

ANA CATARINA DE ARAÚJO ELIAS

*“RELAXAMENTO MENTAL, IMAGENS MENTAIS E
ESPIRITUALIDADE NA RE – SIGNIFICAÇÃO DA DOR
SIMBÓLICA DA MORTE DE PACIENTES TERMINAIS”*

CAMPINAS

2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

E142r Elias, Ana Catarina de Araújo
Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re –
significação da dor simbólica da morte de pacientes terminais / Ana
Catarina de Araújo Elias. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Joel Sales Giglio
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Luto. 2. Cuidados Paliativos. 3. Psicoterapia Breve. 4.
Doentes terminais – cuidado. I. Joel Sales Giglio. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Professor Associado Joel Sales Giglio

Membros:

1. Professora Associada Cibele Andrucio de Mattos Pimenta - USP

2. Professora Associada Neusa Júlia Pansardi Pavani - UNICAMP

3. Professor Associado Joel Sales Giglio - UNICAMP

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Ciências Biomédicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18.06.2001

DEDICATÓRIA

À Iracema Brito, Diretora Presidente do TETRAGRAMA Instituto de Estudos Holísticos, a quem devo o desenvolvimento da minha Espiritualidade.

A ela, com Amizade e Respeito, dedico esta minha Humilde Obra.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu pai Darcy Elias, (in memorian), por ter me trazido a este mundo e pelo afeto, apoio e incentivo, que sempre nos deu. Através de sua morte aprendi que é possível re-significar a difícil e traumática dor da perda e a angústia do sentimento de desamparo.

À minha mãe Maria das Neves T. de A. Elias, por ter me trazido a este mundo e por ter me proporcionado instrução, sempre nas melhores escolas.

Ao meu orientador Professor Doutor Joel S. Giglio, por suas importantes orientações quanto à metodologia científica de uma pesquisa qualitativa e por sua disponibilidade em me orientar, sempre que precisei.

Aos meus pacientes J.C.B., R.A.G., R.S.G., L.F.S.S., A.S.R., D.S.L., E.A.R., C.A.S.F., M.I.F., I.F.R., M.A.A.F.A., D.Z.M. e seus familiares, por tudo que me ensinaram.

***AGRADECIMENTOS À EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE CUIDADOS
PALIATIVOS DO CAISM / UNICAMP***

Agradecemos a Equipe Multidisciplinar de Cuidados Paliativos do CAISM / UNICAMP composta pela médica oncologista Nancy Mineko Koseki, pelas enfermeiras Edinaura Pereira de Souza e Simone Pollini Gonçalves, pela psicóloga Vera Lúcia Rezende e pela assistente social Marisa Jacobucci.

KOSEKI (2000), relata que no CAISM iniciou – se o atendimento especializado a pacientes com câncer em fase avançada, fora de possibilidade de cura ou em fase terminal, com o objetivo de proporcionar – lhes melhor qualidade de vida e, com isso uma morte sem dor. Para que essa meta pudesse ser alcançada formou – se uma equipe multidisciplinar constituída por médica, enfermeira, psicóloga e assistente social trabalhando com o objetivo comum de favorecer o bem – estar das pessoas que se encontram sob os cuidados do CAISM e para as quais já não existem chances curativas.

Através da existência consolidada desse referido Setor Multidisciplinar de Cuidados Paliativos do CAISM / UNICAMP, onde o Serviço de Psicologia também se insere, esta pesquisadora pôde realizar este estudo e atender às pacientes citadas nesta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Kazue Panetta, Responsável pela Divisão de Oncologia do CAISM – UNICAMP e a Psicóloga Maria Silvia Vellutini Setúbal, Chefe do Serviço de Psicologia do CAISM – UNICAMP, por terem autorizado a realização desta pesquisa na Divisão de Oncologia do CAISM – UNICAMP, onde o Serviço de Psicologia se insere.

Às Psicólogas da Divisão de Oncologia do CAISM – UNICAMP, Clara Freud de Knobel, Maria Angélica Xavier Fazolin e Vera Lúcia Rezende, por terem concordado com a realização desta pesquisa através do Serviço de Psicologia da Divisão de Oncologia do CAISM – UNICAMP.

À Enfermeira Simone Poline Gonçalves, Diretora do Serviço de Enfermagem em Oncologia do CAISM – UNICAMP, aos Enfermeiros da Oncologia do CAISM – UNICAMP, Adriana de Cássia Paiva dos Santos, Ednaura Pereira de Souza, João Machado Teixeira e Sílvia Renata Pereira e a Auxiliar de Enfermagem da Oncologia do CAISM – UNICAMP, Kédma Lurdes Auxiliadora, pela disponibilidade para informar todos os dados necessários para o desenvolvimento desta pesquisa.

Á Dra Maria José Mastellaro, Diretora Clínica da Unidade de Oncologia e Hematologia Pediátrica CLEMED, pelo incentivo e apoio no desenvolvimento do Projeto - Piloto deste estudo.

Aos meus amigos do TETRAGRAMA Instituto de Estudos Holísticos, pela partilha no caminho do autoconhecimento.

À minha prima Liliam Maria M. Elias Caravaggi, pelo companheirismo fraterno e terno, desde a mais tenra infância.

A Luiz Reinaldo Costa Pinto, Regina da Rosa Pinto, Luciana da Rosa Pinto e Vanessa da Rosa Pinto pela Amizade e apoio nos vários dias em que passei na casa deles, corrigindo e imprimindo o Boneco desta Dissertação, para Qualificação e Pré – Banca.

Aos meus irmãos Carmen T. A. Elias, Jose Henrique T. A. Elias e Maria Teresa Elias Preuss, meus cunhados Deise Mara G. Elias e Pedro Paulo Preuss, meus sobrinhos Priscila G. Elias, Luíza G. Elias, Guilherme G. Elias, Francisco Felipe Preuss, Maria Laura Preuss e André Elias Lauer, minha tia Maria Ângela Mangeon Elias, minha prima Carmen Silvia M. E. Nunes e demais familiares, pelas experiências construídas na vida familiar.

À Flaviana Polí, por ter digitado o anteprojeto desse estudo de Mestrado.

“Quando você olhar para outra pessoa, em seus relacionamentos, na terapia, na vida, veja a alma dela através de muitas existências, do tempo infinito... A alma é sempre a mesma. É preciso enxergar essa parte do ser humano, a alma imortal. Não a sua forma física transitória, para poder de fato compreender e ajudar. Ajudar e se ajudar porque o terapeuta é também uma alma.”

(BRIAN WEISS, 1999)

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	10
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 2: REVISÃO DA LITERATURA	14
CAPÍTULO 3: JUSTIFICATIVA	77
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS	84
CAPÍTULO 5: SUJEITOS E MÉTODOS	85
CAPÍTULO 6: ASPECTOS ÉTICOS	93
CAPÍTULO 7: “RELAXAMENTO MENTAL, IMAGENS MENTAIS E ESPIRITUALIDADE” – DELINEAMENTO DA ESTRUTURA TEÓRICA DA TÉCNICA PARA APLICAÇÃO	94
CAPÍTULO 8: RESULTADOS	102
CAPÍTULO 9: DISCUSSÃO	213
CAPÍTULO 10: CONCLUSÃO	257
SUMMARY	259
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	260
ANEXOS	269

RESUMO

Esta pesquisa, com base na visão biopsicossocial e espiritual do ser humano, estudou qualitativamente a eficácia de intervenção psicoterapêutica, construída através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, re - significar a Dor Simbólica da Morte (Dor Psíquica e Dor Espiritual) de pacientes terminais.

Participaram do estudo cinco pacientes, mulheres com câncer, fora de possibilidade de cura.

O método desenvolvido foi Estudo de Caso Clínico Longitudinal, utilizando – se para coleta de dados a Entrevista Semi – Estruturada.

Observamos, frente aos resultados, que a Dor Psíquica e a Dor Espiritual no período inicial e intermediário da fase Fora de Possibilidade de Cura apresentam - se equiparadas e no período final e óbito, a Dor Espiritual é prevalente em relação à Dor Psíquica. A re - significação apenas da Dor Espiritual, frente à iminência da morte, é aspecto suficiente para que o paciente possa ter uma boa Qualidade de Morte.

Concluimos que a intervenção psicoterapêutica construída através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade é eficaz para re - significar a Dor Simbólica da Morte, proporcionando Qualidade de Vida no processo de morrer e morte serena.

A estrutura teórica para aplicação dessa intervenção psicoterapêutica foi delineada, para que outros profissionais da área da saúde possam utilizá – la com seus pacientes.

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

SAUNDERS (1991) formulou em 1967 o conceito de Dor Total que inclui o sofrimento físico, psíquico, social, espiritual, mental e financeiro do paciente, abrangendo também o sofrimento dos familiares e da equipe médico – hospitalar.

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

Denominamos como Dor Simbólica da Morte, a Dor Psíquica e a Dor Espiritual identificadas. Operacionalizamos o conceito de Dor Psíquica como o medo do sofrimento e o humor depressivo representado por tristezas, angústias e culpas frente às perdas e o conceito de Dor Espiritual como medo da morte e do pós – morte, idéias e concepções em relação à Espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus. (ELIAS, 1999).

Visando encontrar um método científico para re – significar a Dor Simbólica da Morte dos pacientes terminais desenvolvemos uma intervenção psicoterapêutica integrando as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade.

Escolhemos a associação entre o Relaxamento Mental e a Visualização de Imagens Mentais porque estas técnicas proporcionam um maior contato com a realidade subjetiva interna e favorecem mudanças de atitudes e idéias frente às experiências atuais de sofrimento. (ACHTERBERG, 1996; CARVALHO, 1994a, 1994b, 1999a; CAUDILL, 1998; EPSTEIN, 1990; ROSEN, 1994; SIMOTON, SIMONTON, CREIGHTON, 1987).

O conceito de Espiritualidade foi estruturado a partir de pesquisas que descrevem o relato de pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver normalmente porque estas pessoas experimentaram de forma consciente a natureza espiritual da existência e trouxeram, em seus relatos, elementos importantes para re – significar a Dor Simbólica da Morte, principalmente no que se refere a Dor Espiritual. (KÜBLER – ROSS, 1998; MOOD JR, 1989,1992)

A presente pesquisa, por ter considerado como questão básica a re –

significação da Dor Simbólica da Morte de pacientes fora de possibilidade de cura, ou seja, ter visado a análise e a compreensão da realidade dentro de um processo específico, situou - se dentro de uma abordagem qualitativa ramificada no enfoque subjetivista – compreensivista. (TRIVIÑOS, 1987).

O instrumento escolhido para coleta de dados foi a Entrevista Semi – Estruturada porque este instrumento permite que as pacientes definam, com seus próprios termos, como sentem seu sofrimento. (KOVÁCS, 1999). A definição da paciente, através de seus próprios termos, de como sentia a Dor Simbólica da Morte, foi aspecto fundamental para a aplicação da intervenção psicoterapêutica proposta.

A base deste estudo foi a visão biopsicossocial e espiritual do ser humano.

A visão biopsicossocial e a inter – relação entre a mente e o corpo foram abordados e estudados, no último século, de forma importante, por diversos médicos, psicólogos, enfermeiros e outros pesquisadores da área da saúde e tornaram – se, frente às evidências, no final do século XX, questões comprovadas e aceitas pela comunidade científica. (ACHTERBERG, 1996; CARVALHO, 1994a, 1994b; CAUDILL, 1998; EPSTEIN, 1990; FIGUEIRÓ, 1999; FREUD, 1975; JUNG, 1986; KOVÁCS, 1999; LANG, 2000; MARTY, 1993; MAYOL, 1992; MELLO FILHO, 1997; MONTAGU, 1988; PIMENTA, 1999; ROSEN, 1994; SIEGEL, 1989; SIMOTON, SIMONTON, CREIGHTON, 1987; TUCKER, 1999;).

No final do século XX pesquisas, abordando a importância da inclusão da Espiritualidade nos tratamentos médicos convencionais e dando suporte para a ampliação da visão de ser humano para biopsicossocial e espiritual, começaram a ser publicadas no cenário científico internacional da área médica. Vários, entre esses estudos, recomendaram que o Currículo de cursos como Medicina, Enfermagem e outros da área da saúde fossem revistos de forma apropriada e passassem a incluir no seu conteúdo programático a aprendizagem sobre aspectos espirituais. (BRADY *et al*, 1999; BURTON, 1998; FRYBACK & REINERT, 1999; GIOIELLA, BERKMAN, ROBINSON, 1998; KÜBLER – ROSS, 1998; MILLER, 1997; MOOD JR, 1989,1992; MYTKO & KNIGHT, 1999; PUCHALSKI & LARSON, 1998; SAUNDERS, 1991; THOMSEN, 1998;)

Esta pesquisa se reportou a esta demanda porque apresentou um método acadêmico que incluiu a questão da Espiritualidade no tratamento médico convencional de pacientes terminais.

CAPÍTULO 2: REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura deste estudo foi orientada por cinco palavras - chave: 'Pesquisa Qualitativa'; 'Dor Simbólica da Morte'; 'Relaxamento Mental'; 'Visualização de Imagens Mentais'; 'Espiritualidade'.

2.1. PESQUISA QUALITATIVA

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.

KUHN (1996) afirma que vivemos, neste final de milênio, um período de transição, de mudanças quanto aos paradigmas que norteiam o conhecimento científico, questão de grande importância porque é o estudo dos paradigmas que prepara basicamente o estudante para ser membro da comunidade científica na qual atuará mais tarde. Como o estudante reúne-se a seus professores, homens que aprenderam as bases de seu campo de estudo a partir dos modelos concretos vigentes, sua prática subsequente raramente irá provocar desacordo declarado sobre esses pontos fundamentais.

Esse autor pontua que a emergência de um novo paradigma afeta a estrutura do grupo que atua nesse campo.

Quando pela primeira vez, no desenvolvimento de uma ciência da natureza, um indivíduo ou grupo produz uma síntese capaz de atrair a maioria dos praticantes dessa ciência, as escolas mais antigas começam a desaparecer gradualmente. Seu desaparecimento é em parte causado pela conversão de seus adeptos ao novo paradigma.

Mas sempre existem alguns que se aferram a uma ou outra das concepções mais antigas; são simplesmente excluídos da profissão e seus trabalhos são ignorados. O novo paradigma implica uma definição nova e mais rígida do campo de estudos. Guiados por um novo paradigma os cientistas adotam novos instrumentos e orientam seu olhar em novas direções. E o que é ainda mais importante: durante as revoluções os cientistas vêem coisas novas e diferentes quando empregando instrumentos familiares, olham para os mesmos pontos já examinados anteriormente. (KUHN, 1996).

