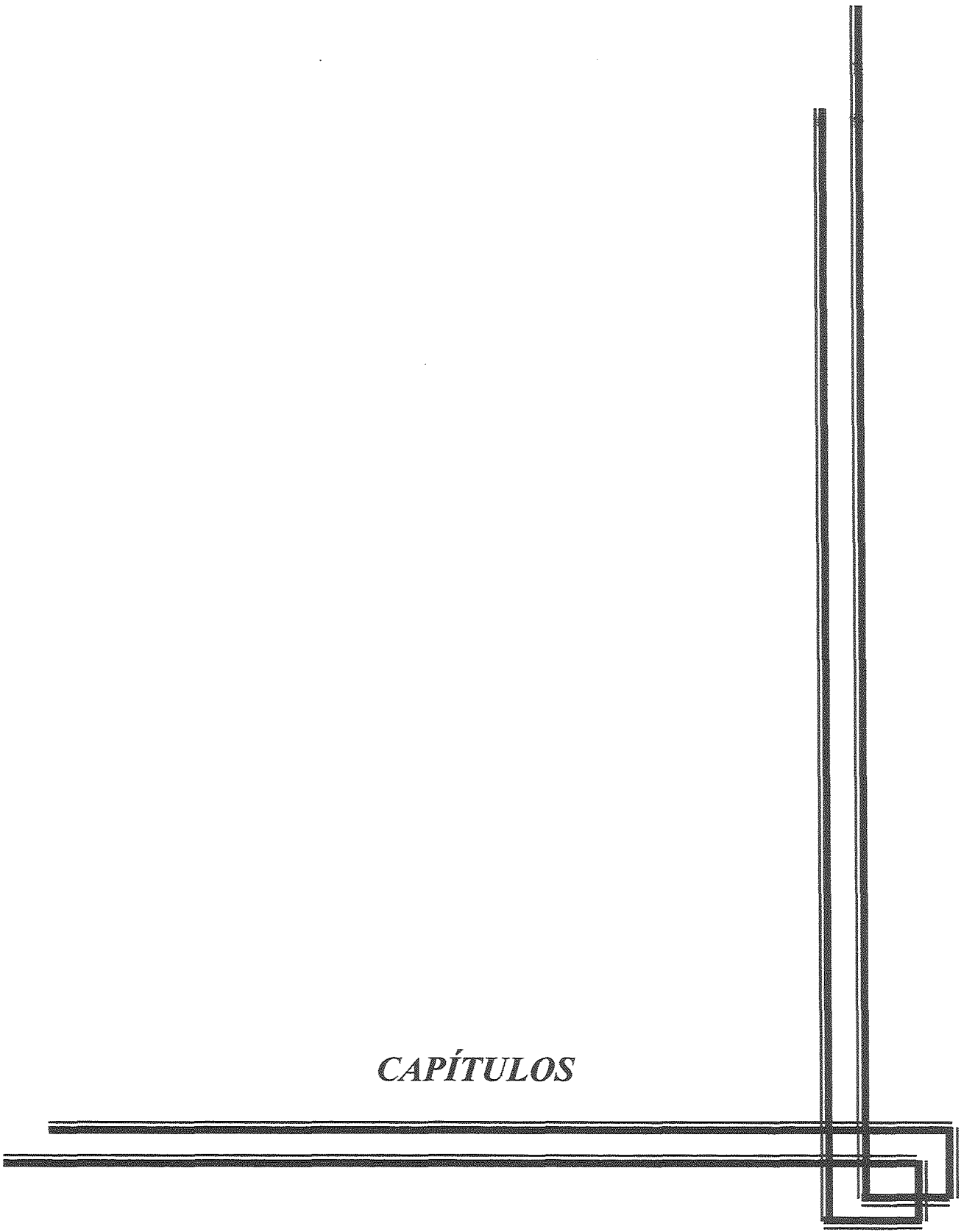
In this essay of Mastership we developed the study of the Therapeutical Intervention “Relaxation, Mental Images and Spirituality” (RIME) applied for terminal patients. The continuity for the research in the Doctorship consisted in operating a Course of Capacitance on the RIME Intervention usage by the health area professionals (Phase1) and on the analysis of the living experiences of these professionals in the application and evaluation of the RIME use in the patients (Phase2). The participants were a nurse, a female doctor, three psychologists and an alternative volunteer therapist, all experienced ones or scholars at Palliative Cares, they were selected by invitation and were in charge of caring of eleven terminal outpatients in public hospitals of Campinas, Piracicaba and São Paulo. This study had as a theory methodological base the Action-Research and the Phenomenology. The qualitative results were caught through the Semi-Structured Interview, the Structural Questionnaire and the Diary, and they were analyzed by the Contents Analysis method through the Thematically Analysis techniques. It is descriptive through the data, which were caught by the Analogical Visual Scale instrument of Welfare-AVS, in-color faces model, by using the Wilcoxon test. In the analysis of the professionals experiences were found five categories and fifteen sub-categories. In the analysis of the Spiritual Pain constitution, six categories were found with eleven sub-categories. In the application of the RIME was observed statistically expressive difference ( $p < 0,0001$ ) that is, at the end of each session the patients reported a greater level of welfare than at the beginning, indicating that the RIME favors the re-signification of the Spiritual Pain in the terminal patients. The purposed training program showed itself effective in preparing health area professionals for the use of the RIME Intervention, qualifying them to care and give spiritual assistance inside an academic perspective.

**Keywords:** Brief Therapy. Complementary Therapy. Palliative Care. Spirituality. Relaxation Techniques. Imagery. Death. Pain. Course of Capacitance.





*CAPÍTULOS*





## 1- INTRODUÇÃO

Em Dissertação de Mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS, 2002; ELIAS, 2003; ELIAS, 2006; ELIAS e GIGLIO, 2001a; ELIAS e GIGLIO, 2001b; ELIAS e GIGLIO, 2002a; ELIAS e GIGLIO, 2002b) estudamos, qualitativamente, a eficácia de intervenção psicoterapêutica para pacientes terminais, por nós desenvolvida, através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a natureza da Espiritualidade, colhidos dos dados empíricos sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver normalmente.

Nesta dissertação, observamos que foi possível re-significar a Dor Simbólica da Morte, representada pela Dor Psíquica e pela Dor Espiritual, durante o processo de morrer, ou seja, proporcionar melhor Qualidade de Vida no processo de morrer e morte mais serena aos pacientes terminais. (ELIAS, 2001; ELIAS, 2002; ELIAS, 2003; ELIAS, 2006; ELIAS e GIGLIO, 2001a; ELIAS e GIGLIO, 2001b; ELIAS e GIGLIO, 2002a; ELIAS e GIGLIO, 2002b). A Dor Psíquica foi entendida, naquele estudo, como medo do sofrimento e humor depressivo representado pelas tristezas, angústias e culpas. A Dor Espiritual foi compreendida como medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade e culpas perante Deus.

Observamos que, no período final da fase 'Fora de Possibilidade de Cura' até o óbito, a Dor Espiritual foi prevalente e mais relevante que a Dor Psíquica, principalmente no que se refere ao medo da morte e ao medo do pós-morte. (ELIAS, 2001; ELIAS, 2002; ELIAS, 2003; ELIAS, 2006; ELIAS e GIGLIO, 2001a; ELIAS e GIGLIO, 2001b; ELIAS e GIGLIO, 2002a; ELIAS e GIGLIO, 2002b).

Observamos também que a re-significação apenas da Dor Espiritual foi aspecto suficiente para que o paciente pudesse morrer de forma mais serena, sem medo e sem desespero, vivenciando desta maneira uma boa Qualidade de Morte. (ELIAS, 2001; ELIAS, 2002; ELIAS, 2003; ELIAS, 2006; ELIAS e GIGLIO, 2001a; ELIAS e GIGLIO, 2001b; ELIAS e GIGLIO, 2002a; ELIAS e GIGLIO, 2002b).

Frente às conclusões acima citadas decidimos aprofundar nossos estudos sobre a aplicação desta forma de abordagem ao paciente terminal e viabilizar sua utilização por outros profissionais da área de saúde. Para alcançar estes objetivos operacionalizamos, nesta Tese de Doutorado, um Programa de Treinamento para a Intervenção que desenvolvemos no Mestrado: “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” e que neste estudo abreviamos como RIME. Convidamos para participar da pesquisa, profissionais experientes e/ou estudiosos na área de Cuidados Paliativos, como enfermeiros, médicos, psicólogos e terapeutas que prestam serviços espiritualistas.

Também, frente às conclusões que obtivemos em nossa dissertação de mestrado sobre a prevalência e a relevância da Dor Espiritual em relação à Dor Psíquica, nesta Tese de Doutorado passamos a trabalhar apenas com a Dor Espiritual e, por esta razão, não denominamos mais a Intervenção de Psicoterapêutica, mas sim de Terapêutica. A Dor Espiritual, no presente estudo, foi compreendida do modo acima citado.

O método RIME, ao integrar as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a questão da Espiritualidade, com o objetivo de re-significar a Dor Espiritual de pacientes terminais, parte de uma visão biopsicossocial e espiritual do ser humano, insere-se no contexto da Psicologia da Saúde e contribui para os estudos sobre Tanatologia dentro da área dos Cuidados Paliativos.

As pioneiras da Psicologia da Saúde no Brasil foram a Profª. Dra. Maria Margarida Moreira Jorge de Carvalho (Magui) e a Profª. Dra. Mathilde Neder. Maria Margarida de Carvalho participou da fundação do primeiro curso de Psicologia oficializado no Brasil, criou uma metodologia de Orientação Profissional e inovou nas áreas da Arte Terapia e Psico-oncologia. Na década de 1980, já aposentada, começou a estudar Hipnoterapia Ericksoniana e introduziu esta abordagem no Brasil, assim como o Programa Simonton, que é um programa de Psicoterapia Breve que utiliza a técnica de Visualização em pacientes com câncer. (LAURENTIIS e DANTAS, 2005). Também imbuída de uma profunda visão humanista, em muito tem contribuído para o trabalho com o ser humano dentro de uma perspectiva biopsicossocial e espiritual. O nome de Mathilde Neder está estreitamente ligado a áreas como Psicologia Hospitalar, Psicoterapia Breve, Psicoterapia Familiar e Psicossomática, que ajudou a introduzir no país a partir do começo da década de

1950, quando a psicologia ainda dava seus primeiros passos. Ancorada em uma profunda formação humanista, considera o paciente hospitalizado a partir de suas interações sociais com a família e o pessoal hospitalar, os quais são partes indissociáveis de seu processo de recuperação. (FERNANDEZ, 2005).

Em relação ao desenvolvimento da área de Tanatologia (estudos sobre a morte) no Brasil, Wilma da Costa Torres (1934-2004) foi a pioneira. Suas primeiras publicações sobre o tema surgiram na década de 1970 nos Arquivos Brasileiros de Psicologia. (KOVÁCS, 2004). Na década de 1980, outros autores brasileiros começaram a publicar suas pesquisas e contribuições como Rodrigues, Cassorla, D'Assumpção, Maranhão, Boemer, Kovács, Bromberg, Gimenes, Valle, entre outros. (KOVÁCS, 2003).

Inserida neste processo de desenvolvimento de estudos sobre a Psicologia da Saúde, a Tanatologia e a humanização da área de saúde no Brasil, esta pesquisadora apresenta sua contribuição, defendendo a sua dissertação de mestrado (ELIAS, 2001), orientada pelo Professor Associado Joel Sales Giglio do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP e que, em julho de 2005, consta em sexto lugar no “ranking” das teses com mais “downloads” de toda a UNICAMP e em primeiro lugar das teses defendidas na Faculdade de Ciências Médicas. (<http://libdigi.unicamp.br/>, 1561 “downloads” e 5002 visitas, 31 de julho de 2005).

No século XX, a inter-relação entre soma e psique tornou-se fato aceito pela comunidade acadêmica e, em torno da década de 1990, começaram a aparecer publicações no cenário científico internacional da área médica, indicando a importância de se incluir nos tratamentos médicos convencionais, além dos aspectos biopsicossociais, os espirituais, sugerindo a necessidade de estudos sistemáticos sobre a inclusão da religiosidade / espiritualidade na área de saúde. (KOENIG, 2005; KOENIG, 2004a; KOENIG, 2004b).

**Em relação ao desenvolvimento de estudos sobre a Espiritualidade no Brasil**, apresentamos a seguir um resumo dos aspectos estudados em cada pesquisa, no que se refere à questão específica da espiritualidade, de acordo com a revisão realizada no capítulo 2.

**Quadro 1- Resumo sobre as pesquisas que abordaram a questão da espiritualidade no Brasil. (Revisão completa no capítulo 2).**

<b>Aspecto da espiritualidade estudado.</b>	<b>Referências Bibliográficas.</b>
O papel da espiritualidade em relação à saúde, na percepção de um grupo de idosos.	(FREIRE JÚNIOR e TAVARES, 2004-2005).
A espiritualidade como fator de amparo ao cuidador do doente portador de Alzheimer.	(LUZARDO e WALDMAN, 2004).
As influências de atitudes espirituais, como rezar, na qualidade de vida de um grupo de pacientes oncológicos brasileiros.	(SAMANO et al, 2004).
O desenvolvimento de instrumento para medir qualidade de vida em relação à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.	(FLECK et al, 2003).
A influência do bem-estar espiritual na saúde mental de estudantes universitários.	(VOLCAN et al, 2003).
A identificação do significado da fé religiosa no trabalho do psicólogo e também o significado atribuído pelo psicólogo à fé religiosa no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer.	(TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2003).
O estudo das idéias psicopedagógicas e da espiritualidade no karate-do segundo a obra de Gichin Funakoshi.	(BARREIRA e MASSIMI, 2003).
O estudo da re-humanização do trabalho da enfermeira executiva com enfoque na dimensão espiritual.	(MENDES et al, 2002).
Intervenção Terapêutica para re-significar a Dor Simbólica da Morte (Dor Psíquica e Dor Espiritual) de Pacientes Terminais através da integração das técnicas de Relaxamento e Imagens Mentais com os elementos que compõem a questão da Espiritualidade.	(ELIAS e GIGLIO, 2002a; ELIAS e GIGLIO, 2002b; ELIAS e GIGLIO, 2001a).
Compreensão do sentido da espiritualidade na área de saúde, através de uma revisão na literatura, intitulada 'Espiritualidade baseada em evidências'.	(SAAD et al, 2001).
A relação da espiritualidade com o verdadeiro sentido de maturidade que, em seu estado ideal, desdobra-se em preocupação com os semelhantes e com o bem-estar da humanidade.	(SAD, 2001).
O estudo da religiosidade e o cotidiano das agentes comunitárias de saúde de forma a repensar a educação em saúde junto às classes populares.	(DAVID, 2001).
Estudo sobre as bases para o entendimento da relação entre saúde e fé cristã.	(BRANDÃO, 2000).
Estudo com mulheres portadoras de câncer de mama, durante o tratamento convencional, que buscaram na espiritualidade e nas terapias complementares um novo sentido de vida.	(CORBELLINI e COMIOTTO, 2000).
Reflexões sobre o campo de interação da família, e a sua importância e necessidade de resgate de valores que são o suporte e a base da sociedade.	(MELLO, 1999).
A observação do sentido da espiritualidade, enquanto uma das vivências de pacientes cirúrgicos da rede privada e previdenciária.	(HENSE, 1987).
Estudo sobre a inclusão da questão da espiritualidade na graduação de enfermagem.	(BENKO e SILVA, 1996).

Apesar da importância crescente que os profissionais de saúde têm dado à questão da assistência espiritual, perante o resumo acima exposto, o nosso trabalho é pioneiro no Brasil no que se refere ao treinamento de profissionais para o uso de intervenções que minimizem o sofrimento espiritual e sobre os resultados dessas intervenções.

Em relação às intervenções que utilizam Relaxamento, Visualização e Espiritualidade, em geral chamadas de Terapias Complementares ou Alternativas e que incluem não somente as técnicas de Relaxamento e Visualização como também a Oração, Exercícios, Terapia de Ervas, Cura Espiritual, Histórias, Musicoterapia, Coquetéis de Vitaminas, Grupos de Auto-Ajuda, Aromaterapia, Massagem, Reflexologia, Shiatsu, Aconselhamento, Arte-terapia, Acupuntura, Homeopatia, Florais, Terapia da Dignidade, Yôga, Tai-chi, Qi, Reiki e Gigong, encontramos estudos referentes ao uso destas intervenções em pacientes de diversas clínicas.

Apresentamos a seguir um resumo das clínicas encontradas na revisão da leitura do capítulo 2 e que estão fazendo uso das Terapias Alternativas / Complementares.

**Quadro 2- Resumo das clínicas que estão fazendo uso das Terapias Alternativas / Complementares. (Revisão completa no capítulo 2).**

<b>Terapias Alternativas / Complementares nas clínicas.</b>	<b>Referências Bibliográficas.</b>
Cardíacos e cirurgia cardíaca.	(GRUNBERG et al, 2003; KENNEDY et al 2002; AI e BOLLING, 2002; KRUCOFF et al, 2001; ASHTON et al, 1997).
Recuperação de processos infecciosos, traumas físicos ou sofrimentos psicológicos.	(MONEY, 2001).
Indução e manutenção do sono como higiene noturna.	(RICHARDS et al, 2003; DOLLANDER, 2002).
Redução do estresse e desenvolvimento da espiritualidade de profissionais da área de cuidados paliativos, de estudantes de enfermagem e profissionais da saúde em geral.	(FORTUNE e PRICE, 2003; MARR, 2001; BROWN-SALTZMAN, 1997; LINDOP, 1993; THOMAS, 1989; LA GRAND, 1980).
Pacientes terminais.	(HILLIARD (2005; CHOCHINOV et al, 2004; ELIAS e GIGLIO, 2002a; DOUGLAS, 1999; MILLISON e DUDLEY ,1992).
Câncer adulto e pediátrico.	(KRONENWETTER et al , 2005; SAMANO et al, 2004; HENDERSON e DONATELLE, 2004; PEACE e MANASSE, 2002; HOSAKA et al, 2001; BURNS et al, 2001; WYATT et al, 1999; VAN DER RIET, 1999; FERNANDEZ et al, 1998)
Alteração de alguns comportamentos de drogadição.	(BORRIE, 1990-91).
Unidades de emergência.	(ROLNIAK et al, 2004).
Transplantados de pulmão.	(MATTHEES et al, 2001).
Cursos / Orientações para enfermeiros, médicos, profissionais da saúde.	(HESSIG, ARCAND, FROST, 2004; MAMTANI e CIMINO, 2002; HOLT-ASHLEY, 2000; TURNER et al, 1995).
Portadores de desordens músculo-esqueléticas.	(LUSKIN et al, 2000).
Síndrome da fadiga crônica.	(SHIN e LEE, 2005).
Pacientes enlutados.	(HOULDIN et al, 1993).
Recuperação de pacientes.	(SCHERWITZ et al, 2005; KAMIENESKI et al, 2000; TAYLOR, 1997; HAWKS et al, 1995).
Dor: neuropática crônica, crônica nas costas, câncer.	(ARNSTEIN, 2004; SPIEGEL e MOORE, 1997; SMITH, AIREY, SALMOND, 1990).
População geral.	(KRONENWETTER et al, 2005).
Pacientes suicidas.	(BIRNBAUM e BIRNBAUM, 2004).
Torcicolo.	(GERARD et al, 2003).
Instrumento para medir espiritualidade na clínica médica em geral.	(ANANDARAJAH e HIGHT, 2001).
Idosos.	(LOWIS e HUGHES, 1997).



Observamos que os estudos relacionados ao uso de terapias alternativas com pacientes terminais se referiram à musicoterapia (HILLIARD, 2005), à terapia da dignidade, cuidar do paciente tendo como foco o nível de independência cognitiva e funcional e o controle dos sintomas físicos e psicológico (CHOCHINOV et al, 2004), à hipnose (DOUGLAS, 1999) e às intervenções religiosas: orar e falar com um clérigo ou espirituais: meditação e imaginação dirigida (MILLISON e DUDLEY,1992). Os métodos destas terapias assemelham-se à Intervenção RIME, sendo que a inovação por nós proposta, refere-se à indução da visualização através dos elementos descritos pelos pacientes que passaram por uma E.Q.M.

Em relação às Terapias Alternativas e Complementares nas diversas clínicas, embora os autores recomendem a realização de novos estudos para uma melhor compreensão dos resultados alcançados através destas, observamos, frente ao Quadro-Resumo acima exposto, que é crescente o interesse e o uso destas terapias pela população, assim como a inserção das mesmas nas diversas áreas da medicina pelos profissionais.

No Brasil, SILVA (2005) alerta-nos que o curricularista da área médica não pode ignorar estas práticas, cabendo algumas reflexões. A primeira é selecionar o que de bom a medicina alternativa nos oferece. A segunda é pensar como colocar este contexto no aprendizado para que o estudante o conheça e adquira espírito crítico para uma seleção positiva a favor do doente. A terceira é reconhecer, humildemente, que a alternativa está atendendo mais eficazmente a relação médico-paciente do que a alopatia, cabendo ao profissional de saúde recuperar este recurso no atendimento à população e integrando-o ao uso adequado da tecnologia. Conclui que o currículo dos cursos da área de saúde não pode ignorar a medicina alternativa.

O Programa de Treinamento sobre a Intervenção RIME disponibilizou um curso para aplicação de uma terapia para pacientes terminais que se encaixa na modalidade complementar e alternativa, obedecendo às normas acadêmicas para o seu desenvolvimento e contribuindo assim para a inserção desta modalidade de atendimento nos Guias Curriculares de Graduação e Pós-Graduação.



## 2- REVISÃO DA LITERATURA

O médico Harold G. Koenig, professor de psiquiatria e de medicina na Universidade de Duke, Estados Unidos, e um dos principais pesquisadores no cenário acadêmico mundial sobre a questão da espiritualidade / religiosidade, no Seminário Internacional “Espiritualidade no cuidado com o paciente” organizado pela Associação Médico-Espírita (AME) do Brasil, em São Paulo, na data 26/05/2005, afirmou sobre o crescente interesse da área médica sobre a questão da espiritualidade. Segundo suas pesquisas, entre 1908 até 1982 foram publicados apenas 101 artigos médicos sobre espiritualidade e/ou religiosidade. De 2002 a 2003, este número aumentou para mais de mil, e entre 2003 e 2005 surgiram mais 1.798 artigos.

Diante do extenso volume de pesquisas publicadas sobre a questão da espiritualidade e/ou religiosidade, neste capítulo fizemos uma revisão da literatura sobre estudos brasileiros relacionados à ‘Espiritualidade’ de forma geral, sobre ‘espiritualidade e morte’ no cenário internacional da área médica entre os anos de 2001 e 2003 e em busca de intervenções com semelhanças a que nós desenvolvemos “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade/ RIME”, correlacionamos a palavra-chave ‘espiritualidade’ com os outros tópicos de nossa pesquisa, como ‘relaxamento mental’, ‘visualização de imagens mentais’, ‘terapia breve’, ‘paciente terminal’.

### 2.1- Estudos sobre espiritualidade no Brasil.

No “site” da BIREME ([www.bvs.br](http://www.bvs.br)), em julho de 2005, fizemos a revisão a seguir descrita, nas bases de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde / 1993-2005 e 1966-1992 (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com a palavra-chave ‘espiritualidade’, considerando apenas os estudos brasileiros, a seguir apresentados em ordem decrescente.

FREIRE JÚNIOR e TAVARES (2004-2005) analisaram as percepções que o idoso do Lar dos Idosos Monsenhor Rocha, Caratinga, MG, tem de sua saúde, nesta idade da vida. Realizaram uma pesquisa qualitativa com um grupo de idosos residentes naquela

instituição, por meio de entrevista semi-estruturada individual. Para que pudessem chegar a uma compreensão mais profunda do assunto, acessaram também os documentos internos da instituição relacionados aos residentes. A análise das entrevistas revelou achados interessantes como a compreensão e a visão ampla acerca do conceito de saúde. A partir dessa compreensão, os principais resultados sugeriram que há uma relação importante entre o trabalho, a rede social, a espiritualidade e o estado de saúde e a felicidade. Além disso, envelhecer com saúde e estar feliz são possibilidades concretas para eles. A situação em que se encontram, institucionalizados, pode despertar nesses idosos sentimentos de saudades e desejos que surgem como expressão de exclusão e limitação.

LUZARDO e WALDMAN (2004) estudaram a atenção ao familiar cuidador do idoso com Doença de Alzheimer. Diante do envelhecimento populacional, a doença de Alzheimer surge como um problema de grande impacto para a família, provocando sobrecarga ao familiar cuidador. O objetivo do estudo foi compreender as dificuldades e as necessidades do familiar cuidador. Utilizou-se uma abordagem qualitativa para entrevistar quatro familiares. As informações foram analisadas pela Análise Temática que revelou cinco categorias: - Ainda não sei o que está acontecendo, que identificou o desconhecimento sobre a DA; - Assumindo tudo, que identificou elementos do cotidiano que representam sobrecarga de demandas para o familiar cuidador; - Onde estão os outros?, que identificou a dificuldade de dividir os compromissos com outras pessoas; - O amparo da espiritualidade, que identificou a necessidade de apoio suprida pela fé; - O herói valorizado, que identificou a necessidade de reconhecimento e de valorização do familiar cuidador. O estudo mostrou a realidade do cotidiano enfrentado pela família do idoso com doença de Alzheimer.

SAMANO et al (2004) estudou, se rezar, enquanto medicina alternativa / complementar, corresponde a uma melhora na qualidade de vida de um grupo de pacientes oncológicos brasileiros. Definiu medicina alternativa complementar como remédios ou métodos terapêuticos que não foram provados cientificamente. Concluiu que a utilização de medicina alternativa / complementar em nosso meio é frequente em pacientes com câncer e que a crença na sua eficácia e a prática de orações se correlacionam significativamente com

uma melhor qualidade de vida, de forma que tais práticas não devem ser desestimuladas pelos profissionais da área médica.

FLECK et al (2003) descreveram o desenvolvimento do módulo "espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais" pelo instrumento WHOQOL-SRPB (World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiousness, Personal Beliefs module) e relataram os principais achados da pesquisa realizada com grupos focais constituídos por pessoas representativas das práticas religiosas mais freqüentes, pacientes e profissionais da saúde. Segundo os autores o desenvolvimento deste módulo seguiu uma metodologia utilizada em outros projetos do Grupo WHOQOL, que apresenta as seguintes características:

No Brasil, num período de aproximadamente oito meses, foram realizados 15 grupos focais (n=142) incluindo profissionais da saúde; pacientes recuperados, agudos, crônicos e terminais; religiosos católicos, evangélicos, afro-brasileiros e espíritas; ateus.

Ao todo foram recrutados cento e quarenta e dois indivíduos, distribuídos em quinze grupos: dezesseis profissionais da saúde, treze indivíduos ateus, setenta e oito indivíduos religiosos e trinta e cinco indivíduos doentes. A idade mínima foi de vinte e um anos e a máxima de oitenta e um anos. A duração mínima do grupo foi de 1h25 e a máxima de 2h30.

Os itens e subitens discutidos nos grupos foram:

- 1) Transcendência: conexão com Ser ou Força Espiritual; sentido da vida; admiração; totalidade / integração; amor divino; paz interior / serenidade / harmonia; força interior; morte e morrer; apego / desapego; esperança / otimismo; controle sobre sua vida.
- 2) Relações pessoais: bondade com os outros / abnegação / renúncia; aceitação dos outros; perdão.
- 3) Código para se viver: código para se viver; liberdade para praticar crenças e rituais; fé.
- 4) Crenças religiosas específicas: crenças religiosas específicas.

4113253205/00

Nos Resultados e Conclusões do estudo evidenciou-se a importância da dimensão espiritual na vida dos pacientes.

VOLCAN et al (2003) examinaram a influência do bem-estar espiritual na saúde mental de estudantes universitários. Observaram que a questão da espiritualidade é muito ampla e sua mensuração bastante complexa, sendo o bem-estar espiritual, ou seja, a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença, um dos aspectos passíveis de avaliação. O desenvolvimento de instrumentos de mensuração do bem-estar espiritual foi baseado no conceito de espiritualidade que envolve um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida), sendo que este último não implica em qualquer referência a conteúdo especificamente religioso. Os autores concluíram que o bem-estar espiritual atua como fator protetor para transtornos psiquiátricos menores, sendo a sub-escala de bem-estar existencial a maior responsável pelos resultados obtidos. Assim, visto que a espiritualidade é considerada um recurso psicossocial individual – e possivelmente comunitário – de promoção de saúde mental, os autores recomendam o incentivo a prática de atividades espirituais e religiosas materializado em ações que, além de benéficas, não são onerosas aos sistemas de saúde.

TEIXEIRA e LEFÈVRE (2003), em sua pesquisa, objetivaram identificar o significado da fé religiosa no trabalho do psicólogo e também o significado atribuído pelo psicólogo à fé religiosa no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer. A pesquisa foi de natureza descritiva e utilizou o método qualitativo numa amostra do tipo intencional, composta por dez psicólogos. Os dados foram coletados mediante a técnica da entrevista semi-estruturada em dois hospitais de São Paulo, de janeiro a março de 2001. Para o tratamento dos dados empregou-se a análise temática do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo utilizadas três figuras metodológicas: a Idéia Central (IC), as Expressões-chave (EC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O material coletado das entrevistas forneceu 5 IC e 5 DSC. Quanto ao significado da fé religiosa no trabalho do sujeito coletivo psicólogo, dois discursos se destacaram: um evidencia o lado tecnicista, e o outro a valorização da fé religiosa como instrumento que encoraja e fortalece. Em relação ao idoso com câncer, o discurso coletivo do psicólogo evidencia que a pessoa que tem fé tem muito mais força de

vontade de enfrentar a doença. A religião vem dar apoio e conforto e, conseqüentemente, o idoso poderá aderir com mais vigor ao seu tratamento e lutar com mais intensidade contra a doença.

BARREIRA e MASSIMI (2003) estudaram as idéias psicopedagógicas e a espiritualidade no caratê, segundo a obra de Gichin Funakoshi. Observaram que o caratê é uma forma de luta com origens remotas, pouco conhecidas e com marcado desenvolvimento na ilha de Okinawa do arquipélago japonês. Outrora praticado às escondidas, no século XX Gichin Funakoshi tornou-o público e o difundiu. Partiu de Funakoshi a denominação karate-do, "o caminho das mãos vazias", que dá um caráter doutrinário à arte que deveria servir, mais do que como mera forma de luta, ao desenvolvimento da personalidade. Procura-se fazer um resgate teórico das idéias psicopedagógicas e da espiritualidade próprias do caratê sob a luz dos paradigmas culturais de maior influência no pensamento de Funakoshi. Observa-se, claramente, a influência e complementaridade entre confucionismo e zen-budismo além da herança prática do bushidô que permitem compreender o pensamento de Funakoshi acerca da espiritualidade e transmissão do conhecimento

MENDES et al (2002) escreveram sobre a re-humanização do trabalho da enfermeira executiva com enfoque na dimensão espiritual. Observaram que a desconsideração à dimensão espiritual humana ocasiona prejuízos ao desenvolvimento do capital humano em serviços de saúde. Apontaram novos paradigmas de administração relacionados à evolução da espiritualidade. Considerando que a dimensão espiritual tem uma natureza sistêmica e que, através da ética e estética, harmoniza todas as dimensões do homem em seus relacionamentos com outros, as autoras objetivaram abordar a dimensão espiritual como fundamental para a re-humanização do trabalho da enfermeira executiva. Elas recomendaram a integração da dimensão espiritual ao trabalho diário dessa profissional como um fator determinante para sua atuação assim como um indutor para uma melhor qualidade de vida pessoal e profissional da enfermeira.

Os artigos referentes à nossa pesquisa de mestrado (ELIAS e GIGLIO, 2002a; ELIAS e GIGLIO, 2002b; ELIAS e GIGLIO, 2001a) também se inserem nesta revisão sobre o estudo da Espiritualidade no Brasil. Desenvolvemos uma intervenção para

pacientes terminais integrando as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a questão da Espiritualidade, visando re-significar a Dor Simbólica da Morte. Os elementos que descrevem a natureza da espiritualidade, na integração das técnicas acima citadas, foram abordados a partir dos estudos publicados sobre os relatos de pacientes que passaram por uma E.Q.M. e voltaram a viver normalmente e foram complementados através dos dados colhidos sobre vivências e sonhos que contivessem elementos de natureza espiritual dos pacientes terminais atendidos, familiares e da pesquisadora, que atendeu diretamente os pacientes.

Estudamos cinco mulheres com câncer de mama ou de ovário, com idade entre trinta e sete e setenta e cinco anos, que se encontravam na fase Fora de Possibilidade de Cura. Fizemos entre dois a onze atendimentos a cada paciente e entre um a cinco atendimentos para os familiares. No projeto piloto estudamos quatro crianças e três adolescentes com câncer, na Fase Fora de Possibilidade de Cura, com idade entre vinte e dois meses e dezessete anos, que foram atendidos na clínica, no hospital e no domicílio.

O estudo teve como base teórica a pesquisa qualitativa com enfoque subjetivista-compreensivista sobre Intervenção Psicoterapêutica em Estudo de Caso Clínico Longitudinal, utilizando-se como instrumento para coleta de dados a Entrevista Semi-Estruturada. Observamos nos pacientes adultos que, frente à iminência da morte, a Dor Espiritual é a prevalente e relevante em relação à Dor Psíquica e manifestou-se dos seguintes modos:

- medo da morte e do pós-morte, descrito na sensação de desligamento do corpo;
- perda do sentido da vida (e da morte) frente às limitações impostas pelo câncer;
- 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;



- medo da morte e do pós-morte relacionando-a com solidão e tristeza;
- medo da morte e do pós-morte relacionando-a com experiências anteriores permeadas de muito sofrimento;
- medo da morte e do pós-morte frente à percepção da iminência da mesma;
- sensação de fracasso frente ao sentido da vida e da morte.

Observamos que os relatos sobre as E.Q.M. foram fator importante para re-significar a Dor Espiritual dos pacientes e favorecer a elaboração do luto dos familiares. Observamos também que os pacientes adultos que aceitaram ser atendidos através desta forma de abordagem ao paciente terminal, assim como as crianças e adolescentes em fase terminal, atendidos no Projeto Piloto, apresentaram qualidade de vida no processo de morrer e morte mais serena. As sessões de orientação familiar foram positivas tanto para a re-significação da Dor Simbólica da Morte dos pacientes, como para a elaboração do luto dos familiares.

SAAD, MASIERO, BATTISTELLA (2001) fizeram uma revisão na literatura a qual intitularam Espiritualidade baseada em evidências. Definiram espiritualidade como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida. Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa. Frente à revisão realizada, observaram que as implicações da espiritualidade na saúde vêm sendo estudadas cientificamente e documentadas em centenas de artigos. Há relação entre envolvimento espiritualista e vários aspectos da saúde mental, sendo que as pessoas vivenciam melhor saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse, se são religiosas. Pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salutar e requerem menos assistência de saúde. Afirmaram que existe uma associação entre espiritualidade e saúde que provavelmente é válida, e possivelmente causal. Observaram que é plenamente reconhecido que a saúde de indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais e que os profissionais da saúde já contam com indicações

científicas sobre o benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica de virtualmente qualquer doença.

SAD (2001) escreveu sobre revisão de vida, autoconhecimento e auto-aceitação: tarefas da maturidade. Observou que maturidade pode ser entendida como uma qualidade do “self” construída ao longo de toda a vida, que inclui autoconhecimento e auto-aceitação. Na meia-idade e na velhice, um processo de busca interior e de investimento no autoconhecimento e na espiritualidade são componentes essenciais ao desenvolvimento pessoal, verdadeiro sentido de maturidade. Em seu estado ideal, esses processos desdobram-se em preocupação com os semelhantes e com o bem-estar da humanidade.

DAVID (2001) estudou, no doutorado, a religiosidade e o cotidiano das agentes comunitárias de saúde, de forma a repensar a educação em saúde junto às classes populares. Examinou a questão da religiosidade popular à luz de uma conjuntura de exclusão social e em sua relação com os processos de educação popular em saúde desenvolvidos no âmbito dos serviços do SUS, a fim de propor que esta questão seja incorporada na metodologia de trabalho de educação em saúde com as classes populares urbanas. Pretendeu, também, contribuir para que o profissional de saúde possa ter uma maior compreensão sobre como pensam a saúde e doença os grupos populares. A partir do acompanhamento, durante quase uma década, de um grupo de agentes comunitárias de saúde do Município de Petrópolis, cuja formação desenvolveu-se dentro de uma proposta de Educação Popular em Saúde, constatou que o fenômeno da religiosidade/espiritualidade, expresso através de estratégias e práticas cotidianas, está presente na forma como os grupos populares vêm e lidam com os seus problemas de saúde. Este é um fenômeno que necessita maior compreensão no âmbito da Educação em Saúde que possui como perspectiva o fortalecimento da participação popular. Através de uma abordagem metodológica qualitativa, com procedimentos de observação participante e entrevista com grupo-focal, buscou compreender o significado da religiosidade na vida dessas pessoas, e também delimitar que relações este fenômeno possui com o modelo biomédico hegemônico dos serviços de saúde (biomedicina), identificando as características da racionalidade médica a ele subjacente e quais os impasses e dificuldades no que se refere à relação desta racionalidade e seus pressupostos

epistemológicos com a cultura popular e as formas como estes grupos vêm a questão saúde-doença-cuidado. Concluiu propondo caminhos para a incorporação da religiosidade na educação em saúde e levantando alguns questionamentos acerca das perspectivas desse trabalho no SUS.

BRANDÃO (2000) em seu artigo, após estudar o sentido da palavra saúde, estabeleceu as bases para o entendimento da relação entre saúde e fé cristã. A partir da bioética, fez uma leitura da realidade do mundo da saúde. Usando o diabetes como fonte de experiência, aponta a vivência da fé e da espiritualidade como motivadora de troca de experiência e de desejo de conversão.

CORBELLINI e COMIOTTO (2000) em pesquisa de cunho qualitativo objetivaram conhecer e compreender os diferentes caminhos trilhados por oito mulheres universitárias com idade entre 30 e 57 anos, durante o tratamento convencional, pela busca da cura do câncer de mama. Observaram que todas as mulheres buscaram na espiritualidade e nas terapias complementares um novo sentido de vida.

MELLO (1999) em seu artigo teceu reflexões sobre o campo de interação da família, e a sua importância e necessidade de resgate de valores que são o suporte e a base da sociedade. O artigo fez ainda algumas considerações sobre o destaque que o tema dependência química vem recebendo nos últimos anos, da mídia. O objetivo do artigo foi estabelecer uma ponte - por meio do quarto e quinto passos, sugeridos pelos Alcoólicos Anônimos - que possibilite à família sair de sua condição de disfuncionalidade, para uma qualidade de vida com maior espiritualidade. O quarto passo dos Alcoólicos Anônimos refere-se à questão de fazer minucioso e destemido inventário moral de si mesmo e o quinto passo refere-se a admitir perante Deus, perante si mesmo e perante outro ser humano, a natureza exata das próprias falhas.

HENSE (1987) em pesquisa qualitativa coletou dados junto a pacientes cirúrgicos previdenciários e particulares submetidos a cirurgias de pequeno e médio porte num hospital de uma cidade de Santa Catarina. Observou nos resultados que ter que se operar é uma experiência difícil e desagradável que pode ser amenizada através das vivências "buscando explicação", "confiando" e "tendo ajuda". A espiritualidade do

paciente cirúrgico, parte integrante destas vivências, é caracteristicamente expressa no "reconhecimento de um ser superior".

BENKO e SILVA (1996) estudaram sobre a inclusão da questão da espiritualidade na graduação de enfermagem. Vinte e quatro professores foram entrevistados durante o mês de novembro de 1994. Os resultados indicaram que 95,8% dos docentes pesquisados consideram o ser humano como um ser espiritual e que este aspecto influencia a vida diária das pessoas e 66,6% destes professores acreditam na importância de se incluir o auxílio espiritual no programa educacional. Frente aos achados da pesquisa, os autores enfatizaram a importância de se refletir sobre este assunto.

## **2.2- Espiritualidade e morte no cenário internacional da área médica.**

No “site” da BIREME ([www.bvs.br](http://www.bvs.br)), em julho de 2005 na base de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde / 1993-2005 e 1966-1992 (MEDLINE) encontramos um mil duzentos e vinte e dois estudos relacionados à Espiritualidade. Cruzando as palavras-chave “spirituality” e “death” encontramos oitenta e dois estudos entre 1993-2005 e dois estudos entre 1966-1992. Frente ao grande número de estudos encontrados, mantivemos a revisão da literatura realizada no início do desenvolvimento desta Tese de Doutorado, a qual foi realizada entre os anos de 2001 e 2003 e a seguir apresentamos em ordem decrescente os estudos deste período que se relacionam, em algum aspecto, à proposta desta nossa pesquisa.

POWE e FINNIE (2003) escrevem que a visão do câncer como fatalismo, ou seja, atitude moral ou intelectual segundo a qual tudo acontece porque tem de acontecer, sem que nada possa modificar o rumo dos acontecimentos, tem sido identificado como uma barreira para a participação dos pacientes no diagnóstico e tratamento desta doença. Na maioria das vezes esta atitude procede de pessoas que têm conhecimentos limitados sobre o câncer. Consideraram que intervenções culturalmente relevantes que integrem a questão da espiritualidade, podem modificar esta atitude dos pacientes de fatalismo frente ao câncer. Observaram que novos estudos devem medir consistentemente a questão do fatalismo no câncer e testar estratégias de intervenções.

FISCH et al (2003) estudaram a viabilidade de uma oficina de um dia para ensinar pacientes a se comunicarem com os profissionais de saúde que os atendem. Este “workshop” incluiu três sessões; a primeira relacionou-se à fase do diagnóstico / prognóstico, a segunda foi a fase de exploração das opções de tratamento e a terceira teve como foco a questão de como fazer perguntas difíceis quando o tratamento médico não funciona. Os dados qualitativos analisados indicaram que os participantes estavam mais interessados em partilhar suas experiências uns com os outros, do que aprender técnicas de comunicação. Os principais temas abordados por esses participantes foram humor, espiritualidade e a associação entre câncer e morte. Este “workshop” tornou-se uma agradável e instrutiva oportunidade para os pacientes e familiares compartilharem suas experiências e pontos de vista.

MC GRATH (2003) pesquisou sobre a relação entre a busca por religiosidade e o estado terminal. Realizou entrevistas abertas com quatorze pacientes internados, que foram gravadas, transcritas e analisadas tematicamente. Os resultados indicaram que a maioria dos entrevistados não procurou o conforto ou a conversão religiosa como uma resposta ao desafio da doença terminal, mesmo quando isto foi visto como desejável. Embora os participantes não estivessem motivados para a conversão religiosa em consequência de sua doença, por outro lado, reuniram algumas práticas espirituais e estavam motivados para realizá-las.

BARHAM (2003) relatou um estudo de caso sobre o controle dos sintomas, nas últimas 48 horas da vida, de uma paciente que escolheu a técnica budista para vivenciar o processo de morrer. Afirmou que se importar com a fase terminal de um paciente de câncer pode, às vezes, ser extremamente difícil. Sua paciente Sarah tinha trinta e nove anos quando morreu, deixando marido e duas crianças de seis e quatro anos. Durante as semanas que precederam a sua morte, Sarah articulou discussões abrangentes com sua família e a equipe multidisciplinar. Seu objetivo era viver suas últimas horas da forma mais confortável possível e morrer com serenidade. O autor ponderou que o cuidado terminal é uma fase importante da vida, e que os indivíduos têm o direito de contar com qualidade nos cuidados oferecidos, de forma que lhes seja assegurado uma morte digna. Sarah praticou o budismo diariamente e o autor observou que estes aspectos relacionados à espiritualidade, à

serenidade, à paz e ao amor foram muito importantes para que ela se sentisse segura, de que faria uma boa passagem para o mundo espiritual.

KENNEDY e CHESTON (2003) apontaram que as tendências mais recentes da pesquisa social indicam um declínio no comparecimento à igreja e um aumento correspondente no interesse pela espiritualidade. Observaram que pode ser difícil distinguir o sofrimento espiritual do sofrimento psicológico e físico, mas este diagnóstico diferencial faz-se necessário, para que os profissionais de saúde possam distinguir o que é uma experiência espiritual genuína, do que é um episódio psicótico, no processo físico de morrer. Neste artigo procuram incentivar o diálogo interdisciplinar e promover, nos cuidados frente à morte, a integração das terapias alternativas, que representam o contexto espiritual do paciente.

MILLER e THORESEN (2003) afirmaram que pode ser útil para as pesquisas da área de saúde distinguir espiritualidade de religião. Observaram que até a presente data pesquisou-se muito mais sobre religião, do que sobre espiritualidade, a qual é um tópico de interesse público elevado. A grande maioria dos indivíduos quer viver de forma mais saudável, com maior paz interna, encontrar um significado para suas vidas e vivê-las com satisfação, o que representa espiritualidade. Por outro lado, os crescentes níveis de riquezas e do materialismo tecnológico não resolveram estas necessidades espirituais e, por ser importante para a população, a investigação científica na área de saúde deve abordar esta questão.

MILLER e THORESEN (2003) observaram, em relação à definição operacional de espiritualidade, que os grupos de cientistas que trabalham para definir operacionalmente espiritualidade ou religiosidade concordaram ao menos em um aspecto: estes são fenômenos complexos. A espiritualidade não é dicotômica: não é um atributo do que é atual ou do que é ausente em um indivíduo. Similarmente, as tentativas de definir espiritualidade em uma única dimensão linear (por exemplo, algo que alguém tenha mais ou menos) são muito simplificadas e frequentemente sem sentido. Uma compreensão mais abrangente da espiritualidade ou da religiosidade é a que pode caracterizar todos os indivíduos, não obstante sua afiliação a qualquer religião formal. Na linguagem metodológica das ciências comportamentais, a espiritualidade e a religiosidade são

descritas como construções latentes, entidades subjacentes conceptuais que não são observadas diretamente, mas podem ser inferidas a partir das observações de alguns de seus componentes. As construções latentes são comuns na ciência, e certamente nomeiam as subdisciplinas das ciências comportamentais. As construções latentes são complexas e geralmente multidimensionais, sem nenhuma medida ou dimensão que possam capturar seu significado essencial. A saúde, por exemplo, não é a temperatura do corpo ou a pressão sanguínea, e a cognição não está limitada ao trabalho da memória, às relações espaciais, ao raciocínio verbal ou ao interesse pela inteligência, somente. Uma vez que se contextualize (dê forma a uma perspectiva científica), as definições acerca da espiritualidade e da religiosidade podem se tornar mais desobstruídas, enquanto construções latentes e multidimensionais. Quais são as dimensões componentes que devem ser estudadas para se desenvolver uma compreensão destes amplos domínios? Como se pode operacionalizar estas dimensões em métodos possíveis de avaliação? Que aspectos determinam se uma dimensão ou uma medida particular pode ser considerada espiritual e/ou religiosa? Embora nenhum consenso científico exista nos estudos, um progresso substancial aconteceu nos últimos anos, e uma crescente atenção, tanto do público em geral como do meio científico, está sendo dada ao relacionamento entre a espiritualidade e a saúde. Para estes autores religiosidade e espiritualidade são construções distintas que se sobrepõem. Contudo, recomendaram a observação em dois pontos. Primeiramente, quase todos os estudos empíricos não reconheceram as distinções feitas acima e trataram a religiosidade, a religião, e a espiritualidade como um mesmo conceito geral, como sinônimos. Um segundo aspecto é que, com exceções raras, a literatura disponível mediu variáveis religiosas melhor que as espirituais. Faltam atualmente estudos com bons desenhos sobre a espiritualidade e o seu relacionamento com a área de saúde, o que é diferente de estudos que abordem questões religiosas.

POWELL et al, (2003) conduziram uma revisão da literatura atual na conexão entre a espiritualidade e a saúde e avaliaram hipóteses populares sobre o assunto. As hipóteses que apresentaram suporte foram incluídas nesta revisão. Os autores observaram que em pessoas saudáveis há uma forte relação entre o comparecimento a um serviço religioso e o grau de risco de mortalidade ou desenvolvimento de doença grave. A redução no grau de mortalidade foi de aproximadamente 25% após o ajuste para outros riscos e

fatores protetores na população. Teorizaram que pode haver muitos fatores protetores à saúde no trabalho religioso, tais como oportunidades de conexões sociais, ajuda mútua e desenvolvimento do valor do “self”. Os indivíduos podem também encontrar na religiosidade um significado mais profundo na vida que os ajude, emocionalmente, a lidar com o estresse, assim como as emoções positivas associadas ao comparecimento à igreja podem fornecer alguns benefícios protetores. Os autores concluíram que a conexão entre a religião e a saúde é complexa. Não encontraram conexão entre o grau de espiritualidade e a saúde física. Observaram que os graus de espiritualidade são difíceis de serem medidos pelos métodos tradicionais, os quais podem fornecer um retrato não exato da religiosidade. Concluíram que mais estudos são necessários para que se determine que fatores, na experiência religiosa, fornecem proteção ao risco de mortalidade ou ao desenvolvimento de doença grave.

CLARK et al (2003) conduziram uma revisão detalhada e sistemática da literatura e uma pesquisa original para verificar se as necessidades emocionais e espirituais dos pacientes são importantes, se os hospitais são eficazes para lidar com estas necessidades e que estratégias devem ser utilizadas para se trabalhar estas necessidades. Em relação ao método, a revisão da literatura foi conduzida em agosto 2002. Os dados sobre a satisfação dos pacientes sobre os atendimentos foram derivados dos “Press Ganey Associate’ 2001 National Inpatient Database”; foram coletados dados de 1.732.562 pacientes entre janeiro de 2001 e dezembro de 2001. A análise dos resultados revelou uma co-relação importante entre o grau de atenção da equipe de funcionários para as necessidades emocionais e espirituais dos doentes e a satisfação total destes doentes. As três atitudes que indicaram a co-relação mais alta com o grau de satisfação dos pacientes foram: o interesse da equipe de funcionários pelas queixas e reclamações dos doentes, incluindo as questões espirituais; o esforço da equipe de funcionários para incluir os pacientes nas decisões sobre o tratamento; a sensibilidade da equipe de funcionários às inconveniências que os problemas de saúde e a hospitalização causam nos doentes. Os autores discutiram que a atenção para a experiência emocional e espiritual, dos doentes durante a hospitalização, é uma oportunidade importante para proporcionar melhoria na qualidade de atendimento. As sugestões para a melhoria incluem a disponibilidade imediata de recursos, encaminhamentos apropriados dos doentes para capelães ou para líderes da



comunidade religiosa, uma equipe dedicada a avaliar e a melhorar a experiência emocional e espiritual nos cuidados oferecido aos doentes e a padronização de reuniões para se discutir as necessidades emocionais e espirituais dos pacientes.

KAASA e LOGE (2003) afirmaram que, na área da saúde, a maioria dos investigadores e dos clínicos concordam que a qualidade de vida está relacionada ao controle dos sintomas, o bem-estar psicológico e social e, provavelmente, ao menor grau de incapacitação. Este conceito de saúde, orientado de forma multidimensional, foi nomeado qualidade de vida na área de saúde. Entretanto, na fase terminal, os cuidados espirituais e aspectos existenciais tornam-se predominantes, conforme a percepção dos familiares em relação à qualidade dos cuidados. Desta forma, os aspectos que envolvem a qualidade de vida na área da saúde, na fase terminal, são abrangentes, pois envolvem o orgânico, o psicológico, o social e o espiritual e, por esta razão, os autores recomendaram que este enfoque seja delimitado nos protocolos das pesquisas sobre a qualidade de vida na fase terminal, para que a análise dos resultados, em uma perspectiva estatística ou interpretação clínica, seja possível.

MAC LEOD et al (2003) pesquisaram sobre a natureza dos cuidados médicos na fase terminal e, em particular, sobre a maneira em que estes cuidados são ensinados, problema que persiste na educação médica e na profissão. Os autores observaram que um trabalho recente indicou que os médicos aprendem a cuidar de pessoas em fase terminal em uma situação emocional e íntima. O método deste estudo consistiu no desenvolvimento de um programa projetado para os estudantes médicos, em seu primeiro ano clínico, quando se ocupam de um doente que está morrendo e de sua família. Foi solicitado aos estudantes que elaborassem um relato sobre os trabalhos desenvolvidos, incluindo uma reflexão pessoal da experiência. Os resultados mostraram que o encontro real diferiu do previsto pelos estudantes médicos. Os estudantes identificaram um componente emocional às suas experiências; exploraram seus próprios conceitos e como os pacientes compreendem a espiritualidade; eles refletiram sobre os significados pessoais dos atendimentos e expuseram as maneiras em que puderam aprender a cuidar de forma mais eficaz das pessoas que estão morrendo. Frente a estes resultados os autores discutiram que a maneira destes estudantes cuidarem dos pacientes terminais foi alterada através de uma ação

educacional transformativa que os incentivou a extrair o conhecimento de suas próprias experiências e habilidades. A aprendizagem dos estudantes médicos foi facilitada pela avaliação escrita e pela discussão que cada grupo teve com a equipe de professores na conclusão do programa.

GOOD (2003) observou que, ao se trabalhar o histórico de vida dos pacientes, o reconhecimento do componente espiritual das experiências vividas amplia o foco do cuidado no tratamento do doente terminal. Afirmou que o cuidado interdisciplinar é importante em unidades paliativas e que esta questão merece uma atenção maior da área médica. Através de um modelo "experimental" na instrução do estudante médico deve-se encorajá-los a olhar para a experiência inteira dos pacientes e de seus cuidadores.

MC GRATH (2002) discutiu os resultados de seu estudo com doze sobreviventes de câncer hematológico, através de entrevistas semi-estruturadas, para compreensão da Dor Espiritual e observou a importância da pesquisa sobre a espiritualidade, uma dimensão previamente negligenciada na área da saúde. Os resultados preliminares de seu estudo indicaram uma necessidade de desenvolvimento de uma nova terminologia para articular a espiritualidade na área médica e para se começar a compreender a 'Dor Espiritual'. Os resultados indicaram que os indivíduos necessitam de um forte sentido, conectado com suas vidas, para poder lidar com as demandas dos tratamentos agressivos e invasivos. A conexão, do tratamento invasivo e agressivo, com a vida do doente, pode ser ameaçada pela ruptura com o cotidiano normal, com os relacionamentos previstos, com a satisfação com a vida e com a perda de identidade frente a este tratamento invasivo e agressivo. Quando a desconexão é aguda e dolorosa (um fenômeno subjetivo dependendo do indivíduo), esta é experimentada, então, como 'Dor Espiritual', criando um vácuo que desafia a habilidade do indivíduo em manter um significado para sua existência. Observou que este estudo é um trabalho preliminar, a primeira etapa de uma pesquisa que objetiva compreender e estabelecer uma nomenclatura para o cuidado espiritual na área médica.

MC CLAIN et al (2003) relataram que a importância da inclusão da espiritualidade nos tratamentos médicos convencionais de doentes terminais está se tornando cada vez mais reconhecida. Avaliaram a relação entre o bem-estar espiritual, a

depressão, e o desespero (ideação suicida) no final da vida de cento e sessenta pacientes terminais, com câncer, com expectativa de vida menor que três meses, através de instrumentos padronizados: a avaliação funcional do bem-estar espiritual através da escala de bem-estar para doenças crônicas, a escala de avaliação de depressão de Hamilton, a escala de desesperança de Beck e a relação de atitudes frente à morte iminente. A ideação suicida foi baseada nas respostas da escala de avaliação da depressão de Hamilton. Os resultados indicaram correlações significativas entre bem-estar espiritual e relação de atitudes frente à morte iminente ( $r=-0.51$ ), desesperança ( $r=-0.68$ ), e ideação suicida ( $r=-0.41$ ). Concluíram que o bem estar espiritual ofereceu alguma proteção para o desespero dos doentes, cuja morte era iminente. Observaram que seus resultados têm implicações relevantes para a área de cuidados paliativos e que mostraram a importância de pesquisas controladas, que avaliem o efeito de intervenções que possam ajudar os pacientes terminais a encontrarem paz e bem-estar espiritual.

KNEIER (2003) escreveu que as estratégias para o enfrentamento do câncer, incluindo o melanoma, são muito importantes porque ajudam o paciente a sentir-se melhor e mais forte. Os doentes conseguem olhar com honestidade para a doença e trabalhar o impacto emocional, de forma a não perder a perspectiva de suas vidas. Apesar de todas as mudanças que o tratamento de um câncer pode trazer, os pacientes podem manter o bom senso e perceberem que são capazes de continuar. Fortalecem-se ao encontrarem suporte nas outras pessoas e no seu próprio mundo interno. Amparam-se nas suas razões para viver, com esperança, no processo de lutar contra o câncer. No entanto, também sentem que sua sobrevivência não é o único objetivo importante; a qualidade de suas vidas e de seus relacionamentos, os valores pessoais e a sua espiritualidade também merecem atenção e esforço. Sentem paz ao observar que, se vierem a morrer de câncer, o sentido, o valor, a alegria e o amor que vivenciaram em suas vidas, não será apagado.

PAPATHANASSOGLU e PATIRAKI (2003) em uma perspectiva hermenêutica e fenomenológica, estudaram a experiência vivida por indivíduos após a hospitalização em uma Unidade de Cuidado Intensivos, com foco em seus sonhos. A finalidade da pesquisa foi explorar o sentido de ter estado criticamente doente. Os sonhos expressam a linguagem do inconsciente e, através deles, pode-se simbolicamente encontrar

os significados para as vivências. Oito participantes contaram suas experiências em relação à doença crítica e relataram seus sonhos através de entrevistas semi-estruturadas. Uma interface entre o mundo 'real-externo' e o mundo 'interno' pareceu ser a base da percepção da situação. As narrativas dos participantes foram imensamente ricas quanto aos símbolos de transformação, à transcendência e ao renascimento. Transformações na forma de perceber a vida no corpo e a vida no tempo e no espaço foram alguns dos temas que emergiram, como parte de ambos os aspectos, consciência e experiências de sonho. As atitudes em relação à morte também foram alteradas e o engrandecimento dos elementos da espiritualidade tornou-se evidente, após a experiência da doença crítica. A doença crítica foi conceituada como uma fase que conduz à transformações no “self”, ao despertar da espiritualidade e ao crescimento pessoal. As enfermeiras devem estar preparadas para ajudar os pacientes que vivenciam o processo descrito em uma Unidade de Cuidados Intensivos.

SHANNON e TATUM (2003) afirmaram que os pacientes terminais devem aceitar a natureza irreversível de suas doenças e, frente a esta necessidade, o foco do tratamento médico deve mudar. Os aspectos espirituais podem transformar-se no interesse central e concentrar-se nestes aspectos pode ser a chave para aliviar os sofrimentos dos doentes. Ponderaram que os médicos, infelizmente, têm pouco treinamento nesta área e, freqüentemente, sentem -se pouco à vontade ao discutir sobre a espiritualidade, na vida acadêmica. Pretenderam, com seu trabalho, incentivar condutas mais centradas no paciente, em relação aos cuidados médicos na fase terminal.

MAC LEAN et al (2003) desenvolveram um estudo para determinar as preferências dos pacientes na abordagem da religião e da espiritualidade no encontro médico. Entrevistaram quatrocentos e cinquenta e seis pacientes, com 18 anos de idade, ou mais, selecionados nas salas de espera dos consultórios médicos. Um terço dos pacientes afirmou querer que sua opinião religiosa fosse pedida, durante uma visita rotineira ao consultório. Dois terços afirmaram que os médicos devem ter atenção para suas crenças religiosas ou espirituais. O interesse dos pacientes pela interação espiritual ou religiosa com o médico aumentou muito frente à possibilidade da doença ser grave. Dezenove por cento concordaram que o médico deve interagir espiritualmente com eles durante uma visita

rotineira ao consultório, vinte e nove por cento concordaram que o médico deve interagir espiritualmente com eles nos casos de hospitalização e, cinquenta por cento concordaram que o médico deve interagir espiritualmente com os doentes, nos casos em que a morte está próxima. O interesse do paciente na interação religiosa ou espiritual diminuiu quando a intensidade da interação se moveu de uma discussão simples de aspectos espirituais (33% concordaram) para a oração silenciosa do médico, (28% concordaram) para a oração do médico com o paciente (19% concordaram). Os autores concluíram que a minoria dos pacientes deseja uma interação religiosa com o médico em visitas rotineiras ao consultório, (ir ao consultório rezar com o médico); por outro lado, tal desejo aumentou muito frente à possibilidade de uma doença grave ou frente à iminência da morte.

PINCHAROEN e CONGDON (2003) escreveram que saúde e os fenômenos espirituais são vistos de forma diferente, dependendo da perspectiva cultural. Nesse estudo descreveram como a espiritualidade é percebida e experimentada por pessoas tailandesas idosas. Os objetivos específicos foram descrever como a espiritualidade ajudou estas pessoas tailandesas idosas a manterem a sua saúde e o que elas mais valorizam no processo de envelhecer. Foi utilizado o método qualitativo descritivo, com informações etnográficas. A amostra incluiu nove pessoas idosas tailandesas de uma comunidade urbana dos Estados Unidos. Os dados foram colhidos através de entrevistas e com observação etnográfica dos participantes. A análise de dados foi realizada através da decodificação, categorização e desenvolvimento de tema. Cinco temas principais emergiram dos dados: Conectar-se com os recursos espirituais fornece conforto e paz; a harmonia é alcançada através de mente e corpo saudáveis; a vida deve ser vivida de forma valorizada; deve-se estabelecer relacionamentos tranquilos com a família e os amigos; deve-se experimentar sentido e confiança na morte. Para estes participantes tailandeses a saúde e a espiritualidade coexistem e estão relacionadas com todas as questões da vida.

MATZO et al (2002) relatam sobre o módulo “Considerações Culturais relacionadas aos Cuidados no Final da Vida”, que se insere no “Programa para Educação de Enfermeiras sobre os Cuidados no Final da Vida” (ELNEC). Um total de quinhentos e sessenta e quatro enfermeiras de graduação e setecentos e sete enfermeira em educação continuada participaram do ELNEC. Os autores concluíram que, em relação ao módulo

apresentado, a instrução detalhada para enfermeiras a respeito das considerações culturais relacionadas aos cuidados de pacientes terminais resulta em melhor atendimento para os doentes, morte digna e serena e sensibilidade as suas expectativas e necessidades culturais.

PIERSON et al (2002) identificaram e descreveram os setores que definem uma boa e uma má morte, a partir da perspectiva de pacientes com a doença da AIDS avançada. Foram entrevistados, face a face, trinta e cinco pacientes e identificados quinze domínios, dos quais doze, foram mencionados por, pelo menos, dois participantes. Os doze domínios abrangem os principais determinantes para uma boa ou má morte, na perspectiva desta qualidade de pacientes e incluem: sintomas, qualidade de vida, pessoas presentes, processo de morrer, local de residência, capacidade de decisão, controle do tratamento pelo paciente, temas da espiritualidade, cenário da morte, suicídio assistido pelo médico, aspectos do tratamento médico e aceitação da morte. Os autores concluíram que uma melhor compreensão destes domínios pode permitir aos clínicos apreciar, de uma forma mais completa, as experiências de seus pacientes que estão morrendo e identificar maneiras de melhorar os cuidados que oferecem na fase terminal.

PATTERSON et al (2002) objetivaram estabelecer o papel da literatura antiga e da tradição religiosa na prática da moderna oncologia; a proposta, de praticar oncologia em um contexto espiritual, visou explorar métodos para destacar esta perspectiva na instrução do tratamento do câncer. Analisaram um texto religioso, de forma contextual e sumária, compartilhado pelas tradições religiosas mais comuns do oeste: cristianismo, judaísmo e islamismo. Nos resultados observaram que todas as tradições religiosas afirmam que o sofrimento deve ser ouvido, considerado e tratado. Nos termos da prática da oncologia isto significa que o tratamento deve ser negociado com o paciente de acordo com a necessidade deste e que as obrigações dos médicos para com o doente continuam depois que o tratamento curativo falha. Concluíram que o Livro de Jó oferece suporte para uma perspectiva espiritual na prática da oncologia, pois indica que o cuidado ao paciente deve representar um esforço holístico. Esta perspectiva é a chave para promover cuidados que transcendam o tratamento convencional da doença.

CHIBNALL et al (2002a) pesquisaram junto a estudantes de terceiro ano do curso de medicina o resultado da exposição à aspectos espirituais e religiosos no ensino

médico, através de leituras e de discussões em pequenos grupos. Observaram que esta exposição pode estimular comportamentos médicos como atenção extra para o paciente, diálogos com o paciente sobre a morte e o morrer e orações com o paciente. Concluíram que a exposição a aspectos espirituais e religiosos na escola médica pode sensibilizar estudantes às necessidades psicossociais e espirituais de doentes terminais.

EFFICACE e MARRONE (2002) observaram que o diagnóstico de um câncer força a maioria dos seres humanos a olharem para a sua própria morte.

O sentido de invulnerabilidade e de imortalidade é quebrado, levando o paciente a se conscientizar, neste momento, que a vida é finita e limitada. Com a proximidade da morte os pacientes que desenvolvem câncer embarcam geralmente em uma viagem interna que envolve uma busca de significados assim como uma revisão das prioridades que englobam as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Os autores afirmaram que embora o interesse pelo papel da espiritualidade no enfrentamento de um câncer e na qualidade de vida total deste pacientes tenha aumentado nos últimos anos, a maioria dos instrumentos geralmente usados para avaliar qualidade da vida em oncologia não incluem aspectos espirituais. Os autores discutem que a avaliação eficaz de qualidade de vida deve envolver todos os aspectos da personalidade, incluindo a mente, o corpo e o espírito. Os autores sugerem que pesquisas adicionais são necessárias para que se possa compreender como a espiritualidade pode contribuir no tratamento do câncer.

LOURDES e REUS (2002) estudaram a natureza das perspectivas de nove educadores aposentados, de diferentes profissões de saúde, em relação à sua própria instrução. O método de entrevistar com profundidade se mostrou um adequado mecanismo para reconstrução das experiências da vida diária dos participantes e para a construção das categorias de sentido destas experiências. Os autores aplicaram o método de análise indutiva na identificação dos temas e das edições, e na construção das categorias. Nove categorias emergiram a partir da reconstrução das entrevistas dos participantes.

- 1) A legitimidade da aposentadoria.
- 2) Entendimento do que cercou sua própria educação.
- 3) Entendimento do processo de envelhecimento do ser humano.
- 4) Legitimidade da morte.
- 5) As relações humanas como elemento fundamental da realidade humana.
- 6) O objetivo dos papéis vivenciados na atividade humana.
- 7) A legitimidade da religião e o

fator espiritual. 8) Compreensão da realidade que os circunda. 9) A reconstrução do passado: tradições e práticas legítimas. Através da compreensão destas categorias, os autores elaboraram recomendações específicas para processos educacionais de adultos idosos e aposentados.

FRIEDEMANN et al (2002) escreveram sobre a questão da espiritualidade na enfermagem, no tratamento de doentes terminais, de acordo com a “Framework of Systemic Organization” (Estrutura organizacional que orienta enfermeiras em como prover cuidados espirituais para os pacientes). De acordo com esta organização espiritualidade é definida como uma conexão sistêmica com Deus, a natureza ou outro ser humano e o sentido encontrado nesta relação. A chave para o cuidado espiritual é estabelecer um equilíbrio entre o controle dos sintomas físicos e a espiritualidade; este equilíbrio é construído através da história individual de cada paciente, seus valores e necessidades. Os autores apresentaram um estudo de caso e mostraram a importância de se controlar os sintomas no processo de morrer. Apesar disto, é benéfico se ampliar o foco dos cuidados ao paciente terminal, inserindo-se a questão da espiritualidade, o que resulta em uma melhor auto-aceitação do paciente, reconciliação com a família e a restauração da saúde emocional. Segundo os autores, as enfermeiras devem estar habilitadas para equilibrar o controle dos sintomas e a questão da espiritualidade, de acordo com o desejo do paciente, no tratamento da fase terminal. Concluíram que enfermeiras também devem explorar sua própria espiritualidade, o que contribuirá para o atendimento aos doentes e favorecerá o crescimento de ambos.

STUTTS e SCHLOEMANN (2002) discutiram a questão da manutenção da vida por meios tecnológicos de pacientes que, de outra maneira, não sobreviveriam, e os conflitos éticos, culturais e espirituais inerentes a esta questão. Observaram que junto com os avanços científicos, existe a responsabilidade não somente de responder as necessidades clínicas dos pacientes, mas também de compreender como a cultura e a espiritualidade da família afetarão sua percepção da situação e seu processo de tomada de decisões. Em artigo anterior, discutiram como a cultura e as crenças espirituais de familiares de bebês podem afetar as decisões deste processo e também habita-los para enfrentar a morte iminente da criança. Consideraram que O desenvolvimento de uma equipe de profissionais de saúde



culturalmente competentes pode ajudar a construir uma ponte sobre o vácuo entre a tecnologia e as diversas culturas. No presente artigo direcionaram-se para os profissionais de saúde envolvidos com a questão da manutenção da vida de recém-nascidos por meios artificiais e discutiram as seguintes perguntas: 1) Que alternativas legais estão disponíveis à equipe de funcionários para proteger o paciente do sofrimento de uma manutenção inútil da vida por meios tecnológicos? 2) Que conflitos pôde a equipe de funcionários experimentar em consequência da manutenção inútil da vida de um paciente? 3) Que esforços podem ser feitos para auxiliar no suporte dos membros da equipe de funcionários? 4) O que pode ser feito para preparar outros profissionais de saúde para tratar com mais eficácia as questões éticas e culturais?

CHIBNALL et al (2002b) objetivaram em seu estudo identificar em aspecto demográfico, a doença, o tratamento médico e os fatores psicossociais e espirituais associados ao medo da morte. Os resultados sugeriram que o medo da morte entre pacientes com a vida ameaçada por doença física estava associado às dimensões psicossociais e espirituais da vida deste paciente. Os autores observaram que a atenção dos profissionais para a área psicossocial e para a área espiritual pode favorecer a re-significação das experiências negativas, no processo de morrer.

WALSH et al (2002) exploraram a relação entre as crenças espirituais e a resolução do luto. Participaram do estudo 135 parentes e amigos íntimos de pacientes com doença terminal admitidos em um Centro especializado em Cuidados Paliativos em Londres. Observaram que as pessoas que não relataram nenhuma opinião espiritual não tinham resolvido suas tristezas e mágoas após 14 meses da morte do parente ou amigo. Os participantes com forte crença espiritual resolveram suas tristezas e mágoas de forma progressiva neste mesmo período. Os autores concluíram que indivíduos que possuem uma crença espiritual mais forte parecem resolver mais rapidamente e completamente suas tristezas e mágoas depois da morte de uma pessoa próxima.

WRIGHT (2002) pesquisou, através de um modelo fenomenológico, a essência espiritual da experiência vivida pelas partes interessadas, na área de cuidados paliativos. Entrevistas semi-estruturadas foram conduzidas com 16 participantes que desempenhavam variados papéis no setor de cuidados paliativos e professavam diferentes religiões ou

nenhuma. Os dados encontrados nos relatos dos participantes revelaram que o cuidado espiritual é baseado na suposição de que todas as pessoas são seres espirituais. Cuidar espiritualmente é reconhecer a relação entre a doença e a dimensão espiritual e também reconhecer a possibilidade de se buscar respostas e significados para as grandes perguntas da vida e da morte. Cuidar espiritualmente é responder às necessidades humanísticas e religiosas dos doentes. Em essência, cuidar espiritualmente é procurar afirmar o valor de cada pessoa baseado no amor incondicional e sem julgamentos.

SIEGEL et al (2002) caracterizaram as atitudes de pediatras em relação à espiritualidade e à religião no relacionamento com o doente. Observaram que sessenta e cinco por cento dos pesquisados verbalizaram que a fé tem uma função na área de saúde e setenta e seis por cento relataram terem sentido um sentimento confortável ao rezar com um paciente, se pedido por este último. Noventa e três por cento dos pediatras pesquisados abordariam o tema espiritualidade e religião ao discutirem sobre uma doença ameaçadora à vida e noventa e seis por cento, ao discutir sobre a morte e morrer. Observou-se que em um centro médico acadêmico urbano os residentes pediátricos e a faculdade mostram uma atitude positiva para a integração da espiritualidade e da religião na prática clínica de pediatras.

WALTON (2002) afirmou que a espiritualidade pode ter um papel poderoso na recuperação de doentes. Observou que quando enfermeiras ajudam doentes que sofreram um infarto agudo do miocárdio a descobrirem o significado e a finalidade da vida, o que em essência é espiritualidade, esta conduta favorece, de forma importante, a recuperação destes pacientes.

O'HARA (2002) ponderou em seu artigo que, enquanto a maioria das pessoas voltam-se para a oração durante uma doença séria ou morte iminente, o sistema de saúde tende a relegar a oração e a espiritualidade para a periferia dos cuidados médicos. Apesar das pesquisas recentes aparentemente demonstrarem um relacionamento entre práticas espirituais e cuidados à saúde, a integração da espiritualidade na prática da medicina permanece ilusória. O autor concluiu que a espiritualidade deve ter um lugar nos tratamentos da área da saúde.

HALSTEAD e HULL (2001) estudaram o processo de desenvolvimento espiritual de dez mulheres com câncer de mama, ovário ou linfoma não-hodgkin, que estavam dentro dos cinco anos previstos para o diagnóstico de cura, haviam completado o tratamento inicial e não haviam apresentado recidiva da doença. Os dados foram colhidos através de duas entrevistas semi-estruturadas. As principais variáveis estudadas na pesquisa foram o processo de desenvolvimento da espiritualidade; as respostas ao diagnóstico, ao tratamento, e à sobrevivência do câncer. Os resultados indicaram que o diagnóstico do câncer ameaçou o sentido de vida destas mulheres, derivando em uma sensação de desintegração. Este problema foi resolvido com o processo psicológico social básico de se trabalhar com paradoxos, processo este, que compreende três fases: decifrar o sentido do câncer para si própria, reconhecer as limitações humanas, e aprender a viver com incertezas. Na fase I, os paradoxos focalizaram na possibilidade de morte, de aflição, de vulnerabilidade e manter conexão. Na fase II, os paradoxos envolveram o confronto com a morte, a capacidade de fazer perguntas difíceis, e permitir-se não controlar a própria vida. Na fase III, nos paradoxos centraram-se na incerteza, na redefinição de sentido e na identificação do crescimento espiritual. A reintegração no decorrer destas fases, embora quando havia ameaça de recidiva, a desintegração ressurgia, momentaneamente. Os autores concluíram que os achados apontaram não somente para a importância da espiritualidade, mas também mostraram que essa experiência espiritual é individual e desenvolve-se naturalmente. O crescimento espiritual ocorre no período que segue ao diagnóstico do câncer e não está relacionado necessariamente à idade da paciente. Os autores consideraram que pode ser doloroso para as pacientes lidarem com questões espirituais; para um adequado atendimento espiritual se faz necessário o conhecimento das necessidades das mulheres com câncer, assim como, ter uma atitude de importar-se, ser um profissional sensível. As enfermeiras devem estar cientes das fases do desenvolvimento espiritual, de modo que as intervenções possam ser direcionadas às necessidades individuais que podem variar de acordo com cada fase.

SHIRAHAMA e INOUE (2001) exploraram o conceito da espiritualidade e da sua expressão entre pessoas em uma comunidade rural japonesa. Observaram que a espiritualidade foi descrita como "vivendo em harmonia com a natureza e com os povos circunvizinhos". As expressões comuns sobre espiritualidade relacionavam-se à fé e às

maneiras de adoração, de oração, de busca pela paz interna, pela esperança e a ação de graças, incluindo o bem estar espiritual. Posteriormente espiritualidade foi definida como a ação de demonstrar agradecimentos à natureza, aos antepassados e às pessoas; importar-se com os povos circunvizinhos e a aceitação pacífica da morte. Para que os cuidados espirituais na área de saúde possam ser oferecidos de forma congruente, sugeriram que as enfermeiras devem expandir seus próprios conhecimentos e compreensão sobre a espiritualidade, integrar a espiritualidade na prática clínica e melhorar a comunicação com seus clientes e suas famílias.

HEINTZ e BARUSS (2001) estudaram a questão da espiritualidade em adultos idosos. Foi aplicado o Inventário de Expressões Espirituais de MacDonald, em vinte e duas mulheres e oito homens, com idade média de setenta e dois anos e seis meses, tendo como grupo controle estudantes universitários, com idade média de vinte e um anos. Enquanto as contagens médias foram mais elevadas na amostra dos adultos idosos em relação às questões que mediam a frequência a práticas espirituais e religiosas, do que nas contagens do grupo controle, as contagens sobre crenças paranormais foram mais altas no grupo controle. Escores baixos em relação à ansiedade frente à morte estiveram relacionados apenas ao bem-estar existencial e à idade. E, quando alguns comportamentos religiosos tais como a prática religiosa freqüente, a oração e comparecimento à igreja foram correlacionados com algumas das dimensões da espiritualidade, muitas das contagens do Inventário de Expressões Espirituais mostraram-se independentes dos comportamentos religiosos auto-relatados.

SATTERLY (2001) afirmou que os tratamentos em um "Hospice" são dedicados a aliviar a dor das pessoas que estão morrendo. Além dos cuidados em relação à dor física, à dor social e à dor psicológica, a atenção à dor religiosa ou espiritual deve ser adicionada no atendimento de muitos destes pacientes. A dor espiritual está enraizada na culpa que conduz à punição e é experimentada como medo. E também está enraizada na vergonha que conduz um paciente a abandonar a esperança no amor de Deus. O recurso para o tratamento da dor religiosa ou espiritual é a expressão de amor incondicional no trabalho dos profissionais de saúde, o que favorece ao paciente conseguir lidar com o seu próprio ódio e com a dureza de sua autocrítica.

VASSALLO (2001) escreveu que a teoria humanística dos cuidados domiciliares de Paterson e de Zderad pode ser usada para se trabalhar as necessidades espirituais de doentes terminais. Observou que as enfermeiras da área de cuidados paliativos que praticam cuidados holísticos para doentes que estão morrendo, ajudam-nos a viver de uma forma melhor suas vidas na fase terminal tratando-os em casa, de forma que as experiências vividas sejam compartilhadas na tríade doente, família e enfermeira. Considerou que o conforto do meio ambiente doméstico, associado às práticas humanísticas das enfermeiras, atende às necessidades espirituais de doentes terminais.

Para O'CONNOR (2001) o tema espiritualidade, neste início do século XXI, é o foco de atenção na literatura da área da saúde. A autora pontua que há uma série de razões para a ocorrência deste fenômeno. Uma delas é a influência do 'Movimento da Nova Era' que está despertando o sentimento de uma profunda necessidade de espiritualidade. Outra razão é a comunhão, por muitas pessoas, da idéia de que uma vida sem sentido perde seu propósito e sua direção. Também cresce a percepção, entre os profissionais, de que apenas o sentimento de piedade diante do sofrimento dos pacientes, não é suficiente. Uma outra importante razão é a convergência da ecologia, da ciência e da fé para um ponto comum, e o reconhecimento de que a tecnologia moderna não resolveu a questão do sofrimento e do sentido da vida.

O' CONNOR (2001) diferenciou espiritualidade de religião. Religião vem do termo "religare", que significa religar-se, organizar as convicções, comportamentos e valores de uma tradição de fé particular ou comunidade de fé. Religião é algo que nós adquirimos ou desenvolvemos dentro de uma determinada tradição de fé. Religião inclui espiritualidade, mas uma pessoa pode ser espiritualizada e não aderir a qualquer religião particular ou prática formal de religião. Uma pessoa também pode ser espiritualizada e não acreditar em um Deus de forma específica.

O' CONNOR (2001) também diferenciou alma de espírito, e explicou que a alma permeia as particularidades da vida e o espírito a transcende. A alma contempla intimamente a vida, enquanto o espírito transcende os aspectos humanos. A alma é o assento das emoções humanas com suas limitações e conflitos, enquanto o espírito é o

receptáculo dos valores, princípios e das mais nobres aspirações. Enquanto a alma está presa à existência humana, o espírito pode planar.

STRANAHAN (2001), através da análise de cento e dois questionários respondidos por enfermeiras do estado de Indiana, Estados Unidos, desenvolveu um estudo para examinar a relação entre percepção espiritual, atitudes em relação aos cuidados espirituais e a prática de cuidados espirituais na enfermagem. Concluiu que o lugar dos cuidados espirituais na prática avançada de enfermeiros tem lugar assegurado. Por outro lado observou uma necessidade de diferenciação e operacionalização conceitual sobre o que venha a ser 'espiritual', 'religioso' e 'cuidados espirituais'. STRANAHAN (2001) ponderou que esta operacionalização conceitual é fundamental para o ensino apropriado, na graduação de enfermeiros, sobre as condutas para se identificar as necessidades espirituais dos pacientes e para o desenvolvimento de apropriadas intervenções.

BALDACCHINO e DRAPPER (2001) desenvolveram uma revisão da literatura de enfermagem sobre espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento. Observaram que as pesquisas indicaram que as estratégias espirituais que envolveram o contato do indivíduo consigo próprio, com outros, incluindo Deus ou a natureza, favoreceram o enfrentamento de períodos de crise porque, através da espiritualidade, os indivíduos encontraram sentido, propósito, significado e esperança para seus sofrimentos. Concluíram que a utilização de estratégias espirituais pode aumentar a autocapacidade dos pacientes para encontrarem significado e propósito no sofrimento.

TUCK et al (2001) desenvolveram um estudo para pesquisar a prática da Espiritualidade entre enfermeiras paroquiais, em uma amostra randomizada em todo os Estados Unidos. Na parte qualitativa do estudo pesquisaram as intervenções espirituais das enfermeiras paroquiais, que foram classificadas em quatro categorias: 'Religiosa', 'Interacional', 'Relacional' e 'Profissional'. Cada uma destas quatro categorias pode compreender as seguintes práticas:

- 'Religiosa': orar, oferecer comunhão, oferecer serviço espiritual, discutir sobre Espiritualidade, ministrar, consagrar, impostar as mãos.
- 'Interacional': estar junto, importar-se, dar esperanças, amparar, aceitar, afirmar, tocar, confortar, respeitar, mostrar-se aberto, conectar-se.

- 'Relacional': ouvir, visitar, encorajar, conversar, compartilhar, cantar, ler, escrever, falar, discutir.
- 'Profissional': avaliar, encaminhar, ensinar, assistir, resolver problemas, acompanhar, oferecer informações, consultar, refletir, fazer curativos.
- ter um relacionamento conflitante ou não manter relacionamento com os seus diferentes aspectos internos.

### **2.3- Estudos sobre intervenções terapêuticas com aspectos semelhantes à Intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME).**

No “site” da BIREME ([www.bvs.br](http://www.bvs.br)), em julho de 2005, fizemos a revisão a seguir descrita, nas bases de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde / 1993-2005; 1966-1992 (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), cruzando as seguintes palavras-chave: espiritualidade, visualização, imagens mentais, imagens, relaxamento mental, relaxamento, morte, pacientes terminais, terapia breve, psicoterapia breve, hipnose, terapia complementar, cuidados paliativos, música, estado terminal, assistência terminal, morte.

#### **- Espiritualidade e visualização.**

Cruzando as palavras “spirituality” e “visualization” encontramos um estudo relacionado à intervenção terapêutica. KENNEDY et al (2002) desenvolveram um Programa para pacientes cardíacos que incluiu a discussão e as oportunidades de se experimentar opções saudáveis quanto ao estilo de vida, através de práticas de exercícios físicos, nutrição adequada, aprendizado de técnicas para gerenciamento de estresse e práticas espirituais como a yôga, a meditação, a visualização e a oração. Observaram que 78% dos participantes (n=72) referiram, após o programa, melhoras quanto à capacidade de perceber o sentido da vida de forma positiva e quanto à capacidade de lidar com problemas, assim como redução na tendência a ficar irritado.

### **- Espiritualidade e relaxamento mental.**

Cruzando as palavras “spirituality” e “mental relaxation” encontramos três estudos relacionados à intervenção terapêutica. Nosso estudo de mestrado (ELIAS e GIGLIO, 2002a) e os artigos de BORRIE (1990-91) e MC CARTHY (1984). O artigo de BORRIE (1990-91) relaciona-se a intervenção para restringir a estimulação ambiental no tratamento da drogadição com o objetivo de facilitar mudanças de hábitos através das mudanças de atitudes relacionadas ao autoconceito e à espiritualidade. A natureza da intervenção incluiu dois processos: mudança no foco do pensamento e reequilíbrio, o que resultou em relaxamento profundo, alívio da dor, alteração da consciência para um estado mais introspectivo, menos defensivo e mais receptivo. Os resultados indicaram que esta intervenção mostrou-se eficaz para alterar alguns comportamentos de drogadição, com possibilidades de sua aplicação ser ampliada para o tratamento de outros tipos de drogadição. MC CARTHY (1984) analisou dois métodos para o tratamento de alcoólicos que incluíam, com algumas diferenças entre ambos, relaxamento mental, sugestão (auto-sugestão), oração, auto-ajuda e apoio grupal, procurando re-direcionar os pensamentos do doente de seus problemas para uma vida espiritualizada. Observou que os resultados não foram descritos com clareza e que os praticantes destes métodos não eram médicos.

### **- Morte e imagens mentais.**

Cruzando as palavras “death” e “mental images” encontramos dois estudos relacionados à intervenção terapêutica. MONEY (2001) relatou a importância das práticas do xamanismo (estados alterados de consciência e visualização de imagens mentais) para a recuperação de processos infecciosos, traumas físicos ou sofrimentos psicológicos. Sugeriu que o sistema imunológico tem uma participação importante na recuperação das doenças e que é influenciado por variáveis internas e externas. As variáveis internas referem-se ao significado da doença para o paciente e as imagens formadas a partir da doença, o que pode ser modificado a partir das práticas xamânicas. SPIEGEL e MOORE (1997) relataram que as técnicas de imaginação e hipnose são eficazes no controle da dor no câncer, pois favorecem relaxamento físico e mudança do foco de atenção da sensação dolorosa para outras percepções. Consideraram que se pode utilizar como variação, a técnica de



imaginação dirigida através da visualização de imagens internamente geradas, sem o uso formal da hipnose. Observaram que estas técnicas também podem favorecer o aumento da sobrevida no tratamento do câncer.

#### **- Morte e relaxamento mental.**

Cruzando as palavras “death” e “mental relaxation” encontramos sete estudos relacionados à intervenção terapêutica. Nossa pesquisa de mestrado (ELIAS e GIGLIO, 2002a), o estudo de SPIEGEL e MOORE (1997) acima relatado e os artigos a seguir relacionados. KISSANE et al (2004) observaram que a terapia de grupo com abordagem cognitivo – existencial (proposta de melhorar o humor e as atitudes mentais em relação ao câncer) não favorece o aumento da sobrevida em mulheres com diagnóstico precoce de câncer de mama. DOLLANDER (2002) analisou os fatores externos e intrapsíquicos relacionados à insônia em adultos, concluiu que o tratamento farmacológico tem limites e enfatizou a necessidade de se promover métodos combinados para induzir e manter o sono como higiene noturna, técnicas de relaxamento, psicoterapia e métodos comportamentais. KRUCOFF et al (2001) consideraram que pacientes com problemas coronários apresentam sofrimento emocional e espiritual importante, o que pode ampliar as complicações durante intervenções médicas. Afirmou que terapias não farmacológicas como relaxamento, imaginação, toque terapêutico e orações podem reduzir a ansiedade, a dor e o sofrimento, aumentando a eficácia dos agentes farmacológicos. LUCINI et al (1997) observou, em estudo controlado sobre os efeitos do relaxamento mental nas respostas de excitação do sistema nervoso simpático em sujeitos saudáveis, que, em relação à técnica de relaxamento mental, esta enfraquece as respostas de excitação deste sistema no que se refere ao sistema cardiovascular. LA GRAND (1980) propôs para reduzir o estresse de profissionais médicos, equipes da área de cuidados paliativos e todos que estão envolvidos na educação para a morte, entre outras, as técnicas de relaxamento mental.

#### **- Pacientes terminais, terapia breve e hipnose.**

Cruzando as palavras “terminal patients”, “brief therapy” e “hypnosis” encontramos um estudo relacionado à intervenção terapêutica. DOUGLAS (1999) afirma em seu artigo o valor da hipnose como uma terapia complementar ou alternativa no

tratamento de pacientes terminais. Observa que através da hipnose é possível alcançar relaxamento, melhorar a insônia, promover alívio da dor e também auxiliar o paciente a conviver com seus familiares, especialmente seus cuidadores, o que pode ser uma fonte de alívio para o paciente.

**- Espiritualidade e terapia complementar.**

Cruzando as palavras “spirituality” e “complementary therapy” encontramos quatro estudos relacionados à intervenção terapêutica. O estudo de SAMANO et al (2004) já citado na revisão sobre ‘Espiritualidade no Brasil’. ROLNIAK et al (2004) estudaram o uso de medicina complementar e alternativa entre pacientes urbanos em um departamento de emergência. Observaram que os pacientes devem ser questionados rotineiramente sobre o uso espontâneo de medicina alternativa e complementar para poder ser orientados sobre os efeitos positivos e negativos destas intervenções em interação com os tratamentos convencionais. Os 3 tipos os mais comuns de medicina alternativa e complementar relatados por estes pacientes foram: oração / espiritualidade, música-terapia e meditação. HOLT-ASHLEY (2000) explorou em seu artigo o uso da espiritualidade nos cuidados da enfermagem, com especial foco na oração. Considerou o crescente avanço do uso de terapias complementares na população geral. Também considerou que o corpo, a mente e o espírito estão interligados e que, embora os pacientes nos hospitais recebam ótimos cuidados médicos e da enfermagem, eles procuram por terapias complementares. WYATT et al (1999) estudaram o uso de terapias complementares entre pacientes idosos com câncer. As terapias mais referidas foram exercícios, terapia de ervas e cura espiritual. Os resultados indicaram que os usuários de terapias complementares, em relação aos não usuários, eram mais otimistas e também apresentavam diferenças significativas quanto aos sintomas físicos apresentados. Não encontraram diferenças na sintomatologia depressiva e na espiritualidade. Os autores recomendaram que os centros para tratamento de câncer desenvolvam um sistema onde os pacientes possam relatar o uso que fazem de terapias complementares, permitindo que a equipe de saúde trabalhe em parceria com os doentes.

### **- Relaxamento mental e terapia complementar.**

Cruzando as palavras “mental relaxation” e “complementary therapy” encontramos sete estudos relacionados à intervenção terapêutica. SHIN e LEE (2005) examinaram, em dois estudos de caso, os efeitos da terapia de Qi (medicina chinesa, equilíbrio das energias Ying e Yang) nos sintomas da síndrome da fadiga crônica, incluindo a fadiga e as complicações. Observaram que, nestes casos, a terapia Qi favoreceu os estados de relaxamento mental e emocional, assim como favoreceu o enfrentamento da dor e da fadiga. HENDERSON e DONATELLE (2004) estudaram o uso de medicina alternativa complementar por mulheres, após o tratamento alopático de câncer de mama. Dois terços das pacientes (n=551) relataram ter usado alguma terapia de medicina complementar e alternativa, a maioria sem recomendação de seu médico. As principais terapias relatadas foram: relaxamento / meditação, ervas, curas espirituais e coquetéis de vitaminas. Os tratamentos alternativos e complementares tenderam a ser mais usados por mulheres jovens, com educação qualificada e previdência privada. Os autores observaram que o uso destes tratamentos não repercutiu negativamente no tratamento médico convencional, mas favoreceu a otimização do autocuidado em relação à saúde e ao bem-estar. MAMTANI e CIMINO (2002) relataram em seu artigo que já existem evidências suficientes para o uso da medicina alternativa e complementar nos seguintes casos: acupuntura para problemas de adição e dor crônica músculo esquelética, hipnose para dor oncológica e náuseas, massagem para ansiedade, técnicas de integração mente-corpo como o relaxamento, a meditação e o “biofeedback” para a dor, a insônia e a ansiedade. Ponderaram que os médicos devem estar informados para aconselhar apropriadamente os pacientes sobre os limites e benefícios da medicina alternativa e complementar. MATTHEES et al (2001) estudaram o uso de terapias complementares, tais como oração, grupos de auto-ajuda e técnicas de relaxamento usadas por pacientes receptores de transplante de pulmão. Não encontraram diferenças significativas entre os usuários e os não usuários, mas observaram que a maioria destes pacientes está fazendo uso destas terapias e que os médicos devem observar a interação destas com as terapias convencionais para otimizar o processo de cuidar. BURNS et al (2001), em estudo piloto, pesquisaram o efeito da terapia musical em um Centro de Ajuda no Tratamento do Câncer. A intervenção consistiu em uma terapia musical de grupo compreendida em ouvir música de um gravador e ao vivo, que induzia ao

estado de relaxamento e também improvisar música de relaxamento com instrumentos de percussão. Os resultados indicaram bem-estar, aumento do estado de relaxamento e minimização da tensão durante a escuta da música e bem-estar, aumento da energia e minimização da tensão durante a improvisação. Observou-se aumento das taxas de hemoglobina salivar A e diminuição do cortisol em ambas as experiências. ASHTON et al (1997) estudaram, através de pesquisa randomizada com grupo controle, o uso da intervenção de relaxamento com auto-hipnose em pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca (artéria coronária). Os resultados indicaram que, em relação ao grupo controle, os pacientes que praticaram as técnicas de relaxamento com auto-hipnose se apresentaram, no pós-operatório, mais relaxados e fizeram menos uso de medicação para dor. Em relação aos parâmetros intra-operatórios não houve diferenças significativas entre os dois grupos, quanto à morbidade ou à mortalidade. LINDOP (1993) estudou o uso, por estudantes de enfermagem, de terapias complementares como relaxamento, visualização e hipnose com o objetivo de gerenciar o estresse. Observou que o modelo da terapia deve ser flexível, respeitando as diferenças individuais, o que permite o enfrentamento do estresse negativo. O modelo de hipnose interacional favorece os estudantes a se utilizarem de experiências passadas para lidar com o enfrentamento do estresse atual e futuro.

#### **- Visualização e terapia complementar.**

Cruzando as palavras “visualization” e “complementary therapy” encontramos dois estudos relacionados a prática de intervenção terapêutica. PEACE e MANASSE (2002) afirmam em seu artigo que o uso de terapias complementares associadas ao tratamento convencional está aumentando. Em um centro de tratamento de câncer na Inglaterra oferecem aromaterapia, massagem, reflexologia, shiatsu, acupuntura, homeopatia, aconselhamento, visualização, hipnoterapia, relaxamento, cura espiritual e arte-terapia. Ponderaram a necessidade de avaliação destas terapias junto aos pacientes e relataram que, na experiência deste Centro, a avaliação proporcionou uma oportunidade para os pacientes falarem sobre sua história, encontrarem um sentido para o adoecer, elaborarem significados e expectativas realistas frente às intervenções escolhidas. As avaliações também favoreceram a participação do paciente no processo do seu tratamento e 88% referiram um melhor conceito para seu médico. LUSKIN et al (2000) realizaram uma

revisão de terapias de integração mente/corpo no tratamento de distúrbios músculo-esqueléticos com implicações para as pessoas idosas. As terapias avaliadas foram: suporte social, terapia cognitivo-comportamental, meditação, o efeito placebo, imaginação, visualização, cura espiritual por energia, musicoterapia, hipnose, yoga, tai-chi, e qigong. Os resultados do estudo indicaram que estas técnicas são eficazes como tratamentos complementares para as doenças musculoesqueléticas e distúrbios relacionados, mas, principalmente, evidenciaram a necessidade da realização de pesquisas controladas sobre estas intervenções.

#### **- Música, terapia complementar e pacientes terminais.**

Cruzando as palavras “music”, “complementary therapy” e “terminal patients” encontramos um estudo relacionado a prática de intervenção terapêutica.

RICHARDS et al (2003) em seu artigo sobre o uso de terapias alternativas e complementares para induzir o sono de pacientes gravemente enfermos, recomendaram que a equipe de enfermagem, que atende esta qualidade de pacientes, se devidamente treinada, deve aplicar as técnicas de musicoterapia, toque terapêutico e massagem relaxante. As técnicas de relaxamento muscular também são indicadas para insônia, se o paciente conseguir voluntariamente relaxar seus músculos. Não recomendaram o uso de aromaterapia e sedativos alternativos, pois estas intervenções requerem melhores estudos para se avaliar sua segurança e eficácia.

Encontramos apenas nosso estudo de mestrado (ELIAS e GIGLIO, 2002a) cruzando as palavras “terminal care”, “spirituality” e “relaxation”; “terminal care”, “spirituality” e “brief therapy” ; “terminal patients”, “brief therapy” e “spirituality”; “terminal patients”, “brief therapy” e “mental relaxation”.

Não encontramos nenhum estudo cruzando as palavras “spirituality” e “mental images” ; “spirituality”, “mental images” e “mental relaxation” ; “terminal patients”, “brief therapy” e “mental images” ; “terminal patients”, “brief therapy” e “visualization”; “spirituality”, “complementary therapy” e “terminal patients” ; “spirituality”, “complementary therapy” e “palliative care” ; “mental relaxation”, “complementary

therapy” e “terminal patients” ; “visualization”, “complementary therapy” e “terminal patients” ; “spirituality”, “complementary therapy” e “terminal state” ; “mental relaxation”, “complementary therapy” e “terminal state” ; “visualization ”, “complementary therapy” e “terminal state” ; “terminal care”, “spirituality” e “imagery” ; “terminal care”, “spirituality” e “visualization” ; “terminal care”, “spirituality” e “hypnosis” ; “terminal care”, “spirituality” e “complementary therapy”.

Na base de dados “National Center for Biotechnology Information (NCBI) at the U.S. National Library of Medicine (NLM)” (Centro Nacional de Informação Biotecnológica da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos) realizamos a revisão abaixo descrita em julho de 2005.

#### **- Imagens, relaxamento e morte.**

Cruzando as palavras “imagery”, “relaxation” e “death” encontramos sete estudos relacionados à prática de intervenções. GRUNBERG et al (2003) estudaram a relação entre o humor e a alteração de humor no período imediatamente anterior a intervenção coronária. Pacientes (n=119) foram avaliados através da Escala Visual Analógica (EVA) que incluía felicidade, satisfação, calma, esperança, preocupação, angústia respiratória, medo e tristeza, antes e depois de sessões de relaxamento, visualização ou toque terapêutico ou após terem rezado por aproximadamente trinta minutos ou terem recebido atendimento padrão. Os resultados sugeriram correlações entre as tentativas de se alterar o humor dos pacientes e os resultados clínicos obtidos durante e após os procedimentos. Os autores observaram que novos estudos devem ser realizados para uma melhor compreensão de como as tentativas de se alterar o humor dos pacientes pode afetar os resultados clínicos. HOSAKA et al (2001) desenvolveram uma intervenção de grupo estruturada para mulheres japoneses com câncer de mama. Este programa consistiu em uma série de cinco sessões de noventa minutos incluindo educação psicológica, resolução de problemas, suporte psicológico, prática de relaxamento e imaginação dirigida. Os autores objetivaram neste estudo pesquisar os fatores que discriminaram o grupo que melhorou do que não melhorou. Entre as noventa e duas pacientes que efetivamente participaram do estudo, 69 melhoraram e 23 não melhoraram. Os fatores que diferenciaram o grupo das que melhoraram, do grupo das que não

melhoraram foram resumidos em: 1) bom relacionamento com os médicos; 2) suporte familiar e compreensão; 3) melhor aproveitamento da intervenção; 4) nenhuma comorbidade no ajustamento. Sugeriram que uma intervenção educacional para os familiares fosse incluída no programa e que suporte adicional seja incluído para as pacientes que não melhoraram. KRUCOFF et al (2001), cujo estudo foi relatado no cruzamento das palavras morte e relaxamento mental, na pesquisa na base de dados Medline. FERNANDEZ et al (1998) através de estudo retrospectivo com pais de crianças que tiveram um diagnóstico de câncer entre 1989 e 1995 na Colômbia Britânica, estudaram o uso de terapias alternativas e complementares em oncologia pediátrica. Observaram a prevalência e os fatores que podem indicar o uso ou o não uso destas terapias. Seus resultados indicaram que 42% dos 366 pesquisados usaram terapias alternativas como chá de ervas, extrato de plantas e vitaminas terapêuticas e como terapia complementar fizeram uso de estratégias de relaxamento e visualização, massagens e toque terapêutico. As razões para a escolha destas terapias foram uso prévio, atitude positiva prévia frente a estes tratamentos, solicitação de informação para amigos, parentes ou cuidadores alternativos, alto risco de morte frente ao diagnóstico e pai ou mãe com educação avançada, que utilizaram ambos os tratamentos convencional e alternativo em conjunto. As razões mais comuns citadas para o não uso foram o desconhecimento e o medo das terapias alternativas /complementares interferirem no tratamento convencional. Os autores concluíram que o uso destas terapias em oncologia pediátrica é comum e que os fatores que indicaram seu uso devem ser associados à terapia convencional com responsabilidade. SPIEGEL e MOORE (1997) cujo estudo foi relatado no cruzamento das palavras morte e relaxamento mental, na pesquisa na base de dados Medline. HOULDIN et al (1993) estudaram a influência de um treinamento da técnica de relaxamento nos aspectos imunológicos e psicológicos (ansiedade, incluindo depressão) de esposas enlutadas. O treinamento aconteceu em quatro semanas, uma hora por semana e incluiu relaxamento muscular progressivo e imaginação dirigida e foi supervisionado por uma enfermeira clínica, especialista em psiquiatria. Os resultados indicaram resposta psico-imunológica positiva e que sugerem a necessidade de novas pesquisas com desenhos rigorosos. RANCOUR (1991) em seu artigo afirma que a imaginação dirigida pode ser uma técnica adequada para ajudar pacientes, os quais buscam um sentido para as mudanças em seus corpos e para a possibilidade de morte iminente. O autor pondera que enquanto os

profissionais de saúde buscam uma melhor combinação de agentes quimioterápicos, os pacientes são deixados sozinhos em seu desespero. Indica a imaginação dirigida como forma da enfermagem cuidar dos pacientes, mesmo quando a cura está fora de questão.

#### **- Imagens e espiritualidade.**

Cruzando as palavras “imagery” e “spirituality” encontramos onze estudos relacionados à prática de intervenções. SCHERWITZ et al (2005) estudaram se a técnica de imaginação dirigida interativa contribuiu para um prognóstico de melhor recuperação de trezentos e vinte e três pacientes clínicos tratados em um Centro Médico e um Hospital Geral dos Estados Unidos. A intervenção consistiu na indução da técnica de relaxamento através da visualização de imagens mentais objetivando desenvolver e cultivar pensamentos positivos em relação à evolução da doença e também refletir sobre o significado das imagens. Foi aplicada no período de seis semanas, uma vez por semana. Mediu-se a capacidade dos pacientes de visualizarem, a relação estabelecida entre paciente e profissional, assim como mediu-se os benefícios cognitivos, emocionais, comportamentais e espirituais adquiridos através da prática desta intervenção. Os autores concluíram que os “insights” que os pacientes obtiveram sobre o desenvolvimento de sua saúde, através do processo da aplicação da técnica de imaginação dirigida interativa, independeram da relação paciente / terapeuta. ARNSTEIN (2004) recomenda em seu artigo, entre outras, o uso das técnicas de relaxamento, visualização de imagens e hipnose para se alterar a experiência subjetiva da dor, no tratamento de pacientes portadores de dor neuropática crônica. HESSIG et al (2004) estudaram os efeitos de um programa educacional nas atitudes de enfermeiras que atuam em oncologia para a prática de dez terapias complementares (arte, exercício, humor, visualização, prática de diário, massagem, música, relaxamento, espiritualidade e toque terapêutico), através do auto-relato destas. Os resultados indicaram que as enfermeiras valorizam as terapias complementares, mas carecem de instruções e conhecimento para um adequado uso destas terapias. Considerou-se que um curso de oito horas pode preparar enfermeiras para a prática de algumas destas intervenções e, embora a falta de tempo também tenha sido uma variável apontada, a qual impede a aplicação destas intervenções complementares, os autores concluíram que um programa educacional pode facilitar a integração das terapias complementares na prática



dos cuidados aos pacientes. FORTUNE e PRICE (2003) escreveram sobre como desenvolver uma forma espiritualizada de se atender pacientes, com base na experiência pessoal e profissional. Os autores partiram da premissa que a disposição espiritual para curar deve estar inserida em todo relacionamento enfermeira / paciente e, em qualquer situação relacionada ao cuidar. Esta disposição espiritual para curar é definida como uma energia universal, cuja origem pode ser acessada através da visualização, do toque terapêutico, da terapia Reiki e outras intervenções relacionadas. Os autores exploraram as técnicas energéticas como uma forma de tratar ou impedir o “burnout” de enfermeiras, identificaram caminhos específicos para a prática da enfermagem dentro de uma perspectiva holística, e consideraram que esta perspectiva holística pode vir a ser o agente transformador que redefinirá os caminhos de se tratar pacientes no sistema de saúde. AI e BOLLING (2002) estudaram o uso de terapias complementares e alternativas entre pacientes de meia idade e mais velhos, antes de cirurgia cardíaca. 80,9% confirmaram o uso de terapias complementares e alternativas, tais como técnicas de relaxamento, alteração na rotina alimentar, cura espiritual, vitaminas, massagens, ervas, remédios populares e imaginação. Variáveis como, grau de instrução, função, número de condições crônicas não cardíacas, fumante, praticante de alguma religião e falha por congestão cardíaca, indicaram maior probabilidade de uso de terapias alternativas e complementares e variáveis como doenças cérebro-vasculares e arritmias indicaram menor probabilidade de uso. Os autores concluíram que, frente ao número elevado de pacientes que utilizaram terapias alternativas e complementares nesta amostra, os médicos e profissionais de saúde devem procurar estudar estas intervenções para poder melhor colaborar no tratamento dos pacientes. MARR (2001) aborda em seu artigo o uso do agradável método de integração da técnica de imaginação dirigida com a música, como uma modalidade para reflexão e oração introspectiva, processo grupal e administração espiritual. Explica esta intervenção centrada na música, como uma terapia de orientação introspectiva profunda e a qual funciona como catalisadora de experiências espirituais e crescimento. Afirma que os “insights” espirituais e emocionais alcançados através deste método, podem favorecer o processo de cura. VAN DER RIET (1999) escreveu em seu artigo sobre o contato de pacientes com câncer com aspectos celestiais, viabilizados através da meditação, da visualização e da massagem, o que resultou em uma nova visão de si próprio como um ser integral, equilibrado e centrado.

Discute as vantagens da visualização e a inter-relação entre espiritualidade, contato com aspectos celestiais e memória. BROWN-SALTZMAN (1997) escreveu em seu artigo sobre a possibilidade de se fortalecer o espírito através da oração meditativa e da imaginação dirigida; concluiu que estas duas formas de intervenção podem favorecer o trabalho da enfermagem no cuidar espiritualmente de pacientes com câncer e seus familiares. TAYLOR (1997) discutiu em seu artigo a natureza e a função das histórias que os pacientes contam e como os profissionais de saúde podem ouvir estas histórias e dar um sentido para elas, buscando recursos nos livros e artigos da área de humanas e cuidados à saúde. Concluiu que as histórias são um meio para avaliação e intervenção nos aspectos que refletem essencialmente a espiritualidade de um indivíduo. Considerou que a prática de contar histórias deve ser incentivada pela enfermagem, como uma forma de favorecer a saúde espiritual dos pacientes. HAWKS et al (1995) realizaram uma revisão sobre a questão da espiritualidade na área de saúde. Em resumo os principais achados indicaram que a visualização, a meditação e as atividades de suporte grupal podem relacionar-se a vários componentes da saúde espiritual tais como encontrar um sentido e finalidade na vida, favorecer um contato com áreas mais transcendentais da psique e ampliar a visão da realidade. Também foram observadas mudanças positivas no comportamento em relação à saúde, tais como melhora na comunicação, na ingestão de dietas e na adesão ao tratamento clínico, assim como uma variedade de resultados físicos e emocionais benéficos também foram relatados, tais como contribuição para reversão de doenças cardíacas, diminuição da mortalidade no câncer, ansiedade reduzida e melhora no estado de humor. Os autores concluíram que os profissionais da saúde estão aptos para desenvolver, executar e avaliar intervenções espirituais apropriadas à área de saúde dentro do contexto de programas detalhados. Recomendaram que novos estudos devem ser realizados para se aperfeiçoar a integração das técnicas de visualização, meditação e suporte grupal com a questão da espiritualidade. MILLISON e DUDLEY (1992), em relação à questão da espiritualidade como prática dos profissionais de saúde em “hospices” dos Estados Unidos, observaram que as intervenções espirituais foram consideradas importantes para o trabalho nestas instituições e que as mais usadas eram as relacionadas às intervenções religiosas, como pedir ao paciente para falar de seu Deus ou conversar com um clérigo. Intervenções como meditação e imaginação dirigida, que não são associadas necessariamente à religião, eram

menos usadas. Por outro lado observaram que muitos profissionais não clérigos estão trabalhando questões espirituais com os pacientes internados em “hospices” e que prover suporte espiritual é função de todos os profissionais que trabalham com esta qualidade de pacientes.

#### **- Psicoterapia breve e paciente terminal.**

Cruzando as palavras “psychotherapy brief” e “terminal patient” encontramos dois estudos relacionados à prática de intervenções. CHOCHINOV et al (2004) em seu artigo sobre dignidade e considerações psicoterapêuticas no final da vida, afirmam que o princípio básico em Cuidados Paliativos é ajudar os pacientes a morrerem com dignidade. Relataram que desenvolveram uma específica intervenção psicoterapêutica breve e individual para pacientes terminais, denominada Terapia da Dignidade. O termo ‘dignidade’ está relacionado ao cuidar do paciente e pode ser considerado como a estrutura que orienta o médico, o paciente e os familiares na definição dos objetivos e considerações terapêuticas fundamentais em cuidados paliativos. O artigo de DOUGLAS (1999) já citado no cruzamento das palavras ‘paciente terminal, terapia breve e hipnose’, pesquisadas na base de dados Medline.

#### **- Espiritualidade e relaxamento.**

Cruzando as palavras “spirituality” e “relaxation” encontramos dezesseis estudos relacionados à prática de intervenções. HILLIARD (2005) realizou uma revisão sobre pesquisas empíricas relacionadas à prática de música-terapia em “hospices”, na área de Cuidados Paliativos. Onze estudos foram revisados e seis mostraram evidências que sustentam o uso de musicoterapia com pacientes terminais. As variáveis dependentes afetadas positivamente pela musicoterapia incluíram o controle da dor, conforto físico, melhora de energia frente a fadiga, relaxamento frente à ansiedade, melhora do humor, espiritualidade e qualidade de vida. A autora recomenda que novos estudos devem ser realizados para uma melhor compreensão dos benefícios da musicoterapia em Cuidados Paliativos. KRONENWETTER et al (2005) entrevistaram vinte e seis homens com câncer de próstata que participaram de um programa denominado Estilo de Vida. Este programa visou melhorar a dieta, estimular exercícios, trabalhar práticas de gerência do stress e

terapia de apoio grupal entre iguais. O objetivo deste estudo foi examinar as reações psicológicas, emocionais, espirituais, e sociais no diagnóstico precoce do câncer de próstata e à participação neste programa. Os resultados indicaram que após o diagnóstico os pacientes apresentaram ansiedade, aflição e negação, assim como exacerbação dos conflitos com a companheira. Um componente significativo deste programa de estilo de vida foi à participação na terapia de apoio grupal entre iguais. Estes doentes expressaram geralmente atitudes positivas (emocional, física e espiritualmente) sobre as mudanças no estilo de vida, e sentiram que o programa contribuiu para o desenvolvimento de sentimentos de esperança, de otimismo e de enfrentamento. Os participantes também mencionaram sentirem-se mais confortáveis por poderem expressar-se emocionalmente. BARNES et al (2004) em pesquisa realizada com 31044 americanos maiores de dezoito anos, observaram que 62% desta população usou alguma terapia alternativa ou complementar nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa, incluindo orar pela saúde. Excluindo-se a oração pela saúde, 36% usaram alguma terapia alternativa ou complementar. As dez terapias mais usadas foram: rezar pela própria saúde (43%), rezar pela saúde dos outros (24.4%), utilizar produtos naturais (18,9%), exercícios respiratórios profundos (11,6%), participar de grupo de oração para sua própria saúde (9,6%), meditação (7,6%), cura através do tratamento na coluna vertebral, quiroprática (7,5%), yôga (5,1%), massagem (5,0%), dietas (3,5%). Estas terapias foram mais usadas para tratar dor nas costas ou problemas nas costas, resfriados, tensão na nuca, dores nas articulações ou enrijecimento, ansiedade e depressão. 54,9% dos pacientes utilizaram as terapias alternativas e complementares, associadas ao tratamento médico convencional porque consideraram que obteriam melhores resultados e 50,1% achou interessante tentar esta modalidade de terapia. BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004) escrevem que os interesses espirituais são altamente relevantes, mas freqüentemente ignorados, de forma geral na psicoterapia e de forma específica no suicídio. Descreveram uma intervenção terapêutica inovadora desenvolvida em um trabalho de grupo com sobreviventes de tentativa de suicídio e profissionais de saúde mental. A técnica compreende o relaxamento e a meditação concentrada, acrescida da meditação dirigida, na busca da sabedoria interna. Muitos participantes relataram uma experiência positiva importante, incluindo acesso a um conhecimento interno, altamente relevante para eles neste momento de suas vidas. Estas introspecções foram experimentadas como

provenientes de uma parte mais profunda do próprio self do paciente (fonte interna), ou de um guia espiritual ou uma presença espiritual (fonte externa). Os resultados indicaram que a meditação dirigida pode ser um recurso poderoso para terapeutas e seus pacientes, suicidas e outros doentes. Os autores recomendam pesquisas adicionais, assim como investigações sobre a aplicação desta modalidade de intervenção em outras clínicas. GERARD et al (2003) desenvolveram uma pesquisa randomizada e com grupo controle para avaliar os resultados do tratamento por um curador espiritual, de pacientes com torcicolo. A intervenção consistiu em três sessões semanais de cura espiritual (canalização, transmissão da energia curativa, através das mãos de um curador, de sua fonte espiritual para alguém que necessita) com duração de aproximadamente 30 minutos cada uma. O grupo controle recebeu tratamento convencional, sem nenhum tratamento espiritual. Os resultados indicaram que após o tratamento os pacientes que foram submetidos à cura espiritual apresentaram rotação e flexão da nuca, significativamente melhor, que os pacientes do grupo controle. As referências à dor diminuíram, assim como foi relatado aumento da vitalidade física no grupo experimental, em relação ao grupo controle. Outras diferenças não foram encontradas. Os autores sugerem que novos estudos devem ser realizados, aumentando-se o tempo do tratamento e também controlando a variável ‘efeito placebo’. ANANDARAJAH e HIGHT (2001) sugerem o questionário HOPE como instrumento para avaliação da espiritualidade na prática médica. Os conceitos do questionário HOPE propostos para discussão com o paciente são: H = as fontes de esperança, de força, de conforto, de sentido, de paz, de amor e de contato para o doente. O = o papel de uma instituição religiosa para o paciente. P = a espiritualidade na perspectiva pessoal e práticas adotadas. E = efeitos dos tratamentos médicos nas decisões da fase terminal. KAMIENESKI et al (2000) relatam os resultados obtidos com o Programa “Desafio do Bem-Estar” dos Adventistas do Sétimo Dia. Este programa introduz a filosofia do poder curativo de Deus e enfatiza a importância de se desenvolver um sentido da espiritualidade integrado à promoção de boa saúde. Participaram cento e sessenta e cinco pacientes ambulatoriais de um Centro Médico da Flórida, Estados Unidos, durante vinte e um dias, que foram avaliados antes e seis semanas após o término do programa. Os resultados indicaram mudanças nos comportamentos relacionados ao fumo de cigarro, ao uso de álcool, ao padrão alimentar, realização de exercícios físicos, consumo da água,

descanso, relaxamento e tempo gasto ao ar livre. Os autores concluíram que este programa oferece maneiras de se reduzir os fatores de risco relacionados às doenças crônicas e promove melhoras na qualidade de vida de uma população de adultos que aceita incorporar de forma gradual, novos hábitos em sua rotina diária. LOWIS e HUGHES (1997) compararam os efeitos da música religiosa e da música secular em indivíduos idosos, no sentido de avaliar os vários aspectos dos sentimentos despertados em relação à espiritualidade e à integridade do ego, através de questionários aplicados antes e após a intervenção. As análises estatísticas dos resultados não revelaram diferenças significativas na espiritualidade dos participantes em relação aos dois tipos de música, embora esses tenham sido avaliados diferentemente. Quando os resultados de ambas as músicas foram combinados, uma correlação significativa e positiva foi encontrada entre as contagens da espiritualidade dos ouvintes e as avaliações de ambos os tipos da música para a reverência ou a espiritualidade. Os participantes, em sua maioria, experimentaram estas seleções musicais como relaxantes e como evocativas de memórias e considerações. Os autores concluíram que o tipo de música usado neste estudo pode ter um valor potencial como acompanhamento para técnicas tais como a revisão da vida e a terapia de relaxamento. TURNER et al (1995) escreveram sobre a nova categoria diagnóstica intitulada 'problema religioso ou espiritual', que foi incluída na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-IV); consideraram que a inclusão desta nova categoria abre caminho para um novo relacionamento entre o psiquiatra e os campos da religião e da espiritualidade, o que é benéfico tanto para os profissionais de saúde mental, como para os pacientes que procuram seu auxílio. SMITH et al (1990) escreveram que as intervenções não tecnológicas como técnicas de relaxamento, de distração, toque terapêutico e espiritualidade podem aliviar a dor crônica nas costas, em nível leve. O conhecimento destas estratégias não tecnológicas pela enfermagem, é necessário para facilitar a aplicação de intervenções centradas no paciente. THOMAS (1989) escreveu que frente a atenção atual ao "burnout" da equipe de saúde e frente às grandes mudanças promovidas na forma de se cuidar dos pacientes, os profissionais devem atender às suas próprias necessidades para poder curar. A integração de uma dimensão espiritual na área pessoal e na do trabalho é fundamental para uma vida equilibrada, o que permite que enfermeiras atuem com maior dedicação. O autor concluiu que a partir da espiritualidade, a

prática dos cuidados aos pacientes pelos profissionais de saúde, que envolve o tratar, o confortar e o curar, fluem naturalmente de um centro calmo. Os artigos de ARNSTEIN (2004); HESSIG et al (2004); FORTUNE e PRICE (2003); AI e BOLLING (2002) já foram citados no cruzamento das palavras 'imagens e espiritualidade', pesquisadas na base de dados NCBI. O artigo de BORRIE (1990-91) já foi citado no cruzamento das palavras 'espiritualidade e visualização' na base de dados Medline.





### **3- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA ESPIRITUALIDADE ADOTADOS NO PRESENTE ESTUDO**

Neste capítulo apresentamos os fundamentos teóricos em que nos baseamos para operacionalizar o conceito de Dor Espiritual e para estruturar a questão da espiritualidade.

#### **3.1- Dor Espiritual.**

O conceito de Dor Espiritual (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e em relação à espiritualidade, culpas perante Deus) foi operacionalizado em nossa dissertação de mestrado (ELIAS, 2001) para re-significar a Dor Simbólica da Morte de pacientes terminais. Para operacionalizar o conceito de Dor Espiritual, partimos do conceito de Dor proposto, em 1967, pela médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders, assim como também nos fundamentamos nos Princípios Básicos para um Programa de Cuidados Paliativos propostos pela WORLD HEALTH ORGANIZATION (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE).

SAUNDERS (1991), falecida em julho de 2005, e que iniciou nas últimas décadas do século XX, o movimento de criação dos “Hospices” na Inglaterra, locais onde eram e são oferecidos Cuidados Paliativos aos pacientes Fora de Possibilidade de Cura, formulou 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.

A WORLD HEALTH ORGANIZATION (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE) estabeleceu nove Princípios Básicos que devem nortear um Programa de Cuidados Paliativos e dentre eles nos fundamentamos em três para operacionalizar o nosso conceito de Dor Espiritual: o primeiro, o segundo e o quarto.

- 1) **Oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento.**
- 2) **Considerar a morte como um processo natural da vida.**
- 3) Não apressar ou adiar a morte.
- 4) **Integrar aspectos psíquicos e espirituais nos cuidados paliativos.**
- 5) Oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente o quanto possível até a morte.
- 6) Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e em seu próprio processo de luto.
- 7) Manter uma equipe que possa atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo consultas de luto, se necessárias.
- 8) Ampliar a qualidade de vida de forma a influenciar positivamente a evolução da doença.
- 9) Aplicar desde o início da doença, em conjunto com as outras terapias que pretendem prolongar a vida como a Quimioterapia e a Radioterapia, e incluir as investigações necessárias para se melhor compreender e trabalhar as complicações clínicas dolorosas.

### **3.2- Bases teóricas para estruturação da Espiritualidade.**

Desde os primórdios da humanidade o homem sempre se indagou sobre a questão da espiritualidade. Muitos pensadores abordaram esta questão sob os mais diversos prismas e, por esta razão, é praticamente impossível abordarmos este tema na sua totalidade. O critério para escolha das bases teóricas adotadas foi o significado da espiritualidade, as necessidade espirituais de doentes terminais, o mundo espiritual, a morte e o pós-morte, dentro de uma perspectiva acadêmica e não religiosa, a partir das afinidades conceituais e filosóficas da pesquisadora e de seu estudo anterior no mestrado.

A seguir relacionamos os estudos dos autores que compõem nossas bases teóricas, com breve biografia destes autores, pesquisada nos livros publicados e no “site” de busca da Internet “www.google.com.br”.

**- Carl Gustav Jung.**

Nossa primeira base teórica é Carl Gustav Jung, médico psiquiatra suíço, fundador da Psicologia Analítica, falecido em 1961. JUNG (2001) afirmou que sua vida é a história de um inconsciente que cumpriu a própria missão.

As vivências espirituais são muitas vezes entendidas como vivências religiosas, mas, dentro de uma visão científica faz-se necessária uma diferenciação entre ambas. Para JUNG (1986a) a espiritualidade não se refere a uma determinada profissão de fé religiosa, e sim à relação transcendental da alma com a divindade e à mudança que daí resulta, ou seja, espiritualidade está relacionada a uma atitude, a uma ação interna, a uma ampliação da consciência, a um contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento, amadurecimento, que este contato pode resultar para a personalidade. Um dos caminhos possíveis para processar-se esta relação transcendental da alma com a divindade, segundo JUNG (1986c), é a meditação.

Desta forma, para este autor, a espiritualidade não está relacionada a crenças e dogmas, os quais pertencem ao campo das religiões institucionalizadas. Estas sim são confissões de fé, isto é, são formas codificadas e dogmatizadas de experiências espirituais originárias. (JUNG, 1986a).

JUNG (1986b), em 1951, trabalhou com o conceito do Arquétipo do Si Mesmo definindo-o como a sede da identidade subjetiva, o centro ordenador e unificador da psique, simbolizado por Cristo, e como sede da identidade objetiva, consciente, o ego. Pontuou que quanto maior fosse o número de conteúdos coletivos inconscientes assimilados ao ego consciente, (processo possível através da meditação) e quanto mais significativos fossem, tanto mais esta instância psíquica se aproximaria do Si Mesmo ou “Self”, muito embora esta aproximação possa nunca chegar ao fim.

JUNG (2001), embora não tenha considerado a realidade espiritual apenas uma representação simbólica do mundo físico, interpretou o mito e as imagens simbólicas como mediadores entre o inconsciente e o consciente e entre o mundo espiritual e o mundo físico porque observou que não conseguimos com os elementos tridimensionais do mundo material, compreender a realidade espiritual em sua forma pura. Em outra obra, este autor, Jung (1993) afirmou que quando a mente explora um símbolo, ela é conduzida a idéias que estão fora do alcance da nossa razão.

**- Celso Charuri.**

Nossa segunda base teórica é Celso Charuri, médico, cirurgião, psicanalista e filósofo brasileiro, falecido na década de 1980. CHARURI (2001) afirmou que a Amizade deu razão à sua vida.

CHARURI (2001), à semelhança de Jung, referiu-se ao mundo espiritual também de forma simbólica. Ensinou que a dimensão espiritual é composta por elementos relacionados aos sentimentos e que, por esta razão, não pode ser racionalizada.

Segundo CHARURI (2001) a Espiritualidade está relacionada à vivência do "Amor Maior", que é um sentimento absoluto para o qual não há doses, é um estado de plenitude que se manifesta independente das circunstâncias. O "Amor Maior" expressa-se como "Luz" porque não está vinculado aos aspectos materiais da existência e sim às virtudes universais, que se manifestam na personalidade através da ampliação da consciência sobre o sentido e a razão da vida.

Entre as virtudes universais que permitem a integração com a Espiritualidade, CHARURI (2001) destacou o Respeito. Segundo este médico e filósofo, o Respeito deve estar relacionado a todos os acontecimentos, porque há um significado e uma possibilidade de crescimento em todas as expressões da vida de um ser humano. O Respeito, quando vivenciado, resulta em atitudes de docilidade, meiguice e pureza, que em última instância, sempre estarão a serviço do desenvolvimento positivo da personalidade, da re-significação do sofrimento e da conexão com a sabedoria interna.

## - Experiências de Quase Morte (E.Q.M.).

Como terceira base teórica desenvolvemos os elementos que compõem a questão da Espiritualidade a partir dos estudos de autores médicos sobre as E.Q.M., relacionados a seguir.