Estamos assim, neste início de novo milênio, saindo dos paradigmas que norteiam a Ciência Clássica e passando para os paradigmas que fundamentam a Nova Ciência. A pergunta básica, formulada no século XX, foi sobre o que vem a ser 'Realidade'. Em 1937, FREUD (1975), no Esboço de Psicanálise colocou que a realidade pura é inatingível pois observamos um objeto como ele se apresenta à nossa percepção, e, por detrás do que é percebido pelos nossos órgãos sensoriais, está o que se pode chamar, estado real das coisas.

A Ciência Clássica está baseada na filosofia de Descartes (1596 - 1650). Este filósofo do séc. XVII estruturou sua filosofia no célebre enunciado racionalista: "Penso, logo existo". (DESCARTES, 1996).

No final da Geometria, Descartes, segundo a Coleção Os Pensadores (1996), afirma: "Em matéria de progressões matemáticas, quando se tem os dois ou três primeiros termos, não é difícil encontrar os outros. Essa idéia, de uma ordem natural inerente à progressão do conhecimento, é fundamental para o projeto cartesiano de construir uma matemática universal". A partir do que ele experimenta no campo matemático, Descartes tende a ver o desconhecido como um termo ignorado, mas que será necessariamente descoberto desde que, a partir do já conhecido seja construída uma "cadeia de razões" que a ele conduza. Generaliza o procedimento matemático que faz do desconhecido um termo relativo a outros termos, (o conhecimento existente), e que em função destes pode ser descoberto. O importante, e que constitui o preceito metodológico básico apontado no Discurso do Método, é que só se considere verdadeiro o que for evidente, ou seja, o que puder ser observado com clareza e precisão. Mas a ampliação da área do conhecimento nem sempre oferece um panorama permeável a este tipo de observação, e,

conseqüentemente, adequado à pronta aplicação do preceito de evidências. Eis porque Descartes propõe outros preceitos metodológicos complementares ou preparatórios da evidência: o preceito da análise, (dividir cada uma das dificuldades que se apresentem em tantas parcelas quantas sejam necessárias para serem desenvolvidas), o da síntese, (conduzir com ordem os pensamentos, começando dos objetos mais simples e mais fáceis de serem conhecidos para depois tentar gradativamente o conhecimento dos mais complexos) e o da enumeração, (realizar enumerações de modo a verificar que nada foi omitido). Tais preceitos representam a submissão a exigências estritamente racionais.

E assim Descartes, dentro dos preceitos acima citados, concebeu o universo com um sistema mecânico que consiste em objetos separados, os quais por sua vez, podem ser reduzidos a seus componentes materiais fundamentais, cujas propriedades e interações, acreditava - se, determinam completamente todos os fenômenos naturais. Essa concepção cartesiana da natureza foi, além disso, estendida aos organismos vivos, considerados máquinas constituídas de peças separadas. (CAPRA, 1982). Esta foi à base do pensamento da Ciência Clássica: racional, cartesiano, dual e reducionista.

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 da Ciência Clássica que prioriza números 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 & LINCOLN, 1994).

ALVES (1996) pondera que a Ciência Clássica tem como propósito estabelecer regras para a construção de um discurso objetivo, livre de ídolos e intromissões indevidas de nossas emoções e sentimentos, e por isto pensou que o caminho correto é o que parte dos fatos e não diz coisa alguma além daquilo que os nossos cinco sentidos podem constatar. Esse autor pontua que na Ciência Clássica o cientista não deve falar. É o objeto que deve falar por meio dele, daí o estilo impessoal, vazio de emoções, sentimentos e valores: observa – se, constata – se, conclui – se... Durante muito tempo pensou – se que este seria o caminho seguro, asséptico, metódico, pelo qual seria possível construir declarações teóricas isentas de contaminação das emoções e sentimentos.

Em relação à Nova Ciência ALVES (1996) afirma que elaboramos teorias não porque a lógica o permita ou as observações às produzam e sim porque estamos descobrindo que os fatos não dizem coisa alguma a não ser quando são trabalhados pela Imaginação e Intuição. Em todo ato de verdadeira criação científica, o Homem trabalha além dos cinco sentidos. A Natureza é um texto a ser decifrado. Temos visto que quando a natureza diz sim, ela está realmente dizendo apenas talvez.

O sim como talvez pode ser exemplificado na crença de que a Terra era o centro do Universo nos séculos anteriores a Galileu ou no fato da pneumonia ter sido considerada como doença mortal antes da descoberta dos antibióticos. A nossa confirmação de hipóteses se restringe a um “talvez” limitado ao conhecimento alcançado pela época. (ELIAS & GIGLIO, 2000).

O benefício da Pesquisa Qualitativa 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.

Segundo WEISS (1999) durante centenas de anos acreditou – se que o desenvolvimento tecnológico resolveria os problemas da humanidade, e que a solução para a doença, miséria e sofrimento viria através da Ciência. Observa – se, atualmente, que a tecnologia e a ciência por si só não foram capazes de resolver os problemas da humanidade principalmente porque esta tecnologia tanto pode ser usada para o bem quanto para a destruição; só quando aplicada com sabedoria, equilíbrio e justiça, ela consegue tornar – se um instrumento para a construção da Paz.

Frente aos temas e reflexões acima articulados concluímos que, para nossa real sobrevivência, não nos é suficiente apenas a tecnologia avançada contemporânea oferecida pela Ciência Clássica. Para vivermos com dignidade e plenitude é preciso ir além dos aspectos racionais, duais, reducionistas e cartesianos. Fundamentada em um paradigma monista, sistêmico, a Nova Ciência procura resgatar essa lacuna deixada pela Ciência Clássica e nos remete para além da tecnologia avançada. *Posiciona – nos em nossa real dimensão: corpo, mente, emoção e espírito inter - relacionados em um todo.* A Nova

Ciência nos mostra que não somos fragmentos de uma engrenagem mecânica e nem cópias automatizadas de modelos pré - estabelecidos, mas que somos sim, seres únicos, que pensam e sentem, capazes de se tornarem livres através do caminho da individuação e que a evolução da humanidade não depende da tecnologia apenas mas, principalmente, do quanto cada homem possa vir a se autoconhecer e desenvolver seu próprio potencial, equilibrando – se nos confortos e facilidades oferecidos por essa tecnologia. (ELIAS & GIGLIO, 2000).

As posições qualitativas baseiam-se especialmente na fenomenologia e no marxismo. Por isso, em geral, podemos distinguir dois tipos de enfoque na Pesquisa Qualitativa, que correspondem a concepções ontológicas, gnosiológicas, específicas na análise e compreensão da realidade: os enfoques subjetivistas – compreensivistas e os enfoques crítico - participativos.

Os enfoques subjetivistas – compreensivistas privilegiam os aspectos conscienciais, subjetivos dos atores, (percepções, processo de conscientização, de compreensão do contexto cultural, da realidade a - histórica, da relevância dos fenômenos pelos significados que eles têm para o sujeito). Os enfoques crítico – participativos com visão histórica - estrutural privilegiam a dialética da realidade social que parte da necessidade de conhecer (através de percepções, reflexão e intuição) a realidade para transformá-la em processos contextuais e dinâmicos complexos. (TRIVIÑOS, 1987).

Na pesquisa qualitativa o pesquisador não fica fora da realidade que estuda, à margem dela, dos fenômenos aos quais procura captar seus significados e compreender. (TRIVIÑOS, 1987). Por esta razão consideramos que os pressupostos teóricos da pesquisadora, citados tanto no capítulo 3 - Justificativa como nesse capítulo - Revisão da Literatura, é fator relevante a ser considerado no estudo, pois foi embasada nesse referencial que a pesquisadora trabalhou.

O investigador, sem dúvida, ao iniciar qualquer tipo de busca, parte pré - munido de certas idéias gerais, elaboradas conscientemente ou não. É impossível que um cientista inicie seu trabalho despojado de princípios, de idéias gerais básicas. Mas, por outro lado, na concepção fenomenológica da pesquisa qualitativa o investigador deve estar também dotado de amplo e flexível espírito de trabalho. Isto elimina a possibilidade da

colocação de hipóteses, que devem ser testadas empiricamente, e de esquemas de atividades levantados a priori, questionários padronizados, análises de resultados de acordo com certos cânones rígidos, etc., tão comuns nos modelos positivistas e empiristas tradicionais. Estes, buscando a objetividade e neutralidade do dado atingido, procuravam eliminar toda possibilidade de presença do sujeito nos resultados. A pesquisa qualitativa rege-se por critérios diferentes dos manejados pelo positivismo, para alcançar produtos com validade científica. A ausência de hipóteses rígidas a priori, que deviam ser empiricamente verificadas, apoiando-se, de maneira fundamental, na estatística, obrigou o pesquisador a ter um conhecimento geral aprofundado da realidade que servia de contexto ao foco em estudo e dos suportes teóricos principais que guiavam sua ação. Isto permite a flexibilidade para formular e reformular hipóteses à medida em que se realiza a pesquisa (TRIVIÑOS, 1987). Nesse estudo a nossa flexibilidade esteve diretamente ligada à escolha da qualidade do material para o trabalho psicológico com imagens mentais e relaxamento mental ou seja, que histórias, que orientações imaginárias, que músicas, etc., oferecemos para cada uma das pacientes. O critério da escolha desse material dependeu do histórico de vida e das preferências de cada paciente. A pesquisadora fez, com cada paciente, em todo o processo, uma análise de quais metáforas foram mais indicadas para ela e também considerou as preferências, as escolhas pessoais de cada um delas na definição do material. Um segundo aspecto, também ligado à flexibilidade pertinente à Pesquisa Qualitativa, refere - se a conduta da pesquisadora durante a coleta de dados na Entrevista Semi Estruturada. Os roteiros (Anexos: 1, 2, 3, 4), foram utilizados, apenas, como guias de referência, priorizando - se as necessidades específicas de cada paciente frente a sua Dor Simbólica da Morte. Pelas razões acima descritas, a flexibilidade proposta pela Pesquisa Qualitativa foi de suma importância para este estudo, dada sua natureza.

Em relação à seqüência das etapas assinaladas para o desenvolvimento do trabalho, a Pesquisa Qualitativa não é tão rígida como a Pesquisa Quantitativa. Pelo contrário, por exemplo, a coleta e a análise dos dados não são divisões estanques. As informações que se recolhem, geralmente, são interpretadas e isto pode originar a exigência de novas buscas de dados. O denominado 'relatório final' da Pesquisa Quantitativa naturalmente que existe na Pesquisa Qualitativa, mas ele se vai constituindo através do desenvolvimento de todo o estudo e não é exclusivamente resultado de uma análise última

dos dados (TRIVIÑOS, 1987). Neste estudo, a coleta e a análise de dados serão feitos conforme o texto acima citado. A pesquisadora partiu da identificação inicial da Dor Simbólica da Morte da paciente, como coleta de dado inicial para desenvolver a intervenção psicoterapêutica construída através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade. Mas, a seguir, a análise de cada sessão foi também uma nova coleta de dados para o trabalho da sessão seguinte. Desta forma a coleta e a análise de dados aconteceram de forma simultânea e interativa durante todo o processo da pesquisa, até o relatório final.

Segundo TRIVIÑOS (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 entrevista semi - estruturada pode ser entendida como aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida em que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seus pensamentos e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

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.

Além 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.

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

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.

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.

As perguntas na entrevista semi - estruturada podem ser de vários tipos, dependendo do estudo: os da linha teórica fenomenológica devem ser de natureza descritiva para que se possa descobrir os significados dos objetos em questão. As perguntas descritivas podem ser gerais, específicas ou focadas em tarefas.

No campo da pesquisa histórico - estrutural, dialética, as perguntas podem ser denominadas como ‘explicativas ou causais’. Elas têm por objetivo determinar as razões imediatas ou mediatas do fenômeno social. Além das explicativas ou causais as perguntas nesse tipo de estudo podem também ser: ‘consequenciais’, porque tem por objetivo apreciar os resultados futuros para o grupo, da existência de um fenômeno social; ‘avaliativas’ quando se pretende estabelecer juízos de valor sobre os fenômenos sociais; ‘hipotéticas’ quando o informante é encaminhado a várias situações possíveis de existir, nas quais ele pode participar, apreciar, etc.; ‘categoriais’ que tentam classificar fenômenos sociais, idéias, pessoas, coisas, etc.

Como essa pesquisa situou - se na linha fenomenológica, as perguntas foram de natureza descritiva e específica, pelo caráter do estudo.

Segundo DENZIN & LINCOLN (1994) o pesquisador qualitativo é "bricoleur" e sua produção é a "bricolage" ou seja, estivemos, dentro dessa Pesquisa Qualitativa, em busca de caminhos que re - significassem o sofrimento de pacientes terminais no processo de morrer, com objetivos e referenciais teóricos muito bem definidos, mas estivemos também abertos para considerar os aspectos particulares, imprevisíveis e complexos da natureza humana e com a "bricolage" construímos um relatório final que concluísse alguns aspectos por um lado e apresentasse questões para reflexão e novas pesquisas por outro.

Tivemos dentro dessa pesquisa, com abordagem qualitativa, como variável putativa a Qualidade de Vida. KOVÁCS (1999) pondera que embora a Qualidade de Vida seja um conceito aparentemente fácil de ser compreendido, ele é extremamente difícil de ser avaliado, pois carrega um colorido muito peculiar para cada ser humano. As escalas de Qualidade de Vida procuram abordar estas dimensões, pedindo que o indivíduo vá se avaliando em cada uma delas. Entretanto, segundo essa psicóloga, uma abordagem mais qualitativa pode ser mais afinada a cada pessoa, pois permite ao paciente definir com seus próprios termos aquilo que considera mais pertinente em relação à sua própria Vida e à interferência da doença ou do sofrimento na sua Qualidade. Assim, concluímos que, também por essa razão, a entrevista semi – estruturada foi um instrumento melhor para nosso estudo do que as escalas padronizadas.

2.2. DOR SIMBÓLICA DA MORTE

O comitê de taxonomia da “International Association for the Study of Pain” – I.A.S.P. (Associação Internacional para o Estudo da Dor), conceituou a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões teciduais reais ou potenciais ou descrita em termos de lesões teciduais. (MERSKEY *et al*, 1979). Desta forma concluímos que a maneira que cada ser humano sente, reage e memoriza a dor é única e pessoal porque está ligada diretamente à estrutura do seu mundo interno.

SAUNDERS (1991), que iniciou nas últimas décadas o movimento de criação dos “Hospices” na Inglaterra, locais onde eram e são oferecidos cuidados paliativos aos pacientes Fora de Possibilidade de Cura, formulou, em 1967, o conceito de Dor Total que inclui a Dor Física (sensação dolorosa associada a lesões reais), a Dor Psíquica (medos do sofrimento, da morte, do desconhecido, tristezas, raiva, revolta, perdas, inseguranças,

incertezas, desespero, depressão), a Dor Social (isolamento, rejeição, abandono, mudanças de papéis, dependência, inutilidade) e a Dor Espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós - morte, do submeter-se, das culpas perante Deus, busca de fé, de conforto espiritual). Posteriormente acrescentou as dimensões da Dor Financeira e Mental do paciente, incluindo também a Dor dos Familiares e da Equipe Médico - Hospitalar nos seus cuidados.