**Raymond Moody Jr** é médico psiquiatra e doutor em Filosofia norte-americano. Embora existam relatos médicos sobre as E.Q.M. que datam da Idade Média, foi este médico quem nomeou estas experiências e estabeleceu um paradigma para o considerável volume de pesquisas que se estruturou, desde sua primeira publicação na década de 1970. Moody Jr não só entrevista estes pacientes como trabalha clinicamente com eles e com seus familiares. Já atendeu em torno de dois mil casos de E.Q.M. **Elisabeth Kübler-Ross**, falecida em agosto de 2004, foi médica psiquiatra suíça, radicada nos Estados Unidos e trabalhou por trinta anos com a morte e o morrer. Foi uma das pioneiras no desenvolvimento da área de Cuidados Paliativos. Esta autora, junto com colaboradores, compilou vinte mil entrevistas de pessoas que foram dadas como mortas e voltaram a viver normalmente. Seu paciente mais novo foi um menino de dois anos de idade e seu paciente mais velho foi um senhor de noventa e sete anos. Colheu dados sobre as E.Q.M. de homens e mulheres de diferentes origens culturais e religiosas, incluindo esquimós, havaianos nativos, aborígenes da Austrália, hindus, budistas, protestantes, católicos, judeus, pessoas sem identidade religiosa, agnósticos e ateus. Mais da metade dos casos compilados resultaram de uma experiência de “morte” repentina, para a qual os indivíduos não puderam se preparar ou mesmo prevê-la. **Melvin Morse** é médico pediatra norte-americano, estudou as E.Q.M. de crianças. Posteriormente desenvolveu uma pesquisa com quatrocentos adultos que tinham passado por uma E.Q.M. quando crianças, para verificar se existiram efeitos transformadores advindos desta experiência que pudessem ser documentados. **Pin Van Lommel** é médico cardiologista holandês e estudou trezentos e quarenta e quatro pacientes que foram submetidos a quinhentas e nove ressuscitações bem sucedidas, depois de paradas cardíacas, durante oito anos. Vinte por cento destes trezentos e quarenta e quatro pacientes, ou seja, sessenta e dois indivíduos relataram ter passado por uma E.Q.M. entre vivências de nível superficial ao nível profundo. **Bruce Greyson** é médico psiquiatra, professor da Divisão de Estudos da Personalidade do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de

Medicina da Universidade de Virgínia, Estados Unidos. Há trinta anos é membro da Associação de Parapsicologia dos Estados Unidos e focalizou suas pesquisas nas E.Q.M. É o editor do Jornal sobre E.Q.M. há vinte e dois anos. **Peter Fenwick** é médico inglês, neuropsiquiatra. Pesquisa a relação mente-cérebro, a natureza e a dinâmica operacional da consciência e tem trabalhado em casos de crimes cometidos durante estados “automáticos” da consciência. É referência britânica nos estudos sobre as E.Q.M. e publicou o livro “The Truth in the Light”, ainda não disponível em português. **Sam Parnia** é médico inglês, referência na área respiratória e pesquisador da biologia molecular da asma. Foi membro do Comitê de Ressuscitação dos Hospitais vinculados à Universidade de Southampton entre 1998 e 1999. Ao trabalhar nas Unidades de Cuidados Médicos Coronários dos Hospitais Gerais de Southampton e junto com o Dr Peter Fenwick desenvolveu o primeiro estudo sobre E.Q.M. da Inglaterra. **Brian Weiss** é médico psiquiatra norte-americano, foi diretor do Departamento de Psiquiatria do Mount Sinai Medical Center e após desenvolver pesquisas sobre Vidas Passadas, fundou o Weiss Institute e passou a dedicar-se exclusivamente a este tema. No decorrer de sua vivência profissional tem também atendido vários pacientes com experiência de morte clínica.

E.Q.M. é uma expressão cunhada por MOODY JR (1989, 1992) para conceituar a vivência de indivíduos que foram dados como clinicamente mortos, voltaram a viver normalmente e lembram-se de terem experimentado todos ou alguns dos eventos abaixo descritos.

Segundo os autores médicos que estão estudando a E.Q.M. (GREYSON, 2000, 2003; KÜBLER-ROSS, 1998, 2003; MOODY JR, 1989, 1992; MORSE e PERRY, 1997; PARNIA e FENWICK, 2001; VAN LOMMEL, 2004; VAN LOMMEL et al, 2001; WEISS, 1998, 1999), os principais eventos descritos por estes pacientes são:

- ✓ *Sensação de estar morto.*
- ✓ *Sensação de flutuar para fora do corpo.*
- ✓ *Paz e ausência de dor.*
- ✓ *Emoções positivas.*

- ✓ *Capacidade de se deslocarem na velocidade do pensamento, para o local que desejassem.*
- ✓ *Capacidade de ouvir o que os médicos e os familiares estavam falando de uma perspectiva que não teriam, se estivessem em seus corpos, deitados.*
- ✓ *Mover-se em um túnel e ser atraído por uma luz brilhante branca, dourada, azul ou visualização de bonitas pontes ou portas ornamentadas e belas, por onde atravessavam para uma outra dimensão, para o mundo espiritual.*
- ✓ *Encontro com parentes ou amigos já falecidos.*
- ✓ *Contato com Seres Espirituais, denominados por estes pacientes como Seres de Luz (Comunicação com a Luz) que irradiam amor incondicional, amparo, conforto, proteção.*
- ✓ *Entrada em lugares muito bonitos, como jardins floridos, bosques, lagos e envolvidos por uma luz muito brilhante.*
- ✓ *Recapitulação da própria vida não como julgamento, mas sim como forma de compreensão do que cada um verdadeiramente é, e compreensão do verdadeiro sentido da vida, que é o aprendizado do amor incondicional e a aquisição de conhecimento, principalmente auto-conhecimento.*
- ✓ *Reestruturação positiva da personalidade através do contato com a “Luz” (Comunicação com a Luz).*

Segundo VAN LOMMEL (2004) os eventos acima descritos e que constituem uma E.Q.M. são vivenciados e relatados não só por pessoas que foram dadas como clinicamente mortas por seus médicos, mas também por pacientes que estiveram em coma profundo, por pacientes em fase terminal e cujos relatos são chamadas “visões no leito de morte” e por pessoas que passaram por situações de grande risco à vida onde a morte parecia inevitável e das quais saíram totalmente ilesas, como acidentes durante escaladas

em montanhas ou acidentes de trânsito e que são comumente chamadas de “medo da morte”.

Duas alunas desta pesquisadora doutoranda, na Faculdade de Ciências Biomédicas do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (CEUNSP), em Itu, relataram terem vivenciado uma E.Q.M. Transcrevemos abaixo o relato das duas alunas.

Tatiana (nome fictício), atualmente com quarenta e cinco anos, tendo vivido sua E.Q.M. aos trinta e sete anos relatou: *Em 27 de março de 1997 eu estava na mesa cirúrgica vivendo o parto do meu terceiro filho. Estava com muito medo. Havia passado por uma gravidez tumultuada, de risco e, naquela mesa sentia que estava "sumindo", "desaparecendo". O médico que me acompanhava tinha uma estatura mediana e, comecei a perceber que havia uma luz diferente que o circulava, depois percebi que não só atrás dele, mas de toda equipe do centro cirúrgico havia luzes, como se fossem contornos iluminados, eram altos em estatura, e literalmente alvos e iluminados. Eles me traziam uma paz e uma segurança muito grande. Eu estava sonolenta, mas tranqüila. De repente ouvi o choro do meu filho e senti um frio muito grande. Sai da mesa e corri para perto do berçário onde ele estava. Sentia que meu filho estava com frio, mas não conseguia chegar até ele. Tentava chamar a atenção do meu marido e da minha cunhada que estavam olhando meu filho pela janela do berçário, tentava bater naquela janela, mas não conseguia. Uma força me puxava de volta para a mesa cirúrgica. Quando acordei, no dia seguinte, já estava no quarto e a sensação que eu tinha era de ter tido um pesadelo; sentia-me muito triste. Tomei banho, me arrumei e pedi para ver meu filho. Foi aí que meu marido me contou que eu estivera muito nervosa no parto e os médicos me sedaram e eu dormi. Como já sabíamos, meu filho deveria estar num bercinho aquecido logo após o nascimento, pois ainda não havia completado os nove meses de gestação, só que o bercinho que deveria estar aquecido não aqueceu e nosso filho tinha desenvolvido algo que a pediatra chamou de taquipnéia transitória do recém-nascido, mas também não estava descartando a possibilidade de haver contraído uma pneumonia, enfim, não sabíamos o que aconteceria com ele, se sobreviveria, se ficaria alguma seqüela, enfim teríamos que esperar no mínimo 72 horas. Meu marido me contou que minha cunhada percebeu que nosso filho estava ficando roxo e bateu na janela do berçário para chamar a atenção da*



*enfermeira. Percebi que meu "pesadelo" tinha sido real, mas não entendia como pude ver tudo isso acontecendo, enquanto estava na mesa de parto. Fui ver meu filho e sua respiração estava totalmente ofegante. Novamente senti medo, muito medo de perdê-lo. Apeguei-me a Deus e nesse instante me veio à cabeça que se o pesadelo tinha sido real, aqueles Seres altos, iluminados e que me transmitiam tanta paz, também eram reais. Tive a certeza que tudo sairia bem e que eles estavam ali, protegendo meu filho. Ficamos mais uma semana no hospital e tudo foi evoluindo de forma satisfatória. Hoje meu filho tem 08 anos, é um menino lindo, saudável, inteligente, carinhoso. Daquele episódio, graças a Deus e àqueles Seres de Luz, verdadeiros Mensageiros de Deus, nenhuma seqüela ficou, a não ser a certeza de que nunca estamos sozinhos, algo nos protege sempre; pode ter o nome que for: Deus, Anjos da Guarda, Força Interior, Força Cósmica, sei lá, mas existe essa centelha divina dentro de cada um de nós que nos liga a uma espiritualidade atuante, presente, protetora. Depois disso tudo minha vida mudou muito. Sempre que comentava isso com alguém, com familiares e até mesmo com médicos, me diziam que era fruto da minha imaginação, mas eu sentia que não era. Alguma coisa maior me fazia procurar pela Verdade. Tive medo de enlouquecer, pois não conseguia conversar com ninguém sobre aqueles Seres. Comecei fazer terapia com um psicólogo que "abraçou" a minha causa, me tranqüilizou e me fez ver que o que aconteceu comigo não foi simplesmente "fruto da minha imaginação". Enfim, toda minha vida mudou. Hoje em dia eu não tenho dúvidas que tudo caminha para uma evolução e com certeza a vida não acaba com a morte do corpo físico.*

Viviane (nome fictício), hoje com trinta e cinco anos, relatou: *Em 28/08/80 (tinha feito 10 anos em 05/08) fui submetida a uma cirurgia fasciotomia plantar CAMPBELL mais alongamento tibial posterior e peroneiro longo bilateral. Durante esta cirurgia tive uma reação alérgica à anestesia geral (choque anafilático) o que me levou a ter duas paradas cardíacas e passar mais de 24h em coma. Neste período saí do meu corpo por duas vezes, em uma delas na sala de cirurgia onde estavam vários médicos, porque fui a primeira a ser operada no Brasil com este método e servi de modelo para os cirurgiões do Hospital do Servidor Público (SP) juntamente com a AACD. Enquanto o inventor do método operava um pé outros operavam o outro. Ao acordar, na primeira vez, vi todos aqueles médicos, quis ir para casa e para minha surpresa apareci em casa, achei que*

*estava sonhando e pensei em minha mãe e fui de volta para o hospital; foi quando vi uma enfermeira, mas não conseguia falar nem com ela e nem com ninguém, já estava triste quando uma moça toda de branco e iluminada me falou: “não é para você estar aqui mocinha, vem comigo?”. Então dormi de novo e ao acordar ouvi um barulho. Eram as batidas de meu coração. Não conseguia me mexer, minhas pernas estavam pesadas e meus pés estavam enfaixados até o joelho e, ao tentar mexê-las sentia muita dor e dormi de novo. Então acordei, pela terceira vez, e me levantei; na minha frente havia um corredor branco e iluminado e senti uma imensa vontade de ir até o final dele porque me sentia bem e feliz; ouvi vozes parecia que eram os médicos e as enfermeiras, mas não os via e segui no corredor, quando, na metade dele, a mesma moça reapareceu e falou: “Mocinha aonde você vai?” Eu respondi que já estava deitada há muito tempo e estava com dor e sozinha, que tinha acordado e dormido duas vezes e ninguém tinha ido me ver. Perguntei onde estavam os médicos e as enfermeiras que estavam comigo. Agora que estava sem dor e em pé podia ir atrás deles, quer dizer, desculpa, você é enfermeira, não é? Ela soltou uma gargalhada e disse que era mais ou menos, mas agora não era hora de explicações. Disse que eu precisava voltar. Interrompi porque queria ir até o final do corredor; ela sorriu e disse que em outra hora, pois agora eu tinha que voltar para minha mãe, pai, avós, que estavam me esperando; conforme ela falava eu os via; interrompi e perguntei porque estavam tão tristes? (enquanto voltávamos no corredor), ela me disse: os que foram operados depois de você estão em seus quartos. Perguntei porque não me levaram para o meu quarto. Ela me mostrou um monte de médicos e enfermeiras; não vi meu corpo, mas senti que trabalhavam por minha causa. Depois da segunda parada cardíaca o grau do coma havia aumentado. Ela colocou-me de novo em meu leito e senti uma paz e uma emoção que até hoje consigo reviver com exatidão e é importante para mim, mas não sei dizer como era o rosto daquela enfermeira, pois a claridade era tanta que ficava difícil olhá-la; sou muito grata a este Ser de Luz que me auxiliou e me mostrou a vida após a morte e também me mostrou que há hora para morrer. Apesar de não ter tido esta mesma visão na época, pois ao contar para minha mãe, os médicos lhe disseram que era normal pelo efeito da anestesia e pelo coma, hoje sei que não foi alucinação ou sonho, tenho certeza de que passei por uma E.Q.M..*

Embora, como afirmaram JUNG (2001) E CHARURI (2001), não possamos apreender a dimensão espiritual apenas com a racionalidade, ou seja, não podemos compreender o real sentimento vivenciado pelos pacientes que passaram por uma E.Q.M. no contato com a “Luz”, utilizamos os elementos descritos por eles para obtermos referências sobre a natureza da dimensão espiritual e, desta forma, compor a questão da Espiritualidade adotada neste estudo.

No capítulo 7 (Resultados) discorreremos de forma detalhada sobre os estudos relacionados à E.Q.M.

**- Carla Penrod Hermann.**

O estudo desenvolvido por HERMANN (2001) constitui a nossa quarta base teórica. Carla Penrod Hermann é enfermeira americana, professora associada da Escola de Enfermagem da Universidade de Louisville, em Louisville, Kentucky, Estados Unidos.

HERMANN (2001) em estudo qualitativo, por meio de entrevista semi-estruturada, identificou como pacientes terminais definem espiritualidade e quais são suas necessidades espirituais. Os participantes da pesquisa, dez mulheres e nove homens, com idade média de setenta e dois anos e com um período de internação hospitalar que variou entre duas semanas a doze meses, relacionaram, nas entrevistas iniciais, espiritualidade a Deus ou à religião. No desenvolvimento de novas entrevistas, passaram a descrever espiritualidade como uma parte da totalidade de suas existências. Identificou vinte e nove necessidades espirituais diferentes e as agrupou em seis temas: ‘Necessidade de Religião’ relacionada à necessidade de praticar oração, ler a Bíblia, freqüentar a Igreja e cantar canções religiosas. ‘Necessidade de Companheirismo’ relacionada à necessidade de falar com outra pessoa, ajudar os outros, retribuir aos cuidados recebidos e estar com crianças pequenas, porque elas, para alguns dos pesquisados, são um presente de Deus e transmitem espiritualidade. ‘Necessidade de Envolvimento e Participação’ relacionada à necessidade do paciente de permanecer ativamente envolvido em decisões e escolhas sobre sua própria vida, o que resulta na necessidade de obter maiores informações sobre os medicamentos e tratamentos administrados, necessidade de ser informado sobre os acontecimentos referentes a seus familiares e amigos, necessidade de preservar sua

autonomia e independência e necessidade de estar envolvido e participar da vida familiar. ‘Necessidade de Finalizar Tarefas’ relacionada à necessidade de fazer uma revisão da própria vida, da infância até a maturidade, para melhor compreender o encaminhamento e a razão dos fatos ocorridos, necessidade de resolver assuntos sobre o seu funeral, necessidade de resolver assuntos legais e financeiros e principalmente, necessidade de solucionar sentimentos amargos e fazer as pazes com familiares, amigos e colegas. ‘Necessidade de integração com a Natureza’ relacionada à necessidade de sair, passear ao ar livre ou, no mínimo, contemplar bosques, jardins, rios ou lagos porque os pacientes compreenderam a natureza como uma expressão da divindade. ‘Necessidade de Perspectivas Positivas’ relacionada à necessidade de receber sorrisos das pessoas e não ‘face azeda’, de resgatar o bom humor nas conversações, de relembrar momentos felizes e de viver um dia de cada vez, ou seja, a necessidade de viver o presente.

Para HERMANN (2001) os pontos-chave do estudo foram:

- espiritualidade refere-se à busca de significado e propósito na vida e nos remete para uma dimensão transcendental;
- para melhorar a qualidade de vida de pacientes agonizantes, os profissionais da saúde devem cuidar das necessidades espirituais destes, assim como de suas necessidades físicas e psicológicas;
- os resultados indicaram que as necessidades espirituais dos pacientes são muito amplas, abrangem muitos aspectos de suas vidas e envolvem muito mais que religião;
- prover cuidados espirituais é uma responsabilidade profissional de enfermeiras para que seja melhorada a Qualidade de Vida dos pacientes agonizantes.

HERMANN (2001) afirmou que nos últimos trinta anos o significado de espiritualidade evoluiu lentamente. Até recentemente o termo espiritualidade era confundido com religiosidade, mas embora ainda exista alguma confusão na interpretação do significado destes dois termos, a religião está sendo compreendida como um sistema organizado de convicções e adoração, e a espiritualidade está sendo compreendida como algo mais amplo, que envolve a indagação sobre o significado e propósito da vida e a

percepção de uma dimensão transcendental. Para alguns indivíduos, a religião pode ser um componente fundamental da espiritualidade, mas para outros, religião pode não ser um componente importante no desenvolvimento da espiritualidade.

Os participantes do estudo perceberam Espiritualidade como um conceito amplo, que pode ou não envolver religião. As necessidades espirituais também foram conceituadas de forma ampla e diversificadas, mas sempre relacionadas ao propósito e sentido da vida.

#### **- Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal.**

Os dados sobre vivências e sonhos que contivessem elementos de natureza espiritual, colhidos em nossa dissertação de mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b) constituem nossa quinta base teórica e estão relatados no capítulo 7 (Resultados). Para fundamentar estes dados tivemos como principais referências **Marie-Louise Von Franz e Mary Ann Mattoon**. Von Franz foi colaboradora de Jung por vinte e oito anos e analista didata do Instituto C.G. Jung de Zurique, treinando analistas na abordagem junguiana até a sua morte em 1998. Mattoon é psicóloga americana e em sua Tese de Doutorado na Universidade de Minnesota estudou os sonhos com base no referencial junguiano, e, posteriormente, a revisou e a publicou em forma de livro.

VON FRANZ (1995) afirmou que os sonhos das pessoas próximas da morte indicam que o inconsciente prepara a consciência não para um fim definitivo, mas para uma espécie de continuação do processo vital que a consciência cotidiana não consegue sequer imaginar. Observamos que esta foi a principal contribuição dos Sonhos e das Vivências de Natureza Espiritual relatados na nossa dissertação de mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b), para a re-significação da Dor Simbólica da Morte das pacientes e para a elaboração do luto dos familiares.

MATTOON (1980) afirmou que, os sonhos, embora sejam em sua grande maioria compensatórios, em alguns casos apresentam uma outra natureza e propõe para os sonhos não compensatórios a seguinte classificação: antecipatórios, traumáticos, extra-sensoriais e proféticos. Os sonhos antecipatórios, segundo MATTOON (1980), são, entre os não compensatórios, os mais frequentes. É apropriado interpretar um sonho como

antecipatório quando a atitude consciente é insatisfatória e o inconsciente produz um sonho que impulsiona o sujeito a alcançar uma adaptação, interior e exterior, em seu "nível autêntico". Os sonhos antecipatórios são aqueles que preparam, anunciam ou advertem acerca de determinadas situações, normalmente, muito antes que estas aconteçam na realidade. O sonho antecipatório é a fusão de percepções, pensamentos e sentimentos subliminares que não foram decodificados pelo Ego. Situações que estão acontecendo ou irão acontecer envolvendo o indivíduo que sonha e/ou terceiros.

Os sonhos traumáticos, segundo MATTOON (1980), são os que trazem à memória uma situação ameaçadora para a vida humana como uma guerra, uma catástrofe da natureza, reflexos de condições físicas patológicas, como, por exemplo, uma forte dor.

Um terceiro tipo de sonho não compensatório, segundo MATTOON (1980), são aqueles que refletem percepções extra-sensoriais. São os sonhos pré-cognitivos, de natureza telepática, que advertem sobre determinadas situações que estão acontecendo ou irão acontecer envolvendo o indivíduo que sonha e/ou terceiros.

De acordo com a classificação proposta por MATTOON (1980), os sonhos proféticos são, entre os não compensatórios, o quarto tipo. Segundo esta autora, a base para a elaboração dos sonhos proféticos também é a pré-cognição, que é uma percepção extra-sensorial. São proféticos os sonhos que predizem, com precisão e detalhes, fatos de um futuro além dos próximos dias e que são importantes não só para o sujeito que sonha, mas também para um número maior de pessoas. Um sonho só pode ser interpretado como profético após os acontecimentos previstos coincidirem com a situação externa.

Os dados colhidos na nossa dissertação de mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b) nos mostraram que, próximo ao óbito de pacientes no estado denominado Fora de Possibilidade de Cura, podem ocorrer sonhos de natureza não compensatória, antecipatórios ou os sonhos pré-cognitivos, de natureza telepática, que refletem percepções extra-sensoriais, de acordo com a classificação proposta por MATTOON (1980), nestes pacientes, nos seus familiares e/ou nos profissionais que acompanham o caso. No capítulo 7 (Resultados) discorreremos de forma detalhada sobre estes sonhos e estas vivências de natureza espiritual.

## **4- OBJETIVOS**

### **4.1- Objetivo Geral.**

Aplicar e avaliar um Programa de Treinamento (Curso de Capacitação e Entrevistas de Supervisão) para profissionais da área da saúde sobre a Intervenção Terapêutica para doentes terminais “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME) para re-significar a Dor Espiritual de pacientes terminais.

### **4.2- Objetivos Específicos.**

4.2.1- Propor, elaborar e operacionalizar um Curso de Capacitação para profissionais da área de saúde sobre a Intervenção RIME.

4.2.2- Supervisionar os profissionais capacitados nos atendimentos aos pacientes terminais.

4.2.3- Analisar o Programa de Treinamento através de duas vertentes:

4.2.3.1- Compreender a experiência do profissional na utilização desta Intervenção RIME.

4.2.3.2- Compreender a natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação desta Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.





## **5- SUJEITOS E MÉTODOS**

O Programa de Treinamento para profissionais da área de saúde sobre a Intervenção Terapêutica RIME foi realizado em duas fases.

A Fase 1 atendeu ao objetivo específico propor, elaborar e operacionalizar um Programa de Treinamento para profissionais da área de saúde sobre a Intervenção Terapêutica RIME para re-significar a Dor Espiritual de pacientes terminais e a Fase 2 atendeu aos objetivos específicos supervisionar os profissionais capacitados nos atendimentos aos pacientes terminais e analisar o Programa de Treinamento através de duas vertentes: compreender a experiência do profissional na utilização desta técnica e ampliar a compreensão da natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.

### **5.1- Local e Período.**

#### **- Fase 1 - Curso de Capacitação.**

O Curso de Capacitação foi realizado nas dependências da Faculdade de Ciências Médicas, nos dias 27 e 29 de julho de 2004 – 3<sup>a</sup>. e 5<sup>a</sup>. feira, totalizando uma carga horária de 16 horas distribuídas entre aulas teóricas e vivências.

#### **- Fase 2 – Atendimento aos pacientes terminais pelos profissionais da área de saúde.**

Os profissionais voluntários atenderam, cada um, dois pacientes terminais no período aproximado de seis meses após o término do Curso de Capacitação. Cada profissional atendeu os pacientes no seu local de trabalho, onde foi supervisionado pela pesquisadora.

### **5.2- Sujeitos.**

Participaram das Fases 1 e 2 do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica RIME para doentes terminais, seis profissionais da área da saúde: uma enfermeira, uma médica, três psicólogos e uma voluntária que ministra terapias alternativas

com formação universitária e que, comprometeram-se, cada um, a atender dois pacientes terminais no período final da fase 'Fora de Possibilidade de Cura'.

Estes profissionais voluntários que aceitaram o convite da psicóloga pesquisadora e participaram do Programa de Treinamento foram:

- Cristiane de Paula Felipe. Psicóloga do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

- Edinaura Pereira de Souza. Enfermeira do Setor de Oncologia do Hospital CAISM – UNICAMP.

- Geneci Maria Moreti. Psicóloga indicada pela Chefia do Serviço de Psicologia em Oncologia do Hospital CAISM - UNICAMP.

- Mara Wiegel. Voluntária que ministra Terapias Alternativas / Serviços Espiritualistas no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

- Maria Goretti Sales Maciel. Médica. Coordenadora do Programa de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

- Raúl Marques. Psicólogo que atuou no Hospital dos Plantadores de Cana / Setor de SUS – Piracicaba.

Também aceitou nosso convite e participou da Fase 1, representada pelo Curso de Capacitação, além dos profissionais acima citados, uma segunda enfermeira, Eloísa (nome fictício), que atua em Hospital Público / Serviço de Atendimento Domiciliar em cidade do interior do Estado de São Paulo; como esta profissional não participou da Fase 2, foi excluída de nossa amostra, mas foi entrevistada para que conhecêssemos as razões que a levaram a não atender nenhum paciente terminal através da RIME.

Entre hospitais, faculdades e serviços na área de Cuidados Paliativos foram contatados dezessete profissionais (Anexo 3), através de carta convite (Anexo 4). Confirmaram sua participação através de e-mail, contato por telefone ou pessoalmente, três

psicólogos, duas médicas, quatro enfermeiras e uma voluntária que ministra terapias alternativa com formação acadêmica. No dia do Curso de Capacitação duas enfermeiras e uma médica não puderam comparecer por motivos pessoais.

Segundo KVALE (1996) é comum pesquisadores perguntarem quantos sujeitos precisam entrevistar e para tal pergunta a resposta é simples: entrevistem quantos sujeitos forem necessários para colher os dados que precisam. O número de sujeitos depende do propósito do estudo. A participação dos seis profissionais acima apresentados nas duas fases, os quais contemplaram todos as profissões indicadas, ou seja, uma médica, três psicólogos, uma enfermeira e uma voluntária com formação acadêmica que ministra terapias alternativas (serviços espiritualistas), gerou vinte e uma entrevistas. Este número de entrevistas se mostrou adequado e suficiente para colhermos os dados que precisávamos, de forma a atender os objetivos propostos.

### **5.3- Bases Teóricas Metodológicas.**

Esta pesquisa, com abordagem qualitativa e quantitativa, tem a fenomenologia e a pesquisa-ação como bases teóricas.

Os métodos qualitativos e quantitativos não se excluem. Pode-se distinguir o enfoque qualitativo do quantitativo, mas não seria correto afirmar que guardam relação de oposição. (POPE e MAYS, 1995).

O método qualitativo e o método quantitativo têm objetivos diferentes, pois, o primeiro prioriza o estudo do significado e do processo e o segundo prioriza a quantificação dos dados, mas como eles não são excludentes, podem ser utilizados simultaneamente no mesmo estudo.

#### **- Fenomenologia.**

Este estudo, no que se refere ao método qualitativo, está fundamentado nos paradigmas que norteiam a Nova Ciência e que são a compreensão holística, sistêmica, monista, circular dos fatos, diferente dos paradigmas que fundamentam a Ciência Clássica, que são a verificação cartesiana, dual, racional, mecânica dos fatos. (CAPRA, 1982).

O benefício da pesquisa qualitativa, com fundamentos na Nova Ciência, é justamente não colocar como ponto principal da investigação, o sim ou não à hipótese formulada ou qualificada em termos de probabilidade, mas priorizar o estudo do significado e do processo das proposições formuladas. (ELIAS, 2001).

A Fenomenologia segundo o Novo Aurélio Dicionário da Língua Portuguesa - Século XXI (FERREIRA, 1999) é um sistema criado por Edmund Husserl (1859-1938), filósofo alemão, caracterizado principalmente pela abordagem dos problemas filosóficos segundo um método que busca a volta "às coisas mesmas", numa tentativa de reencontrar a verdade nos dados originários da experiência, entendida esta como a intuição das essências.

Segundo o Dicionário de Psicologia (ARNOLD et al, 1982) a Abordagem Fenomenológica consiste em examinar um objeto do ponto de vista de sua aparência. Esta pode ser a aparência do mundo externo dos sentidos, apreensibilidade na esfera da experiência, ou mesmo a representação visual simbólica de estruturas ou processos mentais.

A abordagem fenomenológica em metodologia psicológica, de acordo com as considerações de Husserl, corresponde à intuição categorial que é o meio de obter conceitos básicos para a Psicologia. Conceitos, como percepção, vontade ou sentimento, são formulados de tal maneira que o elemento perceptivo, volitivo, etc., possa emergir, a partir do fato específico, como abstração ideativa. (ARNOLD et al, 1982)

Quanto às relações da fenomenologia com a psicologia, FORGHIERI (2004) aponta três temas fundamentais.

O primeiro tema refere-se ao *retorno às "coisas mesmas" e a intencionalidade*. Voltar às coisas mesmas é um fenômeno, onde este integra consciência e objeto, unidos no próprio ato de significação. A intencionalidade é, essencialmente, o ato de atribuir um sentido. Com a intencionalidade há o reconhecimento de que o mundo não é pura exterioridade e o sujeito não é pura interioridade, mas a saída de si para um mundo que tem uma significação para ele. Em resumo é o ponto de significação do sujeito ao mundo. (FORGHIERI, 2004).

O segundo tema se refere à *redução fenomenológica e a intuição das essências*. A redução é o recurso da Fenomenologia para chegar ao fenômeno como tal, ou à sua essência. A redução não é uma abstração relativamente ao mundo e ao sujeito, mas uma mudança de atitude – da natural para a fenomenológica – que nos permite visualizá-los como fenômeno, ou como constituintes de uma totalidade, no seio da qual o mundo e o sujeito revelam-se, reciprocamente, como significações. A redução revela ou leva ao significado; muda a atitude de natural para fenomenológica. A Fenomenologia acontece quando a consciência passa a dar um sentido para o objeto, seja ele qual for. O sentido integra consciência e objeto. Encontrar o sentido é a redução fenomenológica. A Fenomenologia propõe-se a ser uma ciência descritiva das essências da vivência. (FORGHIERI, 2004).

O terceiro tema se refere à *reflexão fenomenológica, o mundo da vida e a intersubjetividade*. O eu vive no mundo, mas não se encontra delimitado àquilo que vivencia no momento atual, pois pode, também, dirigir seu pensamento para o que já vivenciou anteriormente, assim como para as prospecções que faz em relação a coisas que tem a expectativa de vir a vivenciar. O “agora vivo” perene é o ponto de partida de todas as nossas reflexões. Porém, é apenas refletindo sobre minha vivência reflexiva que chego a compreender a minha vivência originária como uma totalidade, ou um fluxo contínuo de retenções e protensões, unificado nesse “agora vivo”, que é o “mundo da vida”. A reflexão fenomenológica vai em direção ao “mundo da vida”, ao mundo da vivência cotidiana imediata, no qual todos nós vivemos, temos aspirações e agimos, sentindo-nos ora satisfeitos e ora contrariados. (FORGHIERI, 2004).

Segundo AMATUZZI (1996) a pesquisa fenomenológica é definida, em geral, como um estudo do vivido e seus significados. Seu pressuposto é o de que o vivido é um caminho importante para a verdade e para as decisões que devemos tomar. Ela trabalha no nível da intencionalidade, com material expressivo da experiência humana.

AMATUZZI (1996) afirma que não se deve confundir a pesquisa fenomenológica no sentido atual do termo com a descrição das aparências ou dos sintomas, que é como o termo é comumente usado na medicina ou na parapsicologia, por exemplo. A pesquisa fenomenológica designa o estudo do vivido, ou da experiência imediata

pré-reflexiva, visando descrever seu significado; ou qualquer estudo que tome o vivido como pista ou método. Em suma, é a pesquisa que lida com o significado da vivência.

A fenomenologia pressupõe que o vivido seja um caminho importante, e em alguns momentos insubstituível, para a verdade, isto é, para a formulação de conhecimentos e para as decisões que devemos tomar. Esse estudo pode ser feito no geral (descreve a natureza de experiências), ou no particular (descreve o significado de determinadas experiências para um indivíduo ou um grupo de indivíduos). Pode também haver uma preocupação de estabelecer relações de significado. (AMATUZZI, 1996).

No presente estudo a análise das experiências foi feita no particular, isto é, foram analisadas as experiências dos profissionais na aplicação da RIME assim como também foi analisada a natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada por cada doente, durante a aplicação da Intervenção RIME.

Segundo AMATUZZI (1996) há vários tipos de pesquisa fenomenológica:

- 1) Pesquisa fenomenológica como filosofia. O esquema desta pesquisa seria: dado imediato da consciência (em geral) – redução fenomenológica (transcendental) - elucidação do conhecimento (mundo / homem).
- 2) Fenomenologia eidética. O esquema desta pesquisa seria: dado imediato da consciência (como experiência comum ou de doentes mentais) - redução fenomenológica (eidética) - elucidação de vivências específicas.
- 3) Fenomenologia hermenêutica. O esquema desta pesquisa seria: objetivação do vivido - interpretação - conclusão.
- 4) Pesquisa fenomenológica empírica. O esquema desta pesquisa seria: depoimentos - elementos do significado vivido - estrutura do vivido.
- 5) Pesquisa fenomenológica de tipo experimental, a qual é uma derivação da fenomenológica empírica. O esquema desta pesquisa seria: vivido - intervenção (fenomenológica) - novo vivido.

- 6) Pesquisa colaborativa. O esquema desta pesquisa seria: vivência / teoria - processo grupal - síntese / aprendizado.

Esta Tese de Doutorado fundamenta-se na pesquisa fenomenológica de tipo empírico. A fenomenologia empírica é uma aplicação do enfoque fenomenológico ao trabalho de pesquisa em psicologia, como ciência que trabalha a partir de "dados empíricos".

Segundo FORGHIERI (2004) a pesquisa de tipo empírico com inspiração fenomenológica se desenvolve através de dois momentos inter-relacionados, e não completamente separáveis:

- 1) Envolvimento experiencial: o pesquisador sai de uma atitude intelectualizada, e busca uma compreensão global intuitiva, pré-reflexiva da vivência; busca não um entendimento conceitualizado, mas um contato.
- 2) Distanciamento reflexivo: depois do envolvimento experiencial, o pesquisador se afasta reflexivamente, buscando explicitar o sentido ou o significado da vivência que é objeto da investigação.

FRANÇA (1989) afirma que a corrente fenomenológica não privilegia o sujeito e nem o objeto, mas a relação entre ambos estabelecida pela intencionalidade, o que significa que no nosso estudo, a partir da estruturação e da aplicação do Programa de Treinamento para profissionais da área de saúde sobre a Intervenção Terapêutica RIME na re-significação da Dor Espiritual de pacientes terminais, o dado que está sendo pesquisado, através do referencial fenomenológico, é a compreensão da experiência dos profissionais na utilização desta técnica RIME e a compreensão da natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.

FRANÇA (1989) afirma que a existência, a manifestação do ser no mundo, não se mostra de maneira unívoca, pois o homem, manifestando-se através de símbolos, é um atribuidor de significados que tornam polissêmica a expressão do seu existir, gerando com isto a necessidade da interpretação. A fenomenologia reconhece, então, que a maneira de se

conhecer a experiência não pode ser a mesma pela qual se conhece a realidade física ou biológica. Por esta razão torna-se necessário um método próprio que focalize a experiência vivida e sua significação. Não é possível explicar a experiência vivida e sua significação através de uma relação de causa e efeito, reduzindo esta experiência a leis, princípios ou conceitos. É possível, apenas, descrevê-la na sua singularidade, tal como ela se apresenta na consciência do sujeito que a expressa através do discurso falado, escrito, gestual, etc.

Segundo FRANÇA (1989), no método fenomenológico, a análise dos resultados pode ser realizada através do agrupamento em categorias, sistematizando-se os dados através da redução, descrição e interpretação dos mesmos. A redução consiste em lidar com a experiência vivida, conforme ela se mostra, tornando-se atento e aberto para a sua estruturação. Na descrição enumera-se os aspectos imprescindíveis, procurando tornar explícito os significados implícitos na experiência vivida, de tal forma que o fenômeno se torne presente e possa ser interpretado. Na interpretação a experiência estruturada é objeto de desvelamento. Há interpretação onde há símbolo e o ato de interpretar é o trabalho do pensamento que decifra o sentido oculto no sentido aparente, que desdobra os níveis de significação literal.

Os momentos do método fenomenológico, acima citados, não se constituem em fases estanques, isoladas uma da outra. Configuram, no seu conjunto, muito mais uma atitude, uma postura para a investigação do fenômeno. (FRANÇA, 1989).

#### **- Pesquisa-ação.**

Este estudo está fundamentado, enquanto método, na pesquisa-ação (BERGER, 2001; BOGDAN e BIKLEN,1994), pois objetiva preparar os sujeitos, profissionais da área de saúde, para a aplicação da Intervenção RIME, pressupondo uma estrutura de relação co-participativa entre a pesquisadora doutoranda e esses sujeitos, com o objetivo de transformar a situação relacionada a Dor Espiritual dos doentes terminais, através da produção do conhecimento desenvolvido pela aprendizagem da aplicação da Intervenção proposta. Segundo THIOLLENT (1986) pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes



representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Segundo BERGER (2001) a pesquisa-ação pressupõe uma estrutura de relação co-participativa entre pesquisador e pessoas da situação investigada, e exige a definição clara dos objetivos de pesquisa e dos objetos de ação, assim como da relação existente entre esses dois tipos de objetivos: produção do conhecimento e transformação da situação. Pode ser orientada não apenas para a resolução de problemas práticos, mas para tornar mais evidente aos olhos dos participantes a natureza da complexidade dos problemas considerados, ou seja, para tomada de consciência. BERGER (2001) afirma que a pesquisa-ação tem, portanto, o potencial para aumentar o conhecimento do pesquisador e o conhecimento ou nível de consciência das pessoas ou grupos considerados.

BOGDAN e BIKLEN (1994) afirmam que a visão tradicional da investigação concebe o seu desenvolvimento, apenas, através de pesquisadores com treino e experiência acadêmica rigorosa e também, que esta investigação não deve estar a serviço de nenhuma causa. Estes autores ponderam que estas concepções tradicionais são contraditórias, pois profissionais investigam aspectos pelos quais nutrem interesse e que, fora do meio acadêmico, as pessoas do 'mundo real' também podem conduzir investigação-investigação que seja prática, dirigida às suas preocupações e, para aqueles que o desejem, como instrumento de mudança social.

BOGDAN e BIKLEN (1994) definem a investigação-ação, ou pesquisa-ação como a coleta de informações sistemáticas com o objetivo de promover mudanças sociais e que pode ser desenvolvida tanto em métodos qualitativos como quantitativos.

Nesta tese de doutorado estudamos um Programa de Treinamento para profissionais da área da saúde sobre a Intervenção Terapêutica RIME para pacientes terminais, desenvolvida por nós na dissertação de mestrado. Na dissertação de mestrado delineamos criteriosamente esta técnica e descrevemos de forma minuciosa sua aplicação nos pacientes durante todo o processo de morrer até o óbito. Nesta tese de doutorado, através do Programa de Treinamento, estamos aprofundando nossos estudos sobre a aplicação desta forma de abordagem ao paciente terminal, viabilizando a sua utilização por

outros profissionais da área de saúde e aprofundando, também, nossas pesquisas sobre a Dor Espiritual, visto que ela é relevante e prevalente em relação à Dor Psíquica, segundo os dados que colhemos na nossa dissertação de mestrado.

BOGDAN e BIKLEN (1994), conforme citado acima, afirmam que o objetivo da pesquisa-ação é promover mudanças sociais. Através deste Programa de Treinamento, viabilizando a utilização desta Intervenção Terapêutica RIME por outros profissionais da área de saúde e aprofundando nossos estudos sobre a natureza da Dor Espiritual e sobre o trabalho terapêutico na aplicação da RIME, estamos facilitando uma mudança social no que tange ao atendimento dos pacientes, pelos profissionais, durante a fase terminal, dentro das reais necessidades destes pacientes, ou seja, re-significando a Dor Espiritual, pois, conforme constatamos na dissertação de mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS, 2002; ELIAS, 2003; ELIAS, 2006; ELIAS e GIGLIO, 2001a; ELIAS e GIGLIO, 2001b; ELIAS e GIGLIO, 2002a; ELIAS e GIGLIO, 2002b;) a Dor Espiritual é o sofrimento mais importante e relevante na fase terminal.

Segundo PINTO (1994) o treinamento em serviço, ou seja, programa que visa preparar o profissional para o desempenho de determinada função ou tarefa só pode obter resultados satisfatórios se incluir as seguintes etapas: Análise do Trabalho, Descrição do Trabalho, Desenvolvimento de Padrões de Desempenho e Análise da Situação dos Treinandos Envolvidos. Para o desenvolvimento destas etapas existem vários sistemas de treinamento e entre eles o "Vestibule Training" (Treinamento Vestibular).

PINTO (1994) define o Treinamento Vestibular como aquele que é realizado em local separado da produção normal da empresa, permitindo melhores condições de aprendizagem para o treinando e melhor atuação do instrutor. Segundo este autor a técnica que deve ser desenvolvida nesta modalidade de treinamento é o 'Ensino Correto do Trabalho'.

No Programa de Treinamento que desenvolvemos nesta tese de doutorado tivemos como base o Treinamento Vestibular descrito por PINTO (1994), pois através deste método capacitamos os profissionais de saúde para aplicarem a Intervenção Terapêutica RIME com o objetivo de re-significar a Dor Espiritual de pacientes terminais,

fora de seu ambiente cotidiano de trabalho, o que facilitou e favoreceu a concentração dos treinandos no tema proposto e permitiu a realização do Programa de Treinamento em um curto período de tempo.

A pesquisa qualitativa, que considera o significado e o processo como elementos chaves, é propícia para estudos que se fundamentam nos paradigmas da Nova Ciência, diferente dos paradigmas que norteiam a Ciência Clássica e que priorizam, números, pesos, medidas e estatísticas. As bases históricas do momento presente (1990 até hoje) orientam a Pesquisa Qualitativa nos seguintes aspectos: abandono do conceito de pesquisador afastado, pesquisa mais orientada e ativa, maior crítica social, teorias que se ajustam a problemas e situações específicas, biografia pessoal do entrevistador por trás do processo. (DENZIN e LINCOLN, 1994).

#### **5.4- Procedimentos do Programa de Treinamento.**

##### **- Fase 1 - Curso de Capacitação.**

- Construção do Curso de Capacitação sobre a Intervenção Terapêutica RIME para re-significar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais. Foi elaborado um livreto para os profissionais de saúde com o conteúdo das aulas do Curso de Capacitação e o conteúdo deste livreto está descrito no Cap 7 (Resultados da Fase 1) e no Cap 3 (Elementos que Compõem a Questão da Espiritualidade).

- O Programa do Curso de Capacitação foi desenvolvido de acordo com o cronograma a seguir descrito.

**Quadro 3- Programa do Curso de Capacitação / Primeiro dia: 3ª feira, 27 de julho de 2004, das 9h às 17 horas. (8 horas).**

<b>Horário</b>	<b>Tema da aula</b>
9h às 9h30	Dinâmica para apresentação dos participantes.
9h30 às 10h	Apresentação do Curso de Capacitação.
10h às 10h30	Técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais: Aspectos Teóricos
10h30 às 11h	“Coffee Break”
11h às 11h30	Vivência (Relaxamento e Imagens Mentais)
11h30 às 12h	Fundamentos Teóricos da Espiritualidade adotados no presente estudo.
12h às 12h30	Elementos que compõem a questão da Espiritualidade. (Estudos sobre as Experiências de Quase Morte – E.Q.M.).
12h30 às 13h30	Almoço
13h30 às 14h30	Documentário sobre E.Q.M.: relatos de seis pacientes.
14h30 às 15h30	Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal.
15h30 às 16h	“Coffee Break”
16h às 17h	Síntese do dia, no grupo. Apontamento dos principais aspectos abordados.

**Quadro 4- Programa do Curso de Capacitação / Segundo dia: 5ª feira, 29 de julho de 2004, das 9h às 17 horas (8 horas).**

<b>Horário</b>	<b>Tema da aula</b>
9h às 10h30	Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME). 1ª. sessão. Principais Aspectos. Estrutura da Intervenção Terapêutica.
10h30 às 11h	“Coffee Break”
11h às 12h30	Dor Simbólica da Morte / Dor Espiritual: Relato de Casos.
12h30 às 13h30	Almoço
13h30 às 14h	Exercício de Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade: Paisagens Belas, Símbolos de Transformação e Seres de Luz com relato das experiências.
14h às 15h	Apresentação e explicação dos instrumentos utilizados no estudo.
15h às 15h30	“Coffee Break”
15h30 às 17h	Síntese no grupo dos aspectos abordados e partilha das experiências vivenciadas durante o Curso de Capacitação.

As estratégias pedagógicas utilizadas foram aulas expositivas, discussões em grupo e vivências.

A seguir apresentamos o Plano de Aula deste Curso de Capacitação, observando-se que o detalhamento de cada uma das aulas encontra-se no Capítulo 7 e no Capítulo 3 e que foi entregue para os participantes em forma de livreto.

**Quadro 5- Plano de Aula do Curso de Capacitação para Profissionais da Saúde sobre a Intervenção Terapêutica para Pacientes Terminais: “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME)”.**

<b>Aula</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Estratégia</b>
1ª) Dinâmica de apresentação.	Recepção, aquecimento e entrosamento entre os participantes do grupo.	30 min	Vivência.
2ª) Apresentação do Programa de Treinamento.	Estrutura do Curso de Capacitação e assinatura do Termo de Consentimento Pós-Informação.	30 min	Orientação, exposição oral e multimídia.
3ª) Técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais: Aspectos Teóricos	Definição de Relaxamento Mental. Indução do Relaxamento Mental. Considerações sobre a inter-relação entre soma e psique. Definição de Visualização de Imagens Mentais. Breve histórico da utilização da Visualização de Imagens Mentais na História da Medicina. Considerações atuais sobre a utilização da Visualização de Imagens Mentais.	30 min	Exposição oral e multimídia.
4ª) Vivência (Relaxamento e Imagens Mentais)	Projeção de imagens de paisagens belas. Exercício de Relaxamento e Visualização com base nas imagens escolhidas.	30 min	Apresentação por multimídia. Orientação verbal para visualização e audição de música. Relato das vivências.
<b>Aula</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Estratégia</b>
5ª) Fundamentos Teóricos da Espiritualidade adotados no presente estudo.	Apresentação de nossas cinco bases teóricas. Referências sobre o significado e a dimensão da Espiritualidade. O fenômeno das E.Q.M. Necessidades espirituais de doentes terminais. Sonhos e Vivências de natureza espiritual, relacionados à Fase Terminal.	30 min	Exposição oral e multimídia.
6ª) Elementos que compõem a questão da Espiritualidade. (Estudos sobre as E.Q.M.).	O mundo espiritual, a morte e o pós-morte a partir dos relatos sobre as E.Q.M. Descrição dos elementos comuns encontrados nos relatos dos pacientes que passaram por uma E.Q.M. Identificação das mudanças possíveis de acontecer com uma pessoa que tenha passado por uma E.Q.M. Considerações filosóficas e espiritualistas a partir dos estudos sobre E.Q.M.	30 min	Exposição oral e multimídia.
7ª) Documentário	Relato de seis pacientes sobre a E.Q.M.	60 min	Apresentação de vídeo.
8ª) Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal.	Definição de vivências e sonhos de natureza espiritual. Dados simbólicos dos sonhos e das vivências de natureza espiritual dos pacientes, dos seus familiares e desta autora, colhidos na dissertação de mestrado (ELIAS, 2001) e decodificados a partir do referencial Junguiano e dos elementos sobre Espiritualidade, encontrados nos estudos sobre E.Q.M.	60 min	Exposição oral e multimídia.

<b>Aula</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Estratégia</b>
9 <sup>a</sup> ) Síntese do dia .	Apontamento dos principais aspectos abordados nas aulas do Programa de Treinamento deste dia.	60 min	Trabalho de reflexão e conclusão no grupo.
10 <sup>a</sup> ) Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME).	Principais Aspectos da 1 <sup>a</sup> sessão. Manejo do vínculo e do trabalho terapêutico. Linguagem simbólica verbal e não verbal. Estrutura da Intervenção Terapêutica. Orientação Familiar.	90 min.	Exposição oral e multimídia.
11 <sup>a</sup> ) Dor Simbólica da Morte / Dor Espiritual: Relato de Casos	Conceito de Dor, de Dor Total e de Dor Simbólica da Morte. Apresentação de Casos incluindo a descrição da Dor Simbólica da Morte / Dor Espiritual identificadas e a operacionalização da Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME).	90 min	Exposição oral e multimídia.
12 <sup>a</sup> ) Exercício de Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade.	Exercício com base nos principais elementos que serão trabalhados com os doentes: paisagens belas, símbolos de transformação e seres de luz. Troca de experiências entre os participantes.	30 min	Orientação verbal para visualização e audição de música. Relato das vivências no grupo.
13 <sup>a</sup> ) Explicação sobre os instrumentos que serão utilizados na pesquisa.	Objetivos do estudo. Método e Instrumentos para coleta de dados.	60 min	Exposição através de multimídia.
14 <sup>a</sup> ) Síntese do Treinamento.	Síntese no grupo dos aspectos abordados e partilha das experiências vivenciadas durante o Curso de Capacitação.	90 min	Trabalho de reflexão e conclusão no grupo.

**- Fase 2 - Atendimento aos pacientes terminais pelos profissionais da área de saúde com entrevistas de supervisões desses atendimentos pela psicóloga pesquisadora.**

Nesta fase a Psicóloga Pesquisadora, através de Entrevistas Semi-Estruturadas (Anexos 5 e 6), supervisionou o atendimento dos Profissionais aos doentes. Estes Profissionais participantes responderam a um Questionário Estruturado (Anexo 7), apresentaram a Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar (Anexo 8) para os pacientes no início e no final de cada sessão e escreveram uma lauda de Diário (Anexo 9) após o óbito de cada paciente. Todos os dados que foram colhidos nesta fase estão descritos no segundo volume, Anexo 11.

### **- Instrumentos.**

Os instrumentos utilizados foram a Entrevista Semi-Estruturada, o Questionário Estruturado, a E.V.A. de Bem-Estar e o Diário.

As **Entrevistas Semi-Estruturadas** (Anexos 5 e 6), representam a supervisão da Psicóloga Pesquisadora aos atendimentos realizados pelos Profissionais da área de saúde aos Pacientes Terminais, com enfoque nos seguintes temas: manejo do vínculo terapêutico, manejo do trabalho terapêutico na aplicação da RIME e a natureza das emoções e dos sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente.

Segundo TRIVINOS (1987), a entrevista semi-estruturada é um importante método da investigação porque ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

A duração da entrevista é flexível e depende das circunstâncias que rodeiam principalmente o informante e o teor do assunto em estudo, mas essa não deve se prolongar muito além de trinta minutos para não se tornar repetitiva e empobrecida. (TRIVINOS,1987).

Antes de dar início, de maneira sistemática à sua pesquisa, o entrevistador deve fazer contatos informais prévios com seus possíveis entrevistados tornando-se conhecido e apresentando o propósito de sua presença. (TRIVINOS,1987).

Os propósitos devem ser esclarecidos quanto aos objetivos da entrevista e do trabalho pelo pesquisador de forma mais explícita possível. (TRIVINOS,1987).

Quanto ao registro da entrevista, o investigador tem várias alternativas: pode ir anotando o desenvolvimento da entrevista, escrevendo só as idéias principais ou procurando reter tudo na memória para, imediatamente após o término da mesma, reelaborá-la e analisá-la. Pode também gravar as entrevistas, mas deve transcrevê-las antes de realizar a entrevista seguinte. Se a entrevista gravada for acompanhada de anotações gerais sobre atitudes ou comportamentos do entrevistado, pode contribuir melhor ainda para

os esclarecimentos que procura o cientista. É necessário um "rapport" antes do início da entrevista para que esta possa se desenvolver em um clima de simpatia, confiança, lealdade, harmonia, entre pesquisador e entrevistado. (TRIVINOS,1987). Nesta Tese as entrevistas foram gravadas para que a pesquisadora pudesse analisar com melhor fidedignidade os dados.

É também muito importante que o entrevistado saiba claramente sobre sua utilidade, sua importância para as metas que se pretende atingir. Para tanto o cientista deve ser acolhedor às colocações do entrevistado e deve também oferecer possibilidades ao informante de iniciar a entrevista, dando respostas a aspectos de sua vida que possam esclarecer o entrevistado sobre o trabalho que está sendo realizado. (TRIVINOS,1987).

O **Questionário Estruturado** levantou dados sociodemográficos e clínicos do doente e sobre a experiência pessoal de atendimento (Anexo 7). Este Questionário foi respondido pelos profissionais após os atendimentos aos pacientes e, através dele, obtivemos dados específicos sobre o número e o tempo de duração das sessões, os resultados das expressões faciais coloridas identificadas na E.V.A. de Bem-Estar (Anexo 8), aspectos relevantes do histórico clínico do paciente atendido, a Dor Espiritual identificada, a experiência de re- significação da mesma e os sonhos e vivências de natureza espiritual / transcendental do profissional, do paciente ou de algum familiar.

Segundo POLIT e HUNGLER (1995) os dados para auto-relatos através de Entrevistas e Questionários Estruturados costumam ser coletados através de um documento formal e escrito (chamado de instrumento), conhecido como plano da entrevista, quando as perguntas são feitas oralmente, pessoalmente ou via telefone, e como questionário, no caso em que os responsáveis preenchem, eles mesmos, o instrumento, utilizando papel e lápis e o que representou a forma utilizada nesta Tese.

A **Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar modelo “expressões faciais coloridas”** (Anexo 8) foi apresentada pelos profissionais aos pacientes, no início e no final de cada sessão. Escolhermos o modelo “expressões faciais coloridas” porque, como estamos medindo questões subjetivas relacionadas a Dor Espiritual, talvez o modelo numérico seja mais “frio” para avaliar estes propósitos. Faces com cor e expressões podem



permitir melhor identificação para o doente expressar intensidade de medo, idéias, culpas, sentimentos e emoções. Observamos também que talvez as faces, por terem um formato lúdico na sua apresentação, atendem melhor ao momento do paciente terminal, que, frente as suas circunstâncias clínicas, apresenta-se, em geral, emocionalmente regredido.

A escala utilizada tem seis faces coloridas que expressam desde a ausência de sofrimento até o sofrimento insuportável. A face azul (10) expressa nenhum sofrimento; a face azul esverdeado (8) expressa sofrimento leve; a face verde (6) expressa sofrimento moderado; a face amarela (4) expressa sofrimento incômodo; a face laranja (2) expressa sofrimento intenso; a face vermelha (0) expressa sofrimento insuportável.

Segundo POLIT e HUNGLER (1995) uma escala é um instrumento planejado para conferir um escore numérico aos sujeitos, colocando-os em um *continuum* no que diz respeito a atributos mensurados, tal como uma balança utilizada para medir o peso das pessoas.

Segundo MOTA e PIMENTA (2002) a Escala Visual Analógica é um instrumento capaz de medir sintomas de forma simples e com resultados satisfatórios. Fornece medida unidimensional da percepção do paciente em relação à magnitude do sintoma presente.

Orientamos os profissionais de saúde que apresentem, se for possível, frente às condições clínicas implícitas ao estado de terminal, a E.V.A., modelo “expressões faciais coloridas” (Anexo 8), aos pacientes no início e no final de cada sessão, perguntando-lhes como estão se sentindo em relação aos seus sentimentos e pensamentos, para que possamos medir de forma quantificada os resultados da intervenção quanto à re-significação da Dor Espiritual dos doentes terminais.

O **Diário** (Anexo 9), que corresponde a uma lauda escrita pelos profissionais após o óbito do paciente atendido, colheu os dados sobre as contribuições do Programa de Treinamento sobre a Intervenção RIME para a melhoria do seu trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.

Segundo POLIT e HUNGLER (1995) além da entrevista existem outras técnicas de investigação semi-estruturadas e, entre estas, temos o instrumento 'Diário'; os diários têm sido utilizados por pesquisadores que solicitam aos sujeitos que nele escrevam sobre algum aspecto de suas vidas, durante um período específico de tempo.

Neste estudo solicitamos aos profissionais de saúde que escrevessem neste diário, em uma lauda, após o óbito de cada um dos pacientes terminais, o que o Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica RIME contribuiu para a melhoria do seu trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.

- A **Coleta de Dados** em relação à Entrevista Semi-Estruturada foi realizada no local de trabalho dos profissionais. O Questionário Estruturado, que também contém as anotações da E.V.A. de Bem-Estar, e o Diário foram entregues pelos profissionais, para a pesquisadora, nas entrevistas pós-óbito de cada paciente.

### **5.5- Análise dos Resultados.**

A análise dos resultados obtidos para avaliação do Programa de Treinamento para aplicação da Intervenção RIME por profissionais da saúde, foi realizada pelo método Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática e pelo método Descritivo Quantitativo.

O objetivo específico "Compreender a experiência do profissional na utilização da Intervenção RIME" foi estudado pelo método Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática e o objetivo específico "Ampliar a compreensão da natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME" foi estudado tanto pelo método Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática, como pelo método Descritivo Quantitativo.

## - Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática.

Segundo BARDIN (1994) a Análise de Conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. A atitude interpretativa continua em parte a existir, mas é sustentada por processos técnicos de validação.

O método da Análise de Conteúdo pode ser realizado através da Análise Temática, entre outras técnicas. Fazer uma Análise Temática consiste em fazer operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido e, em seguida, deve-se fazer um agrupamento analógico destas unidades em categorias. (BARDIN, 1994).

Em relação à Análise Temática MINAYO (2000) afirma que a noção de TEMA está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase ou um resumo. Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas: a primeira é a pré-análise, a segunda é a exploração do material e a terceira é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na primeira etapa, pré-análise, estabeleceu-se de forma prévia a unidade de registro (palavra-chave ou frase ou resumo que explicita o objeto de análise, o qual se quer categorizar em temas) e a unidade de contexto (delimitação do enfoque dado à palavra-chave ou frase ou resumo que explicita o objeto de análise) e se realizaram os recortes das unidades de significado (“núcleos de sentido”) no texto, com base nas unidades de registro, delimitadas pelas unidades de contexto.

O nosso objeto de análise “Compreender a experiência do profissional na utilização da Intervenção RIME” foi trabalhado através de quatro unidades de registros, com suas respectivas unidades de contexto, a seguir relacionadas:

1) **Unidade de registro:** Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” / RIME.

**Unidades de contexto:**

- Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.
- Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.
- Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.

**Recorte** feito a partir da transcrição das Entrevistas Semi-Estruturadas. Os trechos que foram recortados, para o estabelecimento das categorias temáticas, estão em itálico no Anexo 11, volume 2.

2) **Unidade de registro:** Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta.

**Unidades de contexto:**

- Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.

**Recorte** feito a partir da transcrição das Entrevistas Semi-Estruturadas. Os trechos que foram recortados, para o estabelecimento das categorias temáticas, estão em itálico no Anexo 11, volume 2.

3) **Unidade de registro:** Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.

**Unidades de contexto:**

- Sonhos de natureza espiritual / transcendental do profissional de saúde, relacionados ao paciente e/ou aos atendimentos, com base na classificação proposta por MATTOON (1980): antecipatórios, traumáticos, extra-sensoriais e proféticos.

- Vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde relacionados ao paciente e/ou aos atendimentos.

Recorte feito a partir das respostas do profissional de saúde no Questionário Estruturado. Os trechos que foram recortados, para o estabelecimento das categorias temáticas, estão no Anexo 11, volume 2.

4) **Unidade de registro**: Contribuições do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” / RIME.

**Unidades de contexto**:

- Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.

Recorte feito a partir das respostas do profissional de saúde no Diário. Os trechos que foram recortados, para o estabelecimento das categorias temáticas, estão no Anexo 11, volume 2.

Os dados para análise das quatro unidades de registro acima descritas foram colhidos através das Entrevistas Semi-Estruturadas, Questionário Estruturado e Diário.

O nosso objeto de análise “Compreensão da natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME” foi trabalhado através de uma unidade de registro, com suas respectivas unidades de contexto, a seguir relacionadas:

1) **Unidade de registro**: Natureza da Dor Espiritual identificada e experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica RIME. (Expressões verbais e não verbais).

**Unidades de contexto**:

- Medo da morte e sua re-significação.
- Medo do pós-morte e sua re-significação.

- Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.
- Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e sua re-significação.
- Culpas perante Deus e sua re-significação.

Recorte feito a partir das respostas do profissional de saúde no questionário estruturado, com a supervisão das sessões pela psicóloga pesquisadora. Os trechos que foram recortados, para o estabelecimento das categorias temáticas, estão no Anexo 11, volume 2.

Na segunda etapa, exploração do material, em relação à forma de categorização, modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram esta análise, os “núcleos de sentido” foram agrupados de forma analógica e codificados através da interpretação fenomenológica em frases temáticas que correspondem às Categorias.

Na terceira etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, discutimos no Capítulo 9 os dados encontrados, visando responder aos nossos objetivos específicos.

#### **- Análise pelo Método Descritivo Quantitativo.**

O nosso objeto de análise “Ampliar a compreensão da natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME” também foi estudado pelo método Descritivo Quantitativo, através dos dados colhidos pelo instrumento E. V.A. de Bem-Estar modelo “expressões faciais coloridas”, onde os profissionais apresentaram esta Escala para os pacientes no início e no final de cada sessão. Para propiciar compreensões os dados sobre o “Bem-Estar” manifestos pelos pacientes antes e após as sessões da RIME foram calculados através de medianas e médias por doente, e também foi calculado o número de sessões em que houve melhora de “Bem-Estar”.

A comparação da diferença dos escores no final e no início de cada sessão foi feita, a partir das medianas, utilizando-se o Teste de Wilcoxon.

## 6- ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, observamos que a presente Tese de Doutorado é a operacionalização de um Programa de Treinamento para profissionais da área da Saúde sobre uma Intervenção Terapêutica desenvolvida no Mestrado por esta pesquisadora, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP através do Parecer Projeto n° 194/99, homologado na I Reunião do CEP/FCM em 2000, operacionalizada, descrita e publicada pela pesquisadora (ELIAS, 2001; ELIAS, 2002; ELIAS, 2003; ELIAS e GIGLIO, 2001a; ELIAS e GIGLIO, 2001b; ELIAS e GIGLIO, 2002a; ELIAS e GIGLIO, 2002b) e, portanto, validada quanto aos seus benefícios e quanto à sua eficácia, anteriormente.

O Projeto desta Tese de Doutorado foi aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP através do Parecer Projeto n° 023/2002 e homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20 de agosto de 2002.

Os profissionais da área da Saúde, que participaram do Programa de Treinamento, assinaram um Termo de Consentimento Pós-Informação, no qual se comprometeram a cumprir os critérios éticos pertinentes a esta Intervenção Terapêutica: “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), ao aplicá-la.

Os critérios são:

- Informação ao paciente sobre a temática de trabalho a ser desenvolvido: Relaxamento Mental motivado por músicas suaves e respiração lenta e profunda e orientação de Visualização de Imagens Mentais para paisagens belas e para os elementos que compõem a Espiritualidade, baseados nos relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte.
- Observação sobre a crença do paciente na vida espiritual pós-morte, que é critério para a aplicação desta Intervenção Terapêutica.
- Respeito à religião do paciente.

- Informação ao paciente que este método já foi previamente operacionalizado, descrito e publicado e, portanto, validado.
- Informação ao paciente, que ele, profissional, está fazendo parte de um estudo onde o Treinamento da técnica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME) está sendo validado e que ele, profissional, está em treinamento, participando deste processo.
- Concordância do paciente em se submeter à Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), caso não se adapte a esta modalidade de atendimento, sem nenhum prejuízo ao seu tratamento clínico.
- Informação ao paciente que ele poderá interromper o trabalho através da Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), caso não se adapte a esta modalidade de atendimento, sem nenhum prejuízo ao seu tratamento clínico.
- Compromisso do profissional em responder pessoalmente para a pesquisadora os temas propostos na Entrevista Semi-Estruturada e responder por escrito as perguntas do Questionário Estruturado, após a aplicação da Intervenção Terapêutica nos pacientes terminais, para coleta do material a ser analisado.

Acrescentamos que as sessões sobre os atendimentos dos profissionais da área de saúde e as informações específicas sobre estes pacientes não foram publicadas. Os pacientes atendidos pelos profissionais foram identificados apenas quanto à idade, sexo, religião, profissão, grau de instrução, estado civil, filhos, patologia clínica, Dor Espiritual e aspectos relacionados à qualidade do processo de morrer.

Em relação ao compromisso em cumprir as exigências da Resolução 196/96 eu, Ana Catarina de Araújo Elias, aluna de Pós-Graduação em Ciências Médicas, área de Saúde Mental, FCM UNICAMP, meu orientador Professor Associado Joel Sales Giglio e minha co-orientadora Professora Cibele Andruciole de Mattos Pimenta, cumprimos os



termos da Resolução 196 (de 10/10/1997) do Conselho Nacional da Saúde (Inf. Epidem. do SUS Brasil, ano V, nº.2, 1996), na presente pesquisa intitulada “Programa de Treinamento para re-significar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais através da Intervenção Terapêutica: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME)”.



## **7- RESULTADOS da FASE 1: CURSO de CAPACITAÇÃO sobre a INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA RELAXAMENTO, IMAGENS MENTAIS E ESPIRITUALIDADE (RIME)**

O objetivo da Fase 1 do Programa de Treinamento, representado por um Curso de Capacitação, foi preparar os profissionais para o uso da Intervenção Terapêutica e também instruí-los sobre a coleta de dados junto aos pacientes terminais.

Descrevemos a seguir o conteúdo das aulas do Curso de Capacitação o qual representa os resultados do nosso primeiro objetivo específico que é propor e operacionalizar um Programa de Treinamento para profissionais da área da saúde sobre a Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME) na re-significação da Dor Espiritual de pacientes terminais.

Todo o conteúdo das aulas, abaixo relacionado, foi entregue em forma de livreto, para os profissionais participantes do Treinamento, juntamente com o texto abordado no Capítulo 3: Fundamentos Teóricos da Espiritualidade Adotados no Presente Estudo. A capa deste livreto entregue aos Profissionais de saúde, participantes do Programa de Treinamento, encontra-se anexo. (Anexo 10).

Esta Fase 1 do Programa de Treinamento foi realizada em 16 horas, divididas em dois dias.

1º. dia - 3ª feira, 27 de julho de 2004, das 9h às 17 horas (8 horas).

2º. dia - 5ª feira, 29 de julho de 2004, das 9h às 17 horas (8 horas).

### **7.1- Cronograma do Curso de Capacitação.**

1º dia: 3ª feira, 27 de julho de 2004, das 9h00 às 17h00 (8 horas).

9h00 às 9h30 - Dinâmica para Apresentação dos Participantes.

9h30 às 10h00 - Apresentação do Curso de Capacitação.

10h00 às 10h30 -Técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais: Aspectos Teóricos.

10h30 às 11h00 – “Coffee Break”.

11h00 às 11h30 - Vivência (Relaxamento e Imagens Mentais).

11h30 às 12h00 - Fundamentos Teóricos da Espiritualidade adotados no presente estudo.

12h00 às 12h30 - Elementos que compõem a questão da Espiritualidade (Estudos sobre as Experiências de Quase Morte – E.Q.M.).

12h30 às 13h30 – Almoço.

13h30 às 14h30 - Documentário sobre 'Experiências de Quase Morte': relatos de seis pacientes.

14h30 às 15h30 - Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal.

15h30 às 16h00 – “Coffee Break”.

16h00 às 17h00 - Síntese do dia no grupo - Apontamento dos principais aspectos abordados.

2º dia: 5ª feira, 29 de julho de 2004, das 9h00 às 17h00 (8 horas).

9h00 às 10h30 - Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME).

- 1ª. sessão: Principais Aspectos.
- Estrutura da Intervenção Terapêutica.

10h30 às 11h00 – “Coffee Break”.

11h00 às 12h30 - Dor Simbólica da Morte / Dor Espiritual: Relato de Casos.

12h30 às 13h30 – Almoço.

13h30 às 14h00 - Exercício de Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade: Paisagens Belas, Símbolos de Transformação e Seres de Luz com relato das experiências.

14h00 às 15h00 - Apresentação dos elementos que serão analisados neste estudo e dos instrumentos.

15h00h às 15h30 – “Coffee Break”.

15h30 às 17h00 - Síntese no grupo dos aspectos abordados e partilha das experiências vivenciadas durante o Curso de Capacitação.

## 7.2- Conteúdo das Aulas.

### **- Dinâmica para apresentação dos participantes.**

Cada participante apresentou-se dizendo seu nome, formação acadêmica, hospital em que trabalha e, após a apresentação formal, escolheu uma cor para se apresentar e associá-la ao seu trabalho com Pacientes Terminais. As cores escolhidas foram: azul (três participantes), azul e vermelho (um participante), azul e violeta (um participante), violeta (um participante) e amarelo (um participante).

### **- Apresentação do Programa do Treinamento.**

Foi apresentado aos participantes o Cronograma e o Programa do Curso de Capacitação, assim como foram assinados os Termos de Consentimento Pós-Informação e de Compromisso para os Profissionais Voluntários. (Anexo 1).

### **- Técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais: Aspectos Teóricos.**

#### **Relaxamento Mental.**

CORRÊA e PIMENTA (2005) definem relaxamento como o estado de relativa ausência de ansiedade e tensão muscular; a serenidade da mente e dos músculos. Há diminuição do consumo de oxigênio, do tônus muscular, da pressão arterial, da frequência respiratória cardíaca, aumento da frequência de ondas tipo alfa, entre outras ondas do traçado eletroencefalográfico.

A Comunidade Científica Médica denominou as ondas cerebrais como Beta, Alfa, Teta e Delta, conforme o registro de sua frequência, por minuto, no eletroencefalograma e observou que cada frequência está associada a um estado específico de consciência, ou seja, acordado, consciência de si ampliada, sonho, sono, etc.

Segundo FERREIRA (2003) o estado hipnótico ou estado de Relaxamento Mental ou estado alfa se manifesta na vida diária sem que a maioria das pessoas perceba. Quando assistimos a um filme que realmente gostamos, nós nos emocionamos com as cenas do filme. Nestes momentos em que nossa atenção está focalizada nas cenas (sugestões visuais, verbais, extraverbais, subliminares), respondemos a elas segundo nossa imaginação, segundo o conteúdo das próprias cenas e segundo nossas experiências passadas. Estamos em estado hipnótico. Durante essas cenas, nosso juízo crítico deixa de analisar, por exemplo, se estão passando vinte e quatro quadrinhos por minuto na tela. Não ficamos pensando que é apenas um conto, nós nos envolvemos com as cenas, sentimos estas cenas com todos os nossos sentidos, e muitas vezes deixamos de ouvir ou de prestar a atenção num barulho estranho ao filme.

ROSEN (1994), baseado nos estudos de Milton Erickson, afirma que o estado de transe ou estado hipnótico, ou estado de Relaxamento Mental, ou frequência cerebral alfa, é o estado mental mais propício para que a aprendizagem ocorra, para a produção de "insights" e para favorecer mudanças de atitudes e idéias.

O estado de Relaxamento Mental não se refere a um estado de sonolência induzida. Os pacientes não são submetidos, nem dirigidos pela vontade do terapeuta, e nem perdem o controle sobre os seus atos. Na realidade, o Relaxamento Mental é um estado natural que todos nós experimentamos, como no sonho acordado ou devaneio, na meditação, na oração, ou quando realizamos determinados exercícios, como os exercícios aeróbicos, que têm sido conhecidos como uma espécie de meditação em movimento. Nessas situações, certas experiências sensoriais e psíquicas interiores assumem um caráter vivido, tanto que os sons e movimentos exteriores perdem a sua importância. No estado de Relaxamento Mental os pacientes podem compreender de maneira intuitiva o significado dos sonhos, símbolos e outras manifestações inconscientes. Despreocupam-se das suas idéias e dos seus problemas e se aproximam do que Erickson denominou aprendizagem

inconsciente. Podem aceitar com menos críticas as sugestões do terapeuta. No entanto, se elas entram em choque com os valores que o indivíduo apresenta esta aceitação é apenas transitória ou não se produz. Para ajudar o paciente a entrar em Relaxamento Mental, o terapeuta pode induzi-lo a esse estado, através da narração de uma história interessante. O terapeuta mantém-se alerta para perceber as mudanças sutis que indicam o grau de atenção responsiva do indivíduo: um relaxamento dos músculos faciais, o olhar fixo sem piscar, uma imobilidade quase total. Se esta constelação de elementos estiver presente o terapeuta pode presumir com total segurança que seu paciente entrou em Relaxamento Mental. (ROSEN, 1994).

Na nossa experiência clínica temos usado como alternativa para uma história interessante, uma música instrumental clássica ou popular com ritmo lento, ou "intuitive music" ou "new age" ou instrumental para crianças. Segundo FERREIRA (2003) há vários discos compactos (CDs) no mercado especialmente preparados para induzir ondas teta, facilitadoras das imaginações, ou para induzir ondas delta que facilitam o adormecimento ou para reduzir a porcentagem de atividade beta, aumentando a porcentagem de ritmo alfa, e mesmo induzindo o aparecimento de ritmo alfa, que facilita o Relaxamento Mental. Estes CDs podem ser tocados como som de fundo, coadjuvantes ao tratamento.

Em relação a barulhos provenientes do ambiente hospitalar ou domiciliar FERREIRA (2003) orienta que se os mesmos não puderem ser minimizados devem ser incorporados às orientações na indução do estado de Relaxamento Mental. Podemos, por exemplo, sugerir ao paciente que entre em um estado mais profundo de Relaxamento ao ouvir os sons produzidos pela Equipe de Enfermagem nos cuidados aos outros doentes.

A respiração lenta e profunda tem sido apontada pela literatura científica como um quesito fundamental para se atingir o estado de Relaxamento Mental ou estado de transe ou estado alfa. Deve-se observar principalmente a respiração porque ela é um ponto chave para um bom trabalho com Imagens Mentais. Devemos pedir ao paciente que observe a sua própria respiração. Nesse processo de prestar atenção no movimento de respirar, o paciente além de começar a voltar-se para o seu interior também estrutura uma frequência respiratória mais harmoniosa, mais rítmica.

Na respiração lenta e profunda pode-se orientar o paciente para expirar mais profundamente e por mais tempo do que o inspirar. O expirar mais longo estimula o nervo vago, que se origina na base do cérebro, estende-se pelo pescoço e manda extensões para os pulmões, o coração e o trato intestinal. Sob a influência da expiração longa e lenta, o vago tem um papel de aquietamento e relaxamento, baixando a pressão sanguínea, diminuindo as pulsações, as contrações musculares do intestino e o ritmo respiratório. O acalmar dessas funções leva a uma facilitação do trabalho com Imagens Mentais.

A "American Cancer Society" (CASSILETH et al, 1994), orienta aos pacientes e seus familiares a fazerem exercícios de relaxamento e respiração profunda, mentalizando um lugar agradável como uma praia ou um campo florido pelo menos três vezes ao dia quando se sentirem ansiosos, deprimidos, ou amedrontados.

Segundo CAUDILL (1998), quem primeiro estudou a resposta de relaxamento foi Herbert Benson e seus colaboradores da Harvard Medical School e este cientista após rever muitas obras religiosas e filosóficas percebeu que durante séculos a humanidade recebeu instruções para suscitar esse reflexo calmante e também percebeu que, embora muitas técnicas pudessem evocar essa resposta corporal natural, havia duas etapas simples comuns a todas: 1) 'Focalizar' a mente numa frase, palavra, respiração ou ação repetitiva. 2) Adotar uma 'atitude passiva' em relação aos pensamentos que atravessam a mente.

Os efeitos físicos da resposta de relaxamento podem ser divididos em mudanças imediatas, (diminuição da pressão sanguínea, da frequência cardíaca, do ritmo respiratório e do consumo de oxigênio) e mudanças em longo prazo, (resposta do corpo à adrenalina, diminuição da ansiedade e da depressão e melhora na capacidade para lidar com fatores estressantes da vida).

A chave para evocar a resposta de relaxamento é a consciência focalizada. A respiração pode ser objeto desse foco. Há dois tipos de respiração: a torácica (curta e superficial) e a diafragmática (lenta e profunda). A respiração diafragmática é mais completa do que a torácica e pode provocar uma sensação de calma e relaxamento quando realizada intencionalmente. CAUDILL (1998) descreve três exercícios para o treino da respiração diafragmática e dois exercícios para o treino da focalização da atenção na



respiração. Pontua que se focalizar em sua própria respiração e respirar diafragmáticamente, também pode ajudar o indivíduo a suportar exames desconfortáveis.

Para preparar o paciente para praticar a evocação da resposta de relaxamento CAUDILL (1998) elenca as seguintes orientações:

- Minimizar distrações e ficar confortável.
- Diminuir ou eliminar temporariamente a tagarelice mental.
- Resolver problemas que possam impedir a prática das técnicas da resposta de relaxamento como falta de tempo, aumento da percepção da dor, problemas para ficar quieto e relaxar.

As técnicas para evocar propriamente as respostas de relaxamento são sete, divididas pela autora em dois tipos: Básicas e Avançadas.

As Básicas são subdivididas em cinco técnicas: 1) Usa-se uma frase ou palavra chave. 2) Combina-se respiração e imaginação. 3) Relaxamento muscular progressivo. 4) Usa-se o movimento repetitivo, sincronizando-o com a respiração e a mente. 5) Cria-se na mente um 'lugar seguro', associado à paz e conforto. As Avançadas são subdivididas em duas técnicas: 6) Auto-Hipnose. 7) Visualização.

Nesse estudo, para estimularmos o 'Relaxamento Mental' utilizamos a técnica número dois: Respiração e Imaginação, associada a músicas suaves compatíveis com as preferências dos pacientes, e como 'Visualização de Imagens Mentais' utilizamos as técnicas número cinco: Lugar de paz e conforto e número sete: Visualização, combinadas e adaptadas à realidade individual de cada paciente e integradas aos elementos que compõem a questão da Espiritualidade.

### **Visualização de Imagens Mentais.**

JUNG (1986d) relata que Paracelso, no século XV, tecia considerações sobre a inter-relação entre soma e psique.

Philippus Aureolus Bombast Von Hohenheim, conhecido como Theophrastus Paracelsus, nasceu a 10 de novembro de 1493. Aos trinta e oito anos apareceram, em seus escritos, mudanças características. Ao lado do médico surgiu o filósofo. Na verdade, filosófica não é bem o termo para esta manifestação espiritual. Talvez fosse melhor chamá-la gnóstica. A enfermidade significava para ele um desenvolvimento natural, algo espiritual, vivo, uma semente. Podemos mesmo afirmar que Paracelso encarava a enfermidade como uma constituinte própria e necessária da vida humana e não um odioso *corpus alienum* como nós a entendemos hoje. A medicina moderna não pode mais entender a alma como simples apêndice do corpo e por isso começa a levar cada vez mais em consideração o assim chamado fator psíquico. Aproxima-se de certa forma na concepção paracélsica o conceito de matéria animada pela psique. Como Paracelso foi outrora o pioneiro da ciência médica, parece-nos que hoje se tornou o símbolo de uma importante modificação em nossa concepção sobre a natureza da doença e sobre a essência da vida em si. 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".

FREUD (1975) por três décadas estudou e pesquisou o funcionamento do aparelho psíquico. Em 1911 classificou o funcionamento do aparelho psíquico em processos primários e secundários. O pensamento primário é o pensamento das representações simbólicas, atemporal e que pode conter aspectos de condensação e deslocamento no sentido psicanalítico do termo. O pensamento secundário é o consciente, racional, comum que obedece às leis habituais da sintaxe e da lógica.

O pensamento primário apenas constitui anormalidade quando ocorre, após a primeira infância, em atividade exclusiva ou predominando sobre o pensamento secundário.

O uso do pensamento primário ocorre na vida cotidiana de forma natural como, por exemplo, nas Artes Plásticas. (BRENNER, 1987). O pensamento primário pode, dessa forma, ser usado em benefício do paciente.

FREUD (1975), em 1923, construiu sua terceira hipótese de aparelho psíquico, denominada estrutural e que não exclui as anteriores, mas sim as complementa. A hipótese estrutural é formada pelas instâncias psíquicas Id, Ego e Superego. O Id é inconsciente e constituído por energia, basicamente de duas naturezas: a "eros" ou vida e a "tânatos" ou morte, combinadas em quantidades proporcionais diferentes em cada ser humano e que, quando em ação, produzem uma excitação psíquica ou tensão que impele o indivíduo à atividade.

JUNG (1986e), em 1948, estudou os conceitos fundamentais da teoria da energia psíquica. Afirmou que o mecanismo psicológico mediador entre a energia e a ação é o símbolo. Refere-se ao símbolo real, e não ao seu sinal. Assim, por exemplo, o buraco feito pelos "Watschendis" no chão não é um sinal do órgão genital da mulher, mas um símbolo que representa a mulher-terra a ser fecundada. Confundi-lo com uma fêmea humana seria interpretar semioticamente o símbolo e isto fatalmente perturbaria o valor desse ritual simbólico.

JUNG (1993) afirma que o que chamamos símbolo é um termo, um nome ou mesmo uma imagem que nos pode ser familiar na vida diária, embora possua conotações especiais além do seu significado evidente e convencional. Implica alguma coisa vaga, desconhecida ou oculta para nós. Os sinais, por sua vez, são termos ou figuras que não têm nenhum sentido intrínseco, mas alcançaram, pelo seu uso generalizado ou por intenção deliberada, significação reconhecida. Não são símbolos: são sinais e servem, apenas, para indicar os objetos a que estão ligados. Assim, uma palavra ou uma imagem é simbólica quando implica alguma coisa além do seu significado manifesto e imediato. Esta palavra ou esta imagem tem um aspecto "inconsciente" mais amplo, que nunca é precisamente definido ou de todo explicado. Quando a mente explora um símbolo, é conduzida a idéias que estão fora do alcance da nossa razão.

Temos desta forma, o seguinte esquema psíquico: o pensamento não lógico é o pensamento por imagens. As imagens são formadas por símbolos e estes, por sua vez, mediam o processo psicológico entre energia psíquica e ação. As Imagens Mentais são o conteúdo da Imaginação.

Sobre a utilização das Imagens Mentais na História da Medicina trazemos a citação de CARVALHO (1994b):

Encontramos ao longo da história da medicina, relatos da utilização de Imagens Mentais desde a mais remota Antiguidade. Na medicina primitiva, nos feiticeiros ou xamãs, o uso de Imagens Mentais para cura era comum e freqüente. Também são encontrados relatos da utilização dessa técnica desde as mais remotas informações sobre curas. Na China no século XVIII aC, no antigo Egito, no Tíbet, nos oráculos gregos, na África e entre os esquimós, encontramos relatos sobre o uso de visualização. Aristóteles, Galeno e Hipócrates, considerados os pais da medicina ocidental, usavam visualizações para o diagnóstico das doenças e para os tratamentos. Nos indígenas norte-americanos e nos sul-americanos, o uso de imagens mentais é comum até hoje nos seus rituais de cura. Em todas as épocas e em todas essas culturas o uso das visualizações foi parte integrante das formas de tratamento, que tinham como base à idéia da unidade entre a mente, as emoções e o físico e, conseqüentemente, dos possíveis efeitos de uma das partes sobre a outra. Nos últimos três séculos a medicina ocidental separou o corpo da mente, criando tratamentos específicos para as doenças físicas. É interessante o dado de que nenhum outro sistema médico havia feito essa separação antes do século XVII. É interessante também notar que embora a Medicina relute em aceitar que a mente pode influenciar o físico, ela aceita que o físico pode influenciar a mente, por meio, por exemplo, dos neurolépticos e dos antidepressivos. Mas no começo deste século alguns importantes pensadores e pesquisadores, com treino médico e psicoterapêutico, começaram a utilizar visualizações como método para tratar distúrbios emocionais. Robert Desoille propondo a técnica do sonho acordado; Jung, a imaginação ativa; Hans Carl Leuner, a imaginação dirigida, Roberto Assagioli, a psicossíntese; Schultz, o treinamento autógeno. Mas recentemente os trabalhos de Fritz Perls

de fantasia dirigida, o psicodrama interno, desenvolvido a partir do trabalho de Moreno, a utilização da visualização na técnica comportamental de Wolpe e tantos outros... Na retomada científica das visualizações foram fundamentais os estudos de Selye, analisando o mecanismo do estresse e o seu efeito no sistema hormonal e no sistema imunológico. E a técnica de "biofeedback" mostrando que mudanças fisiológicas eram acompanhadas de mudanças emocionais e, inversamente, mudanças emocionais eram acompanhadas por modificações fisiológicas.

Uma importante função do pensamento não lógico, o pensamento por Imagens Mentais, é a ampliação da consciência, que proporciona um maior contato com a realidade subjetiva interna. Sobre esta questão trazemos a citação de EPSTEIN, (1990):

Existem várias maneiras de se pensar. O pensamento lógico nos é o mais familiar. Desde o século XVII este tipo de pensamento ganhou precedência sobre os demais por ser à base da ciência. Entretanto, há outras formas de pensamento, formas não lógicas, intuitivas, que coexistem com o pensamento lógico. Reflitamos sobre às vezes em que temos um súbito "insigh" quando, de repente, percebemos um jeito novo de fazer algo, ou encontramos a solução de um problema que parecia não ter resposta. Este tipo de pensamento é chamado de intuição. Sem a intuição não seríamos capazes de pensar em nada novo. Assim como a intuição, o pensamento em forma de Imagens Mentais é um tipo de pensamento não lógico. O pensamento lógico e discursivo é utilizado para fazermos contato com as outras pessoas no cotidiano e com aquilo que pode ser chamado de realidade objetiva. As imagens mentais são um tipo de pensamento usado para fazermos contato com nossa realidade subjetiva interna... A estrutura de vida interna é formada por imagens. Como as Imagens Mentais nos permitem contato com a realidade subjetiva interna, nos proporcionam novos modos de lidarmos com experiências atuais; ao invés de reagirmos às experiências nós podemos recriá-las através da Imaginação. Nesse processo, podemos limpar da nossa mente as convicções negativas e substituí-las por convicções positivas. Podemos comparar nossa mente a um jardim. Os jardins infestados de ervas daninhas não podem dar boas colheitas; emoções como ansiedade, depressão, medo, pânico, preocupações e desespero são

ervas daninhas que prejudicam a colheita de resultados positivos em nossas vidas. Cabe ao jardineiro retirar as ervas daninhas do seu jardim; nas nossas vidas cada um é, através da sua Imaginação, o jardineiro da própria existência.

De forma simplificada, Imagens Mentais são figuras simbólicas através das quais é possível contatar a realidade subjetiva interna e encontrar novas formas de se lidar com as experiências atuais. Ao invés de se sucumbir às experiências de sofrimento, pode-se re-significar este sofrimento através da Imaginação, processo pelo qual se visualizam Imagens Mentais.

Quando a Imaginação e a vontade são antagônicas, a Imaginação sempre vence. Quando há divergência entre a Imaginação e a razão, a Imaginação vence. (FERREIRA, 2003).

Em relação à Visualização de Imagens Mentais e Dor, CAUDILL (1998) afirma que essa técnica pode ser uma experiência emocional muito poderosa. O uso de imagens mentais permite ao paciente explorar a experiência não verbal, inconsciente dos significados e metáforas da dor. Pode também ajudar o paciente a estabelecer ligações com outras experiências ou interpretações que não poderiam ser obtidas pelo raciocínio lógico, seqüencial. Isto, por sua vez, pode dar uma perspectiva e uma atitude totalmente diferentes com relação à dor, aumentando o controle do paciente sobre esta dor.

Foram publicados na literatura científica dos últimos anos, inúmeros trabalhos e relato de casos que comprovam a inter-relação entre mente e corpo. Em resumo tem sido afirmado, frente aos estudos, que a mente e o corpo não são entidades separadas, são uma coisa só, formam uma unidade, porque, por exemplo, se visualizamos uma mudança acontecendo em nosso corpo, o corpo responde; se imaginarmos uma quantidade maior de sangue indo para uma perna machucada, isto acontece no corpo físico. (ACHTERBERG, 1996; CARVALHO, 1994a, 1994b; CAUDILL, 1998; EPSTEIN, 1990; JUNG, 1986; LANG, 2000; MAYOL, 1992; MONTAGU, 1988; ROSEN, 1994; SIEGEL, 1989; SIMONTON et al, 1987; TUCKER, 1999;)

SIMONTON et al (1987) pioneiros na aplicação das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização para tratamento do câncer, afirmam que não é mais possível encarar o corpo como simplesmente um objeto que espera as peças de reposição chegarem da fábrica. Ao invés disso, começa-se a aceitar o fato de que a mente e o corpo fazem parte de um sistema integrado.

De acordo com este ponto de vista, o tratamento físico é uma parte integral e essencial da batalha contra uma doença ameaçadora como uma neoplasia maligna, mas a participação do paciente na luta contra o câncer e outras doenças também é fator imprescindível. É muito importante que cada paciente assuma a responsabilidade de examinar e mesmo alterar suas convicções e sentimentos que não apóiam o tratamento, que não significam um impulso em direção à afirmação da vida e da saúde. Nesse processo, o Relaxamento Mental e a Visualização são instrumentos dos mais valiosos para ajudar essas pessoas a aprenderem a acreditar na sua própria capacidade de curar o câncer. (SIMONTON et al, 1987).

SIEGEL (1989) pontua que as práticas de Relaxamento Mental e Visualização podem abrir uma outra porta para o inconsciente, para um verdadeiro caminho e para uma verdadeira cura, visto que o corpo e a mente, além de não serem entidades separadas, comunicam-se através das emoções e destas técnicas.

MONTAGU (1988) afirma que a incapacidade para crescer e desabrochar, social, emocional, cognitiva e fisicamente, foi diagnosticada como decorrência da insuficiência do hormônio da pituitária, especialmente o hormônio do crescimento. Descobriu-se que esse hipopituitarismo idiopático e mesmo a produção insuficiente do hormônio do crescimento não se devem a problemas na pituitária, mas sim ao amor ausente dos pais, principalmente o da mãe. Crianças retiradas deste meio e colocadas em meio afetuoso e positivo começaram a se desenvolver em todos os aspectos, assim como a pituitária começou a trabalhar normalmente. Experiências provaram que existem diferenças bioquímicas significativas entre uma pessoa que se beneficiou de uma estimulação tátil terna e amorosa e outra que não teve esse afeto. Essa confirmação é válida para qualquer período da vida. Uma pessoa carinhosamente amada tende a ser uma entidade bioquímica diferente da que não é, mostrando-se, com isso, a inter-relação entre a mente e o corpo.

LANG et al (2000) publicaram seus estudos afirmando que procedimento adjuvante não farmacológico tem sido sugerido como eficiente e seguro meio para reduzir desconforto e efeitos adversos durante procedimentos médicos. Testaram esta hipótese com pacientes submetidos a procedimento cirúrgico vascular e renal em um estudo randomizado. O método consistiu na escolha aleatória de 241 pacientes, os quais foram subdivididos em três grupos: o primeiro grupo recebeu cuidados padrões no intraoperatório (n=79), o segundo grupo recebeu atenção estruturada no intra-operatório (n=80), e o terceiro grupo foi orientado no intra-operatório por relaxamento auto-hipnótico (n=82). Todos os pacientes tiveram acesso a medicamento analgésico, controlado por eles mesmos e avaliaram sua dor e sua ansiedade em uma escala de 0 -10 antes, a cada 15 minutos e depois do procedimento. Os resultados provaram, em definitivo, que as Técnicas de Relaxamento Mental e Visualização, também chamadas de Hipnoterapia, associadas à cirurgia, resultam em uma minimização da dor, possibilitam um menor tempo cirúrgico e favorecem uma maior estabilidade dos sinais vitais. Com este estudo, publicado em periódico importante no cenário médico mundial, encontramos, mais uma vez, evidências científicas da relação sistêmica entre soma e psique.

MAYOL (1992) relatou que conseguiu curar-se de uma doença infecciosa grave, com prognóstico de morte em 48 horas, utilizando-se da técnica de Visualização de Imagens Mentais.

Para finalizar este tema ‘Visualização de Imagens Mentais’ faremos uma citação sobre algumas considerações de JUNG (1986c) em 1944, sobre a primeira versão da Meditação e Imaginação na visão dos alquimistas. Pontuamos que a Meditação é possível de ser desenvolvida quando o cérebro esta em estado de Relaxamento Mental e a Imaginação têm como seu conteúdo as Imagens Mentais.

Conforme a citação abaixo relacionada JUNG (1986c) afirmou que através da meditação é possível trazer para o consciente, aspectos inconscientes.

O *Lexicon Alchemial*, (Dicionário de Alquimia), de Ruland, datado de 1612, define que a *meditatio* é usada quando ocorre um diálogo interior com alguém invisível que tanto pode ser Deus, quando invocado, como a própria pessoa ou seu anjo benigno. Este



"diálogo" interior é familiar ao psicólogo por constituir uma parte essencial da técnica do diálogo com o inconsciente. A definição de Ruland prova sem dúvida alguma que os alquimistas, ao falarem em *meditari*, não se referem a uma simples reflexão, mas a um diálogo interior e, portanto, a uma relação viva com a voz do "outro" em nós que responde, isto é, com o inconsciente. O conceito de meditação no *dictum* (dito) hermético é que todas as coisas vêm do Uno, através da meditação do Uno e isto deve ser entendido, através da aceção alquímica, como um diálogo criativo mediante o qual as coisas passam de um estado potencial inconsciente para um estado manifesto. (JUNG, 1986c).

Na década seguinte, em 1951, este mesmo autor, JUNG (1986b), trabalhou com o conceito do Arquétipo do Si Mesmo definindo-o como a sede da identidade subjetiva, o centro ordenador e unificador da psique, simbolizado por Cristo, e como sede da identidade objetiva, consciente, o ego. Pontuou que, quanto maior fosse o número de conteúdos coletivos inconscientes assimilados ao ego consciente, (processo possível através da meditação) e quanto mais significativos fossem, tanto mais o ego consciente se aproximaria do Si Mesmo ou "Self", muito embora esta aproximação possa nunca chegar ao fim.

Cristo, símbolo do arquétipo do Si Mesmo, representa uma totalidade de natureza divina ou celeste... Constitui uma equivalência do primeiro Adão antes da queda original, isto é, quando este possuía ainda a pura semelhança com Deus, e a respeito do qual diz Tertuliano (+222): "quanto a esta imagem de Deus, pode-se admitir que o espírito humano possui os mesmos impulsos e o mesmo sentido que Deus, embora não da mesma forma". Origénes (185-254) é muito mais minucioso e afirma que a imagem de Deus, que está impressa na alma e não no corpo, é uma imagem da imagem porque foi criada à semelhança de uma imagem precedente. Cristo, por sua vez, é a verdadeira imagem de Deus, a cuja semelhança foi criado nosso homem interior, (nossa alma): invisível, incorporeal e imortal. A imagem divina manifesta-se em nós através da *prudencia* da *justitia*, da *moderatio*, da *virtus*, da *sapientia* e da disciplina. (JUNG, 1986b).

Pressupomos, com base nestas citações que, através da aplicação do método proposto neste estudo, integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a questão da Espiritualidade, acontece uma passagem do estado potencial inconsciente para o estado manifesto no universo

psíquico das pacientes Fora de Possibilidade de Cura, o que Jung chamou de Arquétipo do Si Mesmo ou "Self", simbolizado por Cristo, o que significa um contato, mais significativo, do ego consciente de cada uma dessas pacientes, com a sua própria natureza divina ou celeste, ou seja, com a sua natureza espiritual.

**- Vivência: 'Relaxamento e Imagens Mentais'.**

Foram oferecidas imagens de paisagens belas para os participantes escolherem as que mais lhe agradaram, e, em seguida, o Exercício de Relaxamento e Imagens Mentais foi orientado com base nas imagens visualizadas.





#### Orientações durante o exercício:

Respire lenta e profundamente e preste atenção na música com sons da natureza, relaxante, intuitiva, suave, harmônica.

Visualize o ar sendo inalado na cor azul céu, brilhante.

Imagine este oxigênio azul brilhante envolvendo externamente todo o seu corpo.

Imagine este oxigênio azul brilhante envolvendo internamente todos os órgãos do seu corpo. Intensifique a visualização deste oxigênio azul brilhante nos órgãos que você estiver sentindo dor.

Imagine-se em uma estrada dourada, iluminada pelo sol. Observe como a luz dourada deste sol ilumina você.

Caminhe por esta estrada, ladeada por árvores muito verdes e altas. Visualize as árvores verdes e altas. Observe que nesta estrada também existem flores multicoloridas. Visualize-as: vermelhas, cor-de-laranja, cor-de-rosa, amarelas, azuis, lilás, brancas.

Observe que você chegou a uma praia deserta, com um mar muito tranquilo. Observe se este mar é azul ou verde. Observe a tonalidade da água.

Mergulhe no mar, brinque. Permita que as ondas levem todas as suas tristezas, mágoas, problemas, embora.

Integre-se com a beleza no Universo. Observe suas qualidades. Sinta que você faz parte do Universo.

Mergulhe novamente. Brinque.

Saia do mar.

Visualize a luz dourada do sol aquecendo seu corpo.

Visualize o céu azul.

Lentamente movimente seu corpo, abra os olhos e volte para a sala de aula.

**- Fundamentos Teóricos da Espiritualidade adotados no presente estudo.**

O texto referente a esta aula está descrito no Capítulo 3.

**- Estudos Sobre as Experiências de Quase Morte (E.Q.M.).**

A introdução do texto desta aula está descrita no Capítulo 3. A seguir detalhamos nossa pesquisa sobre os estudos das E.Q.M..

Segundo GREYSON (2000) o termo “Near Death Experience” (Experiência de Quase Morte) tornou-se conhecido na área médica a partir de 1975, mas nos séculos anteriores já existiam publicações na literatura médica sobre este fenômeno. Estima-se que entre os indivíduos que chegam próximo à morte 9% a 18% passam por uma E.Q.M..

Esses relatos não são alucinações ou fantasias programadas para acalmar o cérebro de um ser humano que está morrendo, por vários motivos:

- Não são todos os indivíduos que vivenciam uma morte clínica e depois voltam a viver naturalmente, que apresentam uma E.Q.M..
- Os relatos sobre as E.Q.M. das crianças que não possuem condicionamento cultural em relação à morte, são muito semelhantes ao padrão de relato dos adultos.
- Uma E.Q.M. integra a personalidade de forma saudável e construtiva e uma alucinação ou delírio, ao contrário, desintegra a personalidade.
- Pacientes trazem observações e relatos sobre seus parentes, sobre lugares ou mesmo fatos que irão acontecer no futuro, e que, posteriormente, podem ser comprovados, cujas informações não poderiam obter do leito em que se encontravam.

PARNIA e FENWICK (2001) escreveram que as E.Q.M. parecem ocorrer no momento em que a função cerebral está ou danificada severamente ou, na pior das hipóteses, ausente. Em outras circunstâncias clínicas, nas quais o cérebro ainda esteja funcionando, é possível discutir a possibilidade das experiências relatadas serem uma alucinação em resposta às várias mudanças químicas que estejam ocorrendo neste cérebro. Mas, durante uma parada cardíaca, a possibilidade do cérebro continuar funcionando é remota. Alucinações ocorrem quando o cérebro está em funcionamento por alterações metabólicas ou psicológicas. E.Q.M. ocorrem quando o cérebro não está funcionando e, por esta razão, torna-se inviável um paralelo entre os dois fenômenos.

PARNIA e FENWICK (2001) argumentaram também que os estudos cerebrais indicam que os processos do pensamento são mediados por diversas áreas corticais. Conseqüentemente, um cérebro desorganizado de forma global não pode produzir processos lúcidos de pensamentos, como são os processos cognitivos que se desenvolvem durante as E.Q.M. Os autores afirmaram que, de um ponto de vista clínico, toda alteração aguda na fisiologia cerebral, tais como as que ocorrem devido a hipoxia, aos problemas

metabólicos, por indução de drogas ou nas paradas cardíacas, conduzem a uma função cerebral desorganizada e comprometida e que não permite pensamentos, percepções, raciocínios, sentimentos, memória, consciência, tais como os que ocorrem durante uma E.Q.M. Durante estas experiências, a mente, representada por nossos pensamentos, sentimentos e emoções, e a consciência, representada pelo autoconhecimento, continuam a existir, embora o cérebro comprovadamente, não esteja funcionando e o critério clínico de morte seja confirmado, até que a ressuscitação ocorra. Os autores concluem que novos paradigmas devem ser trabalhados para esclarecer esta intrigante e desconhecida área da ciência.

GREYSON (2003) estudou pacientes não internados que compareceram pela primeira vez na psiquiatria da Universidade de Connecticut entre julho de 1994 e junho de 1995, através de pesquisa com corte transversal. Os pacientes responderam um questionário que mede nove sintomas: somatização, comportamento obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e comportamento psicótico, antes da entrevista psiquiátrica. Também estava inclusa, neste questionário, a pergunta: 'Alguma vez você esteve próximo à morte?' Os pacientes que responderam afirmativamente a esta questão foram submetidos a uma escala que mede E.Q.M. Esta escala contém questões sobre cognição como alterações do pensamento e revisão da vida; questões sobre afetos como intensos sentimentos de paz e alegria; questões sobre experiências paranormais como se ver fora do próprio corpo e conhecer eventos que acontecerão no futuro; questões sobre experiências transcendentais como encontro com parentes falecidos ou visualização de paragens espirituais.

Foram entrevistados oitocentos e trinta e dois pacientes, dos quais duzentos e setenta e dois (33%) afirmaram ter estado próximos da morte. Entre estes, sessenta e um (22%) passaram por uma E.Q.M. o que representa 7% da população total de pacientes estudados e 22% dos pacientes que afirmaram já ter estado próximo da morte.

Entre os pacientes estudados que estiveram próximo da morte, observou-se angústia psicológica, entretanto, os que passaram por uma E.Q.M. apresentaram menor angústia psicológica. Foi observado que a E.Q.M. reduz a ideação suicida e os sintomas de stress pós-traumático. O percentual de pacientes deste estudo, os quais relataram uma

E.Q.M., foi comparável com o percentual encontrado na população geral e sugere que a doença mental não está associada às E.Q.M.

GREYSON (2000), com base na afirmativa de que algumas pessoas que vivenciam uma E.Q.M. relatam transcender os limites do ego e os confins do tempo e do espaço, pesquisou a frequência com que estes sintomas de dissociação ocorrem em pessoas que estiveram próximas à morte e se estão ou não relacionados a estados patológicos. Noventa e seis indivíduos que estiveram próximo da morte e relataram uma E.Q.M. e trinta e oito indivíduos que estiveram próximo da morte, mas não relataram uma E.Q.M. responderam a um questionário que media a profundidade da E.Q.M. e também media os sintomas de dissociação. Entre os que relataram uma E.Q.M. a profundidade da experiência apresentou uma correlação positiva com os sintomas de dissociação, embora o nível de dissociação destes indivíduos se apresentasse substancialmente mais baixo do que o nível de dissociação dos pacientes com desordens dissociativas patológicas. O autor observou que os sintomas dissociativos descritos por pessoas que passaram por uma E.Q.M. não correspondem a uma desordem psiquiátrica e que, uma melhor compreensão do mecanismo de dissociação pode ajudar a esclarecer as E.Q.M. ou outras experiências transcendentais.

GREYSON (2000) afirmou que, através de estudos retrospectivos, as pessoas que relataram ter passado por uma E.Q.M. foram consideradas psicologicamente saudáveis. O que se observou foi uma dificuldade de alguns destes indivíduos para integrar esta experiência às suas vidas.

GREYSON (2000) argumentou que uma E.Q.M. não é um tipo de despersonalização porque o que é alterado não é o senso pessoal de identidade, mas sim, o que ocorre, é uma dissociação da identidade pessoal com as sensações corpóreas.

GREYSON (2000) afirmou que seu estudo oferece suporte para a compreensão de que uma E.Q.M. está relacionada a um estado alterado de consciência, no qual a percepção, a função cognitiva, os estados emocionais e o sentido de identidade estão, parcial ou completamente, desconectados da consciência física ou cerebral.

Apresentamos, para ilustrar uma E.Q.M. , o relato de uma menina de nove anos, paciente de MORSE. (MORSE e PERRY, 1997).

*Minha irmã e eu estávamos na praia. Ela tomava conta de mim e me levou para uma praia rochosa onde as ondas se chocavam contra as pedras. Afastamo-nos colhendo conchas e não prestamos muita atenção ao que acontecia ao nosso redor. De repente fui atingida por uma grande onda, fui arrastada por entre as pedras e fui jogada em água profunda. Lembro-me de engolir grande quantidade de água que parecia encher meus pulmões. Lembro-me de ficar aterrorizada assim que cai naquele fundo escuro. Tudo o que eu conseguia sentir eram borbulhas, mas não conseguia respirar. Vi, em seguida, uma luz atravessando um túnel e então, eu estava no mais belo jardim que já havia visto. Minha curta vida passou diante de mim e, depois, fiquei frente a frente, a uma enorme figura, uma luz que pensei ser Deus. Era tão bonito que eu não queria sair. Mas Ele sabia o que eu estava pensando e disse que precisava voltar. A próxima coisa da qual me lembro é de alguém puxando a minha cabeça para cima. Quando acordei tinha sido transportada para o balneário e estava deitada ali. O salva-vidas retirou grande quantidade de água dos meus pulmões e disse que eu poderia ter morrido. De muitas maneiras, tive muita sorte naquele dia.*

VAN LOMMEL et al (2001) observaram que dos 344 pacientes ressuscitados, após parada cardíaca:

- 282 (82%) não apresentaram nenhuma lembrança.
- 21 (6%) apresentaram algumas recordações, o que representa uma E.Q.M. leve.
- 18 (5%) relataram ter passado por uma E.Q.M. moderadamente profunda.
- 17 (5%) demonstraram, através de seus relatos, terem passado por uma E.Q.M. profunda.
- 6 (2%) relataram ter passado por uma E.Q.M. muito profunda.



Quanto aos elementos que caracterizam uma E.Q.M., VAN LOMMEL et al (2001) observaram que dos 62 pacientes que passaram por uma E.Q.M.:

- 31 (50%) relataram ter tido consciência de que estavam morrendo.
- 35 (50%) relataram ter sentido emoções positivas em relação à E.Q.M.
- 15 (24%) sentiram-se fora de seus corpos.
- 19 (31%) relataram ter experienciado a passagem pelo túnel.
- 14 (23%) disseram que se comunicaram com Seres de Luz.
- 14 (23%) visualizaram energias coloridas.
- 18 (29%) observaram paisagens celestiais.
- 20 (32%) encontraram-se com pessoas falecidas.
- 08 (13%) passaram por uma revisão de suas vidas.
- 05 (8%) sentiram-se no limiar entre o mundo físico e o mundo espiritual.
- Nenhum paciente relatou ter sentido aflição, angústia ou medo durante a E.Q.M.

Frente as suas vinte mil entrevistas, KÜBLER-ROSS (2003,1998) classificou o pós-morte em quatro fases distintas.

Na **primeira fase**, as pessoas relataram que se sentiram flutuando para fora de seus corpos. Quer tivessem morrido numa sala de operação, num acidente de carro ou ao tentar suicídio, todos contaram que presenciaram tudo o que se passou no lugar de onde saíram e que flutuaram para fora do corpo, como borboletas deixando o casulo. Segundo seus relatos elas assumiram uma forma etérea. Observaram que tinham uma percepção total do que estava acontecendo no entorno, incluindo o que as pessoas presentes estavam sentindo ou pensando.

Na **segunda fase**, as pessoas observaram que deixaram seus corpos para trás e se sentiram em um estado de vida depois da morte, o qual definiram como espírito e energia. Sentiram-se reconfortadas porque descobriram que nenhum ser humano morre sozinho e, independente de onde ou como tivessem morrido, foram capazes de ir a qualquer lugar com a rapidez do pensamento. Ninguém morre sozinho porque, durante a experiência extra-corpórea, Seres de Luz (chamados pelas crianças de Anjinhos, pelos católicos de Anjos da Guarda e pelos pesquisadores de Guias) aproximam-se a fim de orientar o indivíduo durante a experiência. Parentes que precederam o paciente na “morte” também normalmente vêm ao encontro deste.

A **terceira fase** iniciava-se quando os pacientes, guiados por um anjo da guarda, entravam em um túnel ou em um portão intermediário. Em geral esta era a descrição desta fase, mas houve pessoas que mencionaram outras imagens diferentes: visualizaram uma ponte, ou um desfiladeiro em uma montanha, ou um bonito riacho, basicamente a imagem que era mais confortadora para cada uma delas. Afirmaram que criaram essas imagens com energia psíquica e, no final, visualizaram uma luz brilhante. Relataram que se aproximaram orientados pelo guia e sentiram a luz irradiar calor, energia, espiritualidade e amor intenso, mais do que tudo, amor. Adjetivaram esta sensação de amor incondicional! Estas pessoas pontuaram que a força dessa luz era irresistível. Sentiram, no contato com ela, entusiasmo, paz, tranquilidade e a expectativa de afinal estarem indo para casa. Sentiram a luz como a fonte primordial de energia do universo. Alguns disseram que era Deus. Outras disseram que era Cristo ou Buda. Mas, todos acordaram que se sentiram envolvidos por um amor irresistível, puro e incondicional.

Na **quarta fase**, as pessoas declararam ter estado na presença do que denominaram como Fonte Superior. Algumas a chamaram de Deus. Outras disseram simplesmente saber que estavam rodeadas por todo o conhecimento existente, passado, presente e futuro e que esse conhecimento era benevolente e isento de crítica. Nesse estágio as pessoas relataram ter passado por uma revisão de suas vidas. Repassaram cada ação, palavra e pensamento e compreenderam as razões de suas atitudes durante a vida. Viram também como suas

ações tinham afetado as outras pessoas, até as pessoas desconhecidas, pois, segundo observaram, as vidas de todas as pessoas estão entrelaçadas; cada pensamento e ação têm o efeito de uma ondulação e atingem todas as outras formas de vida do planeta. Nesta retrospectiva também observaram o que suas vidas poderiam ter sido, o potencial que tinham.

KÜBLER-ROSS (2003) classificou a energia em três estados: física, psíquica e espiritual. O corpo físico é construído por *energia física*. Após abandonar o corpo físico, durante a E.Q.M., os pacientes, através da *energia psíquica*, utilizam-se de um corpo sutil, etéreo e perfeito, sem as mutilações que alguma enfermidade possivelmente houvesse causado. Pacientes cegos conseguem ver. Pacientes mastectomizadas observam-se com suas mamas, etc. A *energia espiritual* é a Luz Divina com a qual os pacientes que passam por uma E.Q.M. interagem, mas, na qual, não conseguem manipular ou interferir. Esta Luz envolve os pacientes em amor incondicional e proporciona ampliação da consciência, ou seja, entendimento pleno da vida e da razão da existência do indivíduo.

MOODY JR. (1989, 1992) através do seu trabalho encontrou nove elementos comuns nos relatos dos pacientes que passaram por uma E.Q.M.:

**1 - A Sensação de estar morto:** Muitas pessoas não se dão conta de que a Experiência de Quase-Morte que estão tendo nada tem a ver com a morte. Elas descobrem-se flutuando acima de seus próprios corpos, olhando para ele de uma certa distância, sentindo um súbito medo e/ou confusão. Nesse ponto da experiência as pessoas geralmente sentem medo; mas, depois isso dá lugar a uma perfeita compreensão do que está acontecendo. Elas podem compreender o que os médicos e as enfermeiras estão dizendo uns para os outros (mesmo quando não possuem nenhum treinamento médico formal, o que é mais freqüente), mas quando procuram falar com eles, ou com outros presentes, ninguém é capaz de vê-las ou ouvi-las.

**2 - Paz e ausência de dor:** Enquanto o paciente ainda está no seu corpo, ele pode, com freqüência, sentir uma intensa dor. Quando, porém as "amarras são cortadas", predomina uma verdadeira sensação de paz e tranquilidade.

**3 - A experiência de estar fora do corpo:** Frequentemente, no momento em que o médico diz: 'Nós o perdemos', o paciente experimenta uma mudança completa de perspectiva. Ele tem a sensação de estar flutuando, vendo o próprio corpo lá embaixo. Em geral mantém a consciência e afirmam que o corpo espiritual tem uma consistência diferente do físico, alguns descrevem-no como uma nuvem colorida, outros como um campo de energia.

**4 - A Experiência do túnel:** A experiência do túnel ocorre, geralmente, após a separação corporal, após a 'libertação das amarras'. Neste ponto, um portal ou túnel abre-se e as pessoas, que estão vivenciando a E.Q.M., percorrem-no e deparam-se com uma luz muito brilhante. Alguns pacientes ao invés do túnel, subiram por uma escadaria e outras contaram que passaram por belas e ornamentadas portas. As descrições são diversas, mas a sensação do que está acontecendo é sempre a mesma: estar atravessando uma passagem na direção de uma luz intensa.

**5 - Seres de Luz:** Após atravessarem o túnel, os pacientes que estão vivenciando uma E.Q.M. geralmente se encontram com Seres de Luz, seres que brilham com uma bela e intensa luminescência, que parece permear tudo e fazer a pessoa transbordar de amor. Também é freqüente, neste momento, que estas pessoas encontrem-se com amigos e parentes que já faleceram e houve alguns que, além dos Seres de Luz e parentes, divisaram também, neste momento, lindas cenas campestres. Em relação à comunicação afirmaram que esta não ocorre através de palavras, mas por via telepática, modos não verbais, que proporcionam uma compreensão imediata.

**6 - Supremo Ser de Luz:** Depois de encontrar vários Seres de Luz, aqueles que estão passando por uma E.Q.M. geralmente se deparam com um Supremo Ser de Luz. Com freqüência, as pessoas que possuem formação cristã descrevem-no como sendo Deus, ou Jesus. Aqueles com outras orientações religiosas chamam-no de Buda, ou Alá. Os que não identificam este Ser de Luz como Deus, ou Buda, ou Jesus, ou Alá, dizem que Ihes parece ser extremamente santo. Todos são unânimes em afirmar que este Ser irradia amor e compreensão absoluta; a grande maioria dos pacientes relata terem sentido o desejo

de ficar junto dele para sempre, mas, são informados, geralmente pelo próprio Ser de Luz, que devem retornar para seus corpos terrestres. Antes, porém, deste retorno, este Ser de Luz os conduz para uma recapitulação de suas vidas.

**7 - A recapitulação:** Quando ocorre essa recapitulação da vida da pessoa, o cenário físico em torno desaparece por completo. Em seu lugar, emerge uma recapitulação panorâmica, colorida e tridimensional, de todos os atos que a pessoa cometeu na sua vida. Isto normalmente acontece na perspectiva de uma terceira pessoa e num tempo completamente diferente daquele que conhecemos. A melhor descrição deste episódio foi a de que toda a vida pessoal ressurgiu instantaneamente. Nesta situação, a pessoa não apenas vê todas as ações por ela perpetradas, mas, também e de imediato, percebe os efeitos de cada uma delas sobre a vida dos demais. Todos aqueles que passaram por esta experiência retornaram acreditando que a coisa mais importante de suas vidas é o amor e, conhecimento. Afirmaram que ambos, amor e conhecimento, podem ser levados pelo espírito, na morte.

**8 - A rápida ascensão para o céu:** Deve -se assinalar que nem todos aqueles que têm uma E.Q.M. conhecem a experiência do túnel. Alguns relataram uma experiência flutuante, durante a qual ascenderam rapidamente para o céu, vendo o universo de uma perspectiva até aqui reservada aos astronautas e satélites. Jung teve uma experiência como esta, em 1944, quando sofreu um ataque do coração. Esse importante psiquiatra disse que se sentiu elevando-se para um ponto bem acima da Terra, flutuou para o espaço e viu nosso planeta à distância, em uma visão gloriosa.

**9 - Relutância em retornar:** Para muitas pessoas, uma E.Q.M. constitui um evento de tal modo prazeroso que elas não mais desejam retornar para sua vida terrestre. Por isto, é freqüente ficarem zangadas com seus médicos, por ressuscitá-las. Este sentimento de não querer "voltar" é freqüente, mas, por outro lado, é passageiro; em geral, uma semana depois, estes pacientes, muito embora continuem com saudades do estado de bem-aventurança que vivenciaram no "mundo espiritual", sentem-se felizes por terem retornado, por terem

recebido a oportunidade de continuar vivendo. Todos os entrevistados afirmaram que o principal motivo que os trouxe de volta foi ou filhos para criar, ou pais, ou cônjuges ou outros familiares que iriam sentir sua falta e precisavam, por alguma razão, deles ou algum trabalho a ser realizado ou terminado.

Quanto à noção de tempo, MOODY JR (1989) observou que as pessoas que passam por uma E.Q.M. dizem que a mesma nada tem a ver com o tempo cronometrado por nossos relógios. Em geral, relatam que se sentiram na eternidade. No curso desta experiência, quando desejam ir para algum lugar, é suficiente apenas pensar neste lugar ou, em determinada pessoa e imediatamente vêm-se no local. Algumas pessoas contaram que, enquanto estavam "fora de seus corpos", observando os médicos trabalharem na sala de operações, podiam ir ver seus parentes na sala de espera e que, para isso, tudo o que precisavam era sentir vontade de ir vê-los.

Tais experiências, segundo MOODY JR (1989), constituem, talvez, a melhor resposta para aqueles que pensam que uma E.Q.M. é uma peça que o cérebro prega em si mesmo.

Segundo MOODY JR (1989, 1992), MORSE e PERRY (1997); VAN LOMMEL, 2004; VAN LOMMEL et al (2001) existe um elemento comum a todas as E.Q.M., elas transformam as pessoas.

VAN LOMMEL et al (2001) afirmam que seus estudos confirmaram o dado encontrado por outros pesquisadores: As E.Q.M. transformam as pessoas. VAN LOMMEL et al (2001) optaram por não trabalhar com grupo controle e sim, entrevistaram os pacientes três vezes, ao longo de oito anos. Observaram que o processo de transformação, após a E.Q.M., consolida-se na personalidade do indivíduo de forma lenta e gradual, ao longo de vários anos. Relacionaram este aspecto às dificuldades que as pessoas que passam por uma E.Q.M. encontram para serem ouvidas e aceitas na nossa sociedade em relação às suas vivências extra-sensoriais. Por outro lado, os autores ponderam que é surpreendente como uma experiência vivenciada em poucos minutos possa gerar transformações importantes e duradouras na personalidade, ao longo de muitos anos.

MOODY JR (1989) identificou oito tipos de mudanças possíveis de acontecer com uma pessoa que tenha passado por uma E.Q.M. Afirma que é a combinação desses fatores que engendra a luminosa serenidade, encontrada em muitos deles.

**1) Perda do medo de morrer** - MOODY JR (1989) afirma que o temor da punição do inferno pelos atos praticados em vida não constitui mais um problema para esses pacientes. Quando assistem a recapitulação de suas vidas, percebem que o Ser de Luz os ama e importa-se com eles. Percebem que ele não está julgando-os, mas sim, querendo transforma-las em pessoas melhores. Isto os ajuda a eliminarem o medo e a se concentrarem no auto-aperfeiçoamento. MOODY JR (1989) concluiu, após estudar centenas de casos, que o Ser de Luz não impõe nenhuma mudança e sim, são as pessoas que modificam-se voluntariamente ao observarem-se na presença de um modelo superior de bondade.

**2) Observação da importância do amor** - 'Você aprendeu a amar?' Essa é uma questão, segundo MOODY JR (1989), com a qual quase todas as pessoas se deparam no curso de uma E.Q.M. Ao retornarem, quase todas elas afirmam que o amor é a coisa mais importante da vida. Muitas dizem que é a razão de estarmos aqui. Outras acham que é a marca registrada da felicidade e da satisfação e que os demais valores empalidecem diante do Amor. Alguns pacientes afirmaram que, se antes achavam que a riqueza material era o pináculo da realização, agora, para eles, prevalece a idéia do amor fraternal.

**3) Sensação de união com todas as coisas** - Segundo MOODY JR (1989) as pessoas retornam de uma E.Q.M. com a sensação de que tudo no universo está interligado. Este é um conceito que elas sentem dificuldade em definir, mas a maioria adquire um novo respeito pela natureza e pelo mundo que as cerca. Afirmam que se alguém pensa que pode ferir outra pessoa ou qualquer coisa viva sem ferir a si mesmo, está tristemente equivocado.

**4) Valorização do conhecimento** - MOODY JR (1989) afirma que as pessoas que passam por uma E.Q.M. adquirem uma nova atitude de respeito em relação ao conhecimento. Algumas dizem que este respeito advém da recapitulação de suas vidas, outras atribuem esse respeito à percepção de que o aprendizado continua na vida espiritual. Outras, ainda, relatam que visualizaram um plano espiritual totalmente dedicado a busca da

sabedoria. Uma paciente descreveu esse lugar como sendo uma grande universidade, onde as pessoas estão envolvidas em debates profundos sobre o mundo que as cerca. Um paciente descreveu este lugar como um estado de consciência, no qual tudo o que se deseja saber está disponível. Explicou, segundo MOODY JR (1989), que se alguém deseja aprender sobre alguma coisa, basta projetar sua consciência para esta dimensão e pesquisar. Os pacientes também observaram que o conhecimento só é importante quando contribui para a totalidade da pessoa, ou seja, para o crescimento pessoal, para o processo de autoconhecimento.

**5) Uma nova sensação de controle** - Todas as pessoas que passam por uma E.Q.M. sentem-se mais responsáveis pelo rumo de suas vidas e tornam-se mais cuidadosas na escolha de suas ações. MOODY JR (1989) observa que o senso de responsabilidade é um elemento positivo e que não se manifesta no sentimento de culpa.

**6) Um sentido de urgência** - MOODY JR (1989) observou que as pessoas que passaram por uma E.Q.M. exprimiram um sentido de urgência em relação a um mundo no qual enormes poderes de destruição estão nas mãos de simples humanos e que algo necessita ser feito para modificar-se este quadro. Observaram que na recapitulação de suas vidas o Ser de Luz indagou-lhes sobre os simples Atos de Bondade que praticaram.

**7) O lado espiritual mais desenvolvido** - Em relação à Espiritualidade MOODY JR (1989), observou que uma E.Q.M. quase sempre estimula a curiosidade espiritual. Muitos passaram a estudar e aceitar os ensinamentos espirituais dos grandes pensadores religiosos. Contudo, isso não significa que se tenham tornado os pilares da igreja local. Pelo contrário, essas pessoas tenderam a abandonar posições dogmáticas, em relação às doutrinas religiosas.

**8) O retorno ao mundo real** - MOODY JR (1989) observou que os pacientes que passam por uma E.Q.M. precisam de alguém que compreenda a experiência para ouvi-los e ajudá-los a integrarem estas experiências às suas vidas. Observou que depois da E.Q.M. os pacientes mudam sua estrutura de valores, passam a priorizar os aspectos humanos e fraternos e perdem o medo da morte. Ficam saudosos do estado de bem-aventurança que descobriram na sua experiência e precisam aprender a lidar com esta



saudade. São mudanças tão significativas que este médico psiquiatra e cientista atualmente dedica-se a ajudar de forma terapêutica, muitos destes pacientes, a integrar esta vivência espiritual e conhecimento adquirido, à rotina de suas vidas. Há também, segundo MOODY JR (1989), uma necessidade de trabalho terapêutico com os familiares, pois com frequência, as acentuadas mudanças de personalidade que acompanham uma E.Q.M. causam tensão na família, principalmente para o cônjuge que se sente casado com uma pessoa diferente. Um homem agressivo, mal-humorado, impulsivo e de difícil convivência, após a experiência de E.Q.M., tornou-se brando, amoroso e de fácil convivência. Não sabia como a esposa o suportara antes, mas o fato é que ela encontrou dificuldades em adaptar-se à personalidade reestruturada do marido. Estava acostumada com suas explosões.

MORSE e PERRY (1997) observaram através da E.Q.M. de um homem adulto, que todos nós temos uma voz interior que, se a escutássemos, nos diria que a morte não é para ser temida e que a vida é para ser vivida plenamente.

*Estava em um jardim. Todas as cores eram vividas. A grama era de um verde profundamente vibrante; as flores eram vermelhas, amarelas e azuis radiantes e pássaros belíssimos se agitavam nos arbustos. Tudo estava iluminado por um fulgor sem sombras que se difundia por todos os lados. Percebi que esta luz não tinha sombra quando juntei as minhas mãos em forma de taça e o lado das palmas ficou tão iluminado quando o lado das costas. Não havia barulho de motores ou discórdias ou agitações. Nenhum som além dos cantos dos pássaros e dos sons das flores se abrindo. Atrás de mim, através de uma parede transparente, havia uma multidão de pessoas realizando seus negócios cotidianos em meio ao barulho, à agitação, gritaria, poeira e sujeira -pessoas com problemas - pessoas como as vemos todos os dias. Fiquei atento a vozes na sala do jardim acima de mim - vozes cantando - embora houvesse apenas uma única pessoa visível. Fui até ela para ver o que estava fazendo. Ele me falou que tinha uma pilha enorme de mensagens e que estava tentando enviá-las às pessoas que eu podia ver através da parede de vidro. Elas têm problemas, disse ele. E eu tenho mensagens que gostaria de Ihes entregar e que iriam ajudá-las. Porém, elas não param de se preocupar com seus problemas tempo suficiente para olharem para este lado e deixarem a minha mensagem chegar até elas.*

MORSE e PERRY (1997) desenvolveram uma pesquisa com adultos que tiveram, quando crianças, uma E.Q.M. para observar o que acontece aos que experimentam a quase-morte e não morrem. A metodologia utilizada foi o levantamento do 'Histórico Pessoal e Médico', do 'Perfil de Adaptação à Vida', da 'Ansiedade com a Morte', do 'Levantamento de Valores' e 'Acontecimentos Paranormais Subjetivos'. Os resultados obtidos com os pacientes que passaram por uma E.Q.M. foram comparados com os resultados obtidos com outros quatro grupos:

- Adultos que sobreviveram a doenças graves quando crianças, mas não descreveram qualquer tipo de E.Q.M.
- Adultos que tiveram vívidas experiências com a Luz Amorosa e Acolhedora, quer quando crianças, quer quando adultos.
- Adultos que se identificam como Místicos ou Espiritualizados.
- Adultos que tiveram Experiências Fora do Corpo quando crianças.

Procurou responder quatro perguntas e obteve os seguintes resultados:

**1) Os que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) diminuíram a ansiedade em relação à morte?** MORSE e PERRY (1997) observaram que estes pacientes têm aproximadamente metade do medo de morrer que a população normal.

**2) Os que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) têm realmente um aumento das capacidades mediúnicas?** MORSE e PERRY (1997) observaram que estas pessoas tinham a quantidade de experiências mediúnicas válidas quatro vezes maior do que as pessoas do grupo normal e as pessoas do grupo dos que ficaram seriamente enfermos. Tinham também o dobro do número de experiências mediúnicas verificáveis em relação às pessoas testadas que alegavam ser médiuns.

**3) Por que os que passaram pela Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) têm um gosto pela vida maior do que o da população normal?** MORSE e PERRY (1997) observaram que estes pacientes apresentaram características positivas de personalidade como impulso para trabalhar duro sem compulsões negativas como raiva ou

disposição para pisar no outros em sua caminhada em direção ao topo, grande energia, entusiasmo pela vida, interesse e curiosidade constantes.

**4) As pessoas que vivenciam uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) realmente conquistam uma inteligência mais elevada?** MORSE e PERRY (1997) observaram que embora isto seja difícil de provar, é quase impossível ignorar. Muitas pessoas do grupo de E.Q.M. sentem que estiveram envolvidas com seres mais elevados, tornando-se mais inteligentes em consequência de suas passagens rápidas pela morte e da experiência espiritual, por ela gerada.