HESTER (1995) reformulou o conceito de dor, já descrito anteriormente, e o dividiu em sete dimensões: cognitiva, fisiológica, sensorial, comportamental, emocional, sócio - cultural e ambiental. A dimensão cognitiva refere - se ao significado da dor, estratégias de luta, atitudes e crenças acerca da dor e de seus tratamentos, preferências de cuidados e a forma como ela afeta os processos de pensamento e a autopercepção. A dimensão fisiológica refere - se às estruturas anatômicas e aos processos fisiológicos da dor, à sua etiologia e características e as respostas fisiológicas a ela. A dimensão sensorial refere - se à intensidade e seu padrão com o tempo, isto é, como a dor se manifesta. A dimensão comportamental refere - se a vocalizações, às respostas motoras, como os movimentos faciais e corporais, à postura corporal, ao estado do comportamento e ao sono. A dimensão emocional refere - se aos atributos individuais, incluindo nervosismo, irritabilidade, agitação, ansiedade e solidão. A dimensão sócio - cultural refere-se à herança etno - cultural, atitudes e crenças da família, filiação religiosa, apoio dos parentes e de outras pessoas importantes, relações interpessoais e envolvimento em atividades, brincadeiras, escola ou trabalho. A dimensão ambiental refere - se à localização, aos estímulos e às condições do meio.

A Psicanálise, por sua vez, analisou a dor psicogênica ou seja, de origem apenas psicológica (exemplo: reações de conversão). Mas, nos últimos trinta anos, o que tem sido constatado é que, independentemente de sua etiologia, psicogênica ou somatogênica, o sofrimento causado pela dor esta sempre relacionado a uma problemática psicológica. Em outras palavras, no sentir a dor há sempre um componente psicológico. Ressentimento, depressão, ansiedade, desesperança, carência de afeto, hipocondria, são, por exemplo, características freqüentemente encontradas nos pacientes de dor crônica. (CARVALHO, 1994a).

FIGUEIRÓ (1999) pontua que o conceito atual de Dor considera a mesma como um fenômeno ‘Biopsicossocial’ e subjetivo. Neste modelo a Dor não é mais vista como uma entidade dicotômica, mas como resultado de uma combinação de fatores biológicos (sensoriais), psicológicos (afetivos, cognitivos), comportamentais, sociais e culturais que contribuem de forma integrada para a experiência dolorosa individual. A Dor é uma experiência subjetiva para o paciente e é difícil para o médico quantificá-la objetivamente. Uma abordagem multidisciplinar, envolvendo clínicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros especialistas médicos, funciona melhor na avaliação desses pacientes.

Para KOVÁCS (1999) Cuidados Paliativos é uma área de especialização com abordagem multidimensional, que promove o alívio e controle de sintomas incapacitantes, relacionados com certas doenças e seus tratamentos e tem como objetivo a promoção da qualidade de vida. Não existe uma proposta de prolongar a vida a todo custo e sim, favorecer todo e qualquer tratamento que promova qualidade de vida e alívio do sofrimento até o momento da morte.

‘Saúde’ foi definida pela Organização Mundial de Saúde (1958), não como a mera ausência de doenças ou enfermidades, mas um estado de bem estar completo nas áreas: física, mental e social. Dessa forma o termo Qualidade de Vida define todos aspectos de bem estar do paciente, incluindo também a saúde espiritual e econômica.*

O grupo da Organização Mundial de Saúde, (O.M.S.), que elaborou a Escala de Qualidade de Vida, conceituou Qualidade de Vida como: “A percepção de uma pessoa, de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores e da cultura em que vive e de suas metas, expectativas, padrões e interesses” . * Este conceito é muito abrangente e portanto podemos considerar a Qualidade de Vida como um constructo hipotético que só pode ser avaliado através de variáveis intervenientes.

* Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) *apud* BERZON, R. – Understanding and using health – related quality of life Instruments within clinical research studies. **In:** STAQUET, M.; HAY, R.; FAYERS, P. – **Quality of Life Assessment in Clinical Trial – Methods and Practice.** Oxford, Oxford University Press. 1998, p.3-6

*Organização Mundial de Saúde *apud* CELLA D. & BONOMI, A. – Measuring quality of life. **In:** PAZDUR, R. et al – **Cancer Management; A multidisc. Approach medical, surgical and radiation oncology.** New York, PRR–Huntington, 1996. p. 773–802.

Nesse estudo onde a Qualidade de Vida esteve vinculada ao processo de morrer, na re - significação da Dor Simbólica da Morte de pacientes Fora de Possibilidade de Cura, consideramos como variáveis intervenientes a Dor Psíquica e a Dor Espiritual. Entendemos assim, frente ao acima exposto, como Dor Simbólica da Morte, a Dor Psíquica e a Dor Espiritual durante a experiência do morrer. (ELIAS, 1999).

Acreditamos que, em relação às culpas frente às perdas (Dor Psíquica), e em relação às culpas perante Deus (Dor Espiritual), a influência da cultura sobre o indivíduo apresenta importante papel. PIMENTA & PORTNOI (1999) afirmam que:

O aprendizado social é essencial no desenvolvimento dos significados atribuídos à dor. Esse aprendizado se inicia na unidade familiar e se modifica, integra e se mantém na convivência social mais ampla. Em grande parte das culturas, a dor é considerada como uma das possíveis fatalidades que podem ocorrer a seus membros. Diante de uma experiência dolorosa os indivíduos costumam se perguntar: “Por que isso aconteceu comigo?”. “O que eu fiz para merecer isso?”. Em busca de respostas para essas questões recorrem, não apenas à ciência, mas às religiões, às crenças e aos valores morais de sua cultura.

As religiões desempenham papel importante no processo de aculturação. Elas representam um conjunto organizado de crenças e práticas, cuja finalidade é responder pela orientação ética, filosófica e ideológica de um determinado grupo. As religiões moldam a percepção que um indivíduo tem de si mesmo e também sua resposta à dor. A fé religiosa pode ajudar muito na tolerância à dor, mas pode, também, levar o indivíduo a interpretar a dor como punição e procurar em preces e rituais, o perdão para possíveis erros... Se a dor for vista como punição divina, os indivíduos tentarão experimentar – la sem queixas a fim de que se transforme numa forma de expiação para aliviar sentimentos de culpa. Se dor interpretada como conseqüências de transgressões morais, procurarão a cura por penitências, jejuns ou preces. Se for atribuída à malevolência de terceiros (feitiçaria ou encantamentos), tentarão alívio de maneira indireta, por meio de rituais ou exorcismo.

No método proposto neste estudo procuramos re - significar essa visão cultural da dor como punição, purificação ou ação de terceiros, através dos dados colhidos nos relatos dos pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte e voltaram a viver normalmente, os quais afirmam que o sofrimento não procede de punição divina e sim é fruto de uma complexa cadeia de circunstâncias que resulta em experiências difíceis, através das quais algo pode ser aprendido mas independente do que se aprende, este sofrimento deve ser minimizado o máximo possível. (MOOD JR, 1992).

Segundo MAYOL (1992) para o câncer efetivamente instalar – se algo deve desarranjar o material genético da célula fazendo com que ela, após sofrer alterações, comece a multiplicar – se rápida e desordenadamente. O tempo entre a desorganização celular e o início da proliferação anormal depende dos vários fatores capazes de regular a reprodução da célula, como o estado hormonal, o estado imune, o estado psicológico, a idade e o estado nutricional do indivíduo, ou seja, além dos fatores causais do câncer, para ele poder expressar –se, existe também a necessidade da concomitância de deficiências imunológicas, distúrbios emocionais, distúrbios endócrinos ou erros alimentares. Em relação aos fatores emocionais as pessoas com maior probabilidade de adquirir câncer são as introvertidas, com traumas emocionais, que guardam as crises dentro de si. Reprimem, negam ou racionalizam suas emoções, fogem do contato com seu mundo interior, perdem a iniciativa de buscar soluções alternativas e deprimem – se.

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

A Dor Simbólica da Morte, conforme definimos acima, é composta pela Dor Espiritual e pela Dor Psíquica, a qual está vinculada aos estados depressivos permeados de tristezas, medos, angústias e culpas. Esses aspectos depressivos que compõem a Dor Psíquica alicerçam a Dor Simbólica da Morte e sobre a Dor Espiritual, estes aspectos se projetam.

KÜBLER ROSS (1998) afirma 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.

Existe um paralelo entre o Nascimento e a Morte porque são polaridades de uma mesma realidade, a de VIVER. Compreendendo-se a Dor Simbólica do Nascimento como a angústia de desligamento, angústia básica, podemos também compreender a Dor

Simbólica da Morte como ligada à angústia de desligamento de forma inversa, dentro das dimensões psíquicas e espirituais.

RANK, baseando - se em sua experiência clínica,^{*} afirma que o nascimento constitui um trauma com o qual o indivíduo jamais se reconcilia. Muitas pessoas que não se adaptam às exigências do mundo externo parecem procurar durante toda a vida reconstruir simbolicamente as condições de vida intra - uterina. Mesmo que julguemos exageradas as afirmações de RANK, é preciso levar em conta que o grau de sucesso da experiência do nascimento contribui fortemente na impressão que o ser humano terá da vida. Naturalmente a impressão não é algo consciente, mas um registro na personalidade, a qual poderá fundamentar os tipos de reação às experiências futuras. O nascimento constitui a primeira reação de separação, das muitas que o indivíduo terá que sofrer durante o seu desenvolvimento. Neste sentido, o recém - nascido não tem outra alternativa senão viver a própria “angústia” do desligamento, a qual pode ser considerada como o protótipo do fenômeno psicológico da angústia que aparecerá mais tarde nas diversas fases do desenvolvimento.

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

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

^{*}RANK. O. *apud* D’ ANDREA, F.F. - **Desenvolvimento da Personalidade**. 10 ed., Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil, 1991. 185p.

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

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

A Organização Mundial de Saúde define, como já citado, Qualidade de Vida como o bem estar físico, psíquico, social e espiritual, e a ausência de sofrimento nessas áreas. Desta forma como cita KOVÁCS, (1999), Qualidade de Vida e cuidados à Dor estão intimamente relacionados.

Também é fato que algumas mortes são melhores que outras. Algumas vezes, apesar de tratamento médico adequado, serviço social atencioso, o paciente morre de uma forma muito ruim, com muita aflição e inadequado enfrentamento. As diferenças entre uma "morte ruim" e uma "boa morte" não podem ser descritas simplesmente considerando - se o grau e quantidade de sintomas físicos ou o poder econômico do paciente. Esperança, verdade e a qualidade da sobrevida são fatores importantes inter - relacionados para uma

‘boa morte’. Esperança é um sentimento intangível, imensurável e muito real. A esperança é fruto do otimismo, da expectativa e da aceitação positiva do passado, tanto em relação aos sucessos como aos fracassos. A esperança é indicada para fortalecer pessoas na adversidade porque esta é a sua característica, a sua função. (WEISMAN, 1979).

MASERA *et al*, (1999), para orientação dos profissionais de saúde, sistematizaram em dois períodos distintos os cuidados que devem ser oferecidos a uma criança que está morrendo de câncer. O primeiro período compreende o momento em que o tratamento é considerado sem efeito e torna – se necessário tomar a difícil decisão de mudar a orientação do tratamento de curar para cuidados paliativos. O segundo período refere - se a assistência à criança e seus familiares, durante o período de cuidados paliativos, e ao acompanhamento da família depois da morte do paciente.

Em relação ao primeiro período os autores enfatizam que o manejo na transição da fase curativa para a paliativa é crítico para proteger a criança, e para isso orientam os seguintes passos:

- Cada Centro deve desenvolver uma filosofia uniforme para os aspectos chaves do tratamento.

- Toda a Equipe de Saúde (e não só os médicos), a família (incluindo irmãos se tiverem idade adequada), e a criança (dentro do limite de sua idade), devem participar da decisão de se mudar da fase curativa para a de cuidados paliativos. Por outro lado se a criança desejar manter – se pouco informada, seu desejo deve ser respeitado.

- Existem pais que superprotegem a criança, fazendo – a sentir – se pior. Outros insistem em perseguir uma irrealística possibilidade de cura, aumentando o sofrimento da criança, e outros ainda, querem parar o tratamento prematuramente. Esses conflitos são passíveis de solução se a equipe de saúde procurar entender e discutir o assunto de forma adequada com a família.

Em relação ao segundo período, a fase dos Cuidados Paliativos, MASERA *et al*, (1999), fazem as seguintes recomendações:

- As decisões médicas a respeito dos Cuidados Paliativos devem ser tomadas com a participação de toda a Equipe de Saúde. A criança, frente a estas decisões, deve ser acompanhada nessa fase, tanto nos aspectos físicos como também nos aspectos psicológicos e espirituais.

- Sempre que for possível, deve - se permitir ficar em casa na fase terminal, às crianças que assim o desejarem.

- Os pais e a equipe de saúde devem estar atentos as comunicações verbais e não verbais da criança.

- Acompanhamento aos pais deve ser oferecido durante a fase de cuidados paliativos.

- Deve haver consultas de luto depois da morte da criança para a família.

- A equipe de saúde deve encorajar pais e irmãos enlutados a participarem de grupos de auto – ajuda assim como, se necessário, um psicólogo os deve acompanhar.

- Depois que uma criança morre, a história médica individual dela deve ser avaliada por toda a equipe de saúde, para que possam, enquanto equipe, sempre se aperfeiçoar na ajuda a futuras famílias.

- A equipe de saúde deve estar preparada para modificar suas metas filosóficas, direções e guias sempre que necessário, baseada na revisão dos casos e nos comentários dos pais.

O Guia, elaborado por MASERA *et al* (1999), pode parecer à primeira vista, óbvio, ingênuo e simplista, mas para quem vive esta realidade no seu dia a dia, ele é extremamente importante e necessário.

Profissionais de saúde, principalmente médicos, são educados para curar, e por essa razão quando constatam que nada mais há para fazer do ponto de vista curativo, angustiam – se, deprimem – se e culpam – se. Um Guia como este oferece suporte para essas angústias, depressões e culpas e mais, apesar de sua objetividade, abre espaço para

profissionais de saúde refletirem sobre a forma de se lidar com a morte e sobre os outros propósitos das Ciências Médicas, além da cura de enfermidades.

Não curar um paciente não significa fracasso e é isto que implicitamente este Guia diz. E diz mais: quando um paciente não responde ao tratamento médico, isto não é o fim e sim apenas o começo de uma outra forma de se tratar. Há muito que se fazer com o paciente terminal e sua família para aliviar seus sintomas e sofrimentos físicos, psíquicos e espirituais.

Embora esta dissertação de Mestrado tenha tido como sujeitos pacientes adultas, esse Guia contempla perfeitamente também essa faixa etária com as devidas correções, como por exemplo: de pais e irmãos, para cônjuge e filhos.

O tema desta Dissertação veio justamente ao encontro de um dos objetivos proposto por MASERA *et al* (1999): oferecer alívio para o sofrimento psíquico e espiritual do paciente.

Consideramos importante também acrescentar a essa ‘palavra – chave’ (Qualidade de Vida na Dor Simbólica da Morte), a visão das diversas culturas sobre a morte e o pós – morte, e, para tal, trouxemos um resumo da pesquisa desenvolvida e publicada pela Psicóloga e Psicoterapeuta Norte Americana, Sukie Miller, presidente do “Institute for the Study of the After Death” (Instituto para o Estudo do Pós Morte), com colaboração de um grupo de prestigiados pesquisadores.

No decorrer de oito anos, MILLER (1997) colheu dados em diferentes culturas de todo o Planeta sobre as crenças em relação ao pós – morte. Ao analisar os resultados observou que a despeito da diversidade de suas origens culturais, as referências às jornadas do pós – morte são constituídas, em maior ou menor grau, por quatro bem definidos aspectos ou estágios, os quais ela denominou:

- Estágio 1: Do Espaço de Espera;
- Estágio 2: Da Fase de Julgamento;
- Estágio 3: Do Reino das Possibilidades;

- Estágio 4: Do Retorno ou Renascimento.

Segundo MILLER (1997) os indivíduos das mais diversas culturas acessam esses quadros do pós – morte e constroem seus modelos teóricos através da “Imaginação Vital”, conceituada por ela “como uma capacidade psíquica, não de meramente visualizar, mas sim, de vivenciar, um outro plano de realidade não possível de ser percebido pelos cinco sentidos e que não constitui fantasia ou alucinação”. Pontua que nas culturas em que a Imaginação Vital opera de modo mais livre, a morte não é, necessariamente, uma fonte de terror.

De acordo com a classificação e denominação da autora MILLER (1997), esses quatro estágios do pós – morte acima citados, podem de forma resumida, serem assim descritos de acordo com as diferentes culturas e doutrinas religiosas:

ESTÁGIO 1 - DA ESPERA: o ‘viajante’, o que morreu, o indivíduo que deixou essa vida, passa pela transformação de um ser físico em um ser espiritual, para poder então realizar sua migração para o mundo espiritual. Descanso, conforto e uma oportunidade de abrandar o medo são os supostos benefícios que o estágio 1, Lugar de Espera, oferece.

Em relação a esse estágio os Índios Guaranis do Brasil acreditam que quando a alma se aproxima de seu ponto de chegada deve aguardar até que Nhanderu lhe abra a porta. É este o lugar de espera ou descanso da alma. Os Índios Kadaneu do Mato Grosso, Brasil, acreditam que as pessoas que morrem deslizam para um universo que se mostra virtualmente idêntico àquele que acabam de deixar. À semelhança dos egípcios, enterram seus mortos com todos os seus pertences. Os Espíritas Brasileiros, com base na doutrina de Kardec, acreditam que os que morreram recentemente são transportados por uma nave espacial, para um ‘Hospital’, onde o espírito do morto passa por um processo de limpeza, de recuperação dos traumas que precederam sua morte e por um período de adaptação à sua nova forma de vida. Os Xamãs, por sua vez, tem permissão para entrar e sair livremente desse Lugar de Espera trazendo consigo descrições detalhadas e reconfortantes dessas paragens. No Sistema Indiano, o Atman (‘Eu’ dos indianos), fica, suportando a mais extrema fome, empoleirado nos ombros do Mahapatra, (última posição social entre os

indivíduos), enquanto este oferece cuidados especiais aos restos mortais com o objetivo de facilitar a natural transformação do espírito, a qual deve ocorrer, para que este possa seguir além desse momento que é o Lugar de Espera. Para o Judaísmo, nos sete dias que precedem o óbito, o espírito ronda entre os vivos e aprende que está morto através da semana solene do sentar “shiva”. Na Tradição Bali, o Lugar de Espera é o período onde pacientemente os vivos e o morto aguardam a cremação. O corpo é lavado e vestido, um pequeno espelho é colocado sobre cada um dos olhos do morto para assegurar que ele seja forte na próxima existência e uma flor é posta em cada uma de suas orelhas para que ele só escute sons belos no futuro. Até o dia da cremação mantém – se acesa uma lâmpada que devera guiar a alma de volta a seu lar.

De forma geral o Lugar de Espera é um local de calma e transição onde o ser passa, em definitivo, do mundo físico para o espiritual.

Segundo MILLER (1997) as versões mais desenvolvidas relativas ao Lugar de Espera da Jornada do Pós – Morte, procedem dos Sistemas Esotéricos de crenças relatados por Paul Beard, ex – presidente do “College of Psychic Studies” de Londres, um dos principais documentaristas do movimento esotérico. MILLER, (1997), afirma que Paul Beard em seu livro “Living On” elaborou, através da Imaginação Vital, a descrição desse Lugar de Espera, o qual chamou Summerland (Terra de Verão), e o denominou como um espaço de descanso. Descreveu esse local como um espaço reconfortante, cujo cenário é construído de acordo com as escolhas íntimas de cada indivíduo, e para onde, primeiramente, o espírito se dirige após a morte. Acrescentou que esse Lugar de Espera é construído pelos que acabam de morrer pelo poder de seus pensamentos. Afirmou também que esse Lugar de Espera é a ante – sala mais acolhedora e reconfortante que cada indivíduo pode imaginar.

ESTÁGIO 2 - DO JULGAMENTO: Nesse estágio a vida passada do ‘viajante’ é escrutinizada, avaliada e, em decorrência disso, ele ou ela vêem determinado seu destino. De acordo com a grande maioria das culturas que crêem nesta etapa, o Julgamento é a mais difícil de ser enfrentada. Os sistemas que acreditam no Julgamento podem ser classificados em quatro tipos:

1) Método do Registro Contábil: Nesse método, as unidades quantificáveis do bem praticado - recursos arrecadados - são somados e pesados em relação aos pecados ali quantificados - cheques emitidos. Para o Catolicismo e seus derivados, quando o espírito se apresenta no 'azul', o Paraíso lhe está assegurado, mas se o balanço se mostra no 'vermelho', o espírito é condenado ao Inferno. Os Egípcios do período antes de Cristo, também acreditavam neste método. Afirmavam que o espírito seria julgado por um comitê de 42 deuses; o peso do coração (sede da consciência, símbolo da alma, para esse povo antigo), era comparado ao peso de uma pena. Se a balança permanecesse imóvel, a alma alcançaria o Paraíso. Se, ao contrário, a balança se movesse, seu destino seria o Inferno. O Judaísmo, embora concentre seu sistema de crenças mais na vida, propriamente, do que no que vem depois da morte, também acredita no Julgamento, e o classifica dentro deste método. Afirmava que dois anjos acompanham o indivíduo por toda a vida. Um anota as boas ações e o outro anota as más. No dia do Grande Julgamento todos os pesos, todas as medidas e todas as balanças serão expostos e cada pessoa deverá reconhecer sua medida e de acordo com ela, receberá ou não sua recompensa.

2) Método Cármico: Esse método diz respeito à soma total de todas as possibilidades do empenho humano e às conseqüências éticas que essa somatória acarreta. Representa a manipulação computadorizada de detalhes quase que infinitamente inter – relacionados.

Enquanto o método do Julgamento de Registro Contábil traz em seu bojo a convicção de que, durante a vida, as pessoas podem alterar seus destinos se adquirirem mais créditos, a complexidade do Método Cármico apresenta um tipo de neutralidade fatalista, ou seja, nada nos impede de progredir e alcançar uma vida melhor, da próxima vez. Dentre os que acreditam nesse método podemos citar os adeptos da Doutrina Espírita e os Indianos.

3) Método da Evolução: nesse método o universo é visto como em constante evolução e as vidas são avaliadas de acordo com o grau de crescimento individual e a produção de alguma obra que contribua para o bem de todos. Esse modelo é a forma propulsora que rege a religião Baha'i e a Teosofia, movimento espiritual de caráter universal desenvolvido por volta de 1800 por madame Blavatsky. Tanto para o Baha'i

como para a Teosofia não existem juízes externos. Ao contrário, cada um é seu próprio juiz. O espírito avalia não tanto suas ações, mas as intenções que se ocultaram por detrás delas e o grau, segundo o qual, essas intenções se colocaram ou não, em harmonia com a direção seguida pela evolução da Consciência Universal. Segundo a religião Baha'i e a Teosofia essa auto – avaliação pode ser muito dolorosa porque os acontecimentos não são apenas recordados, mas, também, é revivido e sentido, todo o sofrimento que o espírito causou a si próprio e a terceiros, enquanto estava vivo na Terra.

3) Método do Desafio: esse método corresponde à visão do Julgamento do Budismo Tibetano. É representado por uma série de fatos que parecem ter sido brilhantemente desenvolvidos para fazer com que o espírito perca seu rumo, reencarne em condições de inferioridade e não atinja sua meta: escapar da Roda da Vida e viver no Nirvana.

Consiste em uma combinação do método cármico com o método evolutivo.

Embora para os Budistas Tibetanos o Julgamento Final seja influenciado tanto pela forma como o espírito viveu sua existência, como pelo estado de sua mente no momento da morte, há um terceiro aspecto, mais importante que os outros, o qual define o destino do 'viajante'. Este aspecto é a forma pela qual o espírito irá lidar com os desafios que encontrar pela frente, após sua morte. Estes desafios são 49 situações denominadas estado de Bardo, fase intermediária entre as encarnações.

Os Tibetanos afirmam que o estado mental do indivíduo no momento da morte é fator relevante. Nesta pesquisa, também trouxemos este aspecto entre nossos pressupostos. Para o Budismo Tibetano esse estado influencia os resultados que serão alcançados no pós – morte, na Fase do Julgamento, e para esse estudo, o estado mental do paciente durante o processo terminal influencia sua Qualidade de Vida frente à morte iminente e ao morrer propriamente dito.

Em relação à atitude correta a ser adotada pelo Espírito frente aos consecutivos aparecimentos de monstros, nos 49 desafios, o Livro Tibetano dos Mortos esclarece que esses monstros devem ser reconhecidos como ilusão transitória; nada mais são do que distrações da mente em relação à verdade fundamental, de que tudo é ilusão. Os Budistas Tibetanos recomendam a prática da Meditação, (reflexão séria e constante), para exercitar a

mente no discernimento da ilusão. A Meditação faz parte da essência da prática budista em vida, mas seu valor estende – se também ao plano do pós – morte porque ela é o meio pelo qual o ‘viajante’ se prepara para se portar com serena compreensão quando chegar sua vez de enfrentar os 49 encontros que se darão no Bardo.

Também é praticada a leitura do Livro Tibetano dos Mortos para os agonizantes e para os que faleceram, durante os 49 dias seguintes ao de sua morte, com o objetivo de lembrar a esses ‘viajantes’ que tudo é ilusão, dar – lhes firmeza para que não se distraiam e proporcionar – lhes o tom de voz baixo e contínuo que facilita o estado de Meditação.

Também existem culturas e / ou doutrinas religiosas que concebem os sistemas de pós – morte isentos de Julgamento. Entre vários grupos indígenas mexicanos, a única diferença que existe entre a vida e a morte é a forma que seu esqueleto adquire. Para os caçadores do grupo Iomba da Nigéria não há diferença entre a vida e a morte; depois de morto, o indivíduo passa a habitar outro ambiente e assume uma forma de existência que lhe é familiar.

ESTÁGIO 3 – DO REINO DAS POSSIBILIDADES: nesse estágio o viajante desfruta dos resultados do Julgamento ou se submete a eles. Nos sistemas onde esse julgamento tem peso relativamente pouco significativo, simplesmente passa a existir nas paragens do pós - morte. A autora pontua que a descrição desse estágio foi elaborada através da Imaginação Vital, conceituada anteriormente, porque esse estado de consciência proporciona aos indivíduos acesso a níveis secretos de realidade.

Esse estágio é a abertura em relação a possibilidades. Essa abertura origina – se no instante do Julgamento no estágio 2 e, para todos os métodos, a verdade da vida que o indivíduo levou determinará o destino de seu espírito.

Alguns relatos ligados ao Estágio III do pós – morte são versões idealizadas da vida terrena. A pequena diferença que existe nestas versões, entre os mundos da vida e da morte, podem ser resumidas pelo dito popular: “a Terra é o mercado, o Céu, o lar”.

Alem da ‘Familiaridade do Lar’, outros elementos ocupam lugar importante na compreensão desse estágio, na maior parte dos sistemas de crença. Entre esses elementos a

autora cita a ‘Luz’ que, para Jung, pode ser um símbolo do espírito, para a tradição cristã pode significar graça, caridade, fé. Em todas as culturas os espaços do pós – morte mostram – se inundados por uma bela e, em geral, incomum ‘Luz’. Também paisagens onde se localizam ‘Árvores Especiais’ são citadas com freqüência nas descrições dos cenários do pós – morte. ‘Céu e Inferno, Tempo e Espaço’ são outros elementos freqüentes nas descrições do pós - morte dos Reinos das Possibilidades. Para os sufistas, o ‘Céu’ apresenta – se com paredes douradas guarnecidas de tijolos de prata; a terra é feita de açafraão e todos seus habitantes apresentam faces tão radiantes como as da lua cheia. Lá não existem funções orgânicas como urinar, defecar e outras, mas aos espíritos é permitido comer e beber o que quiserem e nunca avançam além da idade de 33 anos. O ‘Inferno’ por sua vez, para os sufis é um local onde os pecadores assam em fogo ardente, bebem água de uma fonte fervente e alimentam – se de comidas podres e cheias de espinhos. As figuras de ‘Anjos, Guias, Guardiões e Companheiros’ também são encontrados com muita freqüência nos relatos sobre o pós - morte, na grande maioria das culturas e doutrinas religiosas. Em geral, é afirmado que os espíritos humanos não são deixados à sua própria sorte até que encontrem seu caminho por entre as paragens do pós – morte, mas são guiados por ‘Anjos, Guias, Guardiões e Companheiros’ representados por parentes e amigos já falecidos, que os auxiliam na Jornada pelo Reino das Possibilidades.