MORSE e PERRY (1997) observaram que a E.Q.M. é uma experiência verdadeira e os médicos não devem menosprezá-la por não poderem explicá-la. Se os médicos admitirem a existência do aspecto espiritual da E.Q.M., este conhecimento pode tornar os nossos Hospitais e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) mais continentais, acolhedores, serenos e dignos para os usuários.

KÜBLER-ROSS (2003,1998) interpretou a E.Q.M. como sendo o céu ou o inferno, ou talvez os dois e que a possibilidade do paciente sentir-se no céu depende das escolhas que ele fez; afirmou que, na sua opinião, a capacidade de escolher é a liberdade que Deus deu aos seres humanos para crescer e amar; ponderou que todas as pessoas passam por dificuldades, algumas grandes e outras mais leves, mas estas dificuldades são lições que devem ser aprendidas e isto acontece através das escolhas, das opções, que cada ser humano faz. Para se ter uma boa vida, e consequentemente uma boa morte, KÜBLER-ROSS (1998) relatou que costumava dizer para as pessoas fazerem suas escolhas tendo em vista o objetivo do amor incondicional e perguntando a si mesmas: "Que serviços estou prestando?..." Em princípio, concluiu essa médica psiquiatra, o que cada pessoa escolhe é se vai sair do torno triturada ou com um polimento brilhante.

KÜBLER ROSS (2003,1998) 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.

WEISS (1998), através de suas experiências clínicas, concluiu que a vida é eterna porque o ser humano está inserido em outras dimensões além da dimensão física, como por exemplo, a dimensão espiritual. Analisando-se a vida por este prisma, este autor observa que não há morte e nem nascimento, apenas passagens do eu ou “self” ou espírito por diferentes fases. O tempo, por sua vez, analisado por esta ótica, é medido pelas lições que devem ser aprendidas”.

WEISS (1999) também afirma que, no outro extremo da Vida, quando morremos, nossa consciência continua existindo, justamente porque não depende de uma forma física e a aprendizagem continua a acontecer em níveis mais elevados desta consciência. O autor, baseado em suas pesquisas clínicas, afirma que o espírito passa por vários níveis de consciência quando deixa o corpo físico, no momento da morte.

MORSE e PERRY (1997) compararam as pessoas que passaram por uma E.Q.M. com as pessoas que tiveram Experiências Fora do Corpo sem, contudo, estarem próximas à morte. Observou que apenas estar fora do corpo sem contato com a Luz, com os Seres de Luz, não produz transformações. Concluiu que a parte transformadora da E.Q.M., a parcela que conduz às mudanças positivas na personalidade, está contida na Luz. Analisando os dados obtidos, descobriu que os pacientes que tiveram experiências com a Luz são os que passam pelas maiores transformações. Quanto mais profunda a experiência da Luz, maior a transformação.

MORSE e PERRY (1997) relataram que os pacientes que passaram por uma E.Q.M. observaram que toda matéria é constituída de luz nos seus diversos comprimentos de ondas. Um dos pacientes referiu-se a esta constatação com a seguinte afirmação: "Pude ver a luz em todas as minhas próprias células e no universo. Pude ver que a Luz é Deus”.

Para ilustrar o potencial recuperador da Luz, MORSE e PERRY (1997) descreveram o relato de uma mulher de 39 anos, que não passou por uma E.Q.M., mas teve uma experiência mística com a Luz:

*Estava no mais profundo estado de depressão e desespero que já havia experimentado. Duas noites antes da cirurgia, estava dormindo quando fui acordada por uma luz resplandecente brilhando em meus olhos. Abri os olhos e vi uma grande esfera de luz flutuando a cerca de um metro e meio à minha frente. Havia uma luz dentro dela que girava vagarosamente da esquerda para a direita. Esta esfera me falou: Você não está com medo, está? Ver esta luz eliminou os meus temores. Na verdade, eu estava preenchida pela paz mais incrível que já conheci. Quem quer que estivesse falando comigo conhecia todos os meus problemas e medos. Todos os meus problemas desapareceram. Subitamente a luz me atravessou. Ela não refletia em mim ou qualquer coisa assim. Atravessou-me direto. Naquele momento, fui preenchida por um amor incondicional que era tão completo e intenso que eu precisava inventar novos termos para descrevê-lo. Perguntei se o câncer seria removido. Na verdade, rezei. E a Luz disse que, o que pensamos ser uma oração, compara-se mais a uma reclamação e que estamos freqüentemente implorando para sermos punidos por algo que iremos fazer de novo no futuro. Pediu-me para pensar no meu pior inimigo e eu o fiz. Depois falou para eu enviar toda a minha luz para o meu pior inimigo. Eu o fiz e uma inesperada explosão de Luz saiu de mim e retornou, como se tivesse refletido por um espelho. Tornei-me consciente de cada célula do meu corpo. Podia ver cada uma delas. Era o som e a visão da Luz vinda do meu ser. Estava chorando, rindo, tremendo, tentando ficar quieta e prender a respiração. Quando finalmente me recuperei, o Ser de Luz disse: Agora você rezou pela primeira vez na vida.*

#### **- Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal.**

A introdução do texto desta aula está descrita no Capítulo 3. A seguir detalhamos nossos estudos sobre os Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual.

As vivências espirituais são muitas vezes entendidas como vivências religiosas, mas, dentro de uma visão científica faz-se necessária uma diferenciação entre ambas. Para JUNG (1986a) a Espiritualidade não se refere a uma determinada profissão de fé religiosa, e sim à relação transcendental da alma com a divindade e à mudança que daí resulta, ou seja, Espiritualidade está relacionada a uma atitude, a uma ação interna, a uma ampliação da consciência, a um contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento, amadurecimento, que este contato pode resultar para a personalidade. Um

dos caminhos possíveis para processar-se esta relação transcendental da alma com a divindade, segundo JUNG (1986c), é a meditação.

Desta forma, para este autor, a Espiritualidade não está relacionada a crenças e dogmas, os quais pertencem ao campo das Religiões institucionalizadas. Estas sim são Confissões de Fé, isto é, são formas codificadas e dogmatizadas de experiências espirituais originárias. (JUNG, 1986a).

Segundo PESSINI (2000) estamos no Ocidente em um momento de mudança de tempo: terceiro milênio, século XXI, novos tempos, novas propostas. Nesse limiar de um novo tempo o que se tem constatado é que está ocorrendo um recrudescimento da espiritualidade em todos os âmbitos da vida, além do contexto religioso propriamente dito. As empresas, por exemplo, começam a inserir, nos programas de qualidade de vida, reflexões sobre valores e sentido da vida e isto, em essência, refere-se ao que entendemos como espiritualidade.

Observamos desta forma que PESSINI (2000) também se refere à espiritualidade como um aspecto distinto da religiosidade e a situa no campo subjetivo do mundo interno e não no campo do sistema de crenças dogmáticas que pertencem às religiões.

GIGLIO e GIGLIO (2003) apresentaram os resultados parciais de sua pesquisa sobre a religiosidade na prática psicoterapêutica e observaram que a linha de eleição do psicólogo tem uma influência bastante significativa na maneira como este tende a encarar e lidar com as manifestações de religiosidade que eventualmente seus pacientes trazem. Entretanto, quando os entrevistados foram argüidos sobre sua postura pessoal em relação a questões de sua própria espiritualidade, o que pesa realmente é a formação familiar, a sua “herança religiosa”, suas experiências em períodos anteriores, ou seja, infância ou adolescência. Observaram também que quando o referencial teórico do terapeuta, como o junguiano, admite a espiritualidade em si mesma como uma dimensão específica, manifestações relacionadas com religiosidade aparecem com maior freqüência na clínica deste psicólogo.

FREUD (1987a) conceituou as doutrinas religiosas, em sua natureza psicológica, como ilusões. Observamos que FREUD (1987a), em seus estudos, não abordou a questão da espiritualidade e sim a das religiões institucionalizadas, pois, conforme definimos acima, espiritualidade e doutrinas religiosas são fenômenos distintos.

Em relação aos sonhos proféticos FREUD (1987b) considerou-os uma criação após o fato, derivada de uma forma de censura, graças à qual o sonho pode abrir caminho até a consciência. Via de regra, para este autor, sonhos proféticos são realizações disfarçadas de desejos reprimidos.

GIGLIO (1997) em sua monografia sobre 'Psicoterapia e Espiritualidade' observou que a religião na interpretação freudiana de Deus como mera projeção do pai, pode ser vista como um sinal de dependência e imaturidade e que esta interpretação é verdadeira para determinados casos. Por outro lado, considerou que existem aspectos positivos na religião, aqueles que atuam em prol do desenvolvimento humano e do equilíbrio emocional e que estes têm sido menos lembrado pelas Ciências Humanas e pela mídia, talvez porque a imagem da Igreja medieval, com todo o seu totalitarismo e obscurantismo, ainda esteja muito presente, de forma negativa, na consciência coletiva.

A psicologia desenvolvida por Jung, embora não tenha negado a psicologia estruturada por Freud, complementou-a porque abordou o estudo de camadas mais profundas da psique, que inclui o que o próprio autor denominou Inconsciente Coletivo. JUNG (1986b) trabalhou com o conceito do arquétipo do 'Si Mesmo', definindo-o como a sede da identidade subjetiva, o centro ordenador e unificador da psique, simbolizado por Cristo e definiu o ego como sede da identidade objetiva e consciente. Pontuou que quanto maior fosse o número de conteúdos coletivos inconscientes assimilados pelo ego consciente, e quanto mais significativos fossem, tanto mais o ego consciente se aproximaria do 'Si Mesmo' ou "Self", muito embora esta aproximação possa nunca chegar ao fim.

GIGLIO (1996) observou que o caminho para Deus em uma perspectiva junguiana está relacionado ao desenvolvimento da própria consciência reflexiva, que é a sede, a fonte e a característica de nossa humanidade. A consciência pode evoluir por diversos caminhos: o desenvolvimento intelectual, a prática da compaixão (capacidade de

sentir e perceber o Outro), a participação em rituais. Quanto mais o indivíduo percorrer estes caminhos de uma forma integrada, mais seguro será seu desenvolvimento e melhor nível de saúde mental ele terá.

Para Jung os sonhos constituem um dos canais que o inconsciente encontra para, em sua linguagem simbólica, atingir o consciente e ajudá-lo, ou seja, refere-se aos sonhos como um dos canais simbólicos de comunicação entre o Arquétipo do 'Si Mesmo' ou "Self" e o Ego. Como exemplo desta referência podemos citar a relação que este autor desenvolveu entre o simbolismo da mandala e alguns sonhos, os considerando como 'sonhos-mandala'. (JUNG, 1974).

JUNG (1974) esclareceu que escolheu o termo mandala porque esta palavra denota, na filosofia oriental, o ritual ou o círculo mágico usado como um "dispositivo automático de entrada", um "sinal simbólico" para a contemplação. A verdadeira mandala é sempre uma imagem interna, a qual é gradualmente construída pela imaginação ativa nas situações em que o equilíbrio psíquico é perturbado ou para que idéias, de natureza transcendental, numinosas, possam tornar-se conscientes.

Os sonhos também desempenharam papel vital na carreira de Jung, conforme ele mesmo esclarece em seu livro Memórias, Sonhos, Reflexões. Em todos os momentos de crise os sonhos apresentavam-lhe as fontes essenciais para o encaminhamento de uma solução.

Segundo SAMUELS et al (1988) Jung concebia a Psicologia Analítica como uma reação a uma abordagem super-racional e superconsciente que isola o homem de seu mundo natural e inclusive de sua própria natureza, limitando-o. Por outro lado, Jung argumentava que os sonhos e as imagens da fantasia, cujo material procede do "Self" e que são os objetos de estudo, fundamentais, na Psicologia Analítica, não podem ser usados diretamente para intensificar a vida. São uma espécie de matéria prima, uma fonte de símbolos, que necessitam ser traduzidos para a linguagem da consciência e integrados pelo ego.



O referencial Junguiano, desta forma, descreve, como já foi citado, uma inter-relação e uma interdependência entre o "self" e o ego, onde o "self" possui uma visão mais holística e é, portanto, supremo e o ego possui a função de ouvir e de se adaptar às exigências do "self, levando em conta aspectos da realidade do sujeito. Esta inter-relação "self" / ego pode propiciar uma integração dos aspectos espirituais à personalidade, que constitui, segundo JUNG (1986b), um dos aspectos essenciais à Individuação.

MATTOON (1980) afirma que, os sonhos, embora sejam em sua grande maioria compensatórios, em alguns casos apresentam uma outra natureza e propõe para os sonhos não compensatórios a seguinte classificação: antecipatórios, traumáticos, extra-sensoriais e proféticos. Os sonhos antecipatórios, segundo MATTOON (1980), são, entre os não compensatórios, os mais frequentes. É apropriado interpretar um sonho como antecipatório quando a atitude consciente é insatisfatória e o inconsciente produz um sonho que impulsiona o sujeito a alcançar uma adaptação, interior e exterior, em seu "nível autêntico". Os sonhos antecipatórios são aqueles que preparam, anunciam ou advertem acerca de determinadas situações, normalmente, muito antes que estas aconteçam na realidade. O sonho antecipatório é a fusão de percepções, pensamentos e sentimentos subliminares que não foram decodificados pelo Ego.

Os sonhos traumáticos, segundo MATTOON (1980), são os que trazem à memória uma situação ameaçadora para a vida humana como uma guerra, uma catástrofe da natureza, reflexos de condições físicas patológicas, como, por exemplo, uma forte dor.

Um terceiro tipo de sonho não compensatório, segundo MATTOON (1980), são aqueles que refletem percepções extra-sensoriais. São sonhos pré-cognitivos de natureza telepática que advertem sobre determinadas situações que estão acontecendo ou irão acontecer envolvendo o indivíduo que sonha e *I* ou terceiros.

De acordo com a classificação proposta por MATTOON (1980), os sonhos proféticos são, entre os não compensatórios, o quarto tipo. Segundo esta autora, a base para a elaboração dos sonhos proféticos também é a pré-cognição, que é uma percepção extra-sensorial. São proféticos os sonhos que predizem, com precisão e detalhes, fatos de um futuro além dos próximos dias e que são importantes não só para o sujeito que sonha, mas

também para um número maior de pessoas. Um sonho só pode ser interpretado como profético após os acontecimentos previstos coincidirem com a situação externa.

Segundo HOLBECHE (1997) o termo imaginação vem da palavra latina "imago", que significa imagem. A imaginação é o canal entre o consciente e o inconsciente. Durante o dia o inconsciente faz sentir sua presença na forma de disposições de animo, sentimentos, emoções, lampejos de intuição, devaneios e fantasias. À noite, o inconsciente usa a imaginação para criar os quadros que determinam os sonhos. HOLBECHE (1997) na sua experiência pessoal e clínica encontrou vários sonhos que se confirmaram como sonhos de natureza não compensatória.

BULKELEY (1995) estruturou um "workshop" para dar aos participantes algumas idéias práticas sobre como as pessoas do mundo ocidental podem utilizar seus sonhos para extrair "insight", renovação e orientação espiritual. Afirmou que no decorrer da história da humanidade, os sonhos foram considerados como uma experiência espiritualmente significativa, como tendo o poder de colocar as pessoas em contato com o sagrado e de encaminha-las a questões existenciais prementes. Partiu do pressuposto que nos sonhos existe uma dimensão espiritual poderosa, porque eles nos conectam com as energias vitais que transcendem a consciência normal, assim como, também revelam, de forma significativa, referências para as nossas maiores questões existenciais.

GARFIELD (1995) examinou experiências de sonhos não compensatórios em quatro condições: doença, recuperação de doença, morte súbita e morte prevista. Observou que estes tipos de sonhos podem ser razoavelmente explicados pela impressão de realidade que causam no sonhador em relação a eles mesmos ou a outra pessoa. Esta autora pondera que a compreensão dos sonhos não compensatórios pode ser um caminho para antecipar e prevenir desgraças e, por esta razão, procura através de seus estudos ajudar as pessoas a reconhecerem sonhos desta natureza, quando eles ocorrem.

MOSS (1995) afirma que os sonhos não compensatórios são um fenômeno freqüente e natural e que, através de treinamento, os indivíduos podem utiliza-los como um guia efetivo no caminho da vida. Segundo este autor a habilidade, para reconhecer e trabalhar com o material dos sonhos não compensatórios, pode ser desenvolvida, através da

anotação de todas as imagens lembradas do sonho e cuidadosamente decodificadas, analisadas e comparadas com as aparentes correspondências dos eventos subseqüentes, muito embora, o lapso de tempo entre um sonho e o evento correspondente possa variar de horas a anos.

MOSS (1995) explica que quando vemos movimentos circulares nos sonhos estamos explorando possibilidades futuras. Observa que, o que realmente importa, em relação aos sonhos não compensatórios, é nossa habilidade para utiliza-los como uma guia de orientação que nos ajude a optar, de forma mais consciente, entre as possibilidades futuras.

JUNG (1974) ao discutir a natureza dos sonhos esclarece que na Psicologia Médica a pergunta correta não é "Por que isto acontece?", e sim, "Com que finalidade isto acontece?". Na nossa Dissertação de Mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b) nossa finalidade, quanto à análise dos Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual, foi verificar a contribuição destes aspectos espirituais para a re-significação da Dor Simbólica da Morte dos pacientes e para a elaboração do luto dos familiares.

Descreveremos a seguir os dados simbólicos dos Sonhos e das Vivências de Natureza Espiritual dos pacientes, dos seus familiares e desta autora, colhidos na dissertação de mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b) e decodificados a partir do referencial Junguiano e dos elementos sobre Espiritualidade, encontrados nos estudos sobre E.Q.M.

#### Primeira paciente:

C.A.S.F., sexo feminino, 48 anos, casada, dois filhos, (um adulto recém-casado e uma adolescente), portadora de neoplasia maligna, carcinoma de mama, com metástase na medula, metástase óssea generalizada e fratura no fêmur.

#### -Sonho da Paciente:

C. comentou com sua sogra, ao acordar, alguns dias antes do dia do óbito, que subia a um lugar azul, andava bastante por lá e depois descia. Observamos que um túnel com luminosidade azul e *I* ou dourado brilhante é um dos elementos descritos pelos pacientes que passaram por uma E.Q.M. (KÜBLER- ROSS, 1998; MOODY JR,

1989,1992) e, por esta razão, a cor azul foi utilizada nos exercícios de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a Espiritualidade, com a paciente, com o intuito de focar sua mente em possíveis mundos espirituais permeados de serenidade e paz. O sonho da paciente, frente ao contexto, pode ser entendido como antecipatório, como uma premonição da aproximação de uma morte serena frente ao trabalho desenvolvido, fato que realmente veio a ocorrer. S, nora da paciente, relatou que C., na véspera de sua morte, não queria tomar o remédio para dormir e somente aceitou tomá-lo quando lhe disseram que o remédio era para dor. Após tomar o remédio a paciente ficou calma e S. perguntou se ela lembrava desta autora (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b ); C. respondeu que sim e S. recapitulou com ela as nossas orientações; disse-lhe para visualizar-se entrando em um lugar bonito e observar Nossa Senhora envolvendo-a com seu manto azul. A paciente, após esta orientação, adormeceu e não acordou mais. Foi levada no dia seguinte para o Hospital, onde entrou em coma profundo e morreu.

-Sonhos dos Familiares após o óbito da Paciente:

M., filho da paciente, sonhou que ela estava em casa e ele lhe dava remédio. Foi um sonho curto.

S., nora da paciente, sonhou que foi vê-la em um lugar que não conhece e disse-lhe: "C., ainda não acredito que você está aqui". C. respondeu: "Nem eu às vezes acredito, mas eu estou e estou muito bem, e aqui é muito bom". Em seguida S. acordou, com uma sensação de "realidade", frente ao sonho.

O sonho de M. nos pareceu expressão de resíduos de preocupação e angústias em relação à doença da mãe, mas o sonho de S. pareceu indicar uma visualização do mundo espiritual através da simbolização, pois sabemos, de acordo com a abordagem junguiana, que no inconsciente há um 'conhecimento absoluto', ou seja, o inconsciente pode conhecer coisas que não podemos conhecer conscientemente. Não podemos provar se a figura de uma pessoa já falecida num sonho está sendo usada como símbolo de alguma realidade interior de quem sonha, ou se realmente representa o morto. Podemos 'sentir' se a figura do morto é uma representação simbólica ou pode ser interpretada de forma objetiva, embora seja difícil estabelecer critérios universalmente válidos para esse 'sentir'. (VON FRANZ, 1995).

O sonho de S. nos parece muito lógico, objetivo, claro, para ser interpretado como uma elaboração simbólica da sua realidade interna; embora não tenhamos elementos mais consistentes para fundamentar a hipótese deste sonho ter sido um alcance à dimensão do chamado mundo espiritual, através da psique, ou seja, de acordo com a classificação proposta por MATTOON (1980), sonho de natureza não compensatória, telepático, que reflete percepções extra-sensoriais, acreditamos que esta interpretação é possível de ser formulada, considerando-se as circunstâncias que antecederam e sucederam a morte da paciente e a sensação de "realidade" frente ao sonho, que S. relatou ter sentido ao despertar e que, segundo GARFIELD (1995), é um elemento importante para o reconhecimento de sonhos não compensatórios.

Segunda paciente:

M.I.F ., sexo feminino, 38 anos, casada, dois filhos, (crianças), portadora de neoplasia maligna, câncer de ovário com metástase disseminada e colostomizada.

-Sonho desta autora (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b):

Esta psicóloga-pesquisadora sonhou que sua cachorrinha aproximava-se de várias capivaras. Na época estava sendo veiculada na cidade de Campinas a seguinte notícia: as capivaras, que moram nos Parques de Lazer, são hospedeiras do carrapato estrela, a mordida deste carrapato no ser humano pode ser fatal e algumas pessoas já morreram por esta razão, relacionando-se, desta forma, o elemento capivara ao fenômeno morte. No sonho, em seguida à aproximação da cachorra às capivaras, esta se transformava em um imenso bloco de ferida em carne viva. Esta psicóloga-pesquisadora jogava água (que pode ser interpretado como símbolo de transformação) na cachorra e ela voltava à sua aparência normal, apenas apresentando uma pequena ferida no lombo.

Ao acordar, esta psicóloga-pesquisadora se lembrou do sonho e imediatamente fez a associação: seu inconsciente provavelmente havia captado a morte de M.I. e o grande sofrimento, (a grande ferida), havia sido minimizado pelos símbolos de transformação (água no caso desta paciente), trabalhados nos exercícios de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a Espiritualidade.

Ligamos para a família de M.I. perguntando por ela, e seu pai confirmou a premonição do sonho: a paciente havia ido a óbito aquela madrugada, de forma serena, nos braços do marido. De acordo com a classificação proposta por MATTOON (1980), este foi um sonho de natureza não compensatória, telepático, que reflete percepções extra-sensoriais.

- Vivências de natureza espiritual desta autora (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b):

Na penúltima sessão antes do óbito da paciente, esta psicóloga-pesquisadora disse para M.I. visualizar um lago e flores (elementos que a paciente havia escolhido para trabalhar nos exercícios); orientamos M.I. para que procurasse sentir os anjos de Cristo aproximando-se e envolvendo-a em amor e proteção, ou seja, os Seres de Luz descritos pelos pacientes que passaram por uma E.Q.M. e voltaram a viver normalmente. (KÜBLER-ROSS, 1998; MOODY JR, 1989, 1992). Pedimos para que ela procurasse sentir este amor envolvendo-a. Orientamos a paciente para entregar-se para esses Anjos, permitir que seu espírito sentisse paz. Repetimos estas afirmações várias vezes. M.I. balançou afirmativamente a cabeça e suspirou. Pareceu relaxar mais.

Neste momento, esta autora (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b) também se sentiu envolvida por um sentimento de profunda paz, ternura, acolhimento e amor. Algo que sugeria uma transcendência ao mundo físico. Pareceu-lhe, neste momento, que o mundo físico e o mundo espiritual se interpenetravam. No campo de estudos da Parapsicologia a sensação que esta psicóloga-pesquisadora teve é denominada como um fenômeno de clarissensibilidade. Essa forma de percepção extra-sensorial expressa-se através de sensações claras. Segundo VAN PRAAGH (1998) uma pessoa dotada de clarissensibilidade é capaz de sentir a presença dos espíritos no ambiente, assim como os sentimentos por eles transmitidos. Foi exatamente o que esta psicóloga-pesquisadora sentiu. Não é possível provar esta clarissensibilidade, apenas descrevê-la e observar seu encaixe na circunstância como um todo. O resultado foi uma morte serena da paciente e uma sensação de paz sentida pelos familiares, no ambiente do lar da paciente após o óbito dela, diferente de experiência anterior com a irmã de M.I., que também foi a óbito por desenvolver câncer.

### Terceira paciente:

I.F.R., sexo feminino, 37 anos, casada, dois filhos, (adultos), residente em Campinas, portadora de neoplasia maligna, câncer inflamatório de mama direita, estadio IIIB, metástases no fígado e pulmões, apresentava dispnéia importante e estava usando cateter .

Esta paciente não aceitou o método proposto: integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais aos elementos que compõem a Espiritualidade e por esta razão não obtivemos dados sobre seus sonhos e de seus familiares.

I.F.R. foi mantida na pesquisa, pois nos trouxe dados sobre os limites da Intervenção Terapêutica proposta.

### Quarta Paciente:

R.M.F.F.A., sexo feminino, 40 anos, casada, dois filhos, (adolescentes), portadora de neoplasia maligna, carcinoma de mama direita, com metástase cerebral e metástase na outra mama.

#### -Sonho da Paciente:

Houve um sonho de R., relatado por seus familiares, alguns dias antes do seu óbito. Sonhou que estava em um avião que caía e se destroçava, mas ela continuava inteira, pairando no ar. Este sonho nos pareceu indicar, de forma simbólica, que apesar do corpo da paciente estar se destroçando (avião), ela continuaria viva, existindo. SIEGEL (1989) observou que com muita frequência as pessoas recebem premonições sobre sua morte através dos mais variados tipos de sinais como sonhos, poemas e desenhos. Para VON FRANZ (1995) existem sonhos de pacientes terminais e de seus familiares que podem ser interpretados de forma objetiva, indicando a existência de uma vida espiritual após a morte.

-Vivências de Natureza Espiritual dos Familiares:

A) Na véspera da morte de R., seu filho D. relatou uma escuta extra-sensorial: ouviu R. dizendo, nitidamente, que 'tava bom, aceitava ir embora', e, ao verificar com quem sua mãe falava, constatou que ela não falava com ninguém. Os outros familiares que estavam acordados também não ouviram nada. Não é possível verificarmos se D. sonhou com o fato ou se realmente apresentou esta escuta extra-sensorial, fenômeno paranormal, chamado pela Parapsicologia de clariaudiência, indicando uma aceitação pela paciente da sua morte, nos momentos finais, mas é possível constatar que D., na véspera da morte do seu tio, teve um sonho premonitório correto, sonho de natureza não compensatória, telepático, que reflete percepções extra-sensoriais, de acordo com a classificação proposta por MATTOON (1980). Ele sonhou que alguém (não sabia dizer quem) tinha morrido enforcado e no dia seguinte seu tio praticou este ato.

Tanto D. como seus familiares, entenderam estas experiências como premonitórias das situações de morte e que, em relação a R., ela aceitou a morte, no final. Observamos que R. foi a óbito de forma serena, escutando a música trabalhada nos exercícios de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a Espiritualidade, acompanhada pelo marido.

B) A tia do marido da paciente, hospedada na casa para ajudar nas tarefas, afirmou que o trabalho desenvolvido com a integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a Espiritualidade é maravilhoso. (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b). Relatou, na terceira sessão que, depois que esta autora finalizou a sessão domiciliar anterior e foi embora, a casa deles ficou mergulhada em Paz, observação semelhante a dos familiares de M.I., segunda paciente. A tia do marido da paciente acrescentou que por "coincidência", naquele dia, estava lendo o livro *O Silêncio de Deus*, da baronesa russa Catherine de H. Doherty. Nesse livro a autora faz sua biografia, principalmente em relação a sua comunicação espiritual e integração com Deus. Comentou que, além dela coincidentemente chamar-se Catarina, também fala sobre um mergulho no mar, o mar do silêncio interno. O elemento "mar" havia sido escolhido por esta paciente, R., para ser trabalhado nos exercícios, na primeira sessão.



### Quinta Paciente:

D.Z.M., sexo feminino, 75 anos, viúva, um filho adotivo falecido, portadora de neoplasia maligna, carcinoma de ovário, estadió IV e oclusão intestinal, foi submetida à cirurgia Laparotomia Exploradora, colostomizada e com metástase no fígado.

#### -Vivências de Natureza Espiritual da Paciente:

Em momento anterior ao início da segunda e última sessão antes do óbito, a paciente D. afirmou para sua sobrinha L. que estava sentindo-se muito mal e disse para a Enfermeira, responsável pelo setor, que estava morrendo. Ao começar a sessão esta psicóloga-pesquisadora observou que a paciente mostrava medo frente à morte iminente. Após a aplicação do método proposto, integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a Espiritualidade (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b), D. passou a respirar de forma mais tranqüila, acalmou-se.

Durante o desenvolvimento do exercício mental a paciente abriu os olhos várias vezes e mostrou concordar com o lugar para o qual a Visualização estava sendo orientada. Sua expressão não era mais de sofrimento e sim de que dormia um sono profundo e em dado momento exclamou que metade dela estava no local que esta psicóloga -pesquisadora estava descrevendo e a outra metade estava relutando em desligar-se deste mundo. Em seguida afirmou que estava perdendo o controle e isto incomodava a "parte" que estava relutando em se desligar. Após mudar de posição na cama, tomar o café preto que estava desejando e interagir de forma afetuosa com suas parentas presentes, pediu para deitar-se novamente. Afirmou novamente que "uma parte" sua já estava no lugar bonito descrito no exercício, mas a "outra parte" estava ali no hospital e ela estava sentindo muito mal-estar. Esta psicóloga-pesquisadora pontuou para a paciente não ter medo e entregar-se para o "lugar bonito" e para os Seres de Luz. D. fechou os olhos, afirmou que iria se entregar e adormeceu. Morreu duas horas e meia após o término do atendimento, serena, tranqüila e consciente de sua morte, segundo a Enfermagem.

-Vivências de Natureza Espiritual desta Psicóloga-Pesquisadora:

Houve uma experiência extra-sensorial desta psicóloga-pesquisadora em relação à morte da paciente. Esta psicóloga estava almoçando em sua casa, duas horas e meia após o término do último atendimento, e, repentinamente, embora estivesse dentro de uma sala fechada, sentiu uma 'brisa' e uma sensação de ternura, de despedida, a envolver. No mesmo instante lembrou-se de que os pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. relataram que conseguiram transportar-se, na rapidez do pensamento, até às pessoas, às quais desejavam se despedir. Imediatamente olhou no relógio, pensando que D. tinha ido a óbito e estava se despedindo dela. Parou de almoçar, fechou os olhos e se despediu mentalmente dela. Procurou transmitir-lhe um sentimento afetuoso e agradeceu pela oportunidade de ter podido ajudá-la. Terminou de almoçar e ligou na Enfermaria da Oncologia do CAISM / UNICAMP, confirmando sua percepção. A paciente havia ido a óbito as 13:55h.

INGLIS (1994) afirma que as pesquisas de laboratório determinadas a testar a premonição nos sonhos apresentam dificuldades muito maiores, que os testes de telepatia ou clarividência por motivos óbvios: o acontecimento ou objeto previsto em sonho pode manifestar-se dias, ou até anos mais tarde, o que dificulta o controle sistemático do pesquisador. Entretanto, nos Sonhos e nas Vivências de Natureza Espiritual, analisados na nossa dissertação de mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b), não encontramos esta dificuldade porque todos os pacientes encontravam-se no estado de Fora de Possibilidade de Cura, frente a iminência da morte, que ocorreu no máximo em dois meses. VON FRANZ (1995) afirma que os sonhos das pessoas próximas da morte indicam que o inconsciente prepara a consciência não para um fim definitivo, mas para uma espécie de continuação do processo vital que a consciência cotidiana não consegue sequer imaginar. Observamos que esta foi a principal contribuição dos Sonhos e das Vivências de Natureza Espiritual relatados na nossa dissertação de mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b), para a re-significação da Dor Simbólica da Morte das pacientes e para a elaboração do luto dos familiares.

Os dados colhidos na nossa dissertação de mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b) nos mostraram que, próximo ao óbito de pacientes no estado denominado Fora de Possibilidade de Cura, podem ocorrer sonhos de natureza não compensatória,

antecipatórios ou os sonhos pré-cognitivos, de natureza telepática, que refletem percepções extra-sensoriais, de acordo com a classificação proposta por MATTOON (1980), nestes pacientes, nos seus familiares e/ou nos profissionais que acompanham o caso.

Nossa pesquisa (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b), confirmou o dado encontrado por outros cientistas (GARFIELD, 1995; SIEGEL, 1989; VON FRANZ, 1995): com muita frequência as pessoas recebem premonições sobre sua própria morte ou de alguém próximo, o que possibilita uma melhor compreensão e/ou enfrentamento da situação.

#### **-Síntese do dia (1º dia).**

Em uma hora os participantes elaboraram uma síntese do dia no grupo, apontando os principais aspectos abordados.

#### **-Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME).**

##### 1a. sessão: Principais aspectos.

A estrutura teórica para aplicação da intervenção terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME) na re-significação da Dor Espiritual de Pacientes Terminais está fundamentada dentro dos conceitos de uma psicoterapia dinâmica breve ministrada em Instituições Assistenciais (Serviços Hospitalares e Centros de Saúde Mental).

Segundo FIGUEIREDO et al (2002) as psicoterapias breves, focais e de apoio baseiam-se na teoria psicanalítica, porém dela se diferenciam em alguns pontos, entre eles, podem ser empregadas por diferentes profissionais da área da saúde e não só por psicólogos ou médicos psicoterapeutas.

FIORINI (1991) propõe a classificação, quanto ao estilo de Psicoterapia Breve para Serviços Hospitalares e Centros de Saúde Mental como Psicoterapia de Apoio e Psicoterapia de Esclarecimento. A primeira visa a atenuação ou supressão da ansiedade e de outros sintomas clínicos como meio de favorecer um retorno à situação de homeostase

anterior à descompensação ou crise. A segunda inclui em seus objetivos, os mencionados acima para uma Psicoterapia de Apoio, somados às metas de desenvolver no paciente uma atitude de auto-observação e de compreensão de suas dificuldades dentro de suas motivações e de seus conflitos.

Esta intervenção terapêutica RIME, para pacientes terminais, construída através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a questão da Espiritualidade, cujo objetivo é re-significar a Dor Espiritual dessa categoria de pacientes, enquadra-se dentro dos objetivos da Psicoterapia Breve de Apoio: recuperação do equilíbrio homeostático que se expressa no alívio dos sintomas. Os sintomas básicos a serem trabalhados referem-se aos aspectos da Dor Espiritual dos doentes.

Objetivamos, com essa intervenção terapêutica, desfocar o pensamento do paciente dos medos, das angústias e das culpas específicas à situação da morte e do morrer e focá-lo em serenidade, tranquilidade, beleza e paz, com o objetivo final de recuperar a homeostase psíquica visto que a homeostase física não é possível de ser recuperada porque o paciente encontra-se em fase terminal. Para alcançar esta homeostase psíquica temos como base a premissa citada por KÜBLER-ROSS (2003) que todo sofrimento é uma oportunidade de crescimento, de evolução, que é o propósito de existência no planeta Terra, ou seja, todo sofrimento é passível de ser re-significado.

Segundo KÜBLER-ROSS (2003) todo ser humano é constituído de quatro quadrantes: físico, emocional, intelectual e espiritual ou intuitivo. A Intervenção Terapêutica RIME trabalha de forma predominante com o quadrante espiritual, pois objetiva re-significar o medo da morte, o medo do pós-morte, as idéias e concepções negativas em relação à Espiritualidade e as culpas perante Deus, que são os aspectos que representam a Dor Espiritual.

Em relação à primeira entrevista, pontua FIORINI (1991), o desempenho do terapeuta pode ter uma influência decisiva para a adesão do paciente ao tratamento assim como na eficácia que o processo terapêutico possa vir a alcançar. Para tanto é muito importante que sua ação terapêutica não se exerça meramente pelo efeito placebo do

contato inicial e sim que o terapeuta possa realizar intervenções adequadas, capazes de potencializar esse efeito.

Isto significa, no caso específico de pacientes terminais, desde a primeira entrevista, poder receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente e oferecer em retorno, para alívio desses sintomas, além da proposta terapêutica através da RIME, oferecer-se como porto seguro, ou seja, colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade. Para tanto é fundamental que o profissional estabeleça uma sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as, e favorecendo, através do método proposto, uma possibilidade de re-significação da Dor Espiritual.

Segundo FERREIRA (2003) embora ainda exista divergência entre os autores, a tendência atual é considerar todas as pessoas como hipnotizáveis, ou seja, capazes de entrar em estado de relaxamento ou estado alfa, independentemente das suas idades, mesmo porque a hipnose ocorre na vida diária das pessoas. FERREIRA (2003) afirma que o manejo correto da afetividade do paciente facilita a aceitação das sugestões.

Em relação ao papel do terapeuta FIORINI (1991) pondera que este deve desempenhar um papel essencialmente ativo na terapia breve, ou seja, depois de avaliar a situação total do paciente, compreender a estrutura dinâmica essencial de sua problemática, deve elaborar um plano de abordagem individualizado, planejando e focalizando a intervenção terapêutica dentro de um princípio de flexibilidade, ou seja, remodelação periódica da estratégia e das táticas, em função da evolução do tratamento.

KÜBLER-ROSS (2003) afirma que, em primeiro lugar, nunca conseguiremos realmente ajudar nossos doentes se não trabalharmos com a nossa própria negatividade; em segundo lugar, que só conseguiremos ajudar os pacientes quando sentirmos compaixão por eles, entendermos seu sofrimento; e, em terceiro lugar, que nunca iremos ajudar alguém se este auxílio estiver fundamentado em algum tipo de agressão a terceiros.

Observamos 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.

#### Estrutura da intervenção terapêutica.

A intervenção terapêutica específica para pacientes terminais, proposta neste estudo, deve ser construída da seguinte forma:

Identificação da Dor Espiritual representada pelo medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e ao sentido da vida, culpas perante Deus.

Há dois tipos de linguagem: a lógica e a simbólica. A linguagem lógica deriva dos processos do pensamento secundário e a simbólica dos processos do pensamento primário. (FREUD, 1975). A linguagem lógica é a linguagem comum, racional. A linguagem simbólica, que também pode ser subdividida em dois tipos: a verbal e a não verbal, ocorre quando uma palavra (simbólica verbal) ou uma imagem (simbólica não verbal) expressa alguma coisa além do seu significado manifesto e imediato. (JUNG, 1993). A linguagem simbólica é uma linguagem universal e é usada por todas as pessoas do mundo; isto significa que de forma subliminar ao enredo lógico e consciente existe um enredo simbólico e, muitas vezes, inconsciente. Pacientes terminais sabem intuitivamente que estão morrendo e precisam expressar sua dor e serem compreendidos, por esta razão a pergunta correta não é se devemos dizer ao doente que ele está morrendo e sim, procurar ouvi-lo. Pacientes terminais, através da linguagem simbólica (verbal ou não verbal) compartilham com o profissional que os ouve, suas tarefas inacabadas. (KÜBLER-ROSS, 2003).

Na aplicação da Intervenção Terapêutica RIME, a primeira tarefa do profissional é ouvir o paciente, compreender através das suas verbalizações os aspectos simbólicos que nos orientam sobre a Dor Espiritual deste doente.

Condensação dos elementos da Dor Espiritual, medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e ao sentido da vida, culpas perante Deus, descritos pelo paciente predominantemente através da linguagem lógica e compreendidos pelo profissional através da interpretação simbólica, em um padrão de imagens que re-signifiquem a Dor Espiritual e preparem o doente para fazer a transição da vida física para a vida espiritual.

Conforme nos orienta KÜBLER-ROSS (2003), sobre a morte realmente nada sabemos; os dados dos pacientes que passam por uma E.Q.M. se referem ao período de passagem, de transição, entre a vida física e a vida espiritual e o que corresponde, dentre aos quatro estágios do pós-morte descritos por MILLER (1997): espera, julgamento, reino das possibilidades e retorno ou renascimento, ao estágio de espera, momento de transformação, de descanso, conforto e possibilidade de abrandar o medo.

Através da Intervenção Terapêutica RIME oferecemos aos nossos pacientes a possibilidade de vivenciar esta transformação antes da morte propriamente dita, de forma que os sofrimentos relacionados à Dor Espiritual possam ser re-significados, o que para KÜBLER-ROSS (2003) significa resolver tarefas inacabadas para poder morrer de forma digna, serena, em paz.

#### Elementos Simbólicos para orientação da Visualização de Imagens Mentais.

Os elementos simbólicos na Intervenção Terapêutica RIME são orientados 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, através de citações ou de imagens, que o ajudem a abolir a dor, o sofrimento, o medo.

Os elementos simbólicos abaixo relacionados devem sempre induzir o paciente para emoções e sentimentos positivos. A palavra ‘sentir’ deve ser utilizada com frequência na orientação da Visualização de Imagens Mentais.

Cenário de base: Paisagens belas e reconfortantes devem ser escolhidas por cada paciente. Um álbum contendo imagens com paisagens belas, reconfortantes e com cores claras deve ser oferecido para que o paciente escolha os cenários do seu agrado, que o tranquilizem. Pontuamos que este cenário de base, deve ser escolhido pelo próprio paciente, com imagens que tragam sensações de paz, tranquilidade, bem estar, conforto, serenidade, proteção, para ele, de acordo com suas características pessoais. Este cenário de base, integrado a um dos principais pressupostos deste estudo: crença na vida espiritual pós-morte, representa um mundo imaginário espiritual belo e reconfortante, o qual pode ser identificado, segundo a nomenclatura definida por MILLER, (1997), como o Lugar de Espera, onde tanto para os mortos, quanto para os vivos, a realidade da mudança começa a aprofundar-se.

Lembranças de vivências felizes anteriores com objetivo de focar o pensamento da paciente, por dissociação, em uma época que represente paz, alegria, felicidade, conforto, proteção, etc..

Túnel ou Caminho Luminoso Dourado e I ou Azul e Seres de Luz : A imagem do Túnel ou Caminho luminoso dourado e I ou azul e os Seres de Luz que irradiam amor incondicional, amparo, conforto, introduzidos no cenário de base sugerido para o paciente visualizar, estão fundamentados nos relatos dos pacientes que passaram por uma E.Q.M. e voltaram a viver, pesquisados por GREYSON, 2000, 2003; KÜBLER-ROSS, 1998, 2003; MOODY JR, 1989, 1992; MORSE e PERRY, 1997; PARNIA e FENWICK, 2001; VAN LOMMEL, 2004; VAN LOMMEL et al, 2001; WEISS, 1998, 1999. Os estudos desses cientistas sobre E.Q.M. podem, também, em conjunto com a orientação para visualização, serem relatados para o paciente. Deve ser acrescida a imagem dos Seres de Luz, Seres Espirituais que o paciente acredite e confie.

Símbolos de Transformação que podem ser representados pela água, árvore com frutos, vegetação, trigo, cevada devem ser introduzidos no cenário de base. Os símbolos de transformação estão fundamentados em JUNG (1986f). Segundo este cientista, dentre os símbolos maternos ou de transformação, podemos ter a 'água' que pode significar nascimento ou renascimento, vida que vem da água. Podemos ter também como outro símbolo de transformação, segundo esse psiquiatra suíço, o 'madeiro da vida' ou 'árvore da



vida' com 'frutos', onde a árvore pode significar a vida humana e o fruto da árvore pode simbolizar a alma humana, que em linguagem psicológica representa o self. Introduziremos também imagens de 'vegetação' ou imagens relacionadas ao 'trigo' e/ou a 'cevada'. Segundo VON FRANZ (1995), existe a difundida idéia arquetípica de que os mortos voltam à vida, por assim dizer, do mesmo modo que a vegetação; esta discípula de Jung relata que é comum aparecerem imagens de vegetação nos sonhos de pessoas próximas da morte. O trigo e a cevada por sua vez, também podem ser tomados como símbolos de algo psíquico, algo que existe além da vida e da morte, um processo misterioso que sobrevive ao temporário florescimento e morte da vida visível.

Imagens Simbólicas diversas, específicas à Dor Simbólica da Morte de cada paciente, que podem ser sugeridas pelo terapeuta.

Afirmações para o paciente integrar-se com a beleza do Universo, da Natureza. Visamos, com esta sugestão direta, associada às imagens de paisagens, orientar o pensamento do paciente, em relação às idéias e concepções sobre a espiritualidade, para aspectos positivos e belos.

Afirmações para o paciente observar sua própria beleza interior, suas qualidades. Com esta sugestão direta, objetivamos minimizar o humor depressivo do paciente, principalmente culpas.

Afirmações sobre aspectos do pós-morte relatados pelos pacientes, que vivenciaram uma E.Q.M.

Filmes e Histórias: Livros de Histórias e Filmes com conteúdos que sejam pertinentes à História de Vida dos pacientes, às suas principais angústias, medos, conflitos, relacionados à Dor Psíquica e à Dor Espiritual durante a experiência do morrer podem ser oferecidos com o objetivo de, enquanto metáforas, produzirem "insights" para re-significação da Dor Espiritual.

É importante observar que o paciente deve estar concentrado nas idéias sugeridas; não estar raciocinando sobre as sugestões e, sim, sentindo-as; não apresente nenhuma emoção mais forte que a sugerida, porque a emoção mais forte substitui a mais

fraca; esteja realmente visualizando e imaginando o conteúdo das sugestões apresentadas. (FERREIRA, 2003).

Também é importante observar que o uso da palavra “não” durante o trabalho com sugestões é inadequado, pois o hemisfério cerebral direito não a reconhece. Peça para o paciente não visualizar, por exemplo, um elefante amarelo; ele imediatamente imaginará tal elefante. As sugestões devem ser sempre induzidas na afirmativa. Por outro lado, o uso da palavra ‘não’ é adequado com pacientes resistentes, “do contra”, que respondem de forma oposta a aquela que desejamos. Com pacientes depressivos, em geral, no início do tratamento, pode ser útil a combinação de uma sugestão negativa com várias positivas. As palavras ‘experimentar’, ‘tentar’, ‘esperar’ também são contra indicadas, pois o subconsciente as interpreta como fracasso da ação. A conjunção ‘mas’ anula tudo o que vem antes. As palavras indicadas são as que apresentam uma única e correta indicação como, por exemplo, ‘sempre’, ‘nunca’, ‘todo’, ‘toda’, ‘nenhum’, ‘nenhuma’, ‘ninguém’, ‘algumas vezes’. (FERREIRA, 2003).

A orientação para desenvolvimento da técnica de Visualização de Imagens Mentais, (acima descrita) integrada aos elementos que compõem a questão da Espiritualidade, deve ser precedida da técnica de Relaxamento Mental estimulada da forma a seguir descrita.

#### Relaxamento Mental.

#### Respiração lenta e profunda.

Orientação para o paciente focar sua atenção nesta respiração e visualizar o oxigênio sendo inalado na cor azul céu (cor fria, tranqüilizadora), imaginar esta cor azul céu envolvendo-o externamente e sendo transportada através do oxigênio, para todos os órgãos, principalmente os órgãos atingidos pela doença, amortecendo a dor física.

Acompanhamento de Músicas dos tipos: Instrumental Clássica ou Popular com ritmo suave, "New Age", Música Intuitiva (harmônica, com sons da natureza, relaxante, suave), Instrumental para Crianças, respeitando-se sempre o gosto do paciente. Na nossa pesquisa oferecemos, em primeiro lugar, para as pacientes, um CD de música intuitiva

(harmônica, com sons da natureza, relaxante, suave), denominado "Soprus Universalis", do compositor Aurio Corrá, produzido em São Paulo, pela ALQUIMIA New Music (1995). As faixas do CD oferecidas foram a número 3: "Andinos", número 4: "Divinos", número 5: "Universalis". Todas as pacientes, que aceitaram participar deste estudo, gostaram da qualidade das músicas deste CD acima citadas e por esta razão, elas se tornaram as músicas universais da pesquisa.

Escolhemos este CD por serem músicas, na opinião da pesquisadora, que contemplam o objetivo de produzir um estado de relaxamento mental.

#### Sessões de Orientação Familiar.

Estas sessões devem acontecer de forma complementar a aplicação da Intervenção Terapêutica 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, podem oferecer para o paciente, nesta fase de Cuidados Paliativos.

#### **-Dor Simbólica da Morte / Dor Espiritual: Relato de Casos.**

A introdução do texto desta aula está descrita no Capítulo 3.

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, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação à Espiritualidade e ao sentido da vida, culpas perante Deus. (ELIAS, 1999).

Na nossa dissertação de mestrado (ELIAS, 2001; ELIAS, 2002; ELIAS, 2003; ELIAS, 2006; ELIAS e GIGLIO, 2001a; ELIAS e GIGLIO, 2001b; ELIAS e GIGLIO, 2002a; ELIAS e GIGLIO, 2002b) identificamos a Dor Simbólica da Morte (Dor Psíquica e

Dor Espiritual) dos pacientes atendidos e a re-significamos através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com a questão da Espiritualidade, conforme descreveremos a seguir .

**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 a 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 desta fase, até o óbito, em sua cidade de origem, distante de Campinas e o contato, para orientação, com a psicóloga-pesquisadora, foi realizado por telefone. Quando iniciamos a aplicação da Intervenção Terapêutica RIME, 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, através 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 frente às fases propostas por KÜBLER-ROSS (1996) - negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – esta paciente encontrava-se de forma predominante na fase depressão.

Frente 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 eles ajudassem, nesse sentido, a paciente.
- **Medo do Sofrimento: porque a Radioterapia e a Quimioterapia não estavam mais surtindo efeito e centralização do sofrimento em si mesma, pelo medo de fazer seus familiares sofrerem por causa dos seus sofrimentos frente à doença, trabalhados das seguintes formas:** Orientação do pensamento da paciente, por dissociação e sugestão indireta, para desfocar sua mente do sofrimento frente à doença e foca-la em mundos belos e tranquilos. Orientação para os familiares conversarem com a paciente e mostrarem para a mesma, 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 E.Q.M. 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 E.Q.M. que, ao se imaginar cenários belos, pode-se, através do pensamento, estar visualizando possíveis mundos espirituais, permeados de amor e paz. (Sugestão direta).

- **Perda do Sentido da Vida (e da Morte) frente às 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 da Intervenção RIME a paciente, apesar de Fora de Possibilidade de Cura, estava clinicamente bem. Ainda não havia sido informada pela Equipe Médica 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 no nosso estudo e no decorrer das sessões melhorou sua capacidade de visualização.

Estabeleceu um bom vínculo terapêutico com esta psicóloga- pesquisadora.

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.

Frente 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 frente à 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 comportamento 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 estes 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 frente às perdas, subdividida em dois aspectos: Culpa-se por ter perdido a oportunidade de ter tido uma vida mais feliz. Culpa-se por sua doença, entenda-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. que, exigir de si mesma uma remissão do câncer, no estágio 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 desta vida fazendo as pazes consigo própria. (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, neste 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 conseqüências 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 que podemos desfocar nossa atenção das tristezas oriundas do sofrimento causado pela doença, e foca-la em pensamentos que despertem sensações de paz e tranqüilidade, através das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integradas à Espiritualidade. O processo foi explicado através 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 tranqüilos, motivados por imagens mentais belas.

Informação para M.I. sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma E.Q.M. e voltaram a viver; sobre o mundo espiritual que estes 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 E.Q.M., que, ao se imaginar cenários belos, pode-se, através do pensamento, estar visualizando 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, para ela 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 de mama direita, estadio 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.

Foi realizada com esta paciente uma única sessão para o contrato do trabalho e como ela não aceitou submeter-se a Intervenção Terapêutica RIME, sua Dor Simbólica da Morte não foi identificada e nem trabalhada.

Sua sobrinha justificou a recusa explicando que I. não podia ouvir música porque era evangélica. Esta 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, frente a essa realidade.

Observamos que frente às fases propostas por KUBLER -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 desta paciente não foram identificados, porque ela não aceitou ser atendida por este método e conseqüentemente não houve re-significação 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, frente à 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 do 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, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), 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 sugestiona 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 re-significação da Dor Simbólica da Morte, apresentou uma péssima Qualidade de Morte. Segundo nos relatou a Auxiliar de Enfermagem da Oncologia do CAISM - UNICAMP que acompanhou o óbito da paciente, I. estava com muito medo de morrer e por esta razão solicitava a Enfermagem a "todo instante". Foi a óbito com dispnéia intensa, desespero, angústia e aflição.

Sabemos que a variável dispnéia contribui 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 a 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 por esta 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 de 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 da Intervenção RIME 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 se deixar 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 a esta psicóloga-pesquisadora que R. estava também se referindo, 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 método RIME, nos atendimentos anteriores, demos continuidade à aplicação do método através de M. (marido).

No histórico de vida da paciente observamos vida familiar bem estruturada e qualidade de relacionamento muito bom, com o marido e os filhos. Por outro lado observamos algumas vivências de sofrimento importante 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.

Frente a 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 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, paciente, 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).

Esta 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 re-significar 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 se aproximava 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 E.Q.M. (caminho dourado).

Afirmção, para R., do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. 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, estadio IV e oclusão intestinal, foi submetida à cirurgia Laparotomia Exploradora, colostomizada e 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 da Intervenção Terapêutica RIME, 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 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 terapêutica 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 frente às fases propostas por KÜBLER-ROSS (1996) - negação, raiva, barganha, depressão e aceitação - esta paciente encontrava-se de forma predominante na fase depressão.

Perante a Dor Simbólica da Morte foram identificados e trabalhados os seguintes aspectos:

**Dor Psíquica:**

- **Humor Depressivo: tristezas e culpas diante das perdas que sofreu durante a vida, incluindo a perda do filho.**

Observamos que frente à morte iminente, esta Dor Psíquica apresentou-se secundária em relação a Dor Espiritual. Visando otimizar a re-significação desta última, trabalhamos o Humor Depressivo: tristezas e culpas frente às 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 frente a esta afirmação suspirou e mostrou-se mais relaxada.

### Dor Espiritual:

- **Medo da Morte e do Pós-Morte perante a 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 E.Q.M. 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 E.Q.M., 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 por esta 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 E.Q.M. (caminho dourado e Seres de Luz ligados a Cristo, que irradiam amor e paz). (Dissociação e sugestão indireta).

Afirmção para D. não ter medo da morte, direcionar seu pensamento para o lugar descrito na visualização e entregar-se para os Seres de Luz. (Sugestão direta).

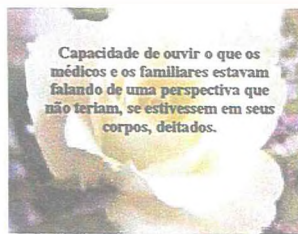
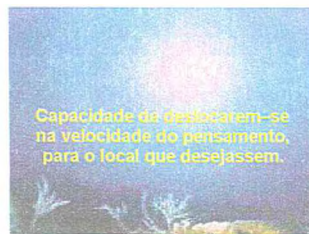
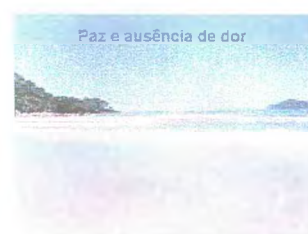
- **Sensação de fracasso frente ao Sentido da Vida e da Morte**, trabalhado através dos seguintes aspectos:

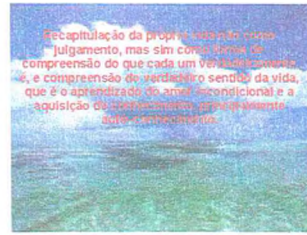
Resgate das culpas e das tristezas acima citadas na Dor Psíquica. (Sugestão direta).

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 re-significar o seu sentido da vida e da morte, que nos pareceu permeado de tristezas, perdas e mágoas. (Dissociação e sugestão indireta).

### **-Exercício de Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade: Paisagens Belas e Seres de Luz com troca de experiências.**

Foram oferecidas, para os participantes, imagens integradas aos elementos relatados pelos pacientes que passam por uma E.Q.M. e, em seguida, o Exercício foi orientado.





#### Orientações durante o Exercício:

Respire lenta e profundamente e preste atenção na música harmônica, suave, relaxante, com sons da natureza.

Visualize o ar sendo inalado na cor azul céu, brilhante.

Acompanhe os slides e imagine:

Paz e ausência de dor. Sintam esta Paz. Procurem silenciar seus corações e conectá-los com o Universo.

Sensação de flutuarem para fora do corpo. Sintam-se leves. Procurem relaxar a musculatura, libertar-se das tensões. Sintam-se muito leves.

Capacidade de deslocarem-se na velocidade do pensamento, para o local que desejassem. Pensem em alguém muito querido. Abracem esta pessoa. Transmitam, através do coração e do pensamento, o carinho, o amor, que sentem por esta pessoa.

Capacidade de ouvir o que os médicos e os familiares estavam falando, de uma perspectiva que não teriam, se estivessem em seus corpos, deitados. Agora imaginem seus familiares, seus amigos, falando sobre suas qualidades. Sinta o quanto você é querido ou querida.

Visualização de um túnel ou caminho luminoso dourado e/ou azul. Imagine que você está atravessando um túnel iluminado e sendo atraído por uma luz muito brilhante dourada ou azul. Sinta esta Luz envolvê-lo.

Seres de Luz que irradiam amor incondicional, amparo, conforto, proteção. Visualize um Ser de Luz de sua admiração e confiança. Sinta o amor incondicional, amparo, conforto, proteção que este Ser irradia para você. Sinta a Luz amorosa que ele irradia para você.

Lugares muito bonitos, como jardins floridos, bosques, lagos e sempre envolvidos por uma luz muito brilhante. Imagine-se em um jardim ou em um bosque ou à beira de um lago. Integre-se com a beleza deste local.

Recapitulação da própria vida não como julgamento, mas sim como forma de compreensão do que cada um verdadeiramente é, e compreensão do verdadeiro sentido da vida, que é o aprendizado do amor incondicional e a aquisição de conhecimento, principalmente auto-conhecimento. Veja sua vida sob a perspectiva do amor incondicional e da aquisição do conhecimento aplicado.

Vamos continuar trilhando o caminho da Imaginação.

Vamos agora imaginar que estamos vivenciando uma Experiência de Quase Morte.

Vamos fechar os olhos e imaginar:

- Estamos subindo uma escada de mármore branca muito brilhante. Uma escada muito alta. Além das nuvens. Vamos subindo e visualizando o branco brilhante dos degraus. Subindo. Subindo. Subindo.

- No topo desta escadaria visualizamos uma luz dourada e, somos atraídos para ela. Visualize a luz dourada no topo da escadaria.
- Chegamos nesta luz dourada e nos deparamos com um bosque florido cortado por um rio com águas límpidas e na cor azul. Visualize-se envolvido por esta luz dourada e, visualize um bosque florido cortado por um rio com águas límpidas e na cor azul. Neste rio existe uma ponte branca em forma de arco. Visualize a ponte branca em forma de arco e veja como ela é bonita.
- Nesta ponte somos recebidos por um Ser de Luz que nos envolve em Amor. Visualize o Ser de Luz. Sinta o Amor, a Luz amorosa, protetora que Ele irradia.
- Este Ser nos informa que não podemos atravessar esta Ponte porque não é nossa hora de ir para o mundo espiritual e nos mostra nossos pacientes. Vemos muito doentes. Os que já foram nossos pacientes, os que estão sob nossos cuidados e os que ainda vão chegar para nós. Veja quantos pacientes, quantas pessoas precisam dos seus cuidados.
- O Ser de Luz nos envolve, mais uma vez, em uma Luz amorosa, protetora, acolhedora, repleta de compaixão. Sinta esta Luz, esta energia de amor, de proteção, de compaixão. Visualize esta Luz Dourada de amor, de proteção, de compaixão se intensificando no seu coração. Visualize seu coração brilhando com esta Luz Dourada de amor, de proteção, de compaixão.
- Este Ser de Luz nos diz para voltar ao próprio corpo e transmitir para todos os nossos pacientes esta luz de amor, proteção, acolhimento e compaixão.
- Sinta-se voltando para seu corpo. Sinta a Luz que você traz e que, aliada ao seu conhecimento técnico, será uma benção para todos os que vierem em busca dos seus cuidados.
- Visualize esta luz aquecendo seu corpo.
- Visualize o céu azul.

- Lentamente movimente seu corpo, abra os olhos e volte para a sala de aula.

- Apresentação e explicação dos instrumentos utilizados no estudo.

1) Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com o Profissional de Saúde no início dos Atendimentos. (Anexo 5).

2) Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com o Profissional de Saúde após o óbito do primeiro e do segundo doente atendidos. (Anexo 6).

3) Questionário Estruturado para o Profissional de Saúde. (Anexo 7).

4) Escala Visual Analógica de Bem Estar (EVA). (Anexo 8).

5) Diário. Contribuições do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica RIME para a melhoria do seu trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais. (Anexo 9).

- Síntese final (2º dia). Em uma hora e meia, para fechamento do Curso de Capacitação, os participantes elaboraram uma síntese no grupo sobre os aspectos abordados no Treinamento e partilharam as experiências vivenciadas durante o Curso de Capacitação.

Os participantes discutiram os aspectos teóricos, chave para a aplicação da RIME, e afirmaram que esta Capacitação ofereceu um sentido organizador para as suas atividades terapêuticas junto aos doentes terminais, facilitou trabalhar a morte como um evento natural e, principalmente, permitiu o trabalho com aspectos espirituais dentro de uma perspectiva acadêmica.

Além dos conteúdos teóricos também foram propostas vivências para que os profissionais pudessem experimentar a Intervenção RIME da perspectiva de um paciente. Em relação a estas vivências, todos os profissionais seguiram as orientações propostas, mas também relataram visualizações individualizadas, ou seja, experiências pessoais e específicas frente às mesmas orientações, com conteúdos de natureza transcendental, semelhantes aos conteúdos relatados pelos doentes durante a aplicação da RIME. Todos referiram sensações de bem estar e sentimentos de paz, de amor, de integração com o universo e com a dimensão espiritual. Relataram ter se sentido envolver pelos "Seres de

Luz" em bondade e amor. Uma participante sentiu melhora em relação a uma dor física que sentia. Uma outra participante afirmou ter avançado no processo de elaboração do luto pela morte de seu pai, ocorrida há seis meses.

Um participante sentiu-se como um "Ser de Luz" no trabalho com pacientes terminais. Duas participantes sentiram-se dissociadas de seus corpos físicos e integradas na "Luz" e no "Amor" do Universo. Uma participante se sentiu cautelosa no caminho para a "Luz", mas ao integrar-se nela sentiu-se segura e em paz.



## **8- RESULTADOS da FASE 2 – SUPERVISÕES**

Descrevemos a seguir os resultados da Fase 2, atendimento dos profissionais voluntários a dois pacientes terminais, cada um, no período aproximado de seis meses após o término do Curso de Capacitação. Cada profissional atendeu os pacientes no seu local de trabalho, supervisionados pela pesquisadora. Os dados desta fase foram colhidos através da Entrevista Semi-Estruturada, do Questionário Estruturado, da Escala Visual Analógica de Bem Estar (E.V.A.) e do Diário e que estão transcritos na íntegra no Anexo 11 (2º volume), proporcionando oportunidade de estudo de caso aos leitores que o desejarem.

A supervisão da psicóloga pesquisadora aos atendimentos dos profissionais capacitados para os pacientes terminais na fase 2 possibilitou a análise do Programa de Treinamento através de duas vertentes:

- Compreender a experiência do profissional na utilização desta Intervenção RIME.
- Compreender a natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.

Participaram desta Fase 2, uma enfermeira, uma médica, três psicólogos e uma terapeuta alternativa voluntária (n=6) que atenderam um total de onze pacientes (n=11).

Apresentamos a seguir o Quadro 6 referente à data de início da aplicação da RIME pelos profissionais e dados numéricos sobre as Entrevistas de Supervisão.

**Quadro 6- Início da aplicação da RIME e dados numéricos sobre as Entrevistas de Supervisão.**

PROFISSIONAL (n=6)	Início aplicação RIME	1ª entrevista supervisão / 1º paciente	1ª entrevista supervisão / 2º paciente	Total de entrevistas (n=21)
Terapeuta Mara Wiegel.	30 / 07 / 2004	Após o 1º atendimento.	Após o 2º atendimento.	05
Psicóloga Geneci Maria Moretti	09 / 2004	Após o 3º atendimento.	Após o 1º atendimento.	04
Psicóloga Cristiane de Paula Felipe	10 / 2004	Após o 3º atendimento.	Após o 2º atendimento.	04
Enfermeira Edinaura Pereira de Souza	11 / 2004	Após o 2º atendimento.	Entrevista única após o óbito do paciente.	03
Médica Maria Goretti Sales Maciel	11 / 2004	Após o 1º atendimento.	Entrevista única após o óbito do paciente.	03
Psicólogo Raúl Marques	02 / 2005	Após o 3º atendimento.	Após o 1º atendimento, <u>mas a doente foi excluída do estudo.</u> *	02

\*A segunda paciente do psicólogo Raúl Marques foi excluída do estudo porque, embora clinicamente ruim, não havia ido a óbito até o fechamento da pesquisa em 13 de agosto de 2005, fato que veio a ocorrer em 31 de agosto. Embora o caso tenha sido excluído desta Tese, a psicóloga pesquisadora continuou a acompanhar os atendimentos, fez a supervisão pós-óbito e pretende publicar os resultados, que não mostraram nenhuma discrepância dos outros casos estudados, em artigo futuro. Na véspera de seu óbito (que aconteceu de forma serena) a paciente disse para sua tia que finalmente havia conseguido atravessar o rio que o Psicólogo Raúl sempre sugeria nas visualizações ao aplicar a RIME e, em cuja travessia, ela deveria encontrar os Seres de Luz representados por Anjos e Nossa Senhora. Relatou que tinha sentido muita paz ao fazer essa travessia.

A enfermeira Eloísa (nome fictício) não conseguiu atender nenhum paciente terminal utilizando a Intervenção RIME, dentro do prazo estipulado. Foi entrevistada uma vez (Anexo 11, 2º volume) para que as dificuldades encontradas por ela fossem identificadas e que estão discutidas no Capítulo 9.

Abaixo relacionamos os dados sociodemográficos dos pacientes que participaram do estudo.

**Quadro 7- Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos.**

Paciente n=11	Sexo	Idade	Estado civil	Filhos	Religião	Profissão	Patologia
E.O.G.	Feminino	74	Não respondido	02 (1 homem e 1 mulher)	Católica	Do Lar	Carcinoma
P.M.	Masculino	76	Casado	06 (3homens e 3(mulheres))	Católico	Técnico Metalúrgico	Câncer de Próstata com Metástase e Compressão Medular
T.A.L.	Feminino	76	Casada	02 homens	Católica	Do Lar	Câncer Endométrico
M.S.S.	Feminino	27	Amigada há 11 anos	8 (7 meninos e 1 menina)	Evangélica Quadrangular	Auxiliar de Limpeza	Câncer de Colo Uterino com Invasão de Vértebras e Bexiga
N.J.	Feminino	55	Casada	Nenhum	Católica	Professora	Câncer de Útero
Z.B.O.	Feminino	52	Solteira	Nenhum	Católica	Professora / Advogada	Câncer de Pulmão
R.A.O.	Feminino	54	Casada	6 (2 homens e 4 mulheres)	Evangélica	Do Lar	Câncer de Colo de Útero
M.L.C.I.	Feminino	57	Casada	2 (01 homem e 01 mulher)	Católica	Do Lar	Câncer de Mama
M.A.S.	Feminino	63	Viúva (registro hospitalar)	1 homem (adotivo) 1 neta adolescente	Evangélica	Auxiliar de Serviços	Pat. Meta Hepática / Tumor Primário Oculto
S.G.	Masculino	62	Casado	3 (2 homens e 1 mulher)	Espírita de Umbanda	Eletricista	Câncer de Mediastino + Síndrome de Compressão de Veia Cava Superior
M.V.C.S.	Masculino	30	Casado (divorciado e amigado)	3 (1 menina e 2 meninos)	Evangélico da Assembléia de Deus	Motoqueiro	Câncer Testicular com Metástase de Pulmão

### **8.1- Compreender a experiência do profissional na utilização da intervenção RIME.**

Os resultados colhidos no onze Questionários Estruturados, nas vinte e uma Entrevistas Semi-Estruturadas e nos onze Diários, relacionados à compreensão da experiência do profissional na utilização da Intervenção RIME, foram estudados pelo método Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática e agrupados de forma analógica em Categorias.

Foram encontradas cinco categorias e quinze subcategorias a partir das unidades de significado recortadas e cujos trechos estão demarcados em itálico no Anexo 11 (2º volume). Apresentamos a seguir um Quadro Resumo das Categorias e Subcategorias encontradas e o número de profissionais que se referiram ao tema desta Categoria no mínimo uma vez.

**Quadro 8- Resumo das Categorias e Subcategorias encontradas e o número de profissionais que se referiram ao tema desta Categoria no mínimo uma vez.**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Número de profissionais que se referiram ao tema desta Categoria no mínimo uma vez. (n=6)
1) - A INTERVENÇÃO RIME FACILITA O MANEJO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO.	1.1. Os procedimentos da RIME (escolha de imagens belas relacionadas à natureza; audição de música; visualização de lugares que sugerem paz, tranquilidade e harmonia; Seres Espirituais que transmitem amor, bondade, serenidade, proteção) favorecem a sintonia do profissional com o paciente, e este se vincula com mais facilidade. 1.2. Os procedimentos da RIME favorecem com que o profissional se coloque em postura afetuosa, acolhedora e solidária, o que fortalece o vínculo. 1.3. O clima emocional no “setting” terapêutico se apresenta com traço transcendental / espiritual (referências à presença de Seres de Luz, Anjos, etc) o que favorece o vínculo, por induzir estados de paz e serenidade.	06
2) - A INTERVENÇÃO RIME DESPERTA, COM FREQUÊNCIA, SENTIMENTOS, PERCEPÇÕES E EMOÇÕES QUE SUGEREM MATURIDADE PSICOESPIRITUAL NO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE A APLICA.	2.1. <u>Sentimentos</u> : Confiança. Responsabilidade. Realização. Doação de amor. Empatia. Privilégio por sentir que conseguiu ajudar. Ampliação da auto-estima. 2.2. <u>Percepções</u> : Aprendizagem psicoespiritual. Ser como um farol que ilumina e guia. Missão cumprida. 2.3. <u>Emoções</u> : Alegria por sentir que conseguiu ajudar. Alegria por perceber a transformação do paciente. Alegria por não ser identificado como “Profissional da Morte” e sim “Profissional da Paz”. Gratificação pelo reconhecimento dos familiares. Entusiasmo frente aos resultados.	06
3) – OS PROFISSIONAIS QUE APLICARAM A RIME MANIFESTARAM SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DE NATUREZA ESPIRITUAL / TRANSCENDENTAL QUE REFLETIRAM AMOR E PAZ E, ALGUMAS VEZES SONHOS INTUITIVOS.	3.1. <u>Sentimentos</u> : Paz. Muita serenidade. Tranquilidade. Plenitude. Harmonia 3.2. <u>Vivências</u> : - Percepção intuitiva da presença de “Seres de Luz” ou de parentes falecidos do paciente, acompanhada de sensações de mudanças agradáveis no ambiente. - Sensação de renovação das energias e/ou sono relaxante, após a aplicação da RIME. - Sentir-se envolvido por um amor incondicional. - Eventos percebidos como sincrônicos e que foram interpretados como mensagens simbólicas sobre a boa qualidade de morte do paciente. - Transformação da angústia de morte vivenciada pelo profissional, no início dos atendimentos, em estados de tranquilidade. - 3.3. <u>Sonhos</u> : - Sonhos antecipatórios. - Sonhos que refletem percepções extra-sensoriais.	06

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Número de profissionais que se referiram ao tema desta Categoria no mínimo uma vez. (n=6)
<p>4) - A APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME, ALGUMAS VEZES, DESPERTA SENSações, EMOçõES E SENTIMENTOS NEGATIVOS, NO PROFISSIONAL DE SAÚDE.</p>	<p>4.1. <u>Sentimentos</u>: Angústia intensa ao acolher a Dor Espiritual no início dos atendimentos. Angústia por vivenciar simbolicamente a própria morte. Contra-identificação com a Dor Espiritual. Medo por sentir as vivências advindas dos procedimentos da RIME como muito reais.</p> <p>4.2. <u>Sensações</u>: Invasão da intimidade do paciente. Cansaço, insônia, pesadelos após a aplicação da RIME no início dos atendimentos de paciente com profundo medo da morte.</p> <p>4.3. <u>Emoções</u>: Impotência e frustração frente às resistências do doente. Frustração, por não fazer mais um atendimento antes do óbito frente à alta do paciente.</p>	<p>04</p>
<p>5) A INTERVENÇÃO RIME É UMA PROPOSTA CONCRETA, CLARA, VIÁVEL E QUE APRESENTA RESULTADOS POSITIVOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.</p>	<p>5.1. <u>Procedimentos da RIME</u>: Re-significam a Dor Espiritual dos doentes terminais. Aproximam tanto os pacientes como os profissionais de sua própria essência. Facilitam o manejo terapêutico com o paciente e com a família. Favorecem a elaboração do luto dos familiares e dos profissionais. Viabilizam o trabalho com a espiritualidade dentro de uma perspectiva acadêmica, proporcionando sentido e segurança para o trabalho com a morte, o qual não acaba mais no vazio. Favorecem a conexão do profissional com o sofrimento do paciente. Oferecem subsídios para que os profissionais e os pacientes possam expressar suas vivências espirituais. Induzem percepções agradáveis de natureza transcendental no profissional e no paciente.</p> <p>5.2. <u>Aplicar a RIME</u>: É uma experiência gratificante. Seus resultados podem ser claramente observados e a possibilidade de serem positivos, em relação ao tratamento convencional, é ampliada. Contribui para o crescimento psicoespiritual na esfera pessoal e profissional. Existem diferenças pertinentes a cada categoria profissional no desenvolvimento deste trabalho. A motivação dos profissionais para aplicação, despertou o interesse de outros profissionais.</p> <p>5.3. <u>Sensação de amparo espiritual</u>: Profissionais perceberam-se amparados espiritualmente nas sessões e tiveram a sensação de estar iluminados, o que se manteve após o término das mesmas.</p>	<p>06</p>

A seguir relacionamos os Quadros que indicam como cada uma das Categorias foi encontrada, contendo cada unidade de significado que a representou, a que paciente e profissional cada unidade de significado se referiu, de que instrumento cada unidade de significado foi recortada e a que unidade de registro e contexto correspondeu.

## **CATEGORIA nº 1 - A INTERVENÇÃO RIME FACILITA O MANEJO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO.**

### **SUBCATEGORIAS:**

1.1. Os procedimentos da RIME (escolha de imagens belas relacionadas à natureza; audição de música; visualização de lugares que sugerem paz, tranquilidade e harmonia; Seres Espirituais que transmitem amor, bondade, serenidade, proteção) favorecem a sintonia do profissional com o paciente, e este se vincula com mais facilidade.

1.2. Os procedimentos da RIME favorecem com que o profissional se coloque em postura afetuosa, acolhedora e solidária, o que fortalece o vínculo.

1.3. O clima emocional no “setting” terapêutico apresenta-se com traço transcendental / espiritual (referências à presença de Seres de Luz, Anjos, etc) o que favorece o vínculo, por induzir estados de paz e serenidade.

Apresentamos a seguir um Quadro que indica como esta Categoria foi encontrada, contendo cada unidade de significado que a representa, a que paciente e profissional cada unidade de significado se referiu, de que instrumento cada unidade de significado foi recortada e a que unidade de registro e contexto correspondeu.

**Quadro 9- Mapa que indica como a Categoria “A INTERVENÇÃO RIME FACILITA O MANEJO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO” foi encontrada.**

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sintonia com as necessidades emocionais do paciente, observada como rica e afetiva.
Manejo do vínculo terapêutico.	Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Possibilidade de acolhimento do sentimento de fraqueza e rejeição do paciente.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Colocar-se em uma postura ativa como um farol que direciona o rumo para a re-significação da Dor Espiritual.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentir-se muito assustada frente aos aspectos agressivos do paciente, mas, mesmo assim, insistir no acolhimento afetivo e dar continuidade ao trabalho terapêutico com a RIME.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Atribuição dos resultados positivos conseguidos no vínculo terapêutico, ao trabalho de conexão com os Seres de Luz.



<b>Unidades de registro.</b>	<b>Unidades de contexto.</b>	<b>Fonte do recorte das unidades de significado.</b>	<b>Profissional</b>	<b>Paciente/ Instrumento</b>	<b>Unidades de significado</b>
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	O carinho que passava para o paciente também favoreceu a vinculação positiva do paciente.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Emocionar-se por se sentir protegendo, envolvendo o paciente em amor, de forma angelical.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Sensação de ser um anjo carregando o paciente ao aplicar a RIME.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, as decodificando.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Percepção de que os resultados alcançados com a aplicação da Intervenção RIME, nem sempre se mostram de imediato.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Sentimento de que qualquer sacrifício teria valido a pena, frente ao resultado final alcançado no trabalho com este paciente. Necessidade da paciência para se alcançar os resultados desejados.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Entendimento da linguagem verbal simbólica da paciente sobre a questão da dor que sentia.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Postura acolhedora da psicóloga nas atitudes de segurar a mão da paciente, manter contato visual e beijá-la na testa.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Vínculo estabelecido na observação das respostas de confiança e serenidade da paciente, perante a escolha das imagens, a audição de música e a visualização.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Visão pela família da psicóloga como a "moça da música", de forma afetiva.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Ao aplicar a RIME, percepção de ter estabelecido com a paciente uma boa interação, um vínculo com muita sintonia, através das atitudes desta paciente.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2º. Entrevista	Sentimento de ter sido uma facilitadora, uma “parteira”, uma intermediária entre o mundo físico e espiritual.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2º. Entrevista	Sentimento das sessões com a participação da família, como algo muito bom, que unia a todos, em um clima de muita tranquilidade, muita paz, favorecido por uma dinâmica transcendental.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 1º. Entrevista	Vínculo, com a paciente, estabelecido a partir da proposta da RIME, como oportunidade de se buscar opções não tristes, como as imagens da natureza.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 1º. Entrevista	Vínculo positivo estabelecido pelas expectativas e necessidades da paciente em receber ajuda terapêutica com conteúdos relacionados aos Anjos, Deus, um Amor que fosse superior a tudo e que coincidiam com a RIME.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Vínculo com a paciente, estabelecido a partir da proposta da RIME, como oportunidade de se trabalhar questões relativas à espiritualidade.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sintonia com as carências da paciente e sentimentos de desamparo e possibilidade de atendimento a estas carências e sentimentos através da RIME.
Manejo do vínculo terapêutico.	Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Acolhimento das necessidades da paciente, principalmente relacionadas à necessidade de confiar e de lidar com a dor, e possibilidade de manejo destas necessidades através da Rime.
Manejo do vínculo terapêutico.	Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Acolhimento das angústias da paciente.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Estabelecimento de vínculo por meio da proposta de aplicação da RIME, com aceitação da paciente.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sensação confortável da psicóloga ao propor a Intervenção RIME com boa aceitação da paciente, que favoreceu a formação do vínculo, em um caso onde a paciente tinha poucas condições físicas para se expressar.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, as decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Estabelecimento de vínculo através da aplicação da RIME, com interesse da paciente pelos procedimentos como escolher as imagens e ouvir a música.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Estabelecimento de vínculo por se colocar em uma postura de humildade, tratando a paciente de igual para igual, frente ao acolhimento da necessidade desta paciente de se manter no controle.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Estabelecimento de vínculo por mostrar-se solidária às emoções de raiva e inconformismo da paciente frente à doença.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Estabelecimento de vínculo por se colocar em uma postura de humildade, tratando a paciente de igual para igual, diante do acolhimento da necessidade desta paciente de se manter no controle.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Vínculo por acolhimento das angústias da paciente, representadas pela defesa de intelectualizar suas vivências e dificuldades afetivas.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Estabelecimento de vínculo por acolhimento das angústias da paciente, representadas pela negação do diagnóstico de fora de possibilidades de cura.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	A partir de uma boa sintonia com a paciente, observação de que ela estava no período final da doença e, por esta razão, foi proposta a RIME.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Vínculo de confiança com a paciente, já estabelecido antes da aplicação da RIME, desde a fase de possibilidade de cura, mas, fortalecido pelos procedimentos da RIME.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Vínculo de confiança com os familiares, já estabelecido antes da aplicação da RIME, mas fortalecido através desta Intervenção.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sintonia com a paciente, decodificando sua linguagem não verbal de despedida, no dia em que a paciente foi a óbito.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Possibilidade de acolhimento afetivo e desenvolvimento de um clima de serenidade no trabalho com a paciente e com os familiares, através da RIME.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Observação de que a RIME deve ser aplicada a todos os pacientes, pois favorece, entre outros aspectos, o vínculo do paciente / profissional.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Vínculo com as outras pacientes que estavam no quarto, que quiseram ficar sem biombo e também quiseram participar da aplicação da RIME.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Vínculo anterior, com a paciente, superficial, mas fortalecido rapidamente com a aplicação da RIME.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única	Sintonia com a paciente percebendo sua angústia, seu sofrimento e a evolução do quadro para um possível óbito, mesmo sem o diagnóstico de Fora de Possibilidade de Cura do médico.



Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as	Entrevistas semi-estruturadas	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Bom vínculo com a família e permissão de aplicação da técnica, através da proposta da RIME.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Vínculo de confiança estabelecido antes da aplicação da RIME, mas fortalecido pelos procedimentos desta Intervenção.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Ampliação e fortalecimento do vínculo previamente estabelecido, pelo acolhimento da angústia de morte da paciente e possibilidade de re-significação através da RIME.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Vínculo fortalecido pela sintonia com a paciente, por acolher e compreender sua comunicação não verbal de profundo medo da morte.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade.	Entrevistas semi-estruturadas	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Vínculo fortalecido pelo acolhimento afetivo e doçura, ninando-a como um nenê.

Unidades De registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do Vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1°. Paciente / 2°. Entrevista	Vínculo fortalecido por acolher e compreender sua comunicação não verbal que expressava carência afetiva e um estado regredido em nível infantil, que pedia uma ação de maternagem.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2°. Paciente / Entrevista única.	Os elementos para a aplicação da RIME foram escolhidos pelas informações dos familiares, aos quais o paciente reagiu positivamente, fato observado através da frequência respiratória e da expressão facial, indicando uma vinculação imediata.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2°. Paciente / Entrevista única.	Frente a um paciente que não tinha mais condições de se comunicar, o vínculo foi estabelecido, colhendo-se os dados sobre sua personalidade, hábitos e religião, através dos familiares.

<b>Unidades De registro.</b>	<b>Unidades de contexto.</b>	<b>Fonte do recorte das unidades de significado.</b>	<b>Profissional</b>	<b>Paciente/ Instrumento</b>	<b>Unidades de significado</b>
Manejo do Vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Sintonia estabelecida com um paciente que não mais se comunicava através dos dados colhidos junto aos familiares.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sintonia com o paciente, observando o seu estado clínico bom, apesar de fora de possibilidades de cura e, por esta razão, introduzindo os elementos da RIME de forma cuidadosa.
Manejo do vínculo terapêutico.	Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Acolhimento ao ouvir as angústias do paciente, o que favoreceu o início do processo de formação de vínculo e a introdução da RIME.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Acolhimento das angústias do paciente através disposição de ouvi-lo, favorecendo o vínculo com ele e a família.
Manejo do vínculo terapêutico.	Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sintonia com o paciente por acolhimento de suas angústias e disposição para ouvi-lo.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Manejo do vínculo terapêutico.	Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Observação de que o paciente sentia-se incomodado no início porque verbalizava suas angústias, gerando uma certa instabilidade no vínculo, mas com aplicação da RIME o vínculo se estabeleceu de forma sólida.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Observação de que a RIME favoreceu o fortalecimento do vínculo porque ele sentia bem no processo de visualização e relaxava.
Manejo do vínculo terapêutico.	Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.	Entrevistas semi-estruturadas	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Observação de que o paciente se sentiu acolhido através da aplicação da RIME, fato estendido aos outros pacientes do quarto que também se beneficiaram da intervenção no pré-operatório.

**CATEGORIA nº 2 - A INTERVENÇÃO RIME DESPERTA, COM FREQUÊNCIA, SENTIMENTOS, PERCEPÇÕES E EMOÇÕES QUE SUGEREM MATURIDADE PSICOESPIRITUAL NO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE A APLICA.**

**SUBCATEGORIAS:**

- 2.1. Sentimentos: Confiança. Responsabilidade. Realização. Doação de amor. Empatia. Privilégio por sentir que conseguiu ajudar. Ampliação da auto-estima.
- 2.2. Percepções: Aprendizagem psicoespiritual. Ser como um farol que ilumina e guia. Missão cumprida.
- 2.3. Emoções: Alegria por sentir que conseguiu ajudar. Alegria por perceber a transformação do paciente. Alegria por não ser identificado como “Profissional da Morte” e sim “Profissional da Paz”. Gratificação pelo reconhecimento dos familiares. Entusiasmo frente aos resultados.

**Quadro 10- Mapa que indica como a Categoria “A INTERVENÇÃO RIME DESPERTA, COM FREQUÊNCIA, SENTIMENTOS, PERCEPÇÕES E EMOÇÕES QUE SUGEREM MATURIDADE PSICOESPIRITUAL NO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE A APLICA” foi encontrada.**

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentir-se privilegiada por poder ajudar.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Aumento da auto-estima, a partir do trabalho com a RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Alegria, por se sentir capaz de interferir beneficemente na re-significação da Dor Espiritual, de aliviar o sofrimento, diante da iminência da morte.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Emoção de alegria frente à transformação da paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de confiança pela organização que a RIME trouxe para o seu trabalho com terapias alternativas, junto aos doentes terminais.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	A partir da capacitação para aplicar a RIME, sentir-se inteira na experiência espiritual, sem medo da crítica de outras pessoas.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sensação, na aplicação da RIME, de ser como um farol para iluminar o caminho dos outros.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de responsabilidade perante as dificuldades do paciente da família para lidar com o processo de morrer.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimentos positivos de ser acolhida e esperada pela família e pela paciente.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de proteção para a paciente, expresso em atitudes como não deixar a vizinha participar da RIME, por não sentir segurança quanto à sinceridade desta.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de proteção pela paciente, expresso em atitudes como necessidade de lhe falar, durante a RIME, que ela é muito amada.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sensação de alegria por não ter ficado com o título de 'Psicóloga da Morte' e sim, de 'Psicóloga da Paz'.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento positivo ao perceber que a paciente realmente estava se beneficiando com a RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento positivo por ter ajudado também no processo do luto da mãe da paciente, através da RIME.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento positivo por se perceber fazendo algo concreto pela paciente, ajudando-a a transcender a dor.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sensação de missão cumprida quando soube que a paciente teve uma morte tranquila.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento positivo ao observar que, através do acompanhamento da mãe da paciente às suas aplicações da RIME, esta perdeu o medo de hospital e estava com a filha no momento do óbito.
Natureza da interação emocional e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Entendimento através da RIME que a única coisa que pode transformar é o Amor, mais nada pode transformar. O Amor Incondicional é a única verdade do mundo e é a manifestação da Espiritualidade.



Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de ter doado amor para a paciente.
Natureza da interação emocional e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Percepção de ficar mais próxima de si mesma, da própria essência, do Amor, durante a aplicação da RIME.
Natureza da interação emocional e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Acontecimentos positivos na vida pessoal, atribuídos à aprendizagem deste Amor.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento positivo por perceber que realmente estava ajudando uma pessoa em um momento super difícil.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento positivo pela confiança que os familiares depositaram no seu trabalho.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento positivo por perceber que a paciente que estava angustiada e com episódios de confusão no início dos atendimentos, foi melhorando com a aplicação da RIME.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento positivo por perceber que a RIME favoreceu também a elaboração do luto dos familiares, o que contribuiu para uma morte mais tranquila da paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	O sentimento de paz e tranquilidade durante a RIME foi estendido para o alcance de uma boa e pacífica resolução de conflitos, no seu trabalho de chefiar a equipe de enfermagem.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de ter se fortalecido com a aplicação da RIME, de ter ampliado sua auto-estima, por fazer algo de muito bom para os pacientes.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Emoção gratificante quando a nora da paciente disse que o médico havia informado que não havia mais nada a fazer, além dos procedimentos realizados e havia sim, a aplicação da RIME.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Superação da própria timidez na aplicação da RIME, frente à presença de outros funcionários interessados, familiares e as outras pacientes do quarto. Constatou que era capaz de se soltar e aplicar a intervenção.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sintonia com a paciente, emocionando-se junto com ela.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de amor pela paciente, derivado da aplicação da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de empatia pela paciente e de entrega de amor ao paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista.	Emoção positiva frente ao relato da paciente de que era maravilhoso ter uma médica que cuidava dela, prescrevia medicamentos, fazia o procedimento e até cuidava também do seu espírito.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista.	Sentimento de alívio por ter conseguido aplicar a RIME e re-significar a Dor Espiritual da paciente, para que ela morresse de forma serena.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista.	Elaboração do luto e sentimento de tranquilidade, missão cumprida, frente ao óbito da paciente, atribuído aos resultados conseguidos através da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Emoção junto com a família diante da morte serena do paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Emoção ao perceber que no final da RIME o paciente ficou com um semblante lindo, mudou completamente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Superação da própria timidez pela entrega à aplicação da RIME, que significou trabalhar fundamentada no sentimento de ajudar, sem se preocupar com a crítica dos outros.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Sentimento de que a RIME ajudou a ampliar os próprios limites pessoais, pela vivência da espiritualidade.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Pelo fato de ser uma situação nova, estava um pouco ansioso, mas em seguida acalmou-se rapidamente, pois estava tranquilo diante das atitudes a tomar.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas Semi-Estruturadas.	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	No decorrer do trabalho sentiu uma transformação porque pode acolher o paciente e ao mesmo tempo relaxar. Cada vez que aplicava a RIME se sentia bem por ambos os motivos.

**CATEGORIA Nº 3 – OS PROFISSIONAIS QUE APLICARAM A RIME  
MANIFESTARAM SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DE NATUREZA  
ESPIRITUAL / TRANSCENDENTAL QUE REFLETIRAM AMOR E PAZ, E  
ALGUMAS VEZES SONHOS INTUITIVOS.**

**SUBCATEGORIAS:**

3.1. Sentimentos: Paz. Muita serenidade. Tranquilidade. Plenitude. Harmonia

3.2. Vivências:

- Percepção intuitiva da presença de “Seres de Luz” ou de parentes falecidos do paciente, acompanhada de sensações de mudanças agradáveis no ambiente.

- Sensação de renovação das energias e/ou sono relaxante, após a aplicação da RIME.

- Sentir-se envolvido por um amor incondicional.

- Eventos percebidos como sincrônicos e que foram interpretados como mensagens simbólicas sobre a boa qualidade de morte do paciente.

- Transformação da angústia de morte vivenciada pelo profissional, no início dos atendimentos, em estados de tranquilidade.

- 3.3. Sonhos:

- Sonhos antecipatórios. (MATTOON, 1980).

- Sonhos que refletem percepções extra-sensoriais. (MATTOON, 1980).

**Quadro 11- Mapa que indica como a Categoria “OS PROFISSIONAIS QUE APLICARAM A RIME MANIFESTARAM SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DE NATUREZA ESPIRITUAL / TRANSCENDENTAL QUE REFLETIRAM AMOR E PAZ E, ALGUMAS VEZES SONHOS INTUITIVOS” foi encontrada.**

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de plenitude por ter ajudado a paciente a integrar-se com a Luz / com a Espiritualidade.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional	Vivências de natureza espiritual/ transcendental.	Questionário estruturado.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7)	Percepção intuitiva da presença de Seres de Luz.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde.	Vivências de natureza espiritual/ transcendental.	Questionário estruturado.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7)	Percepção intuitiva da presença de parentes da paciente já falecidos, em sessão em que esta falou de sua infância.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde.	Vivências de natureza espiritual/ transcendental.	Questionário estruturado.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7)	Intuição sobre a morte da paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sensação de transcendência, de leveza, ao vivenciar suas próprias questões espirituais, através da aplicação da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Sentimento de uma tranquilidade muito grande, por ter sido um veículo para uma intervenção que trouxe paz.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivências de natureza espiritual/transcendental.	Questionário estruturado.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7)	Sincronicidade entre o que vem trabalhando consigo mesma e o poema escrito pelo paciente antes do óbito: estamos todos interligados.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivências de natureza espiritual/transcendental.	Questionário estruturado.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7)	Sincronicidade entre a forma que o paciente a chamava e o processo que vem buscando; ele a chamava de Rama (e não Mara) que se relaciona à realização do "Self" no Sahaja Yoga.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivências de natureza espiritual/transcendental.	Questionário estruturado.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7)	Sincronicidade ao referir-se ao filme "Cidade dos Anjos" na visita de pêsames para a família do paciente e a noite o filme passar na TV.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de tranquilidade, ao refletir sobre a iminência da morte da paciente, e a possibilidade de qualidade no processo de morrer que a RIME trouxe para a paciente e a família.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de fazer parte da família da paciente. Sentir paz, tranquilidade, junto com eles, na aplicação da RIME.



<b>Unidades de registro.</b>	<b>Unidades de contexto.</b>	<b>Fonte do recorte das unidades de significado</b>	<b>Profissional</b>	<b>Paciente/ Instrumento</b>	<b>Unidades de significado</b>
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de ajudar a paciente e a família a transpor aquele momento de dor e, através dos procedimentos da RIME, se projetarem e se unirem em um lugar sem dor.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde.	Sonhos de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7) Análise na Entrevista Semi-Estruturada.	Sonho antecipatório sobre o processo de morrer da paciente.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde.	Sonhos de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7) Observações na Entrevista Semi-Estruturada.	Sonho que reflete percepção extra-sensorial, em relação a uma possível presença da paciente, após o seu óbito, na entrevista da psicóloga com seu marido.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de paz, transmitido pela própria paciente, principalmente ao trabalhar as questões da Espiritualidade.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sensação palpável de amor; de muita tranquilidade, de paz; de leveza ao sair dos atendimentos; Estas sensações foram entendidas como “muito estranhas”, advindas da presença de Seres de Luz no ambiente.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Sonhos de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Sonho antecipatório sobre o processo de morrer da paciente, onde nos pareceu que a psicóloga elaborou os seus limites em relação a este processo. Pode ajudar na vivência do processo, mas não pode interferir no destino da paciente de morrer.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Sonhos de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Sonho que reflete percepção extra-sensorial em relação à existência de um possível mundo espiritual, uma vida após a morte.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Sonhos de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Sonho que reflete percepção extra-sensorial sobre as dificuldades da paciente, e que favoreceu a introdução de sugestões na RIME, para se lidar com estas dificuldades.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Sonhos de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Sonho, na noite do óbito, que reflete percepção extra-sensorial em relação a se ter conseguido, através da RIME, que a paciente vivenciasse uma morte tranqüila, digna, em paz, fato que realmente aconteceu.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE.	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Evento “pássaro na janela” interpretado como sinal de que a paciente estava bem, conectada com a Luz. Este “evento: pássaro na janela” ocorreu sempre que a psicóloga Cristiane ia aplicar a RIME; ocorreu também quando estava conversando com a pesquisadora Ana Catarina pelo telefone para comunicar a passagem da paciente, pois pousou um pássaro (beija-flor) na janela da Pesquisadora; no dia seguinte, quando a pesquisadora acordou para vir para a supervisão pós-óbito, um beija-flor estava na janela do quarto da Pesquisadora; também quando a psicóloga Cristiane foi fazer o Exercício Mental de despedida após o óbito da paciente utilizando a RIME, no momento em que fazia o exercício na janela do hospital, veio um pássaro e ficou próximo à janela.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos do profissional	Emoções e sentimentos experimentados na RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de renovação das energias após a RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Tranquilidade, certeza, serenidade, após fazer uma despedida mental da paciente, utilizando-se dos elementos da RIME, pela percepção intuitiva de que a paciente estava bem, conectada com a Luz.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE.	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	A psicóloga visualizou uma luminosidade brilhante, não comum no quarto, durante a RIME. A paciente disse que via arcanjos neste quarto, em referência a esta luminosidade observada pela psicóloga.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de bem-estar, de relaxamento, de envolvimento com a música, durante a RIME.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE.	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Transformação da angústia de morte, sentida pela psicóloga no início dos atendimentos, em tranquilidade, em concomitância a re-significação da Dor Espiritual da paciente e a possível conexão com os Seres de Luz.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE.	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	A psicóloga encontrava-se em um veleiro no dia do óbito da paciente e foi “visitada” por uma andorinha, entendendo isto como um sinal de que a paciente tinha ido a óbito menos angustiada, fato que realmente aconteceu naquele dia.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de paz e de recuperação das energias.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Percepção intuitiva da presença dos Seres de Luz.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	A aplicação da RIME trouxe para a enfermeira um sentimento de profunda paz. Em nenhum momento sentiu angústia.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Modificação na vivência do sono. Após ter começado a aplicação da RIME, passou a dormir muito bem.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Em todas as sessões de aplicação da RIME, nunca se sentiu sozinha e sim, sentiu a presença dos Seres de Luz, o que foi uma experiência muito gratificante.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Sentiu-se muito bem ao aplicar a RIME.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Sensação de muita tranquilidade, seguida de momentos de sono muito bons, após aplicar a RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Difícil expressar em palavras o sentimento gratificante na aplicação da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Sentimento intuitivo de que os Seres de Luz seguravam nas mãos da paciente.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Sentiu, na aplicação da Intervenção RIME, momentos de muita paz, tranquilidade e calma.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de participar da RIME. Visualizava a paciente vivenciando as suas sugestões e orientações.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento positivo por ter “levado” a paciente até a ponte e a ter deixado em um estado de serenidade.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Relato de ter dormido bem, após a aplicação da RIME com re-significação da Dor Espiritual da paciente.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde.	Sonho de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7). Análise na Entrevista Semi-Estruturada.	Sonho que reflete percepção extra-sensorial, indicando simbolicamente a forma como a médica deveria agir para conseguir aplicar a RIME.
Natureza das emoções e sentimentos do profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Sentimento de calma, após a aplicação da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Sentimento de alegria, entusiasmo, dinamismo após a aplicação da RIME e da morte serena do paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Felicidade ao sentir que não estava sozinha, que os Seres de Luz estavam presentes.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Percepção de mudança no ambiente, após o "encontro" mental / espiritual do paciente com os Seres de Luz.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2°. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Sensação intuitiva da presença dos Seres da Luz no ambiente, durante e após o término da aplicação da RIME. Sentimento de proteção frente a esta percepção.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2°. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Sentimento de uma paz imensa no quarto do paciente, durante e logo após a sua morte.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2°. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Emoção profunda por vivenciar de forma transcendental o “encontro” do paciente com os Seres de Luz e todo o processo de morrer do paciente.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2°. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Orientação, com base na intuição de que era um pedido do pai, para o filho beijá-lo no momento do óbito, que se mostrou pertinente.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2°. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Renovação das energias após a aplicação da RIME, diferente da rotina dos outros dias que, normalmente, a deixa muito cansada.



Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICOLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentiu-se muito bem ao aplicar a RIME. Saiu das sessões se sentindo renovado, tanto no aspecto físico como no emocional.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 2ª. Entrevista.	Sentimento de tranquilidade, mesmo sabendo que o paciente poderia morrer a qualquer momento.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICOLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Emocionava-se ao aplicar a RIME; não sabe quantificá-la, mas em termos qualitativos era algo muito bom.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	No momento exato da morte do M. estava só na Instituição onde trabalha, entrou na sua sala e começou a pensar e orar pelo paciente. Sentiu como que um alívio naquele momento e logo veio a notícia do falecimento do paciente.
Sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional de saúde.	Vivência de natureza espiritual / transcendental.	Questionário estruturado.	PSICOLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Acompanhamento intuitivo / espiritual da passagem do paciente considerado um processo muito forte proporcionado pelos elementos trabalhados na RIME.

**CATEGORIA nº 4 - A APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME, ALGUMAS VEZES, DESPERTA SENSACÕES, EMOÇÕES E SENTIMENTOS NEGATIVOS, NO PROFISSIONAL DE SAÚDE.**

**SUBCATEGORIAS:**

- 4.1. Sentimentos: Angústia intensa ao acolher a Dor Espiritual no início dos atendimentos. Angústia por vivenciar simbolicamente a própria morte. Contra-identificação com a Dor Espiritual do paciente. Medo por sentir as vivências advindas dos procedimentos da RIME como muito reais.

- 4.2. Sensações: Invasão da intimidade do paciente. Cansaço, insônia, pesadelos após a aplicação da RIME no início dos atendimentos de paciente com profundo medo da morte.

- 4.3. Emoções: Impotência e frustração frente às resistências do doente. Frustração, porque a paciente teve alta e não pode fazer mais um atendimento antes do óbito.

**Quadro 12- Mapa que indica como a Categoria “A APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME, ALGUMAS VEZES, DESPERTA SENSACÕES, EMOÇÕES E SENTIMENTOS NEGATIVOS NO PROFISSIONAL DE SAÚDE” foi encontrada.**

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de angústia ao vivenciar simbolicamente sua própria morte, em sincronia com a morte da paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Revisão da sua própria vida, desde a infância, em sincronia com a morte da paciente, causando-lhe sentimento de perda de controle, de medo e de irritação.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de impotência diante das resistências do paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de invasão da intimidade do paciente, quanto a uma possível opção deste, de não querer o bem-estar.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Sentimento de frustração diante da resistência do paciente em aceitar os benefícios advindos do estado de relaxamento alcançado através da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Identificação com a tristeza da paciente e do marido pela separação de um grande amor e, por isto, sentir-se uma intrusa, uma megera, por estar trabalhando com a RIME a morte da paciente, que levará à separação do casal.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Angústia frente ao sofrimento da paciente, no processo de morrer.

<b>Unidades De registro.</b>	<b>Unidades de contexto.</b>	<b>Fonte do recorte das unidades de significado.</b>	<b>Profissional</b>	<b>Paciente/ Instrumento</b>	<b>Unidades de significado</b>
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	A princípio, um pouco de medo de se perder nestes sentimentos, pela profundidade deles, e porque a experiência estava se tornando muito real.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Medo de perder o controle porque a experiência, com os procedimentos de visualização da RIME, estava sendo muito verdadeira. Percepção de que tinha Luz mesmo. Não era fruto da sua imaginação.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Tristeza, angústia, dúvida se paciente estava em paz, conectada com a Luz, porque não a tinha atendido, mais uma vez, antes do óbito.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sentimento de agonia, medo de morrer, vontade de chorar, após o 1º atendimento da RIME, entendido pela psicóloga como uma identificação sua com a intelectualização desta paciente. (Pelos métodos convencionais da psicologia, não tinha vivenciado este tipo de sentimento).

Unidades De registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado.	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Angústia de morte no início dos atendimentos.
Sonhos e Vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde.	Vivências de natureza espiritual/ transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE.	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Insônias, pesadelos e forte angústia de morte, no início do trabalho, nas duas primeiras sessões de RIME, atribuídos ao contato com a energia de pavor da morte da paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Sensação de cansaço após a aplicação da 1ª. sessão e necessidade de dormir na volta para o Hospital. Cansaço derivado do acolhimento da angústia de morte da paciente.

**CATEGORIA nº 5 - A INTERVENÇÃO RIME É UMA PROPOSTA CONCRETA, CLARA, VIÁVEL E QUE APRESENTA RESULTADOS POSITIVOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.**

**SUBCATEGORIAS:**

**5.1. Procedimentos da RIME:** Re-significam a Dor Espiritual dos doentes terminais. Aproximam tanto os pacientes como os profissionais de sua própria essência. Facilitam o manejo terapêutico com o paciente e com a família. Favorecem a elaboração do luto dos familiares e dos profissionais. Viabilizam o trabalho com a espiritualidade dentro de uma perspectiva acadêmica, proporcionando sentido e segurança para o trabalho com a morte, o qual não acaba mais no vazio. Favorecem a conexão do profissional com o sofrimento do paciente. Oferecem subsídios para que os profissionais e os pacientes possam expressar suas vivências espirituais. Induzem percepções agradáveis de natureza transcendental no profissional que aplica e no paciente.

**5.2. Aplicar a RIME:** É uma experiência gratificante. Seus resultados podem ser claramente observados. Amplia a possibilidade de se alcançar resultados positivos em relação ao tratamento convencional clínico. Contribui para o crescimento psicoespiritual na esfera pessoal e profissional. Existem diferenças pertinentes a cada categoria profissional no desenvolvimento deste trabalho. A motivação dos profissionais para aplicação, despertou o interesse de outros profissionais.

**5.3. Sensação de amparo espiritual:** Profissionais perceberam-se amparados espiritualmente nas sessões e tiveram a sensação de estar iluminados, o que se manteve após o término das mesmas.

**Quadro 13- Mapa que indica como a Categoria A INTERVENÇÃO RIME É UMA PROPOSTA CONCRETA, CLARA, VIÁVEL E QUE APRESENTA RESULTADOS POSITIVOS EM CUIDADOS PALIATIVOS foi encontrada.**

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente.	A RIME deu um sentido organizador à sua atividade terapêutica junto aos doentes terminais, funcionando como um fio condutor.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente.	Sentimento de estar mais à vontade no trabalho com pacientes terminais, pois agora tem uma forma adequada de abordar questões espirituais.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente.	Sentimento de estar mais fortalecida para trabalhar com pacientes terminais, uma vez que, de forma ordenada, observou que é possível perceber os efeitos da aplicação de uma intervenção para estes doentes e controlá-los.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 1ª. Entrevista	Percepção de que aprendeu junto com o paciente, em relação à questão de intelectualizar menos e sentir mais.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Compreensão da prática espiritual como uma possibilidade de expressão de ternura, de amor incondicional.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Aquisição de elementos para assumir suas vivências de natureza espiritual / transcendental e, em consequência necessidade de relatar e tornar pública estas experiências.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Compreensão da prática espiritual através da aplicação da RIME, não como uma questão de fé, mas sim de opção.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Encontro de sentido no atendimento ao paciente terminal, através do uso da RIME.
Manejo do Vínculo Terapêutico.	Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Aprendizagem da paciência, pela percepção de que o resultado final, a re-significação da Dor Espiritual, acontece no ritmo e tempo do paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Observação de que o trabalho de aplicação da RIME, ajudou também a crescer; ensinou a lidar com a sua ansiedade e aprender a ter paciência.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Aprendeu, ao aplicar a RIME, a observar que nem sempre temos o entendimento do que realmente está acontecendo com o outro; este re-significa sua Dor Espiritual no seu ritmo.



Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Compromisso de tornar a questão da espiritualidade uma coisa pública e sem máscaras.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª. Entrevista	Percepção de que é possível trazer um pouco de paz na hora da morte através da RIME; re-significar a dor que a pessoa atravessou a vida carregando e morrer encontrando um pouco de paz.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente.	Adquiriu uma nova perspectiva no seu trabalho, devido a uma concentração de energia sentida na conexão com os Seres de Luz.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente.	A aplicação constante da RIME pode ajudar a limpar os “canais” do profissional, para que ele possa ser um condutor menos bloqueado do Amor, da Compreensão e da Compaixão.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente.	Através deste trabalho que contempla a conexão psíquica com Seres de Luz, sentiu um novo alento para viver o “rame rame” de todo dia, que passou a ser bem mais permeado pelo Amor. Percebeu que o “convívio” mais próximo com uma dimensão mais sutil, fortifica nossos ‘eus’ para viver nesta dimensão mais grosseira (o que não é brincado), e também faz com que haja maior valorização de muitos aspectos simples e maravilhosos da vida.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente.	Necessidade de comprometimento, de expor mais sua vivência espiritual.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Grande motivação interna para aplicar a RIME, que se expandiu no setor onde trabalha, mobilizando e envolvendo toda a enfermagem em relação aos aspectos da intervenção como a música e as imagens.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Perceber-se como uma multiplicadora em relação aos aspectos da RIME, tanto no meio profissional, como no meio familiar.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Percepção da experiência de aplicar a RIME como um presente, pelo contato que foi viabilizado com a paciente e seus familiares.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Percepção da aplicação da RIME como um presente, pela possibilidade que teve de resgatar aspectos, da prática profissional, bons, positivos, que tinha perdido por ter vivenciado, anteriormente, algumas situações negativas.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Percepção da RIME como um trabalho lindo e que lhe faz muito bem
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Percepção que a RIME permitiu à família despedir-se da paciente de forma tranqüila.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	A Intervenção RIME facilita o manejo terapêutico com os familiares. Sentia-se bem-vinda pela família.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Sensação intuitiva, após o óbito da paciente, que ela estava bem; sensação de que realmente conseguiu ajudá-la.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Sentiu, durante os atendimentos, muita paz e tranqüilidade. Teve a certeza de que estava fazendo a coisa certa.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em C.P.	Melhoria do trabalho com pacientes terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Sentimento gratificante porque o marido da paciente agradeceu as intervenções com aplicação da RIME.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Sentiu-se gratificada por ter a certeza de que ajudou a paciente a ter uma morte digna e em paz.

<b>Unidades de registro.</b>	<b>Unidades de contexto.</b>	<b>Fonte do recorte das unidades de significado</b>	<b>Profissional</b>	<b>Paciente/ Instrumento</b>	<b>Unidades de significado</b>
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Facilidade para elaboração pessoal do luto, frente à iminência da morte da paciente.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente.	Considerou a aplicação da RIME como uma experiência maravilhosa.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente.	Ficou impressionada com os resultados positivos alcançados, em relação à qualidade de vida no processo de morrer, como por exemplo, o estado de tranquilidade da paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente.	Ficou impressionada com os resultados positivos alcançados, em relação à melhora da capacidade dos familiares para enfrentar a iminência da morte da paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	PSICOLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente.	No aspecto pessoal, considerou que o aprendizado e a aplicação da RIME lhe proporcionou um crescimento muito bom tanto na esfera profissional, como na pessoal.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Vivência de um turbilhão de sentimentos positivos e, por esta razão, dificuldade de expressá-los em palavras.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Entendimento da aplicação da RIME como um presente porque conseguiu integrar internamente a psicologia com a questão da espiritualidade.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Aprendizagem de como trabalhar a questão da espiritualidade em uma perspectiva acadêmica o que resultou em conforto e tranquilidade para trabalhar com doentes terminais.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Ampliação das possibilidades de obter bons resultados no trabalho com doentes terminais através da RIME, em relação à psicologia convencional.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente.	Possibilidade de ampliar a qualidade de vida do paciente, por se trabalhar a questão da espiritualidade, percebida como talvez a única forma de transformar e re-significar o sofrimento.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente.	Encontro de sentido no trabalho com pacientes terminais, não o vendo mais como terminando no vazio, frente à possibilidade de trabalho com a espiritualidade.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho.	Melhoria do trabalho com pacientes terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente.	Possibilidade de trabalhar o próprio luto em relação ao óbito do paciente através da RIME.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente.	Referência a RIME como uma experiência “ímpar”, pois ter a possibilidade de aprendê-la foi uma experiência valiosa.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Compreensão maior do sentido do seu trabalho com pacientes terminais.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Percepção de que a RIME aproxima as pessoas de sua essência. a Intervenção RIME não muda a personalidade do paciente, mas sim, a forma de lidar com o sofrimento; modifica o sentimento.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Somente o Amor Incondicional trabalhado nos procedimentos da RIME é capaz de transformar os sentimentos de medo e necessidade de controle.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Encontro de um sentido mais profundo no seu trabalho, porque descobriu que não somos impotentes e realmente temos o que fazer pelos doentes.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Maior integração com a própria essência através da aplicação da RIME.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICOLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Aprendizagem da identificação da Dor Espiritual junto aos doentes terminais.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Grande motivação interna para aplicar a RIME, que se expandiu no setor onde trabalha, despertando o interesse de outros profissionais.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Desejo de aplicar a RIME, por sentir-se bem ao vivenciar o processo desta Intervenção.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Percepção de ter se fortalecido com a aplicação da RIME porque percebeu seu próprio potencial, suas qualidades e observou que precisa acreditar mais em si mesma.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente.	Possibilidade de ajudar o paciente a ir a óbito em um clima de muita tranquilidade.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente.	Observação de ter favorecido com a RIME uma aproximação do filho que não tinha um bom relacionamento com a mãe e, cuja questão, era um dos elementos da Dor Espiritual da paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente.	A RIME proporciona serenidade e confiança para o paciente, fato também percebido pelos familiares, através das expressões não verbais do doente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Percepção de que pode fazer mais pelos pacientes, além de medicá-los e seguir apenas as prescrições médicas.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Percepção de que sua ação profissional se estende além dos cuidados físicos. Inclui também o campo de proporcionar alívio psíquico e espiritual. Inclui também a aplicação de uma técnica que leve paz ao paciente, espiritual e psicologicamente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Percepção de que é uma enfermeira não só voltada para o corpo, mas também voltada para a mente e o espírito.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Grande motivação interna para aplicar a RIME, que se expandiu no setor onde trabalha, despertando o interesse de outros profissionais.



Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente.	Perante os benefícios alcançados, a profissional e o marido da paciente afirmam que a RIME deve ser estendida e aplicada em todos os doentes.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente.	Aprendizagem de que a enfermagem não deve atender apenas às necessidades físicas dos pacientes, mas também suas necessidades espirituais.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho.	Melhoria do trabalho com pacientes terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente.	Diante dos resultados alcançados, afirmou que tem a intenção de continuar aplicando a RIME.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente.	Concluiu que, após a aprendizagem e a aplicação da RIME, não se sente mais satisfeita em só cuidar das necessidades físicas do doente terminal.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista.	Percepção de que cuidar da espiritualidade do paciente não atrapalha o papel convencional do médico.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Observação de que a participação psíquica profunda do profissional, este profundo acolhimento, envolvimento com o sofrimento do doente, melhora a atuação clínica convencional do médico.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Observação da necessidade de intimidade entre o profissional e o paciente para aplicação da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Percepção de ampliação do vínculo terapêutico através da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Observação de que foi importante aplicar a RIME em uma paciente com a qual já tinha um vínculo como médica, para perceber que incluir a questão da espiritualidade, nos cuidados médicos convencionais, não atrapalha o tratamento clínico e a confiança no médico, ao contrário, fortalece esta confiança.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Observação de que para a aplicação desta intervenção é necessário ser empático, pois aplicar a RIME implica em uma entrega de amor ao paciente.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente.	Elaboração do luto (a morte da paciente doeu menos) com a aplicação da RIME, mesmo sendo esta uma paciente querida.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente.	Lembrou-se de outros doentes igualmente queridos e que não foram atendidos através da RIME e a ferida ficou maior.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente.	Observação de que o luto do profissional é real e espiritual e que a RIME também é uma porta para a cura do luto profissional.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente	Sentimento de missão cumprida com os resultados obtidos pela aplicação da RIME.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente.	Observação do limite, da dificuldade do médico para aplicar várias sessões de RIME, pelo acúmulo de outras tarefas que desempenha e que tem que cumprir. Considera que para o médico, o ambiente domiciliar é melhor que o hospitalar. Mas, mesmo diante dos limites, considera que o médico, assim como todos os profissionais de Cuidados Paliativos, deve aprender a aplicar a RIME, para utilizá-la sempre que for necessário e possível, mas o profissional principal responsável pela aplicação da RIME deve ser o psicólogo.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Visualização, acompanhada de sentimento de bem-estar, do paciente vivenciando as suas orientações.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	A aplicação da RIME favorece uma aproximação mais inconsciente entre terapeuta e paciente, de alma para alma, algo superior.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Percepção de que os pacientes da Enfermaria que foram atendidos através da RIME tiveram mortes mais bonitas, o ambiente ficou diferente, “iluminado”, devido à espiritualidade.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Grande aprendizagem para a vida. Sentimento de estar como um fio entre a vida e a vida maior, espiritual. No entanto, sem se sentir ameaçada.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Aprender a aplicar a Intervenção RIME também ajudou a se preparar para a própria morte.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Observação de que a RIME a instrumentalizou, não só em relação aos pacientes, mas também em relação à vida pessoal.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Observação de que na aplicação da RIME, o profissional nunca está só. Os Seres de Luz ajudam e iluminam, ensinando como conduzir as experiências com os pacientes.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Sentimento de estar iluminada após a aplicação da RIME.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que a RIME suavizou não só a partida do paciente, mas também deu muita segurança para os seus familiares, cujo desejo expresso era apenas o do alívio do sofrimento e que o Sr S.G. tivesse uma passagem aliviada. O objetivo foi alcançado.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Observação de que o quadro deste paciente se encaixa muito bem com o perfil do médico – o socorro e alívio imediato – sem o comprometimento de suas funções específicas.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho.	Melhoria do trabalho com pacientes terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que a RIME aborda a essência do profissional e do paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que o profissional precisa estar bem para aplicar esta Intervenção e que, se o ambiente do entorno do paciente estiver “muito pesado”, o profissional deve começar a RIME devagar e com cuidado.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que a RIME parece simples, mas não é, porque conecta o profissional diretamente com o sofrimento do paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que o profissional precisa abrir seu coração para sentir a presença dos Seres de Luz e ajudar o paciente.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MEDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Constatação de que teve vários outros pacientes, os quais não sabia como ajudar e agora, com a RIME, sabe exatamente o que deveria ou poderia ter sido feito.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Aprendizado da paciência; de acompanhar o processo de re-significação da Dor Espiritual no tempo do paciente.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	Grande contribuição para o seu desenvolvimento como pessoa e como profissional.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	Sentimento de tranquilidade, segurança e relaxamento ao aplicar a RIME.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	A aplicação da RIME favoreceu o fortalecimento do vínculo com paciente e familiares.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	A RIME favoreceu ao psicólogo, um posicionamento mais inteiro, na esfera pessoal e na esfera profissional.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	A RIME favoreceu ao psicólogo, um sentimento de segurança e serenidade diante do binômio morte – vida.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	Aprendeu a não ter preconceito em sentir compaixão.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	Observou que se fortaleceu espiritualmente frente às vivências que experimentou no acompanhamento deste paciente através da RIME.

## 8.2- Ampliar a compreensão da natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.

Este objetivo específico foi analisado através de dois métodos: Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática (Qualitativo) e Descritivo Quantitativo.

A Dor Espiritual e o processo de re-significação desta Dor foram identificados de forma qualitativa pelos profissionais nos atendimentos, transcritos no Questionário Estruturado e analisados junto com a pesquisadora nas Entrevistas de Supervisão. (Método da Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática).

A intensidade da Dor Espiritual também foi avaliada pelos próprios doentes através da Escala E.V.A. de Bem-Estar no início e final de cada sessão para aplicação da RIME. (Método Descritivo Quantitativo).

### - Análise Qualitativa da Dor Espiritual.

O nosso objeto de estudo “Dor Espiritual e o processo de re-significação desta Dor “ foi trabalhado pelo método Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática, tendo como unidade de registro a Dor Espiritual, delimitada pelas unidades de contexto medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida, idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e culpas perante Deus. Nos atendimentos aos pacientes, os profissionais identificaram os núcleos de sentido, com supervisão da pesquisadora. Estes núcleos de sentido foram agrupados de forma analógica em Categorias. Observamos que as Categorias foram identificadas pela pesquisadora, com base no relato e transcrição dos profissionais.

Foram encontradas **06 categorias** e **11 subcategorias** a partir das **28 unidades de significado** descritas nas questões 2 e 3 dos Questionários Estruturados relacionadas a seguir neste capítulo.

Apresentamos a seguir um Quadro Resumo das 06 categorias e 11 subcategorias encontradas e do número de pacientes que apresentaram Dor Espiritual em cada uma das Categorias, ao menos uma vez.



**Quadro 14- Categorias encontradas em relação à Dor Espiritual e número de Pacientes que apresentaram Dor Espiritual em cada uma das Categorias, no mínimo uma vez.**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Pacientes	Número de Pacientes que apresentaram Dor Espiritual nesta categoria, no mínimo uma vez. (n=11)
1º Medo da morte por negação da gravidade do quadro clínico.	- Dificuldade em aceitar o diagnóstico e os cuidados clínicos. - Apego ao mundo concreto e material.	E.O.G.; P.M.; Z.B.O.; R.A.O.; M.A.S.	05
2º Medo da morte por percepção da gravidade do quadro clínico.	- Preocupação importante com o sofrimento físico. - Expressões não verbais de tensão, medo e pavor. - Exacerbação dos sintomas clínicos.	N.J.; M.L.C.I.; R.A.O.; S.G.; M.V.C.S.	05
3º Medo do pós-morte por vivências ou sonhos espirituais negativos.	- Visualização de imagens apavorantes ou muito assustadoras.	M.S.S.; Z.B.O.	02
4º Medo do pós-morte pelo sentimento de desintegração, de inexistir, de ser afetivamente esquecido.	- Estado de alerta exacerbado. - Angústia de separação. - Dúvidas sobre o Amor Divino.	M.A.S.; E.O.G.; P.M.; T.A.L.; N.J	05
5º Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida pela ausência deste sentido e sentimento de vazio existencial.	- Experiências anteriores negativas, de ordem afetiva ou produtiva.	E.O.G.; M.S.S.; R.A.O.; M.V.C.S.	04
6º Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade por experiências de abandono afetivo projetado na espiritualidade.	- Dificuldade de transcendência. - Dificuldade em confiar na espiritualidade.	E.O.G.; M.S.S.	02

Apresentamos a seguir um Quadro para cada uma das Categorias encontradas, contendo o aspecto da Dor Espiritual a que se refere, o paciente que a manifestou, a natureza desta Dor e a expressão pelo doente da re-significação da mesma.

**CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 1: MEDO DA MORTE POR NEGAÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO CLÍNICO.**

SUBCATEGORIAS: Dificuldade em aceitar o diagnóstico e os cuidados clínicos. Apego ao mundo concreto e material.

**Quadro 15- Mapa que indica como a Categoria MEDO DA MORTE POR NEGAÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO CLÍNICO foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.**

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente P.M. (Masculino, 76, Câncer de Próstata com Metástase e Compressão Medular, Católico, Técnico Metalúrgico).	Resistência em aceitar o estado terminal, representada pela crença de que voltaria a caminhar e a negação de que este quadro era irreversível.	Nas primeiras intervenções o paciente relatou melhora de bem-estar após a aplicação da RIME. Na penúltima sessão o paciente disse não ter encontrado alívio, apesar de ter relaxado durante a sessão (observado estado REM), de ter dormido tranquilamente após a RIME e também durante a noite. Diante de sua postura dramática durante as sessões, esperava-se que este paciente fosse a óbito com muito "choro e ranger de dentes", o que não ocorreu, ele morreu de forma silenciosa.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Expresso pela dificuldade em aceitar os cuidados da Enfermagem.	A paciente passou a ser mais cordial com a Enfermagem e morreu tranqüila. Entrou em apnéia, depois de uma crise de vômito.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Expresso pela dificuldade em aceitar a realidade “doença fora de possibilidade terapêutica de cura”.	Melhora de humor e atitudes que demonstravam emoções positivas, no final das sessões.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente Z.B.O. (Feminino, 52, Câncer de Pulmão, Católica, Professora e Advogada).	Expresso pela dificuldade em aceitar o diagnóstico fora de possibilidades de cura.	Pediu para a psicóloga, que a atendia através da RIME, fazer logo todo o trabalho porque achava que não iria agüentar muito tempo. No dia anterior a sua morte a paciente chamou a sua cunhada e explicou que iria fazer uma viagem no dia seguinte e que queria seu sapato branco e seu vestido colorido.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente Z.B.O. (Feminino, 52, Câncer de Pulmão, Católica, Professora e Advogada).	Necessidade exacerbada de controlar, de apegar-se ao racional, ao intelectual, ao material, defendendo- se de sua afetividade, isolando seus sentimentos e não pensando em Deus ou em Anjos.	Demonstrou afetividade para com a psicóloga e o médico que cuidavam dela, pedindo para a cunhada preparar uma refeição para eles. Também deixou para a psicóloga o Anjo da Guarda que se lembrou de ter ganhado de um aluno, como um sinal da ajuda recebida através da RIME, no processo de morrer.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente R.A.O. (Feminino, 54, Câncer de Colo de Útero, Evangélica, Do Lar).	Negação da gravidade da doença e esforço contínuo para viver e curar-se. Mesmo fora de possibilidade de cura alimentava a esperança de viver por muito tempo.	Não foi possível conversar com a paciente para que ela relatasse o que sentia, dado seu estado clínico, porém, ao término de cada sessão, manifestava simbolicamente aceitação aos procedimentos da RIME tomando a água que a enfermeira que estava aplicando esta Intervenção lhe oferecia, acenava com olhares e às vezes verbalizava que estava bem.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente M.A.S. (Feminino, 63, Patologia Meta Hepática (Tumor Primário Oculto), Evangélica, Auxiliar de Serviços da Secretaria da Fazenda).	Negação da possibilidade de morrer em breve e ausência de uma experiência espiritual profunda que a levava a se angustiar ao perceber a gravidade de sua doença.	Na segunda sessão a médica que aplicou a RIME nesta paciente só conseguiu realizar a mesma após, literalmente, niná-la com uma criança que precisa da mãe e fazê-la dormir por alguns minutos. Quando começou a sessão da RIME propriamente, a paciente suspirou profundamente por duas vezes e a partir daí, a sua expressão e o seu comportamento mudaram muito. Ela ficou muito tranqüila, aparentemente, até a hora da sua morte. Não conversou mais, mas serenou e morreu dormindo!

**CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 2: MEDO DA MORTE POR PERCEPÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO CLÍNICO.**

**SUBCATEGORIAS:** Preocupação importante com o sofrimento físico. Expressões não verbais de tensão, medo e pavor. Exacerbação dos sintomas clínicos.