ESTÁGIO 4 – DO RETORNO: a autora afirma que as possibilidades que se abrem aos viajantes do pós – morte nem sempre os tomam e prendem para sempre. Para muitas das culturas hoje existentes no mundo a Jornada no Pós – Morte é concebida como um círculo onde o retorno está implícito na partida. Contida na morte esta a semente do renascimento ou reencarnação.

Além das culturas e doutrinas religiosas que crêem na reencarnação, no retorno do espírito a Terra em um novo corpo, alguns cientistas sérios e competentes começam a estudar dentro de uma metodologia científica a possibilidade deste processo reencarnatório ser verídico. Entre eles MILLER (1997) cita o Dr. Ian Stevenson, psiquiatra da Universidade de Virgínia. O Dr. Ian Stevenson publicou 4 volumes sobre o tema, (Cases of Reincarnation, vols 1 – 4, the University Press of Virgínia, 1975, 1977, 1980, 1983), assim como tem feito publicações em periódicos sérios e importantes do planeta, como o “The

Lancet” , onde escreveu, na sessão de Correspondência, sobre um caso de vidas passadas. STEVENSON (1999) relatou ter examinado um par de gêmeos monozigotos, comprovado por exames, em Sri Lanka, com estatura, feições, temperamento e coeficiente de inteligência muito diferentes e cujos pais afirmaram estar criando - os de forma semelhante. Com três anos de idade os gêmeos começaram a contar sobre suas vidas passadas, as quais haviam sido muito diferentes. A explicação para estas significativas diferenças físicas, cognitivas e emocionais entre esses gêmeos monozigotos foi atribuída às experiências de vidas passadas relatadas pelas crianças. Segundo MILLER (1997) o Dr. Roger Woolger, psicólogo, é outro cientista que faz uso da terapia da regressão tanto para tentar esclarecer como para diminuir os sintomas físicos ou psíquicos inexplicáveis dos que o procuram. MILLER (1997) afirma que, ao contrário do Dr. Ian Stevenson, o Dr. Woolger considera irrelevante pesquisar se a história é verídica ou não e sim considera importante se as explicações trazem alívio ao sofrimento do paciente. Publicou seu trabalho no livro “Other Lives, Other Selves”, Nova York, Doubleday, 1987.

Outro cientista citado por MILLER (1997) que se dedica a investigar esse tipo de lembrança, é o Dr. Brian Weiss, formado pela Universidade de Colúmbia, Nova York, graduado como médico na Escola de Medicina da Universidade de Yale. Foi diretor do Departamento de Psiquiatria do “Mount Sinai Medical Center”, de Miami, onde atualmente mantém o “Weiss Institute” e sua clínica particular. Tem publicado seus estudos e trabalhos sobre vidas passadas através dos livros: Muitas Vidas, Muitos Mestres, Só o Amor é Real, A Cura Através de Terapia de Vidas Passadas, Meditando com Brian Weiss, A Divina Sabedoria dos Mestres e Os Espelhos do Tempo, todos publicados no Brasil pela Editora Sextante.

Além desses três cientistas referidos pela autora, sem dúvida, existem outros profissionais sérios que trabalham e pesquisam sobre o assunto, mas como este não é o objeto de estudo dessa pesquisa, limitar – nos – emos a estas citações, neste momento.

Por todas as questões acima expostas, discutidas pelos autores citados, consideramos que a Dor Simbólica da Morte de pacientes terminais é passível de ser trabalhada através de intervenção psicoterapêutica.

2.3. RELAXAMENTO MENTAL

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.

ROSEN (1994), baseado nos estudos de Milton Erickson, afirma que o estado de transe 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.

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 sangüínea, 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 sentirem – se ansiosos, deprimidos, ou amedrontados.

CAUDILL (1998) aborda a relação mente – corpo como sistêmica e por essa razão coloca que a experiência de estresse – definida como a percepção de uma ameaça física ou psicológica e a percepção de não estar preparado para lidar com ela – pode estar associada tanto a sintomas físicos como emocionais.

Frente a uma ameaça de perigo emitimos uma resposta automática chamada de “resposta de luta ou fuga” provocada pela liberação de adrenalina do Sistema Nervoso Simpático e outros hormônios como o cortisol e o hormônio do crescimento. No corpo isto

é representado pelo aumento da frequência cardíaca e respiratória, aumento da pressão sanguínea, mudança do fluxo sanguíneo para os músculos, etc., na procura do restabelecimento da homeostase. Quando o corpo é forçado nesse processo além de sua capacidade podem aparecer inúmeros sintomas: redução da imunidade a doenças, diarreias e/ou constipação, distúrbios do sono, fadiga, dores de cabeça, falta de ar, perda/ganho de peso, aumento da tensão muscular, ansiedade / depressão, e dores crônicas que podem ser definidas como estresse crônico adverso.

Existem técnicas que suscitam uma resposta de relaxamento, que parece desempenhar um papel na redução das respostas corporais ao estresse. Entretanto a resposta de relaxamento não é automática como a resposta de luta e fuga. Seu desenvolvimento exige prática com determinadas técnicas mentais, antes de poder ser evocada para evitar o estresse.

Segundo essa autora, 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 a 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 focalizar – se 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 a autora CAUDILL (1998), enumera 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, sensações ou experiências peculiares, convulsões, diabetes - insulino – dependentes, hipertensão.

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 das 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 ao conceito de Espiritualidade.

Como mais uma evidência da inter - relação entre soma e psique existem os estudos com placebos. ACHTERBERG (1996) refere-se a este aspecto citando os trabalhos de Norman Cousins e afirmando que o que há de mais significativo quanto aos placebos, não é tanto o veredicto que eles proporcionam sobre a eficácia das novas drogas, mas uma prova clara de que aquilo que passa pela mente pode provocar alterações na química do corpo. Fatos como esse indicam que os mesmos caminhos e conexões que intervêm no uso dos placebos podem ser ativados sem eles. O principal ingrediente é o sistema de crenças dos seres humanos. A confiança na capacidade de mobilizar os próprios recursos é uma prodigiosa força em si. O próximo grande avanço na evolução humana pode muito bem ser representado pela capacidade dos seres humanos de trabalharem com uma nova compreensão da química cerebral, de presidirem a si mesmos.

2.4. VISUALIZAÇÃO DE IMAGENS MENTAIS

JUNG (1986) 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 alienun* 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 (1986), 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.

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 Antigüidade. 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 Tibet, 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 (1959), 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 umjeito 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 sucumbir - se as experiências de sofrimento, pode - se re - significar este sofrimento através da Imaginação, processo pelo qual se visualiza Imagens Mentais.

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 .

Os conceitos que fundamentam a intervenção psicoterapêutica descrita nesse estudo são constructos hipotéticos, desenvolvidos a partir de observações e / ou relatos de

experiências, estudados por cientistas sérios e reconhecidos no cenário mundial acadêmico. Nesta pesquisa não questionamos esses constructos hipotéticos, dada sua procedência e sim os tivemos como pressupostos. O nosso objetivo foi estudar qualitativamente a possibilidade do método, construído através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, produzir transformações positivas no universo psíquico das pacientes Fora de Possibilidade de Cura frente à Dor Simbólica da Morte, e promover Qualidade de Vida durante o processo de morrer e morte serena.

Através da citação, abaixo relacionada, de ACHTERBERG (1996), pontuamos nossa referência aos constructos hipotéticos citados nesta pesquisa, como pressupostos e não como objetos de investigação.

Nas ciências sociais e no comportamento, a "imagem" é tratada como um constructo hipotético e como uma variável que interfere entre o estímulo / entrada e a resposta / saída. Como tal, a imagem compartilha a companhia muito respeitável de outras grandes questões estudadas: aprendizagem, motivação, memória e percepção. Nenhum desses conceitos são considerados, irrealis ou indignos de estudo ou inalteráveis, embora sejam invisíveis. Embora não possamos observar a "aprendizagem" ou a "motivação", mas apenas observar mudanças no comportamento como uma consequência previsível de certos estímulos, foram elaboradas leis para descrever como esses fatores operam. A física quântica, nível mais reducionista de toda a ciência, em última análise, estuda apenas o constructo hipotético. As partículas subatômicas, assim como as imagens, não foram observadas diretamente. Só se pode inferir a forma e a função de ambas introduzindo um estímulo variável e medindo uma resposta variável, por isso o termo "variável interveniente". Pela ótica da precisão, o comportamentalismo e a física quântica medem fantasmas, quando quantificam os eventos antecedentes e consequentes. O "status" desses fantasmas, como constructos hipotéticos, bem poderia ser temporário a depender do desenvolvimento de uma tecnologia que permita uma observação mais direta do próprio fenômeno. Por outro lado se conforme sugere a física quântica, a imaginação é a base de toda forma, de toda matéria, os fantasmas podem perdurar".

Segundo JASPER (1973) só podemos conceber e investigar o que se tornou objetivo. Como tal, a alma não é de forma alguma objeto para esse autor. Torna – se objeto através daquilo em que ela se mostra perceptível no mundo: nos fenômenos concomitantes,

nas expressões inteligíveis, no comportamento, nas ações, nas comunicações pela linguagem, nas quais diz o que pensa e pretende, produz obra.

Frente a essa reflexão acreditamos que todo estudo objetivo cujo sujeito é o ser humano, torna possível em última análise, seja qual for à especialidade, conhecer o subjetivo, o que não é possível de ser medido, observado e analisado diretamente: a alma humana. Perceber essa ponte sutil entre o concreto e o abstrato, entre o mundo físico, sensorial e o mundo das idéias, dos sentimentos, é, para mim, a beleza maior de qualquer estudo científico.

CARRAMASCHI *et al* (1995) e REZENDE & BOTEGA (1998) relatam sobre pacientes que sofreram uma perda importante e concreta, a mama. Meu trabalho de pesquisa visou estudar a eficácia de intervenção psicoterapêutica através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, na re - significação da Dor Simbólica da Morte, em pacientes Fora de Possibilidade de Cura, durante o processo de morrer. Essas pacientes, Fora de Possibilidade de Cura, são aquelas que durante o período de possibilidade de cura sofreram perdas parciais por causa de sua doença e procuraram, de alguma forma, resgatar, não só de forma simbólica mas também de forma concreta, essas perdas. Este processo de tentativa de resgate das perdas, fez parte do histórico pelo qual, provavelmente, passaram essas pacientes Fora de Possibilidade de Cura e que foram os sujeitos desta pesquisa.

Frente a essa reflexão, consideramos importante olhar para estudos que falassem sobre o entendimento e / ou resgate dessas perdas, ocorridas por causa da doença, em pacientes, durante o período de possibilidade de cura. O artigo de CARRAMASCHI *et al* (1995) versa sobre a reconstrução concreta do objeto perdido, a mama; o artigo de REZENDE & BOTEGA (1998) versa sobre a descrição das fantasias inconscientes de mulheres que perderam o seio. São estudos muito interessantes para integrar o Universo destes estudos e entendimento das pacientes que participaram desta pesquisa.

Para CARRAMASCHI *et al* (1995) o conceito de câncer mamário como doença sistêmica permite condutas mais conservadoras do ponto de vista cirúrgico. Dentre as várias técnicas possíveis para reconstrução da mama começou-se a usar os expansores de

tecidos a partir da década de 70, cuja vantagem é a simplicidade do método e o fato de não acrescentar cicatrizes e outras seqüelas à distância.

O método resume - se em um primeiro tempo cirúrgico, atendimentos ambulatoriais a partir da segunda semana pós - operatória, um segundo tempo cirúrgico e finalmente reconstrução do complexo aréolo - mamilar após o segundo tempo cirúrgico. O segmento pós - operatório das pacientes é realizado por um período mínimo de seis meses. As pacientes ficam assim envolvidas nesse processo de reconstrução mamária por um período prolongado, devido às várias etapas do processo, o que as leva, muito provavelmente, a construir idéias e sentimentos específicos sobre sua perda e resgate dessas perdas na vivência deste referido processo. Estas idéias e sentimentos possivelmente sejam elementos importantes a serem considerados na fase Fora de Possibilidade de Cura, caso estas pacientes tenham se submetido ao processo cirúrgico de reconstrução da mama.

REZENDE & BOTEGA (1998), referem - se aos sentimentos e fantasias inconscientes das mulheres com câncer de mama da seguinte forma: os principais sentimentos percebidos foram: “o medo do desconhecido”, “o silêncio forçado do psíquico” e “o medo da rejeição” . As principais fantasias foram: “de União - Fusão: a fusão com a terapeuta - mãe”, “de asfixia: o temor de ser rejeitada”, “de castração: o medo de perder mais” e “de quebra”.

Os autores enfatizam que as pacientes não foram espontaneamente em busca de ajuda psicológica. Ao contrário, mostraram - se muito resistentes, fato abordado pela literatura científica como freqüente e ponderam que, talvez, a questão fundamental na ajuda psicológica oferecida a essas pacientes seja, justamente, diminuir as resistências. Concluem, afirmando que as pacientes somente começaram a sentir algum tipo de ganho após os sentimentos de desconfiança terem diminuído, sendo essa a principal função de um Grupo de Apoio Psicológico: proporcionar um espaço para reflexão a respeito dos riscos de falar sobre o que se sente. Estas fantasias e sentimentos citados pelos autores nas fases anteriores a fase Fora de Possibilidade de Cura são relevantes para uma melhor compreensão do universo psíquico das pacientes que atendi nesta pesquisa.

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, b; CAUDILL, 1998; EPSTEIN, 1990; JUNG, 1986; LANG, 2000; MAYOL, 1992; MONTAGU, 1988; ROSEN, 1994; SIEGEL, 1989; SIMOTON, SIMONTON, CREIGHTON 1987; TUCKER, 1999;)

SIMOTON, SIMONTON, CREIGHTON (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, SIMOTON, CREIGHTON, 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 afetivo 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.

TUCKER (1999) defende o conceito de integração mente / corpo no tratamento de problemas de origem orgânica e comenta que, considerando - se a possibilidade de se modificar atitudes para influir na sobrevivência do câncer de mama, três fatores precisam ser observados: o primeiro fator é a possibilidade, já comprovada, de se trabalhar terapeuticamente as atitudes de desamparo e desespero da paciente; o segundo fator relaciona - se à importância dos médicos conversarem com seus pacientes e não apenas tratarem o tumor, assim como, incluírem na equipe, um profissional da área de saúde mental para tratar as angústias das pacientes; o terceiro fator relaciona - se há necessidade de modificação das atitudes dos profissionais da área medica, em geral. Ainda há uma tendência para separar - se a psique das doenças físicas, e negar a relevância dos aspectos psicológicos no tratamento de problemas orgânicos. Esta postura pode resultar em uma avaliação incompleta da enfermidade e uma negligência das necessidades psicológicas dos pacientes, os quais, estão considerando a separação corpo / mente feita pelos médicos, como insatisfatória.

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 aleatório. 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 intraoperatório (n=80), e o terceiro grupo foi orientado no intraoperatório 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) faz o relato, abaixo mencionado, comprovando também, através de sua experiência pessoal, a inter – relação entre a mente e o corpo.

Meu trabalho consistia no estudo dos mecanismos imunológicos que impediam que células leucêmicas de uma certa raça de ratos (Hooded) viessem a crescer e a reproduzir a leucemia quando inoculadas em outra raça de ratos (August), quase idêntica a primeira. Portanto eu inoculava ratos com células leucêmicas para depois estudar quais os anticorpos e quais as células imunológicas envolvidas na resposta contra células inoculadas. Em determinadas experiências, era necessário inocular um número muito grande de células. Às vezes até algumas centenas de milhões de células leucêmicas. Assim é que, certa manhã de domingo, no começo de março de 1977, fui cedo ao laboratório para sacrificar um animal doente da raça Hooded e preparar as células leucêmicas para inocular alguns ratos da raça August. Naquele dia, um dos animais a ser inoculado, não estando bem anestesiado, debateu – se e, por acidente, acabei espetando – me com a agulha da seringa cheia de células leucêmicas a serem injetadas. Obviamente isto me causou certa apreensão. Não pelo fato de ter – me inoculado com as células leucêmicas, pois sabia que por mecanismos imunológicos as células de uma outra espécie animal, ou até células da mesma espécie, mas de diferente constituição genética, são rejeitadas normalmente pelo organismo. A minha preocupação foi com a possibilidade de infecção com algum microorganismo de origem animal. Essa preocupação, porém, durou somente enquanto a ferida sangrou, portanto, não mais do que poucos minutos. Terminei o que estava fazendo, almocei no hospital e, à tarde, fui passear em Londres.

No decorrer da semana seguinte, em virtude do que eu achava ser um simples resfriado, passei a sentir muito cansaço, febre e dor de cabeça. No início, nada que duas aspirinas não pudessem resolver; depois quatro, seis, oito, até que comecei a tomar duas aspirinas a cada três horas para

poder continuar trabalhando. Finalmente, por insistência do próprio Professor Peter Alexander, meu orientador, resolvi ficar uns dias em casa, para recuperar – me. Mas os dias foram passando e eu não apresentava nenhuma melhora.

Apesar de recusar – me a ver um médico, por achar ser apenas uma gripe mais forte, numa tarde, para minha surpresa, os senhores que me haviam alugado o quarto, o Sr. e a Sra. Stapley trouxeram o Dr. de Monte, com o qual estavam registrados, de acordo com o sistema inglês de assistência médica, para visitar – me. Acertadamente, julgaram – me não estar mais em condições de poder decidir com propriedade, e tomaram a si a responsabilidade.

Por total falta de apetite, já não comia nada havia três dias e a única coisa que eu queria era beber os refrescos que a Sra. Stapley preparava.

Após examinar – me, respondendo gentilmente às minhas perguntas, o Dr. de Monte informou – me de que eu estava com quarenta graus de febre e baço aumentado, palpável a sete centímetros da reborda costal. Em condições normais o baço não estaria palpável. Em seguida colheu sangue para alguns exames de laboratório e foi embora dizendo que, quando tivesse os resultados, decidiria o que fazer.

Quando fiquei só, conjecturei, durante algum tempo, possíveis diagnósticos e acabei adormecendo.

Fui acordado pela chegada de dois enfermeiros que, a mando do Dr. de Monte, vieram remover – me em ambulância para o Hospital Saint Helier, em Carshalton, localidade situada a uns vinte minutos de carro, de Sutton.

Ao chegar ao hospital, o plantonista disse – me que não havia com que me preocupar, pois a internação era somente para propiciar – me melhores condições de recuperação, visto estar sozinho num país estranho e ser difícil, de outra forma, alguém poder cuidar de mim adequadamente. Tranqüilizado, conformei – me em passar uns poucos dias ali.

A partir do dia seguinte, porém, comecei a estranhar a enorme lista de exames de sangue e de outros exames a que passei a ser submetido, diariamente. Mais ainda estranhei quando fui submetido a um mielograma, que é o exame da medula óssea feito através de material colhido por punção do osso externo, que é o osso que forma a parte frontal do peito. Insistindo em saber o porquê do exame, acabaram por me contar que eu tinha trinta por cento de monócitos no sangue circulante, quando o normal é de até cinco por cento e estavam à procura de alguma explicação para aquilo. Daí o porque do mielograma que, infelizmente, não veio corroborar a hipótese de leucemia que havia sido aventada.

Depois, eu também não entendia por que o especialista da Unidade Renal havia vindo me visitar. Aliás, aquela altura, eu tampouco percebia que já estava com dificuldade para compreender o que era dito e ficava pedindo para que me repetissem as mesmas coisas, duas ou

três vezes.

Em seguida, meu quarto foi interditado e médicos e enfermeiras só entravam após vestirem avental, máscaras e luvas, que eram deixadas no quarto, ao saírem. Duas vezes aconteceu de o médico de plantão chegar até à porta do quarto e recusar – se a visitar – me por medo do contágio com algo desconhecido e perigoso.

Quando, no quinto dia de internação comecei a vomitar e a sentir, em mim e no meu hálito, um cheiro forte de uréia, de repente, e só então, dei – me conta da gravidade do meu estado. Eu estava com insuficiência renal aguda. Entendi o porque dos exames, da medição do volume urinário, das tomadas freqüentes de pressão arterial e do oftalmologista. A minha pressão atingiu 180 por 140 milímetros de mercúrio, quando o normal é de 120 por 80, e havia tido hemorragia retiniana.

Para saber a causa daquele quadro clínico, fui submetido à biópsia renal que revelou necrose tubular aguda e fui informado de que, no dia seguinte, iria ser transferido para a Unidade Renal e seria iniciada a diálise peritoneal e a plasmaférese. A diálise seria para expulsar as impurezas que já não estavam sendo eliminadas pelos rins e a plasmaférese visaria à filtração do sangue, para separação de grumos que poderiam, talvez, estar entupindo os rins.

Em medicina, esses grumos são chamados de complexos antígeno – anticorpo.

Enquanto aguardava chegar o dia seguinte para ser transferido para a Unidade Renal, entrei em profunda depressão e passei a perguntar – me: - Por que eu?

Naquela fase de revolta, comecei a lembrar – me dos esforços para aprimorar – me cientificamente, a fim de poder começar a produzir, e eis que, de repente, quase próximo à meta, por algum capricho do destino, tudo iria terminar! Do nada retornaria ao nada. Não podia entender. Não achava justo. A vida não tinha sentido.

Mas, também comecei a pensar: as doenças e mortes que afetam os outros, essas por acaso seriam justas e teriam sentido? Afinal, o que tinha eu de tão especial que devesse me conferir imunidade e garantia de vida?

Assim, aos poucos, calou – me fundo a lição da Humildade!

Mas eu tinha que lutar. Tinha que fazer alguma coisa. Afinal, nunca havia entregado os pontos facilmente. Ao contrário, lembrei – me que havia até apurado o gosto pela luta na prática do Karatê, tendo sido aluno do professor Mitsusuke Harada, o mestre que introduziu esta arte marcial no Brasil, e o seu método de ensino, bem no estilo oriental tradicional, consistia em temperar seus alunos através de duros golpes infligidos durante os treinos.

Posteriormente, com o mestre Taketo Okuda, eu continuara aprimorando – me tanto na parte técnica quanto nos aspectos filosóficos dessa luta onde, em última análise, o homem tem em si

mesmo o seu maior rival na conquista da harmonia interior.

Pensando nisso, pensando em meus pais, em minha noiva, em meu irmão, meus amigos, meus colegas, meus sonhos, meus ideais, enfim, pensando em tudo e em todos que eu iria decepcionar com minha morte, criou – se em mim um estado de vazio. E, de repente, lembrei – me de que minha mãe havia me enviado uns meses antes, um recorte de uma revista onde se comentava sobre uma técnica de visualização, através da qual os pacientes imaginavam – se lutando contra seus males e os venciam. A vitória a nível mental era acompanhada de uma melhora a nível físico.

Automaticamente, a partir daquela lembrança, passei a visualizar minhas células de defesa formando anticorpos que se uniam aos microorganismos que estavam prejudicando – me, inativando – os e limpando, assim, meus rins, que começavam de novo a formar urina, que ia sendo coletada na bexiga, gota a gota.

Em nenhum momento me ocorreu qualquer dúvida a respeito de que o que eu estava fazendo não fosse, talvez, o que deveria fazer, pois uma indescritível certeza de que aquela visualização era absolutamente vital invadia – me sempre mais e mais.

Num estado de consciência entre o torpor e a vigília, ia repetindo lentamente todo o processo passando a identificar – me com a própria revitalização dos rins e o restabelecimento de sua função normal.

Durante a noite toda, esse único quadro, que eu mentalmente visualizei, ocupou todo o meu ser.

No dia seguinte fui transferido para a Unidade Renal e o Dr. Davidson, responsável pela Unidade, instalou – me os tubos necessários à diálise peritoneal.

Mal ele tinha acabado de montar o sistema todo, eu expressei o desejo de urinar. Ele estranhou, mas deu – me o papagaio e qual não foi a surpresa quando comecei a urinar, parecendo que não iria acabar mais. A diálise foi interrompida após três dias do seu início.

Permaneci mais doze dias em observação, e, a cada dia, minha recuperação se acentuava mais e mais.

Em busca de algum agente que tivesse causado o problema que me afligiu, inúmeras amostras do meu sangue foram enviadas ao Laboratório Central de Virologia em Londres, mas nada foi detectado, a não ser a presença de alguns anticorpos contra células de ratos Hooded, com os quais eu trabalhava e que também estavam presentes em outros membros do grupo de pesquisa, se bem que em menor quantidade.

O que tive foi classificado como doença de características infecciosas, grave, com comprometimento renal severo. O quadro em si foi tão grave que um dos experientes

colaboradores da equipe do Hospital Royal Marsden, o Dr. Powles, com base no meu estado clínico e laboratorial, havia chegado a prognosticar – me no máximo 48 horas de vida! Isto me foi contado depois, por meus colegas de pesquisa no Chester Beatty e pelo próprio Dr. Powles que, recentemente, quando reencontrei em visita à Europa, continuava a expressar sua admiração por eu ter sobrevivido àquele quadro de características progressivas.

Quanto à Visualização que fizera, havia – me esquecido totalmente dela, até quando, mais tarde, assistindo às palestras do Dr. Celso Charuri, médico de excelente formação acadêmica e profunda espiritualidade, que passei a relacionar as coisas e a dar – lhes a devida importância, começando a empregá – la inúmeras outras vezes, em desespero de causa ou não, certificando – me assim, sempre mais, do seu enorme valor e poder, em especial quando executada em elevados níveis de Consciência! (MAYOL, 1992).

Para finalizar essa palavra - chave da pesquisa, Visualização de Imagens Mentais, faremos uma citação sobre algumas considerações de JUNG 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 (1986) afirmou que através da meditação é possível trazer para o consciente, aspectos inconscientes.

O "Lexicon Alchemical", (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, 1986).

Na década seguinte, em 1951, este mesmo autor, JUNG (1986), 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, 1986).

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 o conceito de 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 e sobre a qual falaremos a seguir.

2.5. ESPIRITUALIDADE

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 (1986) Espiritualidade não está em referência a uma determinada profissão de fé religiosa e sim na relação transcendental da alma com a divindade e na 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. Isto pode acontecer, por exemplo, através da meditação.

Desta forma a Espiritualidade não está relacionada a crenças e dogmas, os quais pertencem ao campo das Religiões. Estas sim são as Confissões de Fé. São formas codificadas e dogmatizadas de experiências espirituais originárias.

THONSEM (1998) afirma que existem pessoas espiritualizadas que nunca participaram de organizações religiosas e existem outras que freqüentam regularmente serviços religiosos e não são espiritualizadas.

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 tem se 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 da Qualidade de Vida, reflexões sobre valores e sentido da vida e isto, em essência, é Espiritualidade.

Observamos desta forma que o Padre Léo Pessini 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.

Entendemos, na presente pesquisa, que a ampliação da consciência, o contato mais profundo com uma área mais transcendental desse mundo interno, pode acontecer através do trabalho psicológico integrando – se as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade.

O conceito de Espiritualidade, na integração das técnicas acima citadas, que compõe o método proposto nessa pesquisa, foi abordado a partir dos estudos publicados sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver normalmente e complementado através de possíveis sonhos dos pacientes antes de sua morte e de seus familiares, antes e depois da morte deles, ligados a natureza espiritual dessa referida morte, ou seja, podendo indicar a ida do espírito para outro lugar, para um mundo espiritual.

SIEGEL (1989) observou que, com muita freqüência as pessoas recebem premonições sobre sua morte através dos mais variados tipos de sinais como sonhos, poemas e desenhos e assim, esse médico, cirurgião e terapeuta em Oncologia, concluiu que

realmente temos uma percepção intuitiva em relação à morte.

VON FRANZ (1995) afirmou que 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. Ponderou que no inconsciente há um conhecimento que Jung denominou conhecimento absoluto, isto é, o inconsciente pode conhecer coisas que conscientemente não se conhece. Esta autora observou que se pode sentir se a figura de uma pessoa já falecida num sonho está sendo usada como símbolo de alguma realidade interior ou se realmente representa o morto. Mas, por outro lado, complementou que é difícil estabelecer critérios universais válidos para esse sentir. Concluiu, frente a esta questão que, se a interpretação no plano subjetivo fizer pouco ou nenhum sentido, ainda que o sonho tenha um efeito numinoso especialmente forte, então se deve tentar uma interpretação no nível objetivo.

VON FRANZ (1995) acrescentou que esta é uma área ainda aberta para investigação, uma vez que atualmente questões desse tipo só podem ser respondidas de modo hipotético. Relatou o sonho de um paciente que foi a óbito para exemplificar a possibilidade de uma interpretação de natureza objetiva: um homem, de aproximadamente 40 anos, uma vez a procurou para uma única consulta; ele havia recebido um diagnóstico terminal: câncer avançado com metástase, o qual não conseguiu aceitar. Na noite seguinte ao diagnóstico teve um sonho: viu um trigal ainda verde, a meia altura; o gado invadiu a plantação, pisoteando tudo e, nesse momento, uma voz vinda de cima bradou: “Tudo parece destruído, mas das raízes sob a terra o trigo voltara a brotar”. A autora viu nesse sonho uma indicação de que a vida de algum modo continuaria depois da morte, mas o paciente não quis aceitar essa interpretação. Pouco depois ele morreu sem ter se reconciliado com seu destino.

Na nossa experiência clínica, temos encontrado com frequência referências a sonhos tanto de pacientes, antes de seu óbito, como também de seus familiares, da ida do espírito do doente terminal para outro lugar. Decidimos, assim, também, colher esse dados e descrevê-los nessa pesquisa com o intuito final de conhecer a natureza humana, tal qual ela é.