**Quadro 16-** Mapa que indica como a Categoria MEDO DA MORTE POR PERCEPÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO CLÍNICO foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente N.J. (Feminino, 55, Câncer de Útero, Católica, Professora).	Relato insistente sobre seu sofrimento e mal-estar físico.	Na última sessão de RIME, a paciente verbalizou que seu corpo estava na EVA vermelha, mas ela estava se sentindo na EVA azul. Fez uma passagem muito tranquila e apesar da falta de ar, no momento da morte, somente deu um suspiro profundo.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente M.L.C.I. (Feminino, 57, Câncer de Mama, Católica, Do Lar).	Semblante assustado, o que preocupava muito os familiares.	A paciente estava com muito desconforto respiratório e os familiares perguntaram aos médicos se não havia mais nada que pudesse aliviá-la; a equipe médica respondeu que já estava sendo feito tudo o que era possível. Na tarde deste mesmo dia foi aplicada a RIME e a nora da paciente disse que havia sim, mais alguma coisa para fazer e essa “mais alguma coisa” era esta Intervenção, pois a paciente melhorou da dispnéia e suavizou seu semblante em expressão de serenidade.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente M.L.C.I. (Feminino, 57, Câncer de Mama, Católica, Do Lar).	Angústia respiratória importante e imobilidade no leito.	Após os primeiros trinta minutos da RIME, a paciente, que não estava conseguindo movimentar-se no leito, virou-se e procurou sozinha uma posição de conforto e com uma expressão alegre no rosto, continuou o relaxamento. Nesse momento pareceu à enfermeira que os Seres de Luz estavam segurando nas mãos da paciente.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente R.A.O. (Feminino, 54, Câncer de Colo de Útero, Evangélica, Do Lar).	Comportamentos de muita agitação, aflição e angústia, indicando sofrimento espiritual intenso, visto que a paciente estava adequadamente medicada.	Na 1ª sessão, a paciente foi modificando seu semblante, minimizando a agitação. No final da sessão “acordou” e jogou um beijo para a enfermeira, que a deixou calma, junto aos filhos. Este comportamento de tranquilidade após a aplicação da RIME continuou a manifestar-se nas sessões subseqüentes. No final da quinta sessão apresentou-se ainda mais tranqüila que nas sessões anteriores; nesta sessão a orientação para o contato com os Seres de Luz foi feita de forma mais intensa, assim como o caminhar pela ponte e atravessá-la, como símbolo de passagem entre a vida física e a vida espiritual.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente S.G. (Masculino, 62, Câncer de Mediastino + Síndrome de Compressão de Veia Cava Superior (SCVCS), Espírita de Umbanda, Eletricista).	Fisionomia pesada e que transparecia angústia antes da aplicação da Intervenção RIME.	Quando a médica, Dra Goretti, se aproximou do paciente e o convidou para um passeio de barco no mar, ele teve uma pequena crise de aflição, como se quisesse falar algo. Aos poucos, foi se acalmando. Apesar dos roncões respiratórios, a respiração ficou mais calma. Mas, a maior mudança foi no semblante, que expressava serenidade e paz durante e após a aplicação da RIME, fato que também foi percebido pelos familiares presentes (irmã, filho mais velho e nora). O paciente parou de respirar na presença da médica, 12 minutos após ela ter encerrado a aplicação da RIME. O coração parou de bater em torno de três minutos após a parada respiratória. Imediatamente, a irmã do paciente percebeu o quanto sua expressão era absolutamente serena.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente M.V.C.S. (Masculino, 30, Câncer Testicular com Metástase de Pulmão, Evangélico da Assembléia de Deus, Motoqueiro).	Gritos de dor e comportamentos de agressividade e ansiedade. Alguns dias antes do óbito disse que "estava batendo as botas".	Após cada aplicação da RIME, o paciente relaxava e conseguia dormir, a sua aparência de tensa mudava para serena. Às vezes ligava para o psicólogo, solicitando antecipação do atendimento. Verbalizava que tanto o exercício da RIME, quanto às conversas, lhe faziam bem e relaxavam. Após o início da aplicação da RIME, o paciente que referia dor física insuportável, melhorou. A mãe do paciente, na primeira internação deste, teve uma visão de um Ser de branco iluminado que, com um jarro, ungiu a cabeça do filho e nessa mesma cena seus antepassados (já falecidos) estavam ao redor de seu filho. Quando o paciente estava na UTI, sedado, próximo ao óbito, ela viu sobre sua cabeça um Ser de Luz que o abençoava; estes fatos foram entendidos pela família como uma morte amparada e digna e agradeceram ao psicólogo todo o trabalho realizado, incluindo a aplicação da RIME. Importante observar que a mãe que já foi Espírita, atualmente é Testemunha de Jeová.



**CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 3: MEDO DO PÓS-MORTE POR VIVÊNCIAS OU SONHOS ESPIRITUAIS NEGATIVOS.**

**SUBCATEGORIA:** Visualização de imagens apavorantes ou muito assustadoras.

**Quadro 17-** Mapa que indica como a Categoria MEDO DO PÓS-MORTE POR VIVÊNCIAS OU SONHOS ESPIRITUAIS NEGATIVOS foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo do pós-morte morte e sua re-significação.	Paciente M.S.S. (Feminino, 27, Câncer de Colo Uterino com Invasão de Vértex e Bexiga, Evangélica Quadrangular, Auxiliar de Limpeza).	Manifestado pela visualização de imagens negativas e assustadoras as quais tinha antes da aplicação da Intervenção RIME. Ela via cobras na parede, dizia que pessoas queriam matá-la, muitas coisas ruins.	Após o início da aplicação da RIME a paciente começou a ver uma pessoa muito iluminada do lado dela à noite, uma presença de uma Luz muito forte e também crianças; segundo ela, a sensação era muito boa. Antes da psicóloga chegar para começar a sessão, ela começava a ver crianças, ela dizia que tinha uma senhora sempre perto desta psicóloga.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente Z.B.O. (Feminino, 52, Câncer de Pulmão, Católica, Professora e Advogada).	Visualização, nos primeiros atendimentos através da RIME, de uma paisagem morta e enervada e pelos pesadelos que costumava ter com monstros e mosquitos (abelhas) gigantes.	A paciente conseguiu visualizar uma paisagem bonita e agradável onde se sentiu bem, assim como visualizou um Anjo da Guarda, a quem deu o nome de Gabriel, se encontrando com ela e se lembrou que havia ganhado um Anjo da Guarda de um aluno. Também relatou que estava tendo visões com seus pais já falecidos e que não sentia medo, apesar de não ter tido um bom relacionamento com estes familiares.

**CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL n° 4: MEDO DO PÓS-MORTE PELO SENTIMENTO DE DESINTEGRAÇÃO, DE INEXISTIR, DE SER AFETIVAMENTE ESQUECIDO.**

**SUBCATEGORIAS:** Estado de alerta exacerbado. Angústia de separação. Dúvidas sobre o Amor Divino.

**Quadro 18-** Mapa que indica como a Categoria MEDO DO PÓS-MORTE PELO SENTIMENTO DE DESINTEGRAÇÃO, DE INEXISTIR, DE SER AFETIVAMENTE ESQUECIDO foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente M.A.S. (Feminino, 63, Patologia Meta Hepática (Tumor Primário Oculto), Evangélica, Auxiliar de Serviços da Secretaria da Fazenda).	Medo de fechar os olhos e dormir, como extensão ou amplificação da carência afetiva em que parecia viver.	Na 1ª sessão, M.A.S. modificou muito a sua expressão e emitia sons, como pequenos gemidos ou como cantarolasse para si própria. Ao término da sessão sentiu-se encantada com o que vivenciou na visualização; deixou claro que havia entendido como era a experiência espiritual e que depois da morte restaria vida.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Expresso pela dificuldade de aceitação das imagens que aludiam à passagem entre a vida física e a espiritual.	Gesto de bênção para a terapeuta alternativa na despedida da sessão, a qual havia conectado-se, através da visualização com o túnel de Luz.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente P.M. (Masculino, 76, Câncer de Próstata com Metástase e Compressão Medular, Católico, Técnico Metalúrgico).	Medo de ser abandonado, esquecido, possivelmente reativo ao fato de ter abandonado a esposa e os filhos repetidas vezes durante a vida e também abandonado a mãe na hora da morte desta.	Em seguida à última aplicação da RIME, as véspera de sua morte, sentou-se, observou o vácuo e escreveu: "A caminho do descanso eterno, registrei para os que ficam o que se segue: Estamos unidos por toda a eternidade. O destino é assim...".

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente T.A.L. (Feminino, 76 Anos, Câncer Endométrico, Católica, Do Lar)	Angústia de separação, preocupação em deixar o marido e os filhos. Em entrevista com o marido, ele relatou que os dois, a esposa e ele, sempre se prepararam para que ele morresse primeiro, já que tinha mais idade que ela.	<u>1ª. sessão:</u> A paciente mostrou-se receptiva, fez bom contato visual, mas falava com dificuldade. Durante o exercício da RIME T. segurou a mão da psicóloga e em alguns momentos aumentou a pressão exercida. A Psicóloga percebeu que a face da paciente se suavizou durante a RIME e às vezes sorriu. No final deste primeiro atendimento referiu sentir-se mais tranqüila e agradeceu com palavras, um sorriso e um beijo. Nos outros atendimentos como a paciente não conseguia falar, durante a aplicação da RIME, a Psicóloga pedia um sinal para a paciente, de que esta a estava entendendo e T., nesses momentos, apertava os olhos ou pressionava levemente sua mão e a do filho ou do marido, que também seguravam sua mão durante os atendimentos. Foi a óbito de forma muito serena, rodeada pelos familiares e com o filho massageando os seus pés; os familiares não perceberam que a paciente tinha morrido; informaram à enfermagem que ela estava muito tranqüila.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente N.J. (Feminino, 55, Câncer de Útero, Católica, Professora).	Necessidade de se sentir conectada com um mundo espiritual belo, protetor e acolhedor.	Durante a aplicação da Intervenção RIME a paciente não só visualizou os Seres de Luz e se sentiu envolvida em amor por eles, como também relatou ter visto estes Seres no quarto em que se encontrava, aos quais ela interpretou como Arcanjos crianças. Neste momento relatou para a psicóloga que aplicava a RIME que não estava com medo.

**CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 5: IDÉIAS E CONCEPÇÕES NEGATIVAS EM RELAÇÃO AO SENTIDO DA VIDA PELA AUSÊNCIA DESTE SENTIDO E SENTIMENTOS DE VAZIO EXISTENCIAL.**

**SUBCATEGORIA:** Experiências anteriores negativas, de ordem afetiva ou produtiva.

**Quadro 19-** Mapa que indica como a Categoria **IDÉIAS E CONCEPÇÕES NEGATIVAS EM RELAÇÃO AO SENTIDO DA VIDA PELA AUSÊNCIA DESTE SENTIDO E VAZIO EXISTENCIAL** foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Afirmação que nunca fez nada de bom para ninguém.	Sorriso ao reconhecer sua influência na decisão da escolha profissional da acompanhante.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.	Paciente M.S.S. (Feminino, 27, Câncer de Colo Uterino com Invasão de Vértebras e Bexiga, Evangélica Quadrangular, Auxiliar de Limpeza).	Pessimismo pela vivência de abandono e solidão que experimentava.	Após as sessões de RIME, a paciente sempre verbalizava que se sentia mais tranqüila. Sua face ficava sempre mais suave e algumas vezes referiu melhora da dor física. Morreu amparada pela mãe, que através da RIME, perdeu o medo de ficar no hospital.
Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.	Paciente R.A.O. (Feminino, 54, Câncer de Colo de Útero, Evangélica, Do Lar).	Experiência negativa com um dos filhos que lhe tinha dado muito trabalho e estava ausente.	Em relação a este filho, no final da aplicação da Intervenção RIME, foi muito interessante segundo a enfermeira, pois a paciente pareceu não mais se importar com o sofrimento que este filho lhe havido causado.
Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.	Paciente M.V.C.S. (Masculino, 30, Câncer Testicular com Metástase de Pulmão, Evangélico da Assembléia de Deus, Motoqueiro).	Culpa que demonstrava em seu discurso quando se referia ao rumo que deu à sua própria vida, principalmente no que se refere à vida familiar.	A questão da família foi trabalhada tanto verbalmente, quanto nas visualizações da RIME. O psicólogo pedia para o paciente visualizar sua família toda iluminada (filhos, pais, todos os que amava); estavam felizes porque o amor de Deus também estava chegando até eles e assim, ia preparando-o para despedir-se dos seus familiares. Próximo ao óbito o paciente conversou com sua ex-esposa, finalizou tarefas inacabadas, fez uma revisão e conclusão de sua vida fantástica, segundo o psicólogo.

**CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL n° 6: IDÉIAS E CONCEPÇÕES NEGATIVAS EM RELAÇÃO À ESPIRITUALIDADE POR EXPERIÊNCIAS DE ABANDONO AFETIVO PROJETADO NA ESPIRITUALIDADE.**

**SUBCATEGORIAS:** Dificuldade de transcendência. Dificuldade em confiar na espiritualidade.

**Quadro 20-** Mapa que indica como a Categoria **IDÉIAS E CONCEPÇÕES NEGATIVAS EM RELAÇÃO À ESPIRITUALIDADE POR EXPERIÊNCIAS DE ABANDONO AFETIVO PROJETADO NA ESPIRITUALIDADE** foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Apetite voraz, apesar da impossibilidade de se alimentar.	Entendimento da impossibilidade de se alimentar fisicamente, após ter conectado-se, através da visualização com o túnel de Luz, simbolicamente como um alimento espiritual.
Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e sua re-significação.	Paciente M.S.S. (Feminino, 27, Câncer de Colo Uterino com Invasão de Vértabras e Bexiga, Evangélica Quadrangular, Auxiliar de Limpeza).	Visualização na primeira sessão de RIME, de uma mulher que poderia ampará-la do afogamento, mas não fez nada para salvá-la.	A paciente passou a visualizar as imagens que escolheu como: bosque muito verde, cachoeira, rio, caminho iluminado. A psicóloga sempre usou imagens que a paciente acreditava: a presença de Anjos; o amor que Deus tinha por ela e que também era perdão; que não a estava julgando e sim a acolhendo. Falou muito para ela se ligar a Luz, se sentir amada; a paciente mostrou conseguir porque se transfigurava quando a psicóloga começava a falar a respeito disso; era como se ela realmente soltasse o corpo e se deixasse fluir de uma forma impressionante.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e sua re-significação.	Paciente M.S.S. (Feminino, 27, Câncer de Colo Uterino com Invasão de Vértebras e Bexiga, Evangélica Quadrangular, Auxiliar de Limpeza).	Idéias negativas ou dúbias em relação à espiritualidade, pois manifestava necessidade de se assegurar que poderia confiar em Deus e que seria feliz na próxima vida, na vida espiritual.	Relato que durante o relaxamento sentia uma paz muito grande, como se estivesse diante de Deus, mas sem necessidade de palavras, como se comunicassem com a mente ou com o coração. Como se Deus soubesse tudo o que ela sentia e isto lhe proporcionava uma sensação de segurança.

### - Resultados quantitativos

Em relação aos Resultados quantitativos obtidos na análise da “Dor Espiritual e o processo de re-significação desta Dor “ através do método Descritivo Quantitativo, os doentes avaliaram seu bem-estar por meio da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar (Anexo 8), no início e final de cada sessão de RIME. A escala tem seis faces coloridas que expressam desde a ausência de sofrimento até o sofrimento insuportável. A face azul (10) expressa nenhum sofrimento; a face azul esverdeado (8) expressa sofrimento leve; a face verde (6) expressa sofrimento moderado; a face amarela (4) expressa sofrimento incômodo; a face laranja (2) expressa sofrimento intenso; a face vermelha (0) expressa sofrimento insuportável

A seguir apresentamos os resultados obtidos.

Os resultados que derivaram da observação de familiares ou do próprio profissional, porque o paciente encontrava-se impossibilitado de se comunicar, foram desconsiderados nesta análise.

Os dados sobre o “Bem-Estar” manifestado pelos doentes antes e após as sessões da RIME estão apresentados na Quadro 21 e na Figura 1. Foram calculadas as medianas e médias por doente e o número de sessões em que houve melhora de “Bem Estar” .

A comparação da diferença dos escores no final e no início de cada sessão foi feita, a partir das medianas, utilizando-se o Teste de Wilcoxon, pois os dados foram considerados não paramétricos. Observamos diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ), isto é, no final das sessões de RIME os doentes relataram maior nível de Bem-Estar do que no início da sessão.

**Quadro 21- Escore de Bem-Estar manifestado pelos pacientes (n=8) utilizando a Escala Visual Analógica (E.V.A.) antes e após a Intervenção RIME.**

Paciente	Número de sessões em que o bem-estar foi avaliado	EVA – Bem-estar INÍCIO da sessão	EVA – Bem-estar FINAL da sessão	Número de sessões em que houve melhora do bem-estar.
E.O.G.	03	escore 4,2, 2 total=8 Média = 2,6 Mediana = 2	escore 8,8,10 total=26 Média = 8,6 Mediana = 8	03
P.M.	05	escore 0+0+0+0+0=0 Média = 0 Mediana = 0	escore 4+4+8+4+0=20 Média = 4 Mediana = 8	04
M.S.S.	04	escore 4+2+0+2=8 Média = 2 Mediana = 0	escore 6+6+6+10=28 Média=7 Mediana = 6	04
N.J.	03	escore 2+8+10=20 Média = 6,6 Mediana = 8	escore 10+10+10=30 Média=10 Mediana = 10	02
Z.B.O.	04	escore 5+5+6+6=22 Média=5,5 Mediana = 5,5	escore 5+5+6+7=23 Média=5,75 Mediana = 5,5	01
M.L.C.I.	01	escore 0 Média = 0 Mediana = 0	escore 10 Média=10 Mediana = 10	01
M.A.S.	02	escore 6+2=8 Média= 4 Mediana = 4	escore 8+8=16 Média= 8 Mediana = 8	02



Paciente	Número de sessões em que o bem-estar foi avaliado	EVA – Bem-estar INÍCIO da sessão	EVA – Bem-estar FINAL da sessão	Número de sessões em que houve melhora do bem-estar.
M.V.C.S.	11	escore 6+6+6+6+6+6+ 6+6+6+6+6=66 Média=6 Mediana = 6	escore 10+10+10+10+10+10+ 10+10+10+10+10=110 Média=10 Mediana = 10	11
Total sessões	33	escore total 132 Média = 4 Mediana = 5	escore total 263 Média=7,96 Mediana = 10	28

Teste de Wilcoxon -  $p < 0,0001$

### EscaLa Visual Analógica

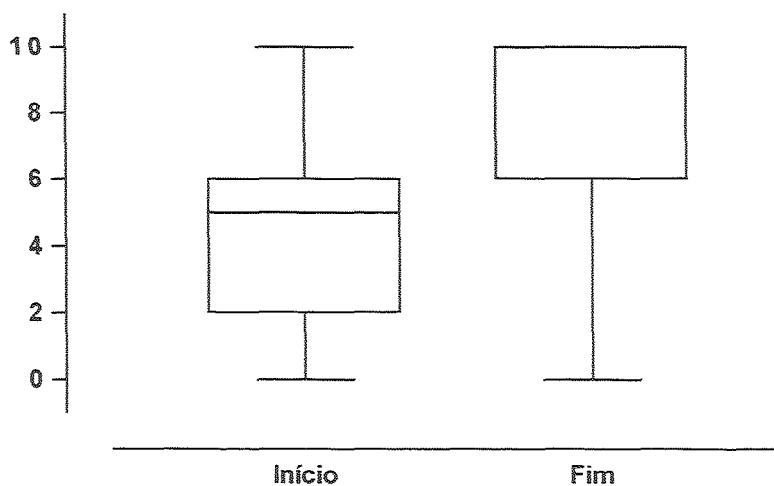


Figura no. 1- Gráfico Blox Plot. Escores de Bem-Estar relatados pelos doentes utilizando a Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar, antes e no final das sessões de RIME.

PERCENTIL:

Início: 25% 2 6

Final: 75% 6 10

MEDIANAS:

Início: 5

Final: 10



## 9- DISCUSSÃO

Em continuação ao nosso estudo de mestrado, nesta tese disponibilizamos um Programa de Treinamento para profissionais de saúde para o uso da Intervenção RIME com o objetivo de re-significar a Dor Espiritual dos doentes terminais. Este Programa de Treinamento foi operacionalizado em duas fases.

Na fase 1 propusemos, elaboramos e operacionalizamos um Curso de Capacitação para profissionais da área de saúde sobre a Intervenção RIME. Na fase 2 supervisionamos os profissionais capacitados nos atendimentos aos pacientes terminais, o que nos permitiu analisar este Programa de Treinamento através de duas vertentes: compreender a experiência do profissional de saúde na utilização da RIME, assim como também compreender a natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação desta Intervenção. A seguir discutimos os resultados alcançados.

### **9.1- Discussão sobre as categorias relacionadas à compreensão da experiência do profissional no uso da RIME.**

#### **1<sup>A</sup> CATEGORIA: A INTERVENÇÃO RIME FACILITA O MANEJO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO.**

Em relação à primeira entrevista FIORINI (1991) afirma que o desempenho do terapeuta pode ter uma influência decisiva para a adesão do paciente ao tratamento assim como na eficácia que o processo terapêutico possa vir a alcançar. Para tanto é muito importante que sua ação terapêutica não se exerça meramente pelo efeito placebo do contato inicial e sim que o terapeuta possa realizar intervenções adequadas, capazes de potencializar esse efeito. Isto significa, no caso específico de pacientes terminais, desde a primeira entrevista, poder receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente e oferecer em retorno, para alívio desses sintomas, além de uma proposta terapêutica (RIME), oferecer-se como porto seguro, ou seja, colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade. Para tanto é fundamental que o profissional estabeleça uma sintonia com o

paciente, compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as, e favorecendo, através do método proposto, uma possibilidade de re-significação da Dor Espiritual. FERREIRA (2003) afirma que o manejo correto da afetividade do paciente facilita a aceitação das sugestões. Observamos pelos dados colhidos nesta Categoria que os profissionais encontraram recursos nos procedimentos da RIME para realizar intervenções adequadas, favorecendo e facilitando a vinculação do paciente, assim como a aceitação da família ao trabalho.

VAN LOMMEL (2004) em referência às relações ou diferenças entre a mente e o cérebro e também sobre a continuidade da consciência após a morte, escreveu, utilizando-se de uma metáfora, que a voz que ouvimos ao telefone não está dentro do telefone; o concerto que ouvimos no rádio apenas é transmitido pelo rádio, mas não está no rádio; os programas que assistimos pela televisão são o resultado de uma determinada frequência de transmissão. A Internet não está localizada dentro do computador. Ao desligarmos o rádio, a televisão, ou o computador, fechamos nosso canal de recepção, mas a transmissão continua. Dentro desta linha de raciocínio a Intervenção RIME é oferecida aos pacientes terminais; é proposto ao doente que seu corpo está doente, mas sua alma pode libertar-se através dos procedimentos da RIME, ou seja, sua alma pode se situar em estados de serenidade, paz, amor, harmonia, beleza, através da mudança no foco dos sentimentos e dos pensamentos, de negativos, ameaçadores, tristes, angustiantes, para os positivos. O cérebro pode “mudar o canal” das tristezas pela doença do corpo, para a serenidade sugerida pelos elementos da RIME, libertando a alma da angústia.

Desta forma, de acordo com os dados colhidos nesta categoria, os profissionais observaram que os procedimentos de oferecer ao paciente a escolha de imagens belas relacionadas à natureza, a audição de música, a visualização de lugares que sugerem paz, tranquilidade e harmonia e a referência a Seres Espirituais que transmitem amor, bondade, serenidade, proteção favoreceram a sintonia do profissional com o paciente, e este se vincula com mais facilidade.

Foi observado, através desta categoria, que o doente vincula-se com mais facilidade ao receber uma proposta concreta e clara de um trabalho que sugere libertar sua alma do estado de sofrimento, apesar do seu estado clínico continuar a declinar.

O clima emocional no “setting” terapêutico, por sua vez, por se apresentar com traço transcendental / espiritual de proteção e amor (referências à presença de Seres de Luz, Anjos, etc) também favorece o vínculo.

A “escuta terapêutica” é um instrumento importante para os trabalhos desenvolvidos na área de saúde, e que pode ser potencializada através de intervenções adequadas por parte do profissional, conforme pontuou FIORINI (1991). Observamos que na aplicação da RIME a escuta terapêutica é viabilizada a partir da história pessoal de cada paciente e das escolhas que o paciente faz da música para o relaxamento e das imagens da natureza, Seres de Luz e demais símbolos que são orientados na visualização. O contexto da visualização parte da escuta terapêutica e é personalizado, de forma a re-significar a Dor Espiritual específica de cada doente, na forma e tempo particular de cada um.

Foi possível também observar que os dados particulares, para indução da RIME, dos pacientes que não podiam mais se comunicar, foram colhidos junto aos familiares e se mostraram eficazes na aplicação, com vinculação imediata do doente.

## **2<sup>A</sup> CATEGORIA: A INTERVENÇÃO RIME DESPERTA, COM FREQUÊNCIA, SENTIMENTOS, PERCEPÇÕES E EMOÇÕES QUE SUGEREM MATURIDADE PSICOESPIRITUAL NO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE A APLICA.**

Perante percepções, emoções e sentimentos positivos referidos pelos profissionais como os sentimentos de confiança, responsabilidade, realização, doação de amor, empatia, privilégio por sentir que conseguiu ajudar, ampliação da auto-estima; as percepções de aprendizagem psicoespiritual, ser como um farol que ilumina e guia e de missão cumprida; as emoções de alegria por sentir que conseguiu ajudar, alegria por perceber a transformação do paciente; alegria por não ser identificado como “Profissional da Morte” e sim “Profissional da Paz”; gratificação pelo reconhecimento dos familiares; entusiasmo frente aos resultados, observamos que a Intervenção RIME, beneficiou não só os pacientes, mas também os profissionais que a aplicaram, no que se refere à maturidade psicoespiritual.

Segundo o relato dos pacientes que passaram por uma E.Q.M., o principal sentido da vida é o aprendizado do Amor Incondicional. Segundo CHARURI (2001) o Amor Incondicional é a expressão da Espiritualidade e é entendido como a vivência do

Amor Maior que, ao se manifestar no Respeito, resulta em atitudes de docilidade, meiguice e pureza. Observamos que os profissionais referiram ter tido estas atitudes propostas por CHARURI (2001) na aplicação da RIME junto aos doentes, o que não atrapalhou o procedimento acadêmico da Intervenção e mesmo a confiança na especialidade do profissional, que era, por exemplo, a princípio, o temor da médica participante. Os dados encontrados sugeriram que as atitudes relacionadas à afetividade, acolhimento, doçura, meiguice, compaixão, além de expressarem maturidade psicoespiritual, favoreceram o desenvolvimento do trabalho clínico de forma global.

Em outras palavras, a teoria psicanalítica também situa a fase genital (adulta) nestes termos, quando se refere à maturidade como a capacidade do indivíduo de resolver o conflito básico de fecundidade *versus* estagnação (D' ANDREA, 1991), expresso através dos impulsos de vida na ação fecunda, ou seja, a geração e a criação amorosa e responsável de filhos, e/ou a transmissão de experiências e novas idéias e/ou a produção de obras artísticas e/ou científicas, enfim uma ação que contribua para a construção de um mundo mais humano.

Segundo FREUD (1975) há uma constante luta entre a vida e a morte. Nesta luta o organismo acaba sucumbindo, reduzindo-se a matéria inorgânica, entretanto, os impulsos de vida (amorosos) saem vitoriosos sempre que houver uma ação fecunda. Observamos que a Intervenção RIME favoreceu a expressão da fecundidade, identificada nos sentimentos, percepções e emoções referidos pelos profissionais.

### **3<sup>A</sup> CATEGORIA: OS PROFISSIONAIS QUE APLICARAM A RIME MANIFESTARAM SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DE NATUREZA ESPIRITUAL / TRANSCENDENTAL QUE REFLETIRAM AMOR E PAZ, E ALGUMAS VEZES SONHOS INTUITIVOS.**

Nesta categoria observamos sentimentos, vivências e sonhos referidos pelos profissionais participantes que sugerem espiritualidade e transcendência. Em relação aos sentimentos, os profissionais referiram paz, muita serenidade, tranquilidade, plenitude e harmonia na aplicação da RIME. As vivências foram relatadas como a percepção intuitiva da presença de “Seres de Luz” ou de parentes falecidos do paciente, acompanhada de

sensações de mudanças agradáveis no ambiente; a sensação de renovação das energias e/ou sono relaxante, após a aplicação da RIME; o sentimento de ser envolvido por um amor incondicional; eventos percebidos como sincrônicos e que foram interpretados como mensagens simbólicas sobre a boa qualidade de morte do paciente; transformação da angústia de morte vivenciada pelo profissional no início dos atendimentos, em estados de tranquilidade.

Os pacientes que passaram por uma E.Q.M. com frequência fazem referência a sentimentos e sensações semelhantes a estes relatados pelos profissionais. Segundo VAN LOMMEL (2004) os eventos de uma E.Q.M. são vivenciados e relatados não só por pessoas que foram dadas como clinicamente mortas por seus médicos, mas também por pacientes que estiveram em coma profundo, por pacientes em fase terminal e por pessoas que passaram por situações de grande risco em que a morte parecia inevitável e das quais saíram totalmente ilesas, ou seja, por pessoas que, por alguma razão, estiveram no limiar entre a vida e a morte.

Ao concebermos a Intervenção RIME, ainda no projeto piloto de nosso estudo de Mestrado, viabilizamos nosso objetivo de induzir uma E.Q.M. nos doentes terminais para favorecer uma morte mais serena e digna, porque observamos que os indivíduos que haviam vivenciado uma E.Q.M. haviam perdido ou minimizado o medo da morte.

Frente aos achados citados nesta Categoria, observamos que não só os pacientes terminais, mas também os profissionais que aplicaram a RIME, vivenciaram elementos referentes a uma E.Q.M., o que integrou suas personalidades de forma saudável e construtiva.

Esta psicóloga pesquisadora (ELIAS, 2001, ELIAS e GIGLIO, 2002b) também vivenciou sentimentos e sensações semelhantes a estes referidos pelos profissionais, quando aplicava a RIME, mas não sabíamos até então, se era uma questão particular da sensibilidade da pesquisadora ou uma decorrência da aplicação da RIME. Como agora, neste estudo de Doutorado, os seis profissionais que aplicaram a RIME referiram estas vivências, observamos que, possivelmente, esta Intervenção induza aos aspectos transcendentais de uma E.Q.M. tanto em quem se submete a ela, como em quem a aplica.

Através da simbologia proposta, a RIME remete tanto o profissional, como o paciente, ao limiar entre o mundo físico e o “mundo espiritual”, que pressupomos existir.

Em relação ao limiar entre o mundo físico e o “mundo espiritual” observamos que PAPATHANASSOGLOU e PATIRAKI (2003) ao estudarem a experiência vivida por indivíduos após a hospitalização em uma Unidade de Cuidado Intensivos, com foco em seus sonhos, consideraram a doença crítica como uma fase que conduz a transformações no “self”, ao despertar da espiritualidade e ao crescimento pessoal.

A intervenção desenvolvida no Alaska por BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004), psicólogos de Israel, desenvolvida em um trabalho de grupo com sobreviventes de tentativa de suicídio e profissionais de saúde mental e que também compreende o relaxamento e a meditação concentrada, acrescida da meditação dirigida na busca da sabedoria interna, em muito se assemelha com a RIME, tanto no que se refere aos procedimentos, como aos resultados. Os participantes relataram experiências positivas importantes, experimentadas como provenientes de uma parte mais profunda do seu próprio “self” (fonte interna), ou de um guia espiritual ou uma presença espiritual (fonte externa) e que sugeriram, em resumo, crescimento pessoal e aquisição de sabedoria interna.

JUNG (2001) afirmou que “só aquilo que somos realmente tem o poder de curar-nos”. Observamos que a vivência da espiritualidade, que se manifesta em um limiar de consciência entre o mundo físico e o “mundo espiritual”, seja de forma espontânea como nas E.Q.M. ou nos sonhos de pacientes gravemente enfermos, ou induzida como na RIME ou na intervenção proposta por BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004), remete tanto profissionais como pacientes à sua própria sabedoria interna, o que se mostra, frente aos resultados, como fonte de cura ou de crescimento.

Através destas vivências relatadas pelos profissionais e que também foram experimentadas pela psicóloga pesquisadora (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b) observamos que na aplicação da RIME, além desta inserção psíquica do profissional no limiar entre o mundo físico e o “mundo espiritual”, ocorre também uma aproximação da “essência” ou “alma” do profissional com a “essência” ou “alma” do paciente, ou em termos psicanalíticos, uma aproximação inconsciente entre terapeuta e doente. Por esta



razão consideramos que a RIME não é uma intervenção fácil de ser aplicada, pois ela, ao unir terapeuta e doente em um único sentimento, requer disponibilidade interna e entrega por parte do terapeuta.

Em relação aos sonhos de natureza transcendental e espiritual observamos que duas profissionais, entre os participantes, tiveram-nos. Estes sonhos, de natureza antecipatória e pré-cognitiva (MATTOON, 1980), contribuíram para que tanto uma das psicólogas como a médica que os tiveram, pudessem ter uma melhor compreensão de como encaminhar os procedimentos da RIME, para re-significar a Dor Espiritual dos pacientes.

Os sonhos constituem um dos canais que o inconsciente encontra para, em sua linguagem simbólica, atingir o consciente e ajudá-lo, ou seja, os sonhos são um dos possíveis canais simbólicos de comunicação entre o Arquétipo do 'Si Mesmo' ou "Self" e o Ego. (JUNG, 1974).

Para que este recurso seja viabilizado, na aplicação da RIME, é necessário que o terapeuta tenha uma aptidão pessoal prévia, o que nem sempre é comum, fato observado em nossa amostra, onde, além desta pesquisadora (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b), dos seis profissionais participantes, apenas duas apresentaram esta capacidade.

Os sonhos antecipatórios ocorrem quando a atitude consciente é insatisfatória e o inconsciente produz um sonho que impulsiona o sujeito a alcançar uma adaptação, interior e exterior, em seu "nível autêntico". Os sonhos antecipatórios são aqueles que preparam, anunciam ou advertem acerca de determinadas situações, normalmente, antes que estas aconteçam na realidade. O sonho antecipatório é a fusão de percepções, pensamentos e sentimentos subliminares que não foram decodificados pelo Ego. Os sonhos pré-cognitivos, por sua vez, são aqueles que refletem percepções extra-sensoriais; são sonhos de natureza telepática que advertem sobre determinadas situações que estão acontecendo ou irão acontecer envolvendo o indivíduo que sonha e *I* ou terceiros. Quando o terapeuta apresenta aptidão para sonhos desta natureza, estes se mostram como importante fonte de recursos para o encaminhamento do processo de aplicação da RIME.

#### **4ª CATEGORIA: A APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME, ALGUMAS VEZES, DESPERTA SENSACIONES, EMOÇÕES E SENTIMENTOS NEGATIVOS, NO PROFISSIONAL DE SAÚDE.**

VAN LOMMEL *et al* (2001) observaram que dos 62 pacientes (n=344) que relataram ter passado por uma E.Q.M., nenhum paciente relatou ter sentido aflição, angústia ou medo durante a E.Q.M. Este dado é congruente com os resultados apresentados pelos outros médicos que estudam E.Q.M. (GREYSON, 2000, 2003; KÜBLER-ROSS, 1998, 2003; MOODY JR, 1989, 1992; MORSE e PERRY, 1997; PARNIA e FENWICK, 2001; VAN LOMMEL, 2004; VAN LOMMEL *et al*, 2001; WEISS, 1998, 1999).

Por outro lado, o filósofo e teólogo BERMAN (2000) escreveu que as E.Q.M.negativas ocorrem, embora sejam mais raras. Ponderou que, por serem negativas, muitas vezes elas não são relatadas por quem as vivencia. Além de que, eventualmente, elas também revertem para uma E.Q.M. clássica (positiva). Segundo este autor, o que motiva uma E.Q.M. negativa é justamente a ausência de conexão psíquica do indivíduo com os aspectos transcendentais de amor e de abertura para a espiritualidade. Assemelha-se à imagem dos Seres de Luz aguardando a aceitação ou abertura psíquica do indivíduo, para que possam emitir auxílio, conforto, amparo e proteção; como o médico que espera permissão de seu doente para prosseguir com determinado tratamento.

Os pacientes que relataram uma E.Q.M. negativa, referiram-se a lugares cinzentos, escuros, ou a seres dispostos a atormentá-los, justamente o inverso das E.Q.M. positivas. Os indivíduos que, no curso da experiência negativa, sintonizaram seus pensamentos na busca de ajuda e conforto espiritual, a transformaram em positiva. Podemos citar como exemplo a E.Q.M. do psicólogo russo George Rodonaia, o qual relatou que antes desta experiência só acreditava no materialismo histórico; surpreendeu-se existindo (pensando) fora de seu corpo; estava muito escuro e ele disse ter sentido medo, mas, neste momento, refletiu que poderia pensar positivamente e procurou concentrar-se na luz; a partir desta mudança de foco de pensamento e sentimento, sua E.Q.M. tornou-se clássica (positiva).

Observamos, através das subcategorias, que alguns profissionais relataram sentimentos de angústia intensa ao acolher a Dor Espiritual no início dos atendimentos; contra-identificação com a Dor Espiritual do paciente; sensações de cansaço, insônia, pesadelos após a aplicação da RIME no início dos atendimentos de paciente com profundo medo da morte e também relataram emoções de impotência e frustração frente às resistências do doente.

Frente ao dado observado na 3ª Categoria, que na aplicação da RIME terapeuta e doente unem-se em um único sentimento, que há uma aproximação inconsciente entre ambos, é perfeitamente esperado que quando a Dor Espiritual do doente está exacerbada e este ainda não vivenciou os elementos da RIME como a conexão psíquica com os Seres de Luz, o profissional, ao aplicar esta Intervenção, entre em contato e também vivencie estes sentimentos, sensações e emoções negativos.

A médica Maria Goretti, na sua experiência ao aplicar a RIME, afirmou que o profissional precisa estar bem física e/ou emocionalmente para o uso desta Intervenção. Relatou que no quarto ao lado do segundo paciente por ela atendido através da RIME, tinha um outro doente que, no dia seguinte ao óbito do Sr S., entrou em processo de morte; ela sabia que ele estava para morrer em algumas horas. Esse outro paciente estava completamente apavorado e manifestava o que comumente chamamos delírio, mas que tem um fundo espiritual. Ele relatava estar vendo coisas apavorantes, gritava mesmo. Parecia simples, entrar lá e aplicar a RIME para ele se acalmar, mas não era, disse a médica; reconheceu que precisava estar bem e naquele momento estava exausta e sem almoçar. Era o seu limite. Ela não tinha forças, energia, para interferir naquele momento. A RIME parece simples, mas não é. Ela nos envolve com o paciente, mexe com a nossa essência, conecta-nos com o sofrimento do paciente para podermos ajudar, concluiu a médica. Por esta razão, naquele momento, atendeu o doente pelos métodos convencionais.

Observamos que, quando a Dor Espiritual do doente é exacerbada, o processo de re-significação desta Dor assemelha-se a uma E.Q.M. negativa que muda o seu curso para positiva, através da mudança do foco do pensamento e sentimento do paciente para os aspectos da espiritualidade, através dos procedimentos da RIME.

Diante dos dados colhidos nesta categoria, o processo de re-significação da Dor Espiritual do paciente também pode ser experimentado pelo profissional, pela aproximação inconsciente que acontece entre ambos no uso da RIME.

Os outros aspectos negativos relatados pelos profissionais, como a sensação de invasão da intimidade do paciente, frustração porque a paciente teve alta e não pôde fazer mais um atendimento antes do óbito, medo por sentir as vivências advindas dos procedimentos da RIME como muito reais e angústia por vivenciar simbolicamente a própria morte, embora pertinentes e possíveis de acontecer, parecem-nos aspectos particulares da experiência clínica no uso da RIME.

**5<sup>A</sup> CATEGORIA: A INTERVENÇÃO RIME É UMA PROPOSTA CONCRETA, CLARA, VIÁVEL E QUE APRESENTA RESULTADOS POSITIVOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.**

Em nossa Dissertação de Mestrado, por questões éticas, optamos por não trabalhar com um grupo controle de pacientes terminais e estabelecemos o desenho da pesquisa por Estudo de Caso.

Nesta Tese de Doutorado, para estudarmos as contribuições da Intervenção RIME para a área de Cuidados Paliativos e a viabilidade do seu uso por outros terapeutas, convidamos profissionais com experiência prévia nesta área, para que estes pudessem fazer um paralelo entre a RIME e as suas referências anteriores.

A intervenção RIME, por utilizar-se das Técnicas de Relaxamento e Visualização, pode ser considerada como uma Terapia Alternativa, de acordo com os termos-chave encontrados na nossa revisão da literatura, citada no Capítulo 2. Essas técnicas (Relaxamento e Visualização) são utilizadas desde a mais remota antiguidade (CARVALHO, 1994b). A RIME inova ao induzir os elementos das E.Q.M. através destas técnicas.

Com os achados desta Categoria, podemos observar que as sugestões dos elementos das E.Q.M. induzem imagens mentais nos pacientes e também nos profissionais que as sugerem, mas a visualização destas imagens toma curso próprio e personalizado,

muito além de um simples imaginar por sugestão, pois contacta o indivíduo com uma área mais transcendental de sua psique, criativa e curativa, assim como, segundo os relatos dos doentes e dos terapeutas, com Seres Espirituais que transmitem sentimentos afetuosos e paisagens que inspiram paz.

DOUGLAS (1999) afirma que a sugestão hipnótica e o estado hipnótico são diferentes. O estado hipnótico pressupõe ampliação da consciência, um maior contato com o mundo simbólico e inconsciente. No intuito de melhor preparar os profissionais para a aplicação da RIME, no Curso de Capacitação, além dos conteúdos teóricos, também foram propostas vivências para que eles pudessem experimentar a Intervenção RIME em uma perspectiva emocional e espiritual, favorecendo a ampliação da disponibilidade interna. Em relação a estas vivências, todos os profissionais seguiram as orientações propostas, mas também relataram visualizações individualizadas, ou seja, experiências pessoais e específicas frente às mesmas orientações, com conteúdos de natureza transcendental, semelhantes aos conteúdos relatados pelos pacientes que vivenciaram uma E.Q.M., e que sugeriram o emergir da sabedoria interna, da cura espiritual e da criatividade.

De acordo com BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004) a meditação pode ser usada como intervenção terapêutica, principalmente porque promove a auto-observação. Nas terapias cognitivas, a auto-observação é utilizada para auto-monitorar ou identificar pensamentos negativos ou crenças errôneas, com o objetivo de ajudar o paciente a lidar com o conteúdo destes pensamentos e crenças, alterando seu padrão e minimizando generalizações. Porém, na meditação, a auto-observação não é usada para modificar o pensamento em si, mas sim para alterar a relação ou a atitude do paciente em relação a ele. A RIME é uma forma de meditação e a Psicóloga Cristiane definiu muito bem este aspecto, quando observou que esta Intervenção não muda a forma de pensar no que se refere a aspectos da personalidade do paciente, mas sim, a forma deste lidar com o sofrimento; modifica o sentimento do doente.

MC GRATH (2003) observou que pacientes terminais não se mostraram motivados para a conversão religiosa, mas sim para práticas espirituais, que é justamente a proposta da Intervenção RIME.

BARHAM (2003), em estudo de caso, concluiu que a prática do Budismo relacionada à espiritualidade, à serenidade, à paz e ao amor foi muito importante para que uma paciente em estado terminal se sentisse segura de que faria uma boa passagem para o mundo espiritual. Observamos que o Programa de Treinamento sobre a Intervenção RIME embora não tenha nenhuma base budista, assemelha-se a esta no que se refere às questões da prática de meditação na busca de uma conexão com a sabedoria e a iluminação interna para a re-significação do sofrimento, pois, conforme acima citado, as técnicas de relaxamento e visualização são uma forma de meditação.

KENNEDY e CHESTON (2003) fizeram referência à importância de profissionais de saúde aprenderem a distinguir uma experiência espiritual genuína de um episódio psicótico no processo físico de morrer. Observamos, no uso da Intervenção RIME, que os pacientes terminais visualizam algumas vezes imagens e seres assustadores e a partir da aplicação desta intervenção passam a visualizar imagens belas e seres amorosos e acolhedores, o que sugere que o Programa de Treinamento sobre a Intervenção RIME capacita os profissionais para fazerem a distinção proposta pelos autores.

PAPATHANASSOGLU e PATIRAKI (2003) estudaram os sonhos de pacientes gravemente enfermos e observaram uma rica experiência simbólica no que se refere aos símbolos de transformação, à transcendência e ao renascimento. A partir destas experiências simbólicas espontâneas, a doença crítica foi conceituada como uma fase que conduz a transformações no 'self', ao despertar da espiritualidade e ao crescimento pessoal. Observamos que o Programa de Treinamento para uso da Intervenção RIME prepara os profissionais para induzirem estas experiências simbólicas visando a alcançar os mesmos resultados encontrados na experiência onírica espontânea dos pacientes gravemente enfermos.

Segundo SATTERLY (2001) o recurso para o tratamento da Dor Religiosa ou Espiritual é a expressão de amor incondicional no trabalho dos profissionais de saúde, o que favorece ao paciente conseguir lidar com o seu próprio ódio e com a dureza de sua autocrítica. A Dor Espiritual, para este autor, está enraizada na culpa que conduz à punição e é experimentada como medo; e também está enraizada na vergonha que conduz um paciente a abandonar a esperança no amor de Deus. Embora a Dor Espiritual em nosso

estudo seja entendida de forma mais ampla, no nosso Programa de Treinamento para o aprendizado da Intervenção RIME enfatizamos a importância da atitude de Amor Incondicional por parte do profissional de saúde, justamente porque consideramos este aspecto como um fator necessário para o manejo terapêutico dos procedimentos da RIME.

Observamos também que o Programa de Treinamento sobre a Intervenção RIME, ao ensinar a indução dos elementos descritos pelos pacientes que passam por uma E.Q.M. através do Relaxamento e da Visualização, se assemelha, de certa forma, à terapia para pacientes suicidas proposta por BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004), em que, através da imaginação dirigida, são experimentadas introspecções, as quais são entendidas como provenientes de uma parte mais profunda do próprio “self” do paciente (fonte interna), ou de um guia espiritual ou uma presença espiritual (fonte externa). Esta semelhança entre nosso estudo e o de BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004) sugere que podemos investigar a possibilidade de desenvolvermos o Programa de Treinamento para a aplicação da Intervenção RIME em outras clínicas.

A Intervenção RIME, por ser considerada de natureza breve e focal, pode ser aplicada por diferentes profissionais da área da saúde e não só por psicólogos ou médicos psicoterapeutas.

Convidamos para participar de nosso estudo enfermeiros, médicos, psicólogos e profissionais com formação acadêmica superior, que praticassem atividades espirituais junto aos doentes terminais, o que resultou na participação de uma terapeuta alternativa. Frente aos resultados, observamos a viabilidade do uso da RIME por todas as categorias de profissionais citadas, observando-se que os psicólogos estão mais capacitados, naturalmente por sua formação, para aplicar a RIME em pacientes que vivenciam processos mais longos de morrer, e que enfermeiros, médicos e terapeutas alternativos encaixam-se melhor nos atendimentos através da RIME em doentes que estão mais próximos da morte, ou mesmo na sua iminência.

A terapeuta Mara relatou que a RIME deu um sentido organizador à sua atividade terapêutica alternativa junto aos doentes terminais, pois esta funciona como um fio condutor; afirmou também que agora se sente mais à vontade neste trabalho porque tem uma forma adequada de abordar questões espirituais. A psicóloga Geneci afirmou que ficou

impressionada com os resultados positivos alcançados quanto à qualidade de vida da paciente no processo de morrer e também com a melhora na capacidade dos familiares de enfrentarem a iminência da morte da parente; sentiu grande motivação interna para aplicar a RIME, que se expandiu no setor onde trabalha, mobilizando e envolvendo toda a enfermagem em relação aos aspectos da intervenção como a música e as imagens. A psicóloga Cristiane afirmou que ampliou a possibilidade de obter bons resultados no trabalho com doentes terminais através da RIME em relação à psicologia convencional, e que também aprendeu como trabalhar a questão da espiritualidade em uma perspectiva acadêmica, o que resultou em conforto e tranquilidade para atender esta categoria de doentes. A enfermeira Edinaura observou, através da RIME, que pode fazer mais pelos pacientes, além de medicá-los e seguir apenas as prescrições clínicas; observou que a sua ação profissional se estende além dos cuidados físicos, pois inclui também o campo de proporcionar alívio psíquico e espiritual, ou seja, inclui a aplicação de uma técnica que traz paz ao paciente. A médica Maria Goretti Sales Maciel observou que o profundo envolvimento psíquico com o sofrimento do doente e o acolhimento que a RIME proporciona, melhora a atuação clínica convencional do médico; observou também que incluir a questão da espiritualidade nos cuidados médicos convencionais, não atrapalha o tratamento clínico e a confiança do paciente no médico, ao contrário, fortalece esta confiança. O psicólogo Raúl Marques afirmou que a aplicação da RIME viabilizou o atendimento a um doente que sentia muita angústia ao contatar seu mundo interno e também lhe permitiu um posicionamento profissional mais inteiro, tanto na esfera pessoal, como na profissional, assim como um sentimento de segurança e serenidade diante do binômio morte – vida.

#### **9.2- Discussão sobre a compreensão da Dor Espiritual e a experiência de re-significação desta Dor, manifestada pelos Doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.**

A Dor Espiritual dos doentes terminais e a experiência de re-significação desta Dor durante a aplicação da Intervenção RIME foi analisada através das respostas do profissional de saúde no questionário estruturado, com supervisão das sessões pela psicóloga pesquisadora.



O medo da morte, o medo do pós-morte, as idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e ao sentido da vida e as culpas diante de Deus representam a Dor Espiritual.

**- Medo da morte.**

Em relação ao medo da morte foram encontradas duas categorias: medo da morte por negação da gravidade do quadro clínico e medo da morte por percepção da gravidade do quadro clínico. Observamos que a negação se manifestou pela dificuldade do paciente em aceitar o diagnóstico e os cuidados clínicos e também no apego ao mundo concreto e material. A percepção se manifestou através de preocupação importante do paciente com seu sofrimento físico, nas expressões não verbais de tensão, medo e pavor e na exacerbação dos sintomas clínicos.

**- Medo do pós-morte.**

Em referência ao medo do pós-morte foram encontradas duas categorias: medo do pós-morte por vivências ou sonhos espirituais negativos, tendo como subcategoria a visualização de imagens apavorantes ou muito assustadoras e o medo do pós-morte pelo sentimento de desintegração, de inexistir, de ser afetivamente esquecido, representado pelas subcategorias estado de alerta exacerbado, angústia de separação e dúvidas sobre o Amor Divino.

**- Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida.**

No que se refere à expressão da Dor Espiritual quanto às idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida, encontramos uma categoria representada pela ausência deste sentido e por sentimentos de vazio existencial, que se ramificou na subcategoria: experiências negativas anteriores, de ordem afetiva ou produtiva.

**- Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade.**

No que se refere à expressão da Dor Espiritual quanto às idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade, encontramos uma categoria representada por experiências de abandono afetivo projetado na espiritualidade, que se ramificou nas subcategorias dificuldade de transcendência e dificuldade em confiar na espiritualidade.

Observamos que nove pacientes (n=11) apresentaram medo da morte, caracterizando-se este aspecto da Dor Espiritual como o sofrimento prevalente e mais relevante diante do processo terminal, o que é congruente com nosso estudo de mestrado. Um dos pacientes apresentou-se em um estágio intermediário da negação / percepção, pois oscilava entre ambos, apresentando aspectos do medo da morte nas duas categorias. Como segundo aspecto mais importante que representa a Dor Espiritual, observamos o medo do pós-morte referido por sete pacientes (n=11), incluindo os dois que não apresentaram o medo da morte.

Consideramos que entender as representações da Dor Espiritual é muito importante, pois muitas vezes os profissionais, principalmente técnicos em enfermagem, relacionam as atitudes dos pacientes que expressam esta Dor, à esfera pessoal, o que gera estresse profissional desnecessário, além do atendimento insatisfatório às necessidades do doente.

Não foram encontradas referências, nesta amostra, sobre a expressão da Dor Espiritual “culpas diante de Deus”, mas consideramos importante mantê-la como expressão possível, visto que PIMENTA e PORTNOI (1999) afirmam que se a dor for vista como punição divina, os indivíduos tentarão experimentá-la sem queixas, a fim de se transformar em uma forma de expiação para aliviar sentimentos de culpa e SAUNDERS (1991) considerou este aspecto no seu conceito de Dor Espiritual.

Tanto na análise qualitativa como na análise quantitativa observamos que a Intervenção RIME favoreceu a re-significação da Dor Espiritual.

Na análise quantitativa observamos diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ), isto é, no final das sessões de RIME, os doentes relataram maior nível de Bem-Estar do que no início da sessão.

Na análise qualitativa observamos que os procedimentos da RIME favoreceram a re-significação da Dor Espiritual de forma personalizada, de acordo com a manifestação específica de cada doente. Recomendamos a leitura do Anexo 11 (2º volume), onde, através das entrevistas de supervisão, o processo de re-significação de cada doente pode ser entendido, pelo método estudo de caso.

Observamos também que a re-significação da Dor Espiritual acontece de maneira processual e, embora não exista uma regra sobre o intervalo que deve ser dado entre as sessões, observamos que o paciente refere piora de bem-estar neste intervalo e por esta razão recomendamos que eles sejam breves, dentro das possibilidades de atendimento ao doente. A psicóloga Geneci, por exemplo, aplicou duas sessões da Intervenção RIME em um mesmo dia, na segunda paciente, o que se mostrou produtor.

No que se refere ao tempo de duração das sessões, houve, no tempo mínimo, uma aplicação de quinze minutos e, no tempo máximo, uma aplicação que durou três horas e, na maioria das vezes, as sessões duraram em torno de sessenta minutos. Observamos que não há uma regra fixa sobre o tempo de duração da sessão de aplicação da RIME, sendo que o profissional deve observar a necessidade do paciente.

Em relação à idade, religião e profissão, em doentes de ambos os sexos portadores de algum tipo de câncer, os dados sociodemográficos indicaram que a Intervenção RIME apresentou bons resultados para minimizar o sofrimento no processo de morrer de uma população diversificada.

Foram atendidos pacientes entre vinte e sete e setenta e seis anos, o que indicou a possibilidade do uso da RIME tanto para adultos jovens, como adultos na meia idade e também idosos. No nosso Projeto Piloto trabalhamos com crianças e adolescentes e também obtivemos bons resultados. (ELIAS, 2003).

As profissões dos pacientes de nossa amostra requeriam desde nível mínimo de educação até a graduação superior, o que sugeriu a possibilidade de aplicação da RIME para qualquer nível de escolaridade.

No que se refere à religião, os pacientes participantes professavam diferentes crenças religiosas como a católica, a espírita e modalidades diversas da evangélica, o que indicou a possibilidade de se trabalhar a questão da espiritualidade através da RIME, independente da religião que o paciente professe.

CHOCHINOV *et al* (2004) afirmaram que poucas pesquisas empíricas sobre intervenções terapêuticas para pacientes terminais têm sido feitas. Entre as intervenções possíveis relacionaram a “terapia de apoio” (suporte para minimizar reações de medo e ansiedade e para favorecer mecanismos de adaptação e enfrentamento); “terapia para

orientação de insight” (a qual consideram de aplicação limitada para pacientes terminais, porque a resolução de conflitos através de processos que envolvem interpretação, catarse e ampliação da capacidade de produzir “insight” requer tempo, energia e comprometimento com um árduo processo psicológico, o que frequentemente é incômodo para um paciente próximo à morte); “terapia pessoal” (para pacientes com HIV positivo, através de dezesseis sessões semanais para ajudá-los quanto à educação dos sintomas da depressão, assim como identificação e posicionamento diante de problemas pessoais que podem ser resolvidos); “psicoterapia de apoio grupal” (inclui grupos de auto-ajuda e oferece um espaço para pacientes com doenças semelhantes trocarem informações, com o objetivo de reforçar as estratégias de enfrentamento e minimizar o isolamento e o estigma); “psicoterapia de grupo para suporte e expressão existencial” (desenvolvida para mulheres com metástases de câncer de mama com foco nos problemas da fase terminal, visando a melhora dos relacionamentos com os familiares, amigos e médicos, assim como o incentivo a viver da maneira mais completa possível até a morte); “terapia cognitiva comportamental” (favorecer a correção de distorções cognitivas com ênfase nas resistências anteriores, mobilizar recursos internos e ampliar as estratégias de enfrentamento); “logoterapia” (psicoterapia existencial que explora caminhos onde o sentido do sofrimento pode ser entendido em uma perspectiva mais positiva); “terapia do pesar” (procura ajudar o paciente, durante o processo de morrer, a refletir sobre o sentimento de perda de identidade, a possibilidade de continuar a existir após a morte do corpo físico e também sobre aos relacionamentos atuais); “revisão da vida” (favorece ao paciente examinar as experiências passadas e realizações visando a busca de sentido, a resolução de velhos conflitos, assim como a resolução de pendências familiares ou profissionais); “narrativa da vida” (desenvolvida para criar uma nova perspectiva de convivência com a doença, para enfatizar formas de enfrentamento e para ampliar a auto-estima).

CHOCHINOV *et al* (2004) desenvolveram a “terapia da dignidade”, cujas principais preocupações são o nível de independência cognitiva e funcional e o controle dos sintomas físicos e psicológicos; os conteúdos trabalhados se referiram à conservação de perspectivas que sugerem dignidade (senso de existência, manutenção das funções, respeito a si mesmo, esperança, autonomia, aceitação e resiliência) e a prática de ações que sugerem dignidade (viver o momento, manutenção da normalidade e a busca por conforto espiritual).

As sessões desta modalidade de terapia são gravadas, sendo que são fornecidas cópias das fitas para os pacientes, assim como eles também respondem a um inventário de dignidade social com temas relacionados aos limites da privacidade, ao apoio social, aos métodos de tratamento, à sobrecarga emocional frente ao sofrimento de outros e às conseqüências do trabalho com estes interesses.

O desenho deste nosso estudo não permite a comparação da RIME com outras intervenções, de forma a analisar se ela apresenta uma melhor ou pior eficácia junto aos doentes terminais. Citamos as Intervenções acima, apenas no sentido de apontar que há outras possibilidades de se atender ao doente terminal, principalmente porque a aplicação da Intervenção RIME limita-se aos pacientes que acreditam na vida espiritual pós-morte. Por outro lado apontamos que a grande maioria dos brasileiros professa esta crença; segundo dados do IBGE 74% dos brasileiros declaram-se católicos (fonte: Revista VEJA “on line”, 11/05/2005; [http://veja.abril.com.br/110505/p\\_112.html](http://veja.abril.com.br/110505/p_112.html)), além das outras opções religiosas que também pressupõem a existência de vida após a morte.

Observamos também que os profissionais que participaram deste estudo, todos eles experientes ou estudiosos em Cuidados Paliativos, referiram que o aprendizado da Intervenção RIME contribuiu de forma importante para a sua prática profissional junto aos doentes terminais.

### **9.3- Razões que levaram uma enfermeira a não aplicar a Intervenção RIME.**

A enfermeira Eloísa (nome fictício) embora tenha conhecido a Intervenção RIME antes do Curso de Capacitação em uma apresentação da pesquisadora no Serviço de Atendimento Domiciliar em que trabalha e tenha, no decorrer da Capacitação propriamente, referido identificação com a RIME, não conseguiu atender nenhum paciente, dentro do prazo previsto, por meio desta modalidade de Intervenção.

Na entrevista que realizamos para conhecer as suas dificuldades, observamos que, em um primeiro momento, a enfermeira atribuiu suas dificuldades às questões administrativas, explicando que ficou na coordenação da equipe e não pôde ir a campo.

Mas, no decorrer da conversa explicou que apesar do fator administrativo ter interferido, este não foi o motivo mais importante.

A enfermeira relatou que razão verdadeira foi que ela se sentiu sozinha para enfrentar a crítica das pessoas que acham que a enfermagem tem que trabalhar apenas com os aspectos biológicos e não trabalhar com os aspectos psicológicos e espirituais. Afirmou que todos da equipe assistiram à exposição da pesquisadora, mas poucos realmente aproveitaram a aula e levaram algo de bom para os pacientes, a partir destes ensinamentos; disse que a maioria dos integrantes da equipe não quer pensar em morte e nem em sofrimento; não quer ter o trabalho de lidar com a dor do paciente, porque lidar com os aspectos psicológicos e espirituais, demanda uma ação da própria pessoa, não é um ato mecânico. Concluiu que se a fisioterapeuta da equipe, que é favorável ao uso de procedimentos que trabalhem aspectos psicológicos e espirituais, tivesse também participado do Programa de Treinamento, ela teria encontrado forças e apoio para lidar com as críticas dos não adeptos a estes procedimentos.

A ciência, definida por KUHN (1996) como um processo pelo qual vamos juntando pedaços de informações que são, por sua vez, somados isoladamente ou em combinação ao grande e sempre crescente estoque de técnicas e conhecimentos científicos, é fundamentada em paradigmas. Paradigma é um conjunto de crenças que são aceitas durante um determinado período de tempo pela comunidade científica. Os pesquisadores, mesmo sem perceberem, são influenciados pelos paradigmas vigentes da sua época. Uma mudança de paradigmas inclui uma grande e profunda modificação no nível de idéias e percepções do mundo. O autor afirmou que vivemos um período de transição, de mudanças quanto aos paradigmas que norteiam o conhecimento científico e pontuou que a emergência de um novo paradigma afeta a estrutura do grupo que atua nesse campo.

Consideramos pertinentes as considerações da enfermeira. A aplicação da Intervenção RIME requer coragem por parte do profissional para enfrentar as resistências, próprias de períodos de mudanças de paradigmas; a Intervenção RIME, através de seus procedimentos, situa o paciente em uma perspectiva biopsicossocial e espiritual e requer do profissional, não só o adequado manejo tecnológico concebido pelo modelo mecanicista, mas também comprometimento psicoespiritual, o que implica em capacidade para o cuidar.

Entendemos por estes termos as seguintes características: preparo para poder receber e conter as angústias, medos e culpas do paciente; capacidade de colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade; capacidade de estabelecer uma sintonia com o paciente, compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar contaminar excessivamente por elas e sim, decodificando-as e também sensibilidade e coragem para trabalhar com os elementos que compõem a questão da espiritualidade, de forma a possibilitar, através do método proposto, uma possibilidade de re-significação da Dor Espiritual.





## 10- CONCLUSÕES

Concluimos que o Programa de Treinamento proposto, que incluiu um Curso de Capacitação e Supervisões aos atendimentos, mostrou-se eficaz para preparar profissionais de saúde para o uso da Intervenção RIME, capacitando-os para o cuidar.

A análise qualitativa e quantitativa da re-significação da Dor Espiritual dos doentes terminais indicou que a Intervenção RIME promoveu qualidade de vida no processo de morrer, assim como mais serenidade e dignidade perante a morte.

Como a re-significação da Dor Espiritual acontece de forma processual, recomendamos que os intervalos entre as sessões sejam breves, dentro das possibilidades de atendimento ao doente.

Foram observados como aspectos mais relevantes da Dor Espiritual o medo da morte e o medo do pós-morte. Profissionais de saúde mais preparados para prestar assistência espiritual podem contribuir para a melhora do atendimento a pacientes terminais, o que significa, no caso específico desta Intervenção RIME, favorecer uma aceitação mais serena do doente frente à iminência da morte; re-significar o sentido da desintegração do corpo físico e a visão negativa sobre a espiritualidade e o pós-morte; estimular a conexão psíquica do paciente com paisagens que simbolizem paz e serenidade e com Seres Espirituais amorosos, bons, acolhedores e protetores; e também facilitar o contato do doente com sentimentos positivos em relação ao sentido de sua própria vida.

Os resultados indicaram que é viável a aplicação da RIME por enfermeiros, médicos, psicólogos e terapeutas que tenham afinidade com os fundamentos teóricos que norteiam esta intervenção. Recomendamos aos psicólogos os atendimentos para os doentes em processos mais longos de morrer, e aos enfermeiros, médicos e terapeutas alternativos, os atendimentos para doentes que estão mais próximos da morte, ou mesmo na sua iminência.

Indicamos a possibilidade de aplicação da RIME por cuidadores, de forma a ampliar o número de pacientes que possam vir a ser beneficiados por esta Intervenção.