Em relação às Experiências de Quase Morte (E.Q.M.) podemos citar os estudos

de KÜBLER – ROSS (1998) e MOOD JR (1989 e 1992).

Elisabeth Kübler Ross é médica psiquiatra e trabalha há 30 anos com a morte e o morrer. Raymond Mood Jr é médico psiquiatra e doutor em Filosofia. Trabalha com pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e familiares destes.

KÜBLER-ROSS (1998) frente aos resultados de suas pesquisas, concluiu que a morte, na sua definição tradicional, não existe. Essa médica psiquiatra suíça (radicada nos Estados Unidos) afirmou que os pacientes terminais passam pelos cinco estágios psicológicos no decorrer de sua doença: negação, raiva, barganha, depressão, aceitação e “depois de terem feito tudo o que tinham a fazer na Terra”, deixam o corpo que aprisiona a alma como um casulo aprisiona a futura borboleta e então, passam pela maior experiência de suas vidas. De acordo com as entrevistas - em torno de vinte mil - que a autora compilou com pessoas que foram dadas como mortas e voltaram a viver normalmente, a morte ocorreria 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...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...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, viram uma luz brilhante. Relataram que aproximaram – se 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 (1998) afirmou que, depois de ouvir milhares de pessoas descreverem a mesma jornada, compreendeu porque nenhuma delas queria voltar ao seu corpo físico e o porque de todas elas terem afirmado que esta experiência espiritual teve um profundo efeito em suas vidas. Algumas afirmaram ter recebido grandes conhecimentos, outras voltaram com dons proféticos, algumas outras passaram a ter um novo discernimento, uma nova capacidade de avaliação. Mas todas foram uníssonas em afirmar que esta vivência lhes ensinou que existe apenas um único significado para a vida: o Amor.

A autora finalizou este assunto dizendo que interpretou a experiência desses pacientes 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 conseqüentemente uma boa morte, KÜBLER – ROSS (1998) relata que costuma 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, conclui essa médica psiquiatra, o que cada pessoa escolhe é se vai sair do torno triturada ou com um

polimento brilhante.

No nosso trabalho com pacientes terminais temos nos orientado nesta conclusão específica da médica KÜBLER – ROSS (1998) para resgatar a culpa desses pacientes: mostramos que o sofrimento não é uma punição divina (maneira pela qual muitos deles encaram sua doença) mas uma experiência muito difícil, através da qual algo pode ser aprendido, mas que deve ser minimizado, o máximo que for possível, conforme já citado.

MOOD JR. (1989, 1992) entrevistou e estudou em torno de 2000 pacientes que passaram pela Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), expressão cunhada pelo autor para classificar o grupo de pessoas que estiveram em coma profundo ou foram dadas como clinicamente mortas por seus médicos, e voltaram a viver normalmente. Observou que ocorreu o mesmo padrão de relato no mundo todo, independentemente da cultura ou da religião da pessoa e que a presença de crenças religiosas não foi o que determinou a Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e nem seu conteúdo, pois tanto religiosos como ateus trouxeram o mesmo tipo de relato.

MOOD JR (1989), encontrou nove elementos comuns nos relatos. Observou que nem todas as pessoas que passaram por uma Experiência de Quase Morte Experiências de Quase Morte (E.Q.M.) exibiram todos os sintomas descritos. Algumas tiveram um ou dois deles; outras, cinco ou seis, mas é a presença de pelo menos um desses elementos que define se o paciente vivenciou realmente uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) ou não.

Os sintomas, que qualificam uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), descritos por esse autor são os seguintes:

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 um para o outro (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 tranqüilidade”.

3 – A Experiência de Estar Fora do Corpo: “Freqüentemente, 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 forma 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”.

No século XV o pintor holandês Hieronymus Bosch pintou esse tema em sua obra “Ascensão dos Abençoados” *.

5 – Seres de Luz: “Após atravessarem o túnel, os pacientes que estão vivenciando uma Experiência de Quase Morte (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”.

* BOSCH, H. *apud* COPPLESTONE, T. - Vida e Obra de Hieronymus Bosch. Rio de Janeiro, Editora Publicações, 1997, 79p.

6 – O Ser da Luz: “Depois de encontrar vários Seres de Luz, aqueles que estão passando por uma Experiência de Quase Morte (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 ele lhes 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, porem, 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, para a maioria delas, a segunda, em grau de importância na vida, é o conhecimento. Afirmaram que ambas estas coisas: amor e conhecimento, podem ser levadas pelo espírito, na morte”.

8 - A Rápida Ascensão para o Céu: “Deve – se assinalar que nem todos aqueles que têm uma Experiência de Quase Morte (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 Experiência de Quase Morte (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 ressuscita – 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 – aventura 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”.

Alem destes nove aspectos, MOOD JR (1989) também observou que depois da experiência de Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) os pacientes mudam sua estrutura de valores, passam a priorizar os aspectos humanos e fraternos e perdem o medo da morte. Também, conforme citado acima, ficam saudosos do estado de bem - aventura 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. Eles precisam de alguém que compreenda esta experiência para ouvi – los e ajudá - los. Há também, segundo MOOD JR (1989), uma necessidade de trabalho terapêutico com os familiares, pois com freqüência, as acentuadas mudanças de personalidade que acompanham uma E.Q.M. causam tensão na família, principalmente para o cônjuge que sente – se 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.

Em relação à Espiritualidade MOOD JR (1989), observou que uma Experiência de Quase Morte (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.

Quanto à noção de tempo, MOOD JR (1989) observou que as pessoas que passam por uma Experiência de Quase Morte (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 vêem – 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 MOOD 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. Apesar de tudo, afirma o autor, é perfeitamente possível, que o cérebro, sofrendo uma grande angústia, possa tentar acalmar – se, criando túneis e Seres de Luz, de modo a permitir que a pessoa repouse. Mas aqueles que podem contar o que está acontecendo em uma sala, enquanto seus corpos permanecem em outra, estão, realmente, tendo uma Experiência de Quase – Morte e por esta razão, este médico psiquiatra concluiu que os relatos sobre E.Q.M. não são alucinações pelas quais os pacientes passam, ou um processo natural de desligamento quando o cérebro está morrendo, mas experiências reais, porque, justamente, inúmeras vezes, os pacientes fizeram descrições muito corretas do que estava acontecendo no seu em torno, de uma perspectiva que não poderiam ter se estivessem no corpo, na cama do hospital, deitados.

MOOD JR. (1989, 1992) também observou, através dos relatos, que quando as pessoas tomavam consciência de que estavam vivenciando o que chamamos de morte, a parte mais transcendental da experiência de semimorte acontecia.

A experiência transcendental* do Dr. George Rodonaia, doutor em Psicologia, russo, e cuja causa da semimorte foi tentativa de assassinato pelo K.G.B., foi a seguinte: sentia dor e estava no escuro, não enxergava nada. Não conseguia mexer o corpo, as mãos. Compreendeu que não estava mais em seu corpo mas que existia. Sentiu muito medo do desconhecido. Não conseguia compreender como podia continuar existindo sem seu corpo, quando percebeu que pensava e que se pensava, existia. Percebeu também que se pensando, existia, podia também escolher o foco de seu pensamento. Optou por pensar positivamente e como estava no escuro começou a pensar sobre a luz. Assim que começou a pensar sobre a luz, viu a luz, surpreendeu - se, quis entrar na luz e passou pelo túnel, vivenciando a experiência relatada por muitos: o encontro e conversa com Seres Luminosos. Ao voltar de sua experiência de semimorte concluiu que estamos vivos por causa do Amor. A dimensão do espírito é a vida eterna. A morte não existe, ela é como uma estação de trem aonde se chega para passar para uma outra vida.

Alem dos trabalhos de KÜBLER – ROSS (1998) e MOOD JR (1989,1992), acima citados, também encontramos na Literatura outras referências sobre Experiências de Quase Morte (E.Q.M.).

WEISS (1998) relata que atendeu vários pacientes com experiência de morte clínica e entre eles, um bem sucedido homem de negócios sul – americano, o qual havia se submetido a várias sessões de psicoterapia convencional com ele. Este paciente, Jacob, foi atropelado por uma motocicleta, na Holanda, em 1975, e ficou inconsciente. Tinha, na época, um pouco mais de trinta anos. Relatou que lembrava – se de ter pairado sobre seu corpo e visto a cena do acidente, a ambulância, o médico que cuidou de seus ferimentos e a multidão que observava. Percebeu uma luz dourada a distância e, quando aproximou – se dela, viu um monge vestindo um manto marrom. O monge disse a Jacob que ainda não era sua hora de morrer e que ele precisava voltar para seu corpo. Jacob sentiu, segundo WEISS (1998), a sabedoria e o poder do monge, o qual também lhe revelou vários acontecimentos que iriam ocorrer em sua vida futura e que, posteriormente, realmente aconteceram. Jacob voltou para seu corpo que estava em um leito de hospital, recuperou a consciência e, pela primeira vez, sentiu dores terríveis.

* RODONAIA, G. *apud* MOOD, JR R. – Vídeo: Vida após a Morte. São Paulo, N.C.A. Forever, 60', 1992.

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. Esta afirmação é concordante tanto com os estudos de KÜBLER – ROSS (1998) e MOOD JR (1989, 1992) sobre Experiências de Quase Morte, como com as pesquisas de MILLER (1997) sobre o pós – morte. Estes aspectos são pressupostos deste estudo que objetiva re - significar a Dor Simbólica da Morte de pacientes terminais, representada pela Dor Psíquica e Dor Espiritual, o que, em resumo, significa melhorar a qualidade da consciência das pacientes, ajudando – as a desfocar o pensamento dos estados de tristezas, angústias, culpas, perdas e principalmente, dos medos, e focá – lo em estados de tranquilidade, serenidade, conforto, proteção, paz.

Embora, nesta pesquisa, estivemos, ao abordar o assunto Morte com as pacientes e seus familiares, posicionando - nos enquanto referencial filosófico / científico, frente aos resultados das pesquisas e conclusões, acima citadas, respeitamos, ao abordar este assunto, às crenças religiosas específicas das pacientes e de seus familiares e, por esta razão, foi imprescindível para o desenvolvimento deste método (Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade), que a paciente acreditasse na vida espiritual pós – morte.

A Literatura Histórica, por sua vez, aponta três grandes líderes Filosóficos / Espirituais, os quais, dentro dessa palavra chave Espiritualidade, consideramos importante citar: PLATÃO, filósofo grego do séc V a.C., precursor do pensamento filosófico do Ocidente, CRISTO, líder espiritual do Ocidente e BUDA, líder espiritual do Oriente.

De acordo com a Coleção Os Pensadores no volume “PLATÃO - Diálogos” (1987), Platão, no século V a.C., descreve o lugar originário do espírito como o Mundo Perfeito das Idéias que se antepõe ao mundo físico, sensorial. O que é belo, mais ou menos belo, é belo porque existe um belo pleno, o Belo que, intemporalmente, explica todos os casos e graus particulares de beleza. PLATÃO expõe a doutrina de que o intelecto pode aprender as idéias porque também ele é, como as idéias, incorpóreo. A alma humana, antes do nascimento, antes de prender-se ao cárcere do corpo, teria contemplado as idéias enquanto seguia o cortejo dos deuses. Encarnada, perdeu a possibilidade de contato direto com os arquétipos incorpóreos, mas diante de suas cópias, os objetos sensíveis, pode ir gradativamente recuperando o conhecimento das idéias. Conhecer seria então lembrar, reconhecer. A hipótese da reminiscência vem, assim, sustentar a hipótese da existência do mundo das idéias. Mas, por sua vez, implica outra doutrina que a condiciona: a da pré - existência da alma em relação ao corpo, a da incorruptibilidade dessa alma incorpórea e, portanto, a da sua imortalidade.

Para Siddhartha Gautama, BUDA (século VI AC), todos os seres e todas as coisas são constituídas de uma mesma essência, embora pareçam diferentes, segundo as formas que tomam, em consequência das influências que recebem. Como se formam, agem e como agem, são. Imaginemos um oleiro que fabrica vasilhas diferentes com o mesmo barro. Cada uma dessas vasilhas terá seu destino, pois uma servirá para arroz, outra para manteiga, outra para leite e algumas serão usadas para depósito de impurezas. Não há diferença no barro empregado. A diferença está no modelo dado pelo oleiro, segundo os diversos usos requeridos pelas circunstâncias. Analogamente todos os seres evoluem de acordo com uma só lei e se destinam ao mesmo fim, que é o Nirvana.

Desta forma, observamos que BUDA também relaciona a origem de todos os seres e coisas a uma Lei Universal única (ou idéia perfeita como citou PLATÃO) e o seu retorno, de acordo com essa origem, para o que ele denominou Nirvana.

Para CRISTO o Reino dos Céus, de onde se originam os espíritos e para onde devem retornar, é daqueles que se parecem com as crianças. Quem não receber o Reino dos Céus como uma criança nele não entrará. (BÍBLIA SAGRADA, Lucas, 1996). Analisando a palavra de CRISTO que foi dita por meio de metáforas, podemos associar a

criancinha ao pensamento não - lógico, pensamento por imagens, pois essa é a forma de pensar de uma criancinha.

O pensamento por imagens é o primário, conforme já citado. Começamos a vida quando crianças, na primeira infância, pensando da forma primária e assim devemos terminá - la, retornando para o mundo das Imagens Mentais, o qual seria o Céu, segundo nossa interpretação da palavra de CRISTO. De certa forma, esta nossa interpretação é concordante com a filosofia de PLATÃO, pois as imagens são formadas por símbolos, que correspondem aos elementos incorpóreos do mundo das idéias.

Observamos que os pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M), nos seus relatos, associaram o sentido principal da vida ao amor incondicional, cujo aspecto filosófico é totalmente compatível aos ensinamentos de CRISTO. Entre as muitas passagens do Novo Testamento, sobre os ensinamentos do Mestre a respeito do amor incondicional, podemos citar como referência o Sermão da Montanha:

Vindo àquelas multidões, Jesus subiu à montanha. Sentou - se e seus discípulos aproximaram - se Dele. Então abriu a boca e lhes ensinava dizendo: Bem - aventurados os que têm um coração de pobre, porque deles é o Reino dos Céus! Bem - aventurados os que choram, porque serão consolados! Bem - aventurados os mansos porque possuirão a Terra! Bem - aventurados os que têm fome e sede de justiça, porque serão saciados! Bem - aventurados os misericordiosos, porque alcançarão misericórdia! Bem - aventurados os puros de coração porque verão Deus! Bem - aventurados os pacíficos, porque serão chamados Filhos de Deus! Bem - aventurados os que são perseguidos por causa da Justiça, porque deles é o Reino dos Céus! Bem - aventurados sereis quando vos caluniarem, quando vos perseguirem e disserem falsamente todo o mal contra vós, por minha causa. Alegrai - vos e exultai, porque será grande a vossa recompensa nos céus, pois assim perseguiram os profetas que vieram antes de vós. (BÍBLIA SAGRADA, Mateus, 1996).