Observamos também que todos os profissionais referiram sentir-se muito bem na aplicação da RIME, apresentaram melhor enfrentamento do luto pessoal e crescimento psíquico tanto na esfera profissional, como na pessoal, o que indicou que esta modalidade de intervenção proporcionou benefícios, não só aos pacientes, mas também aos profissionais; frente a este achado, consideramos viável a possibilidade de se estudar a aplicação da Intervenção RIME em profissionais de saúde que não façam uso dela, com o objetivo de re-significar a própria Dor Espiritual destes profissionais, preparando-os psicologicamente para o cuidar.

Consideramos também viável a possibilidade de se estudar a aplicação da RIME em outras clínicas, como no pré, intra e pós-operatório, oncologia desde a fase do diagnóstico, tratamento de doenças psicossomáticas, pacientes que tentaram suicídio, etc.

Observamos que a RIME induz vivências semelhantes às descritas pelos doentes que passaram por uma E.Q.M., tanto no profissional que a aplica, como no paciente que se submete a esta Intervenção. Consideramos, por outro lado, que, devido ao número de nossa amostra, nossos resultados ainda não são suficientes para generalizações, e por esta razão, recomendamos que novos estudos sejam realizados sobre a aplicação da Intervenção RIME, principalmente no que se refere à compreensão das vivências de natureza espiritual.

Ponderamos que os procedimentos da Intervenção RIME são baseados na visão do ser humano como um ente biopsicossocial e espiritual e, por esta razão, para a sua aplicação, o profissional necessita coragem para enfrentar as resistências próprias de períodos de mudanças de paradigmas.

Ressaltamos que a aplicação da Intervenção RIME limita-se tanto aos profissionais, como aos pacientes que acreditam na vida espiritual, independente de qual seja a religião proferida.

Em relação às limitações desta pesquisa observamos que o desenho de nosso estudo não permitiu a utilização de grupo controle para que os resultados da RIME fossem comparados com os resultados de outras intervenções. A segunda limitação referiu-se ao tamanho de nossa amostra, pois embora os resultados tenham sido significativos e colhidos

dentro de rigorosa metodologia acadêmica, os mesmos não podem ser generalizados. Novos estudos deverão ser desenvolvidos para que estas limitações sejam trabalhadas.

Frente às categorias encontradas observamos que a Intervenção RIME favorece o autoconhecimento, atitude que foi considerada por Sócrates, filósofo grego do séc V aC, como fundamental para a felicidade e o desenvolvimento pessoal.

Finalizamos esta Tese com as palavras de CHARURI (2001):

Existe um Amor Maior. Existe uma Bondade Maior. Existe um Poder Maior. A nossa Mente está ligada com o Universo. Nós não somos uma parte isolada do Universo. Nós estamos juntos com todas as partes. Nós fazemos parte da mesma respiração – a Grande Respiração. A nossa pequena respiração pulmonar é apenas ilusória. O nosso movimento é apenas ilusório. O nosso real movimento é mental, espiritual. É até onde nós conseguimos ver do todo que nos cerca e do qual fazemos parte.



*REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*



- ACHTERBERG, J. – **A Imaginação na Cura: Xamanismo e Medicina Moderna.** São Paulo, Summus Editorial, 1996.
- AI, A.L.; BOLLING, S.F. - The use of complementary and alternative therapies among middle-aged and older cardiac patients. *Am J Med Qual*, 17 (1):21-7, 2002.
- AMATUZZI, M. M. – Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estud. Psicol. (Campinas)*,13 (1):5–10, 1996.
- ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. - Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*, 63 (1):81-9, 2001. (Review).
- ARNOLD, W.; EYSENCK, H.J.; MEILL, R. – **Dicionário de Psicologia.** São Paulo. Edições Loyola. 1982. vol 2. p. 26 –7.
- ARNSTEIN, P. - Chronic neuropathic pain: issues in patient education. *Pain Manag Nurs*, 5 (4 Suppl 1):34-41, 2004.
- ASHTON, C.; WHITWORTH, G.C.; SELDOMRIDGE, J.A.; SHAPIRO, P.A.; WEINBERG, A.D.; MICHLER, R.E. et al – Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized trial. *J Cardiovasc Surg (Torino)*, 41 (2):335-6, 1997.
- BALDACCHINO, D; DRAPER, P. – Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *West J. Nurs Res*, 23 (1):90–104, 2001.
- BARDIN, L. – **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Edições 70, 1994.
- BARHAM, D. - The last 48 hours of life: a case study of symptom control for a patient taking a Buddhist approach to dying. *Int J Palliat Nurs*, 9 (6):245-51, 2003.
- BARNES, P.M.; POWELL-GRINER, E.; MCFANN, K.; NAHIN, R.L. - Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data*, 27 (343):1-19, 2004.
- BARREIRA, C.R.A.; MASSIMI, M. - As idéias psicopedagógicas e a Espiritualidade no karate-do segundo a obra de Gichin Funakoshi. *Psicol. reflex. crit*, 16 (2):379-88, 2003.

- BENKO, M.A.; SILVA, M.J. - Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. *Rev Lat Am Enfermagem*, 4 (1):71-85, 1996.
- BERGER, M.V. B. – **Educação Transpessoal: Integrando o Saber ao Ser no Processo Educativo**. Campinas, 2001. Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas.
- BERMAN, P. L. – **Experiências de Quase Morte e o Dom da Vida**. Rio de Janeiro, Editora Nova Era, 2000.
- BIRNBAUM, L.; BIRNBAUM, A. - In search of inner wisdom: guided mindfulness meditation in the context of suicide. *Scientific World Journal*, 18 (4):216-27, 2004.
- BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. – **Investigação Qualitativa em Educação**. Portugal, Porto, 1994.
- BORRIE, R.A. – The use of restricted environmental stimulation therapy in treating addictive behaviors. *Int J Addict*, 25 (7A-8A):995-1015, 1990-91.
- BRANDÃO, M.L.R. - Saúde e fé cristã: um ensaio ético-teológico. *Mundo Saúde*, 24 (6):515-23, 2000.
- BRENNER, C. - **Noções Básicas de Psicanálise**. 5. ed. São Paulo, Imago Editora, 1987.
- BROWN-SALTZMAN, K. - Replenishing the spirit by meditative prayer and guided imagery. *Semin Oncol Nurs*, 13 (4):255-9, 1997.
- BULKELEY, K. - Dreaming as a Spiritual Practice: A Workshop. In: **Abstracts of conference XII U.S.A.**, New York, Association for The Study of Dreams, 1995.
- BURNS, S.J.; HARBUZ, M.S.; HUCKLEBRIDGE, F.; BUNT, L. – A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. *Altern Ther Health Med*, 7 (1):48-56, 2001.
- CAPRA, F. - **O Ponto de Mutação**. 20º ed. São Paulo, Editora Cultrix, 1982.
- CARVALHO, M.M.J. - A Hipnoterapia no Tratamento da Dor. In: CARVALHO, M.M.J. - **DOR, Um Estudo Multidisciplinar**. São Paulo, Summus Editorial, 1999. p.222-47.



- CARVALHO, M.M.J. – O Sofrimento da Dor no Câncer. In: CARVALHO, M.M.J. - **Introdução a Psiconcologia**. Campinas, Editorial Psy II, 1994a. p.103–18.
- CARVALHO, M.M.J. – Visualização e Câncer. In: CARVALHO, M.M.J. – **Introdução a Psiconcologia**. Campinas, Editorial Psy II, 1994b. p.161–72.
- CASSILETH, B.; ABRAHM, J.; ALAVI J.B.; BOLWELL, B.; CASSILETH, P.A.; DALY, J.M. et al – **Câncer. Cuidando do Paciente em Casa. Um Guia para Doentes e seus Familiares**. São Paulo, Fundação Oncocentro, 1994.
- CAUDILL, M. – **Controle a Dor antes que Ela Assuma o Controle: Um Programa Clinicamente Comprovado**. São Paulo, Summus Editorial, 1998.
- CHARURI, C. – **Como Vai a Sua Mente?**. 3. ed. São Paulo, PC Editorial, 2001.
- CHIBNALL, J.T.; JERAL, J.M.; CERULLO, M.; KNORP J.F.; DUCKRO, P.N. – Medical school exposure to spirituality and response to a hypothetical cancer patient. **J Cancer Educ**, 17 (4):188–90, 2002a.
- CHIBNALL, J.T.; VIDEEN, S.D.; DUCKRO, P.N.; MILLER, D.K. – Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. **Palliat Med**, 16 (4):331-8, 2002b.
- CHOCHINOV, H.M.; HACK, T.; HASSARD, T.; KRISTJANSON, L.J.; MC CLEMENT, S.; HARLOS, M. - Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. **J Palliat Care**, 20 (3):134-42, 2004.
- CLARK, P.A.; DRAIN, M.; MALONE M.P. - Addressing Patients' Emotional and Spiritual Needs. **Jt Comm J Qual Saf**. 29 (12):659-70, 2003
- CORBELLINI, V.L.; COMIOTTO, M.S. – Hoje eu me sinto em paz, eu deito agradecendo a Deus, se nós não temos fé, nós não somos ninguém. **Mundo Saúde**, 24 (6):510-14, 2000.
- CORRÊA, C.F.; PIMENTA, C.A.M. – Princípios do Tratamento da Dor. In: FIGUEIRÓ, J.A.B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C.A.M. – **Dor e Saúde Mental**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte, Editora Atheneu, 2005. p. 41-50.
- D' ANDREA, F. F. - **Desenvolvimento da Personalidade**. 10. ed. Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil, 1991.

- DAVID, H.M.S.L. - **Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares**. Rio de Janeiro, 2001. Tese - Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública.
- DENZIN, N.; LINCOLN, Y.S. – Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y.S. - **Handbook of Qualitative Research**. London, SAGE Publications, 1994.
- DOLLANDER, M. – Etiologies of adult insomnia. **Encephale**, 28 (6 Pt 1):493-502, 2002.
- DOUGLAS, D.B. – Hypnosis: useful, neglected, available. **Am J Hosp Palliat Care**, 16 (5):665:70, 1999.
- EFFICACE, F.; MARRONE, R. – spiritual Issues and quality of life assessment in cancer care. **Death Stud**, 26 (9):743-56, 2002.
- ELIAS, A.C.A. - Um Jeito mais Brando de Enfrentar a Morte. **Revista VIVER Psicologia**, 80: 14-6, 1999.
- ELIAS, A.C.A. – **Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re-significação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais**. Campinas, 2001. Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas.
- ELIAS, A.C.A. - Intervenção Psicoterapêutica para Pacientes Graves e Terminais In: GIGLIO, Z.G; GIGLIO, J.S. – **Anatomia de uma época: olhares junguianos através do binômio Eficiência / Transformação**. Campinas, Instituto de Psicologia Analítica de Campinas, IPAC, 2002. p.191-202.
- ELIAS, A.C.A - Re-significação da Dor Simbólica da Morte: Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade. **Psicologia Ciência e Profissão**, 23 (1):92-7, 2003.
- ELIAS, A.C.A. - Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade para o Alívio da Dor Simbólica da Morte. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. Barueri, Editora Manole, 2006. p.333-46.

- ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. – A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar: O Psicólogo e a Dimensão Espiritual do Paciente. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 18 (3):23-32, 2001a.
- ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. – Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re-significação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais. *Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia*, 16: 14–22, 2001b.
- ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. – Intervenção Psicoterapêutica na área de Cuidados Paliativos para re-significar a Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais através de Relaxamento Mental, Imagens e Espiritualidade. *Rev. Psiquiatr. Clín*, 29 (3):116–29, 2002a.
- ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. - Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal – *Mudanças*, 10 (1):72–92, 2002b.
- EPSTEIN, G. - *Imagens que Curam*. 6. ed. Rio de Janeiro, Xenon Editora, 1990.
- ETCHEGOYEN, R.H. – *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- FERNANDEZ, A.A. – Persona: Mathilde Neder. *Revista VIVER Mente e Cérebro*, 147: 22-4, 2005.
- FERNANDEZ, C.V.; STUTZER, C.A.; MAC WILLIAM, L.; FRYER, C. – Alternative and complementary therapy use in pediatric oncology patients in British Columbia: prevalence and reasons for use and nonuse. *J Clin Oncol*, 16 (4):1279-86, 1998.
- FERREIRA, A.B.H. - *Novo Aurélio - Dicionário da Língua Portuguesa – Século XXI*. 3. ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1999.
- FERREIRA, M.V.C. – *Hipnose na Prática Clínica*. São Paulo, Editora Atheneu, 2003.
- FIGUEIREDO, J.H.; GIGLIO, J.S.; BOTEGA, N.J. – Tratamentos Psicológicos: Psicoterapia de Apoio, Relaxamento, Meditação. In: BOTEGA, N.J. – *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre, Artmed Editora, 2002. p.405–18.

- FIORINI, H.J. – **Teorias e Técnicas de Psicoterapias**. 9. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1991.
- FISCH, M.; ZICHI COHEN M.; RUTLEDGE C.; CRIPE L.D. - Teaching patients how to improve communication with their health care providers: a unique workshop experience. **J Cancer Educ**, 18 (4):188-93, 2003.
- FLECK, M.P.A.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N.S. – Desenvolvimento do WHOQOL, Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais. **Rev. Saúde Pública**, 37 (4):446–55, 2003.
- FORGHIERI, Y. C. – **Psicologia fenomenológica – fundamentos, método e pesquisas**. São Paulo, Editora Pioneira, 2004.
- FORTUNE, M.; PRICE, M.B. - The spirit of healing: how to develop a spiritually based personal and professional practice. **J N Y State Nurses Assoc.**, 34 (1):32-8, 2003.
- FRANÇA, C. – **Psicologia Fenomenológica: uma das maneiras de se fazer**. Campinas, Editora da UNICAMP, 1989. (Série Teses).
- FREIRE JÚNIOR, R.C.; TAVARES, M.F.L. – A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecimento e valorizando sua opinião. **Interface comun. saúde educ**, 9 (16):147-58, 2004-2005.
- FREUD, S. - **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975. vol. **XXIII**.
- FREUD, S. - **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1987a. vol. **XXI**.
- FREUD, S. - **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1987b. vol. **V**.
- FRIEDEMANN, M.L.; MOUCH, J.; RACEY, T. - Nursing the spirit: the Framework of Systemic Organization. **J Adv Nurs**, 39 (4):325-32, 2002.
- GARFIELD, P. - Do Dreams Foretell Illness and Death? In Can Dreams Predict The Future? A Panel Discussion. In: **Abstracts of Conference XII**. U.S.A., New York, Association for The Study of Dreams, 1995.

- GERARD, S.; SMITH, B.H.; SIMPSON, J.A. - A randomized controlled trial of spiritual healing in restricted neck movement. *J Altern Complement Med*, 9 (4):467-77, 2003.
- GIGLIO, J.S.- *Jornal O Comunitário*. Edição no. 55: ano VIII, 1996.
- GIGLIO, J.S. - *Psicoterapia e Espiritualidade* – Monografia apresentada a Associação Junguiana do Brasil para conclusão do Curso de Formação de Analistas Junguianos. Campinas, Associação Junguiana do Brasil, 1997.
- GIGLIO, J.S.; GIGLIO, Z.G. - A Religiosidade na prática psico-terapêutica: uma leitura contemporânea. In: *Desafios da prática: O paciente e o continente*. Anais do III Congresso Latino-Americano de Psicologia Junguiana. Salvador, Brasil, 2003.
- GOOD, P.D. – Advances in palliative care relevant to the wider delivery of healthcare. *Med J Aust*, 179 (6 Suppl): S44–6, 2003.
- GREYSON, B. – Near-Death Experiences in a Psychiatric Outpatients Clinic Population. *Psychiatric Services*, 54(12):1649-51, 2003. Available from: URL: <http://ps.psychiatryonline.org>,
- GREYSON, B. – Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds? *The Lancet*, 355 (9202):460-463, 2000.
- GRUNBERG, G.; CRATER, S.W.; GREEN, C.L.; SESKEVICH, J.; LANE, J.D.; KOENIG, H.G. et al - Correlations between preprocedure mood and clinical outcome in patients undergoing coronary angioplasty. *Cardiol Rev*, 11 (6):306-8, 2003.
- HALSTEAD, M.T.; HULL, M. - Struggling with paradoxes: the process of spiritual development in women with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 28 (10):1534-44, 2001.
- HAWKS, S.R.; HULL, M.L.; THALMAN, R.L.; RICHINS, P.M. - Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *Am J Health Promot*, 9 (5):371-8, 1995.
- HEINTZ, L.M.; BARUSS, I. - Spirituality in late adulthood. *Psychol Rep*, 88 (3 Pt 1):651-4, 2001.

HENDERSON, J.W.; DONATELLE, R.J. – Complementary and alternative medicine use by women after completion of allopathic treatment for breast cancer. **Altern Ther Health Med**, 10 (1):52-7, 2004.

HENSE, D.S.S. – **Tendo que operar– se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade**. Florianópolis,1987. Dissertação – Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina.

HERMANN, C.P. – Spiritual Needs of Dying Patients: A Qualitative Study. **Oncol Nurs Forum**, 28 (1):167–72, 2001.

HESSIG, R.E.; ARCAND, L.L.; FROST, M.H. - The effects of an educational intervention on oncology nurses' attitude, perceived knowledge, and self-reported application of complementary therapies. **Oncol Nurs Forum**, 31 (1):71-8, 2004.

HILLIARD, R.E. - Music Therapy in Hospice and Palliative Care: a Review of the Empirical Data. **Evid Based Complement Alternat Med**, 2 (2):173-8, 2005.

HOLBECHÉ, S. - **Como os Sonhos podem nos Ajudar**. São Paulo, Cultrix. 1997.

HOULDIN A.D.; MC CORKLE, R.; LOWERY, B.J. - Relaxation training and psychoimmunological status of bereaved spouses. A pilot study. **Cancer Nurs**, 16 (1):47-52, 1993.

HOLT-ASHLEY, M. – Nurses pray: use of prayer and spirituality as a complementary therapy in the intensive care setting. **AACN Clin Issues**, 11 (1):60-7, 2000.

HOSAKA, T.; SUGIYAMA, Y.; HIRAI, K.; SUGAWARA, Y. - Factors associated with the effects of a structured psychiatric intervention on breast cancer patients. **Tokai J Exp Clin Med**, 26 (2):33-8, 2001.

INGLIS, B. - **O Poder dos Sonhos**. 10. ed. São Paulo, Editora Pensamento. 1994.

JUNG, C.G. – **Memórias, Sonhos, Reflexões**. 21. ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 2001.

JUNG, C. G. – Chegando ao Inconsciente. In: JUNG, C. G. - **O Homem e seus Símbolos**. 12. ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1993. p.18–103.

JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986a. vol. XI.

- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986b. vol. IX/2.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986c. vol. XII.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986d. vol. XV.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986e. vol. VIII.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986f. vol. V.
- JUNG, C.G. - **Dreams**. New Jersey, Princeton University Press, 1974.
- KAASA, S.; LOGE, J.H. – Quality of life in palliative care: principles and practice. **Palliat Med**, 17 (1): 11-20, 2003.
- KAMIENESKI, R.; BROWN, C.M.; MITCHELL, C.; PERRIN, K.M.; DINDIAL, K. - Health benefits achieved through the Seventh-Day Adventist Wellness Challenge program. **Altern Ther Health Med**, 6 (6):65-9, 2000.
- KENNEDY, C.; CHESTON, S.E. - Spiritual distress at life's end: finding meaning in the maelstrom. **J Pastoral Care Counsel**, 57 (2):131-41, 2003.
- KENNEDY, J.E.; ABBOTT, R.A.; ROSENBERG, B.S. – Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. **Altern Ther Health Med**, 8 (4):64-6, 68-70, 72-3, 2002.
- KISSANE, D.W.; LOVE, A.; HATTON, A.; BLOCH, S.; SMITH, G.; CLARKE, D.M. et al – Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. **J Clin Oncol**, 22 (21):4244-6, 2004.
- KNEIER, A.W. - Coping with melanoma--ten strategies that promote psychological adjustment. **Surg Clin North Am**, 83 (2):417-30, 2003.
- KOENIG, H.G. – **Espiritualidade no Cuidado com o Paciente. Por quê, como, quando e o quê**. São Paulo, FE Editora Jornalística, 2005.
- KOENIG, H.G. – Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. **Southern Medical Journal**, 97 (12):1194-200, 2004a.
- KOENIG, H.G. – Taking a Spiritual History. **JAMA** 291 (23):2891, 2004b.

- KOVÁCS, M.J. – Notícia: Wilma da Costa Torres (1934-2004): Pioneira da Tanatologia no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 20 (1):95-6, 2004.
- KOVÁCS, M.J. – **Educação para a Morte. Temas e Reflexões**. São Paulo, Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003.
- KRONENWETTER, C.; WEIDNERG, G.; PETTENGILL, E.; MARLIN, R.; CRUTCHFIELD, L.; MC CORMAC, P. et al - A qualitative analysis of interviews of men with early stage prostate cancer: the Prostate Cancer Lifestyle Trial. **Cancer Nurs**, 28 (2):99-107, 2005.
- KRUCOFF, M.W.; CRATER, S.W.; GREEN, C.L.; MAAS, A.C.; SESKEVICH, J.E.; LANE, J.D. et al - Integrative noetic therapies as adjuncts to percutaneous intervention during unstable coronary syndromes: Monitoring and Actualization of Noetic Training (MANTRA) feasibility pilot. **Am Heart J**, 142 (5):760-9, 2001.
- KÜBLER-ROSS, E. – **O Túnel e a Luz**. Campinas, Verus Editora, 2003.
- KÜBLER-ROSS, E. - **A Roda da Vida**. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998.
- KÜBLER-ROSS, E. - **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo, Martin Fontes, 1996.
- KUHN, T.S. – **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 4. ed. São Paulo, Editora Perspectiva, 1996. (Coleção Debates).
- KVALE, S. – **InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing**. Thousand Oaks, California, SAGE Publications, 1996.
- LA GRAND, L.E. – Reducing burnout in the hospice and death education movement. **Death Educ**, 4 (1):61-75, 1980.
- LANG, E.V.; BENOTSCH, E.G.; FICK, L.J; LUTGENDORF, S.; BERBAUM, M.L.; LOGAN, H. et al – Adjunctive non – pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. **The Lancet**, 355 (9214):1486–90, 2000.
- LAURENTIIS, V. R.; DANTAS, A. M. - Percurso profissional da profª drª Maria Margarida Moreira Jorge de Carvalho: diário de bordo. **Available from:** URL: [http://www.crpsp.org.br/a\\_acerv/pioneiros/magui/fr\\_magui\\_artigo.htm](http://www.crpsp.org.br/a_acerv/pioneiros/magui/fr_magui_artigo.htm)



- LINDOP, E. – A complementary therapy approach to the management of individual stress among student nurses. *J Adv Nurs*, 18 (10): 1578-85, 1993.
- LOURDES, C.; REUS, V. - Emergent topics of educators' perspectives on their own education for retired health care professionals. *P R Health Sci J*, 21 (3):241-51, 2002.
- LOWIS, M.J.; HUGHES, J. - A comparison of the effects of sacred and secular music on elderly people. *J Psychol*, 131 (1):45-55, 1997.
- LUCINI, D.; COVACCI, G.; MILANI, R.; MELA, G.S.; MALLIANI, A.; PAGANI, M.; A controlled study of the effects os mental relaxation on autonomic excitatory responses in healthy subjects. *Psychosom Med*, 59 (5):541-52, 1997.
- LUSKIN F.M.; NEWELL, K.A.; GRIFFITH, M.; HOLMES, M.; TELLES, S.; DINUCCI, E. et al – A review of mind / body therapies in the treatment of musculoskeletal disorders with implications for the elderly. *Altern Ther Health Med*, 6 (2):46-56, 2000.
- LUZARDO, A.; WALDMAN, B. F. - Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Acta sci., Health sci*, 26 (1):135-145, 2004.
- MAC LEAN, C.D.; SUSI, B.; PHIFER, N.; SCHULTZ, L.; BYNUM, D.; FRANCO, M. et al – Patients preference for physician discussion and practice of spirituality. *J Gen Intern Med*, 18 (1):38–43, 2003.
- MAC LEOD, R. D.; PARKIN, C.; PULLON, S.; ROBERTSON, G. – Early clinical exposure to people who are dying: learning to care at the end of life. *Med Educ*, 37, (1):51–8, 2003.
- MAMTANI R.; CIMINO A. – A primer of complementary and alternative medicine and its relevance in the treatment of mental health problems. *Psychiatr Q*, 73 (4):367-81, 2002.
- MARINI, E. – *Cromoterapia*. Rio de Janeiro, Nova Era, 2002.
- MARR, J. - The use of the Bonny Method of Guided Imagery and Music in spiritual growth. *J Pastoral Care*, 55 (4):397-406, 2001.
- MATTHEES, B.J.; ANANTACHOTI, P.; KREITZER, M.J.; SAVIK, K.; HERTZ, M.I.; GROSS, C.R. – Use of complementary therapies, adherence, and quality of life in lung transplant recipients. *Heart Lung*, 30 (4):258-68, 2001.

- MATTOON, M.A. - **El Analisis Junguiano de Los Sueños**. Buenos Aires, Editorial Paidos, 1980.
- MATZO, M.L.; SHERMAN, D.W.; MAZANEC, P.; BARBER, M.A.; VIRAN, R.; MCLAUGHLIN, M.M. - Teaching cultural considerations at the end of life: end of life nursing education consortium program recommendations. **J Contin Educ Nurs**, 33 (6):270-8, 2002.
- MAYOL, R. - **Câncer, Corpo e Alma**. São Paulo, Editora Os Magos, 1992.
- MC CARTHY, K. - Early alcoholism treatment: the Emmanuel Movement and Richard Peabody. **J Stud Alcohol**, 45 (1):59-74, 1984.
- MC CLAIN, C. S.; ROSENFELD, B.; BREITBART, W. - Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. **Lancet**, 361(9369):1603-7, 2003.
- MC GRATH, P. - Religiosity and the challenge of terminal illness. **Death Stud**; 27 (10):881-99, 2003.
- MC GRATH, P. - Creating a language for 'spiritual pain' through research: a beginning. **Support Care Cancer**, 10 (8):637-46, 2002.
- MELLO, E.K.N. - Família: a doença que somos nós. **Mundo Saúde**, 23 (1):32-5, 1999.
- MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A.; FERRAZ, C.A.; FÁVERO, N. - The re-humanization of the executive nurse's job: a focus on the spiritual dimension. **Rev Lat Am Enfermagem**, 10 (3):401-7, 2002.
- MILLER, S. - **Depois da Vida: Desvendando a Jornada Pós Morte**. São Paulo, Summus Editorial, 1997.
- MILLER, W.R.; THORESEN, C.E. - Spirituality, religion and health. An emerging research field. **Am Psychol**, 58 (1):24-35, 2003.
- MILLISON, M.; DUDLEY, J.R. - Providing spiritual support: a job for all hospice professionals. **Hosp J**, 8 (4):49-66, 1992.
- MINAYO, M.C.S. - **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7. ed. São Paulo - Rio de Janeiro, Editora Hucitec-Abrasco, 2000.

- MONTAGU, A. - **Tocar: O Significado Humano da Pele**. São Paulo, Summus Editorial, 1988.
- MOODY, JR R. - **A Luz do Além**. 3. ed. Rio de Janeiro, Editora Nórdica, 1989.
- MOODY, JR R. – **Vídeo: Vida após a Morte**. São Paulo, NCA Forever, 60', 1992.
- MONEY, M. – Shamanism as a healing paradigm for complementary therapy. **Complement Ther Nurs Midwifery**, 7 (3):126-31, 2001.
- MORSE, M.; PERRY, P. – **Transformados pela Luz**. Rio de Janeiro, Editora Nova Era, 1997.
- MOSS, K. - Dream Precognition and Possible Futures. **In: Abstracts of Conference XII**. U.S.A., New York, Association for The Study of Dreams. 1995.
- MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. – Fadiga em pacientes com câncer Avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 48 (4):577–83, 2002.
- O' CONNOR, C.I. – Characteristics of Spirituality, Assessment, and Prayer in Holistic Nursing. **Nurs Clin North Am**, 36 (1):167-72, 2001.
- O' HARA, D.P. – Is there a role for prayer and spirituality in health care?. **Med Clin North Am**, 86 (1):33–46, 2002.
- PAPATHANASSOGLU, E.D.; PATIRAKI, E.I. - Transformations of self: a phenomenological investigation into the lived experience of survivors of critical illness. **Nurs Crit Care**, 8 (1):13-21, 2003
- PARNIA, S.; FENWICK, P. – Near death experiences in cardiac arrest: visions of a dying brain or visions of a new science of consciousness. **Resuscitation**, 52: 5-11, 2002. [www.elsevier.com/locate/resuscitation](http://www.elsevier.com/locate/resuscitation)
- PATTERSON, S.; BALDUCCI, L.; MEYER, R. – The Book of Job: a 2,500-year-old current guide to the practice of oncology: the nexus of medicine and spirituality. **J Cancer Educ**, 17 (4): 237-40, 2002.
- PEACE, G.; MANASSE A. – The Cavendish Centre for integrated cancer care: assessment of patients' needs and responses. **Complement Ther Med**, 10 (1):33-41, 2002.

- PESSINI, L. – A Presença do Sagrado no Hospital. In: **Vídeo sobre a mesa redonda A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar no V Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar**. São Paulo, TV Med – Instituto de Vídeo Medicina. 2000.
- PIERSON, C.M.; CURTIS, J.R.; PATRICK, D.L. - A good death: a qualitative study of patients with advanced AIDS. **AIDS Care**, 14 (5):587-98, 2002.
- PIMENTA, C.A.M.; PORTNOI, A.G. – Dor e Cultura. In: CARVALHO, M.M.J. (org.) - **DOR, Um Estudo Multidisciplinar**. São Paulo, Summus Editorial, 1999. p.159 – 173.
- PINCHAROEN, S.; CONGDON, J.G. – Spirituality and health in older Thai persons in the United States. **West J Nurs Res**, 25 (1):93-108, 2003.
- PINTO, O.P. – Técnicas de Aprendizagem em Ação. In: BOOG, G.G. (coord) – **Manual de Treinamento e Desenvolvimento**. 2. ed. São Paulo, MAKRON Books do Brasil, 1994. p.285–308.
- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1995.
- POPE, C.; MAYS, N. – Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. **British Medical Journal**, 311: 42-5, 1995.
- POWE, B.D.; FINNIE, R. - Cancer fatalism: the state of the science. **Cancer Nurs**, 26 (6):454-65, 2003.
- POWELL, L.H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C.E. – Religion and spirituality. Linkages to physical health. **Am Psychol**, 58 (1):36-52, 2003.
- RANCOUR, P. - Guided imagery: healing when curing is out of the question. **Perspect Psychiatr Care**, 27 (4):30-3, 1991.
- RICHARDS, K.; NAGEL, C.; MARKIE, M.; ELWELL, J.; BARONE, C. – Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients. **Crit Care Nurs Clin North Am**, 15 (3):329-40, 2003.

- ROLNIAK, S.; BROWNING, L.; MACLEOG, B.A.; COCKLEY, P. – Complementary and alternative medicine use among urban ED patients: prevalence and patterns. *J Emerg Nurs*, 30 (4):318-24, 2004.
- ROSEN, S. - **Minha Voz Irá Contigo!**. Campinas, Editora PsyII, 1994.
- SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. – Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8 (3): 107–12, 2001.
- SAD, I. - Revisão de vida, autoconhecimento e auto-aceitação: tarefas da maturidade. In: NERI, A.L. **Maturidade e velhice: trajetórias. individuais e socioculturais**. Campinas, Papirus, 2001. p.53-69.
- SAMANO, E.S.T.; GOLDENSTEIN, P.T.; RIBEIRO, L.M.; LEWIN, F.; VALESIN FILHO, E.S.; SOARES, H.P. et al – Praying correlates with higher quality of life: results from a survey on complementary/alternative medicine use among a group of Brazilian cancer. *São Paulo Med J*, 122 (2):60-3, 2004.
- SAMUELS, A.; SHORTER B.; PLAUT, F.– **Dicionário Crítico de Análise Junguiana**. Rio de Janeiro, Imago. 1988.
- SATTERLY, L. – Guilt, shame, and religious and spiritual pain. *Holist Nurs Pract*, 15 (2): 30–9, 2001.
- SAUNDERS, C. – **Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach**. London. Edward Arnold, 1991.
- SCHERWITZ, L.W.; MC HENRY, P.; HERRERO, R. - Interactive Guided Imagery therapy with medical patients: predictors of health outcomes. *J Altern Complement Med.*, 11 (1):69-83, 2005.
- SHANNON, S.E.; TATUM, P. – Spirituality and end-of-life care. *Mo Med*, 99 (10):571–6, 2003.
- SHIN, Y.I.; LEE, M.S. – Qi therapy (external qigong) for chronic fatigue syndrome: case studies. *Am J Chin Med*, 33 (1):139-41, 2005.

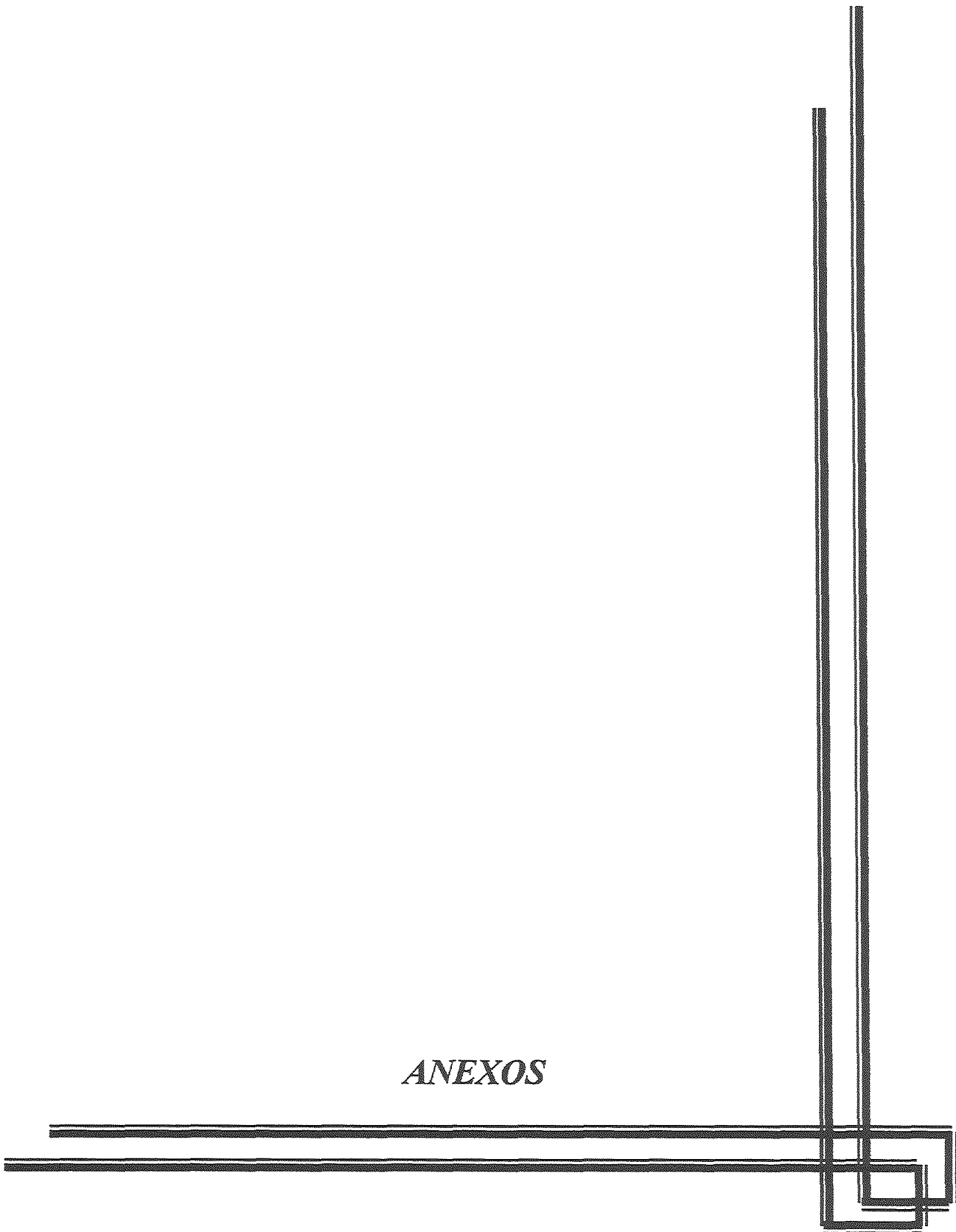
- SHIRAHAMA, K.; INOUE, E.M. – Spirituality in nursing from a Japanese perspective. *Holist Nurs Pract*, 15 (3):63–72, 2001.
- STUTTS, A.; SCHLOEMANN, J. - Life-sustaining support: ethical, cultural, and spiritual conflicts. Part II: Staff support--a neonatal case study. *Neonatal Netw*, 21 (4):27-34, 2002.
- SIEGEL, B.S. - **Viver Bem Apesar de Tudo**. São Paulo, Summus Editorial, 1989.
- SIEGEL, B.; TENENBAUM, A. J.; JAMANKA, A.; BARNES, L.; HUBBARD, C.; ZUCKERMAN, B. – Faculty and resident attitudes about spirituality and religion in the provision of pediatric health care. *Ambul Pediatr*, 2(1):5–10, 2002.
- SILVA, A.L. - Relação médico-paciente. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 51(3):132, 2005.
- SIMONTON, O.C.; MATTHEWS - SIMONTON, S.; CREIGHTON, J.L. – **Com a Vida de Novo. Uma Abordagem de Auto – Ajuda para Pacientes com Câncer**. 6. ed. São Paulo, Summus Editorial, 1987.
- SMITH, I.W.; AIREY, S.; SALMOND, S.W. - CE feature. Part 2. Nontechnologic strategies for coping with chronic low back pain. *Orthop Nurs*, 9 (4):26-34, 1990.
- SPIEGEL D.; MOORE R. – Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology (Huntingt)*, 11 (8):1179-89; discussion 1189-95, 1997.
- STRANAHAN, S. – Spiritual Perception, Attitudes about Spiritual Care, and Spiritual Care Practice among Nurse Practitioners. *West J. Nurs Res*, 23 (1):90–104, 2001.
- TAYLOR, E.J. - The story behind the story: the use of storytelling in spiritual caregiving. *Semin Oncol Nurs*, 13 (4):252-4, 1997.
- TEIXEIRA, J.J.; LEFÈVRE, F. - Humanização nos cuidados de saúde e a importância da espiritualidade: o discurso do sujeito coletivo – psicólogo. *Mundo Saúde*, 27 (3):362-8, 2003.
- THIOLLENT, M. - **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo, Cortez Autores Associados, 1986.
- THOMAS, S.A. - Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. *Holist Nurs Pract*, 3 (3):47-55, 1989.

- TRIVINÕS, A.N.S. - **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo, Editora Atlas, 1987.
- TUCK, I.; WALLACE, D.; PULLEN, L. – Spirituality and Spiritual Care Provided by Parish Nurses. **West J Nurs Res**, 23 (5): 441-53, 2001.
- TUCKER, J.B. – Modification of attitudes to influence survival from breast cancer. **The Lancet**, 354 (9187):1320, 1999.
- TURNER, R.P.; LUKOFF, D.; BARNHOUSE, R.T.; LU, F.G. - Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. **J Nerv Ment Dis**, 183 (7):435-44, 1995.
- VAN PRAAGH, J. – **Conversando com os Espíritos**. 8. ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998.
- VASSALO, B. M. – The spiritual aspects of dying at home. **Holist Nurs Pract**, 15 (2):17–29, 2001.
- VAN DER RIET, P. - Ethereal embodiment of cancer patients. **Aust J Holist Nurs**, 6 (2):20-7, 1999.
- VAN LOMMEL P, WEES R, MEYERS V, ELFFERICH I. - Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. **The Lancet**, 358 (9298):2039–45, 2001.
- VAN LOMMEL P. About The Continuity of our Consciousness. In: MACHADO, C. e SHEWMON, D.A. **Brain Death and Disorders of Consciousness**. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic/ Plenum Publishers; 2004. p. 115-32.
- VOLCAN, S.M.A.; SOUSA, P.L.R.; MARI, J.J.; HORTA, B.L. – Relação de bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos. **Rev. Saúde Pública**, 37 (4): 440–5. 2003
- VON FRANZ, M.L. - **Os Sonhos e a Morte: Uma Interpretação Junguiana**. 10. ed., São Paulo, Editora Cultrix, 1995.
- WALSH, K.; KING, M; JONES L.; TOOKMAN, A.; BLIZARD, R. – Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. **BMJ**, 324 (7353):1551, 2002.

- WALTON, J. – Discovering meaning and purpose during recovery from an acute myocardial infarction. *Dimens Crit Care Nurs*, 21 (1): 36–43, 2002.
- WEISS, B.L. – **Muitas Vidas, Muitos Mestres**. 31. ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998.
- WEISS, B.L. – **A Divina Sabedoria dos Mestres**. 2. ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. WHO Definition of Palliative Care. Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- WRIGHT, M. C. – The essence of spiritual care: a phenomenological enquiry. *Palliat Med*, 16 (2):125–32, 2002.
- WYATT, G.K.; FRIEDMAN, L.L.; GIVEN, C.W.; GIVEN, B.A.; BECKROW, K.C.- Complementary therapy use among older cancer patients. *Câncer Pract*, 7 (3): 136-44, 1999.



*ANEXOS*





## ANEXO 1

### **Termo de Consentimento Pós-Informação e Compromisso dos Profissionais da área de saúde para participar do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME) e atender dois pacientes terminais.**

Eu, \_\_\_\_\_

Profissional da área de saúde, \_\_\_\_\_

CR \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, residente na Rua /

Av \_\_\_\_\_ no. \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, Telefone(0xx \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular

(0xx \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_, vinculado ao Hospital

\_\_\_\_\_ aceito participar do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), a ser realizado em duas fases, representado na fase um por um Curso de Capacitação e na fase dois por atendimentos a dois pacientes terminais e quatro supervisões com a psicóloga pesquisadora.

Comprometo-me a atender os dois pacientes terminais no período de seis meses após o término do Curso de Capacitação, ou seja, de agosto de 2004 até janeiro de 2005 e a cumprir os critérios éticos pertinentes a esta Intervenção Terapêutica:

- Informar ao paciente sobre a temática de trabalho a ser desenvolvido: Relaxamento Mental motivado por músicas suaves e respiração lenta e profunda e orientação de Visualização de Imagens Mentais para paisagens belas e para os elementos que compõem a Espiritualidade, baseados nos relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte.
- Observar se o paciente acredita na vida espiritual pós-morte, porque esta crença é critério para a aplicação desta intervenção terapêutica.
- Respeitar a religião do paciente.
- Informar ao paciente que este método já foi previamente operacionalizado, descrito e publicado e, portanto validado.

- Informar ao paciente, de que estou fazendo parte de um estudo onde o Treinamento da técnica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME) está sendo validado e, por esta razão, estou em treinamento para aplicação desta Intervenção Terapêutica.
- Informar ao paciente que ele pode interromper o trabalho através da Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), caso não se adapte a esta modalidade de atendimento, sem prejuízo a continuidade do seu tratamento clínico.
- Obter, por escrito, concordância do paciente em se submeter à Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Declaro que sei que este Programa de Treinamento refere-se à Tese de Doutorado da Profa Ana Catarina de Araújo Elias, Psicóloga, CRP 06 9777, orientada pelo Prof. Associado Joel Sales Giglio, ambos da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, co-orientada pela Profa Associada Cibele Andrucio de Mattos Pimenta, da Escola de Enfermagem da USP e por esta razão me comprometo a responder pessoalmente a Entrevista Semi-Estruturada e a responder por escrito o Questionário Estruturado e o Diário, propostos pela pesquisadora, para coleta de dados, no decorrer dos atendimentos aos dois pacientes.

Declaro também que recebi um livreto com o conteúdo das aulas do Curso de Capacitação (fase um do Programa de Treinamento) e que representa parte da Tese de Doutorado da pesquisadora.

---

Assinatura do Profissional da área de saúde

---

Assinatura da Psicóloga Pesquisadora

Data: \_\_\_\_\_

Telefones e e-mail da Psicóloga Ana Catarina de Araújo Elias

019 – 3294 9184 ou 019 – 9705 2579

[acatarina@fcm.unicamp.br](mailto:acatarina@fcm.unicamp.br) ou [anacatarinaelias@uol.com.br](mailto:anacatarinaelias@uol.com.br)

## ANEXO 2

### Termo de Consentimento de Participação Pós-Informação.

Eu, \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_, e/ou meu Cuidador \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, aceito ser  
atendido através da Intervenção Terapêutica denominada “Relaxamento, Imagens Mentais e  
Espiritualidade” (RIME), desenvolvida pelo  
profissional \_\_\_\_\_ CR \_\_\_\_\_  
Fone \_\_\_\_\_

Informo ter ciência dos seguintes aspectos:

- Que a temática de trabalho a ser desenvolvido é: Relaxamento Mental motivado por músicas suaves e respiração lenta e profunda e orientação de Visualização de Imagens Mentais para paisagens belas e para os elementos que compõem a Espiritualidade, baseados nos relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte e voltaram a viver normalmente.
- Que estou participando de uma pesquisa científica para ampliação do conhecimento sobre esta Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), mas tenho a informação que esta Intervenção Terapêutica já foi cientificamente validada. Estou ciente que esta pesquisa, da qual consinto em participar, visa apenas ampliar o conhecimento sobre a aplicação desta Intervenção Terapêutica RIME.
- Também tenho ciência que os resultados da pesquisa serão publicados, mas a identidade dos pacientes e familiares participantes será preservada e mantida em sigilo absoluto.
- Que acredito na vida espiritual, porque esta crença é critério para a aplicação desta Intervenção Terapêutica.
- Que terei minha religião respeitada pelo profissional.
- Que poderei interromper o tratamento através da Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), caso não me

adapte a esta modalidade de atendimento, sem nenhum prejuízo a continuidade do meu tratamento clínico.

- Que sei que o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa é: (019) 3788 8936 (FCM UNICAMP) ou \_\_\_\_\_.

Assinatura do Paciente:

\_\_\_\_\_

e/ou

Assinatura do Cuidador:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Telefones e e-mail do Profissional que atenderá os pacientes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ANEXO 3

#### **Estudiosos na área de Cuidados Paliativos convidados para o Programa de Treinamento da Intervenção Terapêutica para re-significar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais: “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME).**

Os profissionais contatados foram:

- 1) Hospital Universitário da USP - Divisão de Enfermagem.  
Diretora: Enfermeira Beatriz Gutierrez.
- 2) Escola de Enfermagem da USP – Programa de Pós-Graduação  
Doutoranda Dálete Faria
- 3) Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo  
Dra Maria Goretti Maciel. Coordenadora do Programa de Cuidados Paliativos.
- 4) Hospital Albert Einstein  
Enfermeira Lúcia Giunta. Coordenadora da área de oncologia.
- 5) Hospital Pérola Byington  
Psicóloga Alcina Meirelles. Diretora do Serviço de Psicologia.
- 6) Serviço de Psicologia do CAISM  
Psicóloga Vera Lúcia Rezende. Chefe do Serviço de Psicologia.
- 7) Serviço de Enfermagem da Oncologia do CAISM  
Enfermeira Meire Celeste Cardoso Del Monte. Diretora.
- 8) Serviço de Capelania do CAISM  
Prof Dr Lizwaldo Mario Ziti
- 9) Hospital Celso Pierro / PUC Campinas  
Psicóloga Diana Tosello Laloni – Diretora do Serviço de Psicologia
- 10) Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria / Programa de Residência  
Profa Dra Heloisa Helena Rubello Valler Celeri – Preceptora dos Residentes
- 11) Faculdade de Psicologia da USP – Disciplina de Psicologia da Morte  
Profa Dra Maria Júlia Kovacs

- 12) Cuidados Paliativos do INCA / Divisão Técnico Científica do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico do INCA ( CSTO)  
Enfermeira Maria de Fátima Batalha
- 13) Hospital Público / Serviço de Atendimento Domiciliar.  
Enfermeira Eloísa (nome fictício).
- 14) Hospital Municipal Mário Gatti. Centro de Atenção Integrada em Oncologia.  
Dra Jane Márcia de Moura Rocha Lima – Médica Coordenadora
- 15) Hospital Celso Pierro – PUC Campinas.  
Enfermeira Luciana de Carvalho Martins – Enfermeira Responsável pela Quimioterapia.
- 16) Hospital dos Plantadores de Cana / Setor de SUS – Piracicaba.  
Psicólogo Raul Marques
- 17) Equipe Multidisciplinar de Cuidados Paliativos do setor de Cuidados Paliativos da Disciplina Médica da EPM/UNIFESP.  
Psicóloga Vera Anita Bifulco



## ANEXO 4

### **Carta convite para participação no Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica para Pacientes Terminais “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME) enviada para os profissionais da área de saúde por e-mail.**

Campinas, outubro de 2003

Prezado(a) Prof(a) Dr(a) \_\_\_\_\_,

Faculdade ou Hospital \_\_\_\_\_.

Assunto: Treinamento na área de Cuidados Paliativos

Sou Psicóloga, Doutoranda em Ciências Médicas na UNICAMP, tendo como orientador o Prof. Dr. Joel Giglio do Depto de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM UNICAMP e como co-orientadora a Profa. Dra. Cibele Andruccioli da Mattos Pimenta da Escola de Enfermagem da USP.

Em nossa Dissertação de Mestrado, realizada na FCM UNICAMP, desenvolvemos uma Intervenção Terapêutica para Pacientes Terminais integrando as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a questão da Espiritualidade, com base nos estudos sobre as Experiências de Quase Morte.

Denominamos o sofrimento dos pacientes terminais como Dor Simbólica da Morte, representada pela Dor Psíquica e pela Dor Espiritual. Operacionalizamos o conceito de Dor Psíquica como medo do sofrimento e humor depressivo frente às tristezas, angústias e culpas frente às perdas e o conceito de Dor Espiritual como medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação à Espiritualidade e ao sentido da vida e culpas perante Deus.

Observamos, em nosso estudo de mestrado, que é possível re-significar a Dor Simbólica da Morte durante o processo de morrer, ou seja, proporcionar melhor Qualidade de Vida no processo de morrer e morte mais serena, através da Intervenção Terapêutica por nós desenvolvida.

Observamos, que no período final da fase ‘Fora de Possibilidade de Cura’ até o óbito, a Dor Espiritual é prevalente em relação à Dor Psíquica, principalmente no que se refere ao medo da morte e ao medo do pós-morte.

Observamos também que a re-significação apenas da Dor Espiritual foi aspecto suficiente para que o paciente pudesse morrer de forma mais serena, sem medo e sem desespero, vivenciando desta maneira uma boa Qualidade de Morte.

Frente às conclusões acima citadas nos propusemos, no Doutorado, a operacionalizar um Programa de Treinamento para esta Intervenção Terapêutica que desenvolvemos no Mestrado: “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), de forma a aprofundar nossos estudos sobre a aplicação desta forma de abordagem ao paciente terminal, viabilizando a sua utilização por outros profissionais da área de saúde e aprofundando, também, nossas pesquisas sobre a Dor Espiritual.

Deverão participar desse Programa de Treinamento sobre a intervenção terapêutica para doentes terminais “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), em torno de dez profissionais da área da saúde (enfermeiros e/ou médicos e/ou psicólogos e/ou capelães com formação acadêmica e/ou voluntários que prestem serviços espiritualistas com formação acadêmica) que deverão atender, cada um, dois pacientes terminais no período final da fase ‘Fora de Possibilidade de Cura’.

Caso as inscrições excedam o número de vagas manteremos no mínimo um profissional inscrito de cada área e efetuaremos a seleção priorizando a experiência profissional anterior e a qualidade de interesse pessoal.

Analisando os resultados obtidos pelos profissionais da área de saúde que participarem do Programa de Treinamento, na aplicação desta Intervenção Terapêutica, compreenderemos a experiência e a habilidade de outros profissionais na utilização desta técnica e aprofundaremos nossa compreensão sobre a experiência dos doentes quanto a re-significação da Dor Espiritual no processo de morrer, através desta forma de abordagem ao paciente terminal.

O Programa de Treinamento da intervenção terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME) terá como foco o período final da fase ‘Fora de Possibilidade de Cura’, para que o estudo sobre a Dor Espiritual possa ser aprofundado.

Poderão participar do Programa de Treinamento, além de psicólogos e médicos psiquiatras, os seguintes profissionais da área da saúde: enfermeiros, médicos de outras especialidades, capelães que tenham formação acadêmica e voluntários que prestem serviços espiritualistas com formação acadêmica porque iremos trabalhar apenas com a Dor Espiritual e também, porque queremos ampliar a utilização desta Intervenção Terapêutica para os principais profissionais da área de saúde que acompanham diariamente os pacientes terminais.

Pelas razões acima citadas queremos convidar um profissional da sua equipe para participar do nosso Treinamento.

O Programa de Treinamento acontecerá em duas etapas:

1º etapa: Aulas e vivências, totalizando uma carga horária de 16hs.

2º etapa: Supervisões desenvolvidas através de Entrevista Semi- Estruturada e Questionário Estruturado.

A 1º etapa do treinamento acontecerá nas dependências da Faculdade de Ciências Médicas, totalizando uma carga horária de 16 horas, em data conveniente para todos os participantes ou em um Hotel, onde os participantes ficarão hospedados, se o Projeto receber Bolsa-Auxílio da FAPESP.

Os profissionais voluntários, ao participarem do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME), assumirão o compromisso de atender dois pacientes terminais no período aproximado de seis meses após o término do Treinamento e a cumprir os critérios éticos pertinentes a esta Intervenção Terapêutica.

A 2º etapa, que corresponde às Supervisões, será realizada observando-se os seguintes critérios:

- Uma Supervisão, através de Entrevista Semi-Estruturada, no início dos atendimentos (preferencialmente após o primeiro atendimento) ao primeiro paciente terminal.
- Uma Supervisão, através de Entrevista Semi-Estruturada, após o óbito do primeiro paciente, ou seja, após o término do trabalho com este paciente.
- Preenchimento pelos profissionais de um Questionário Estruturado após cada atendimento ao primeiro paciente.

- Uma Supervisão, através de Entrevista Semi-Estruturada, no início dos atendimentos (preferencialmente, após o primeiro atendimento) ao segundo paciente terminal.
- Uma Supervisão, através de Entrevista Semi-Estruturada, após o óbito do segundo paciente, ou seja, após o término do trabalho com este paciente.
- Preenchimento pelos profissionais de um Questionário Estruturado após cada atendimento ao segundo paciente.

Encaminhamos também, anexo, para seu conhecimento, os Termos de Consentimento, que tanto os Profissionais como os pacientes deverão assinar.

Pretendemos realizar o Treinamento no início do próximo ano, em data conveniente para todos.

Nos sentiremos honrados se o(a) senhor(a) indicar um profissional de sua Equipe para participar de nosso Programa de Treinamento e, conseqüentemente, de nosso estudo.

Caso deseje conhecer um pouco mais sobre nosso estudo incluímos a seguir as Referências Bibliográficas de nossas publicações:

**ELIAS, A.C.A. – Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re – significação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais.** Dissertação de Mestrado apresentada a Pós – Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 2001. 331p. (consulta eletrônica: [www.unicamp.br/bc](http://www.unicamp.br/bc) - clicar e acessar a biblioteca digital - clicar em dissertações e teses – clicar na Faculdade de Medicina e localizar a dissertação por ordem alfabética).

**ELIAS, A.C.A & GIGLIO J.S. – A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar: O Psicólogo e a Dimensão Espiritual do Paciente. In: Revista Estudos de Psicologia, 18 (3): 23 - 32, 2001a.** (resumo disponível na Bireme).

**ELIAS, A.C.A & GIGLIO J.S. – Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re – significação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais. In: Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia,16: 14 – 21, 2001b.**

(artigo completo no endereço [www.rsbcancer.com.br/rsbc](http://www.rsbcancer.com.br/rsbc) - revista no. 16.)

ELIAS, A.C.A. - Intervenção Psicoterapêutica para Pacientes Graves e Terminais In: GIGLIO, Z.G.& GIGLIO, J.S. – Anatomia de uma época: olhares junguianos através do binômio Eficiência / Transformação. Campinas, Instituto de Psicologia Analítica de Campinas, IPAC, 2002. p.191 – 202.

ELIAS, A.C.A & GIGLIO J.S. – Intervenção Psicoterapêutica na área de Cuidados Paliativos para re-significar a Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais através de Relaxamento Mental, Imagens e Espiritualidade. In: **Revista de Psiquiatria Clínica da USP**, 29 (3): 116 – 129, 2002a. (artigo completo disponível na Bireme).

ELIAS, A.C.A & GIGLIO J.S. - “Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal” – **Revista Mudanças – Psicologia da Saúde / UMESP**, 10 (17), 77 – 100, 2002b. (resumo disponível no endereço [http://editora.metodista.br/revista\\_psico\\_10\\_1.htm](http://editora.metodista.br/revista_psico_10_1.htm))

ELIAS, A.C.A - Re – significação da Dor Simbólica da Morte: Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade. In: **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, 21 (3): 92 – 97, 2003. (no prelo).

Os contatos deverão ser feitos diretamente comigo por este e-mail:

[acatarina@fcm.unicamp.br](mailto:acatarina@fcm.unicamp.br) ou pelo e-mail: [anacatarinaelias@uol.com.br](mailto:anacatarinaelias@uol.com.br) ou pelos fones (19) 9705 2579 ou (19) 3294 9184.

Aguardo sua resposta e agradeço antecipadamente sua atenção.

Atenciosamente,

Psicóloga Ana Catarina de Araújo Elias”.

## ANEXO 5

### **Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com o Profissional de Saúde no início dos Atendimentos.**

#### **- Relato da sessão inicial. Enfoque:**

1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME).

- Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.
- Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.
- Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.

2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME).

Com base na Identificação da Dor Espiritual, observar qual padrão de imagens escolhido através dos seguintes elementos simbólicos:

- Cenário de base. - Lembranças de vivências felizes anteriores.
- Túnel ou caminho luminoso dourado e/ou azul.
- Seres de Luz. - Símbolos de transformação.
- Imagens simbólicas diversas.
- Afirmações para o paciente integrar-se com a beleza do Universo, da Natureza. Afirmações para o paciente observar sua própria beleza interior, suas qualidades.
- Afirmações sobre os aspectos relatados pelos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte.
- Filmes ou histórias pertinentes, enquanto metáforas, ao histórico de vida do paciente.
- Favorecimento positivo para a elaboração do luto dos familiares.

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta.

## ANEXO 6

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com o Profissional de Saúde após o óbito do

**- Relato do conjunto de sessões, após o óbito do paciente. Enfoque:**

1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME).

- Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.
- Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.
- Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.

2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME).

Com base na Identificação da Dor Espiritual, qual o padrão de imagens escolhido através dos seguintes elementos simbólicos:

- Cenário de base. - Lembranças de vivências felizes anteriores.
- Túnel ou caminho luminoso dourado e/ou azul.
- Seres de Luz. - Símbolos de transformação.
- Imagens simbólicas diversas.
- Afirmações para o paciente integrar-se com a beleza do Universo, da Natureza. Afirmações para o paciente observar sua própria beleza interior, suas qualidades.
- Afirmações sobre os aspectos relatados pelos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte.
- Filmes ou histórias pertinentes, enquanto metáforas, ao histórico de vida do paciente.
- Favorecimento positivo para a elaboração do luto dos familiares.

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta.

## ANEXO 7

### Questionário Estruturado para o Profissional de Saúde.

Paciente \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Patologia \_\_\_\_\_

Religião \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Filhos (sexo e idades) \_\_\_\_\_

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tempo de duração									
EVA início									
EVA final									

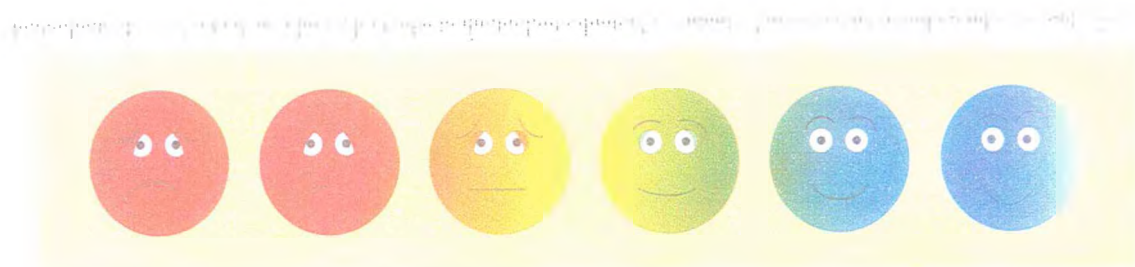
- 1) Histórico Clínico: aspectos relevantes.
- 2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).
- 3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais)
- 4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.
- 5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

Observações:



## ANEXO 8

### Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar modelo Expressões Faciais Coloridas.



#### CORES IDENTIFICADAS:

- 1ª Face: Azul (nenhum sofrimento). Escore 10
- 2ª Face: Azul Esverdeado (sofrimento leve). Escore 08
- 3ª Face: Verde (sofrimento moderado). Escore 06
- 4ª. Face: Amarela (sofrimento incômodo). Escore 04
- 5ª. Face: Laranja (sofrimento intenso). Escore 02
- 6ª. Face: Vermelho (sofrimento insuportável). Escore 00



**ANEXO 10**

**Capa do Livreto entregue para os Profissionais de Saúde.**

**PROGRAMA de DOUTORADO**

**Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**

**Área de Concentração: Saúde Mental**

**Curso de Capacitação para Profissionais da área de saúde sobre a  
Intervenção Terapêutica para re-significar a Dor Espiritual de Pacientes  
Terminais: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME)**

**Profa Ms Ana Catarina Tavares de Araújo Elias**

**UNICAMP**

**2004**

**PROGRAMA de DOUTORADO**

**Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**

**Área de Concentração: Saúde Mental**

**Pesquisadora: Profa Ms Ana Catarina Tavares de Araújo Elias**

**Orientador: Prof. Associado Joel Sales Giglio**

**Co-orientadora: Profa. Livre Docente Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta**

**Profissional participante** \_\_\_\_\_

**UNICAMP**

**2004**

Este livreto corresponde à parte da Tese de Doutorado “Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para re-significar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais, de Ana Catarina Tavares de Araújo Elias, e representa os resultados da fase 1 do Programa de Treinamento proposto, que é a operacionalização de um Curso de Capacitação para profissionais da área de saúde sobre esta Intervenção Terapêutica.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, transmitida, transcrita ou traduzida para qualquer língua, em qualquer forma e por qualquer meio, sem autorização prévia e escrita da pesquisadora.

É livremente permitido o estudo e a aplicação desta intervenção terapêutica, por profissionais da área de saúde, no atendimento a pacientes terminais.

## SUMÁRIO

<b>TÓPICOS</b>	<b>PÁG.</b>
- Cronograma do Curso de Capacitação.....	1
Técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais: Aspectos Teóricos	
- Relaxamento Mental.....	2
- Visualização de Imagens Mentais.....	6
- Vivência (Relaxamento e Visualização).....	14
- Fundamentos Teóricos da Espiritualidade Adotados no Presente Estudo.....	15
- Estudos Sobre as Experiências de Quase Morte.....	24
- Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal.....	41
- Intervenção Terapêutica “Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade” (RIME): 1ª sessão - Principais Aspectos.....	54
Estrutura da Intervenção Terapêutica.....	56
- Dor Simbólica da Morte / Dor Espiritual: Relato de Casos.....	61
- Exercício de Relaxamento, Visualização e Espiritualidade.....	78
Referências Bibliográficas.....	81