Para PLATÃO, BUDA E CRISTO existe assim uma origem e um retorno a essa origem. Platão denominou essa origem de Mundo Perfeito das Idéias, Buda de Nirvana e Cristo de Céu.

Com o objetivo de ampliar nossa visão sobre a possível inter - relação entre o mundo físico e o mundo espiritual, consideramos também importante fazer uma citação

sobre as pessoas denominadas médiuns e sobre as pesquisas de cientistas que buscam estabelecer a comunicação entre esses dois mundos através de aparelhos eletrônicos.

Existem indivíduos denominados médiuns, pessoas mentalmente saudáveis, com história pessoal clínica isenta de indicação de delírio e/ou alucinação, que são capazes de penetrar conscientemente na dimensão espiritual e comunicar – se com ela. VAN PRAAGH (1998) espiritualista, médium e pesquisador, define mediunidade como a capacidade de se escutar pensamentos, vozes, impressões mentais do mundo espiritual. Divide a mediunidade em várias categorias. A primeira, e mais comum, é a mediunidade mental que utiliza - se da área mental intuitiva e não da área racional e lógica. Este tipo de mediunidade manifesta – se de diversas maneiras: clarividência, clariaudiência, telepatia, clarisensibilidade, pensamentos inspiradores. Um segundo tipo de mediunidade é a física, onde o corpo físico desempenha papel importante. A mediunidade física é produzida pelo ectoplasma, substância que foi descoberta pelo Dr. Charles Richet, fisiologista francês, depois de observar uma substância nebulosa que emanava do corpo de diversos médiuns. O ectoplasma é invisível e ainda assim varia de estado e de densidade. Pode aparecer como gás, líquido ou como algo semelhante a uma gaze. Não tem cor, cheiro e pesa em torno de 8,6 gramas por litro. Pode ser encontrado na maioria das pessoas, mas é especialmente desenvolvido nos médiuns. O ectoplasma pode emergir dos ouvidos do médium, da boca, do nariz, ou da área umbilical. Esse material viscoso pode ser utilizado para produzir os seguintes fenômenos: Caixa de Voz, Materialização, Transporte, Cura Espiritual e Fotografia Espiritual, os quais, atualmente, estão sendo estudados por vários cientistas ligados às ciências exatas como físicos e engenheiros.

VAN PRAAGH (1998) não é um cientista. É um espiritualista, um médium, mas mesmo assim decidi dedicar algum espaço para o conhecimento por ele transmitido neste presente estudo porque este médium, com a capacidade psíquica de se comunicar através da área mental intuitiva com o mundo espiritual, têm ajudado milhares de famílias que perderam um ente querido. VAN PRAAGH (1998) faz o papel de intérprete, transmitindo a mensagem que recebe telepaticamente dos espíritos para seus familiares. Seu trabalho indica veracidade, pois transmite detalhes nas suas informações, que apenas são conhecidos pela família, ou mesmo, esclarece situações que só a pessoa falecida tinha

conhecimento e posteriormente podem ser comprovadas. VAN PRAAGH (1998) afirma que é impressionante para ele, que tantas pessoas acreditem ainda que quando morremos, deixamos de existir. Coloca que o trabalho que executa é válido também no sentido de modificar esse ponto de vista e de esclarecer as pessoas sobre algo que existe além dos sentidos físicos. Pontua que no momento que transmite a mensagem de um espírito para um ente querido seu, no plano terreno, a vida desta pessoa se transforma para sempre. Pondera também que o maior inimigo do homem é o medo, principalmente o medo da perda. Para algumas pessoas esse medo que inclui o medo da morte é tão forte que bloqueia e impossibilita o indivíduo de usufruir a felicidade que a vida lhe oferece. Com seu trabalho procura desmistificar esse medo da morte, apresentando dados conclusivos sobre o fato da morte se limitar ao fim, apenas, do corpo físico e o Ser ou “Self” ou Espírito, continuar vivendo em outro plano, no plano espiritual.

VON FRANZ (1984) que é uma cientista, discípula de Jung, coloca que no inconsciente há um Conhecimento, que Jung denominou Conhecimento Absoluto. Isto significa que o inconsciente pode conhecer coisas, que não podemos conhecer conscientemente, de forma que todas as provas ou declarações de identidades dos espíritos nas sessões mediúnicas podem ser explicadas como manifestações do inconsciente grupal dos participantes e não como comunicações genuínas dos mortos. Segundo esta cientista, VON FRANZ (1984) somente os fenômenos de materialização, (produzidos pelo ectoplasma acima citado), é que não são diretamente afetados por esse argumento. Entretanto VON FRANZ (1984) acredita que os mortos ocasionalmente se manifestem em eventos parapsicológicos, embora no momento em que a autora escreva isto não lhe pareça possível que a comunicação mediúnicamente com os espíritos possa ser provada de modo inequívoco.

Conforme citamos acima, além da comunicação mediúnicamente (Transcomunicação das pessoas vivas com os espíritos dos mortos, através da mente de um médium – T.C.M.), existem também esforços de cientistas da área das ciências exatas para que essa comunicação possa acontecer através de aparelhos eletrônicos. Esta qualidade de comunicação foi denominada por estes pesquisadores como Transcomunicação Instrumental, (T.C.I.). Faremos a seguir uma breve retrospectiva histórica destas pesquisas,

baseados nas citações de ANDRADE (1997), descritos a seguir.

1 - Esforços Iniciais para Contatar os Mortos:

1928: Thomas Edison trabalha com equipamentos que espera, irão permitir a comunicação com os mortos, usando um aparelho químico com permanganato de potássio.

1936: Attila von Szalay começa a experimentar com um gravador e reproduzidor de sons a agulha, marca Packard – Bell, tentando vozes paranormais por meio de gravações em fonógrafo. Ele consegue algumas vozes mas a qualidade é pobre.

1947: Attila von Szalay adquire um gravador de fio Sears Roebuck e obtém vozes de uma certa qualidade, mas o fio é muito fino e muitas vezes fica tão emaranhado que este método é também abandonado.

1950: “Princípios de Attila” - Attila von Szalay começa experimentando com gravador de fita magnética e capta vozes, algumas das quais são inteiramente claras.

2 – O Fenômeno das Vozes Eletrônicas (o Estágio do Gravador Eletrônico e Microfone):

1956: Raymond Bayless junta – se com Von Szalay nos experimentos e escreve um artigo para o Journal of American Society for Psychical Research em 1958 e publicado em 1959.

1959: Friedrich Juergenson, um artista e produtor de filmes, vai a um bosque para gravar cantos de pássaros. Ao reproduzir os sons gravados ele descobre vozes paranormais. Após quatro anos (1963) de gravações experimentais, ele convoca uma conferência internacional de imprensa para anunciar ao mundo o que havia descoberto.

1964: O primeiro livro de Juergenson sobre este assunto aparece em Estocolmo com o título: “Roesterna fraen Rymden” (Vozes do Universo).

Attila von Szalay capta vozes de seus parentes falecidos, em fita magnética, pela primeira vez.

1965: Dr. Konstantin Raudive, um psicólogo e filósofo letão, visita Juergenson, conclui que o fenômeno é genuíno e começa seus próprios experimentos em Bad Krozingenm, Alemanha.

1967: Thomas Edison fala, através do clariaudiente da Alemanha Ocidental Sigrun Seutemann em transe, acerca de seus primeiros esforços em 1928 para desenvolver um equipamento para gravar vozes do Além. Edison também faz sugestões de como modificar aparelhos de tevê e sintonizá – los em 740 megahertz para obter efeitos paranormais. (Sessão gravada em fita magnética por Paul Affolter, Liestal, Suíça).

Franz Seidl, Viena desenvolve o psicofone.

Theodor Rudolph desenvolve um goniômetro para os experimentos e Raudive.

1968: Padre Leo Schmid, Oeschgen, Suíça, foi designado para uma pequena paróquia visando dar a ele tempo de experimentos com vozes gravadas. Seu livro “Wenn die Toten Reden” (Quando os Mortos Falam) foi publicado em 1976, pouco depois de sua morte.

Raudive publica seu livro, “Unhoerbares wird Hoerbar” (O Inaudível Torna – se Audível), baseado em 72 mil vozes que ele gravou.

1971: Colin Smythe, Ltd., Inglaterra, publica uma tradução inglesa ampliada do livro de Raudive Breakthrough: Na Amazing Experiment in Eletronic Communication with the Dead.

Marcelo Bacci e colaboradores em Grosseto, Itália, faz contatos semanais com Espíritos comunicadores, pesquisa que ainda acontecia em 1988.

1972: Peter Bander, Inglaterra, escreve livros sobre vozes, “Carry on Talking”.

Durante os anos de 1970 e 1980, duas organizações – membros da Europa e uma dos EUA são formadas para experimentar, bem como estudar as implicações do EVP (Fenômeno das Vozes Eletrônicas). A VTF (Verein fuer Tonbandstimmenforschung) e a FGT (Forschungsgemeinschaft fuer Tonbanstimes) na Alemanha e a AA-EVP (American Association: Eletronic Voice Phenomena) nos EUA, fundada por Sarah Estep. Hannah Buschbeck fundou a VTF em 1975, mais tarde dirigida por Fidelio Koeberle. A FGT foi dirigida por Hans Otto Koenig quando começou em 1984 e o Dr. Ralf Determeyer editou sua publicação, Die Parastimme.

1973: Joseph e Michael Lamoreaux, estado de Wasington tiveram sucesso com a gravação de vozes paranormais depois de ler o livro de Raudive, Breakthrough.

1975: William Addams Welch, um roteirista e dramaturgo de Hollywood, escreve “Talks with the Dead”.

3 – A Pesquisa Spiricom:

1971: Paul Jones, George William Meek e Hans Heckmann, americanos, abrem um laboratório. Primeira pesquisa séria para criar um sistema de comunicação de voz em dois sentidos, bem mais sofisticado do que o equipamento usado na abordagem EVP.

1978: William J. O’Neil, usando uma faixa lateral de rádio modificada, tem breve contato com um médico americano que disse haver morrido cinco anos antes.

1982: George William Meek faz uma viagem ao redor do mundo para distribuir registros

gravados em fita magnética de 16 excertos da comunicação entre William J. O'Neil e um cientista americano que morrera 14 anos antes. George William Meek também distribuiu um relatório técnico e orientação para pesquisa por outros. Ao retornar, convocou uma conferência com a imprensa em Washington, D.C. e distribuiu os minicassetes e os manuais técnicos para os representantes da imprensa, rádio e tevê.

4 – Sistemas Instrumentais Sofisticados

(Somente Voz):

1982 – 88: Hans Otto Koenig, Alemanha Ocidental, desenvolve sofisticado equipamento eletrônico, usando osciladores com frequências de batimento extremamente baixas, luzes ultravioleta e infravermelha etc.

1985 – 88: Jules e Maggy Harsch – Fischbach, Luxemburgo, com ajuda espiritual, desenvolvem e operam dois sistemas eletrônicos, superiores a qualquer um dos equipamentos EVP construídos até então. Essa comunicação torna – se significativamente mais confiável e repetível do que os sistemas desenvolvidos anteriormente.

5 – Fotografias de Pessoas Falecidas, em Tubo de Imagens de Tevê:

1980 – 81: Manfred Boden, Alemanha Ocidental, obtém sem haver solicitado a impressão em um computador, de espíritos comunicadores.

1984 – 85: Kenneth Webster, Inglaterra, recebe (via vários computadores diferentes), 250 comunicações de uma pessoa que vivera no século XVI. A maioria das impressões são em texto inglês consistente com a linguagem daquela época da história e os detalhes pessoais inteiramente confirmados por pesquisa bibliográfica.

1987 – 88: Jules e Maggy Harsch-Fischbach estabelecem demorado contato por computador, com soberba orientação e assistência de colaboradores de um outro mundo. Isto permite a submissão de questões técnicas, com a impressão em alta velocidade no computador, das respostas cuidadosamente consideradas.

7 – Uso do Sistema Telefônico para Comunicação em dois Sentidos:

1960 / 1970: Scott Rogo e Raymond Bayless, americanos, conduzem extensa pesquisa literária e publicam um livro, *Phone Calls from the Dead* (1979). Eles relatam muitos casos bem documentados de recém – falecidos tentando comunicar – se com seus desolados sobreviventes, sobre “negócios inacabados”.

1981 – 1983: Manfred Boden tem contato não solicitado com comunicadores de evolução não – humana. Recebeu inúmeras contas telefônicas devidas a chamadas não solicitadas.

1988: Jules e Maggy Harsch – Fischbach, com notável orientação e cooperação dos planos superiores, utilizam uma secretária eletrônica para receber chamadas telefônicas chegadas sem ser solicitadas, de um cientista colaborador no mundo espiritual. A voz é clara, facilmente inteligível e substancialmente livre de estática. Esta atividade continua em desenvolvimento.

Do dia 31 de agosto a 04 de setembro de 1995, na cidade de Dartington Hall, Inglaterra, foi levado a efeito uma reunião de caráter internacional, com a participação de diversos representantes da TCI dos EUA, Europa e Brasil. O objetivo dessa reunião foi criar uma Rede Internacional que agregasse os transcomunicadores do Mundo todo, porém sem o caráter de uma “organização piramidal”, isto é, que fosse uma espécie de “rede” sem nenhuma chefia suprema. Sônia Rimaldi é a responsável pela malha de língua portuguesa “. (ANDRADE, 1997).

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

CAPÍTULO 3: JUSTIFICATIVA

Desde minha adolescência sempre me perguntei: Qual o sentido da vida? Quem sou? Por que e para que estamos aqui na Terra, vivendo uma existência? O que é vida? O que é morte? Por que sofremos? Somos apenas corpo físico, matéria?.

A busca pelas respostas dessas perguntas sempre direcionou todas as minhas escolhas, em todos os campos da minha vida.

Na minha formação pessoal recebi na área acadêmica, sólida base intelectual, tendo sempre estudado em boas escolas, mas, embora esta instrução tenha sido ferramenta muito importante para meu desenvolvimento, não foi suficiente, porque apenas com a intelectualidade não teria encontrado caminhos para responder às perguntas acima formuladas. E assim, desde abril de 1989, tive o grande privilégio de me tornar aluna do TETRAGRAMA Instituto de Estudos Holísticos aonde, no caminho do autoconhecimento, venho descortinando quem sou, equilibrando e integrando razão e espírito, desenvolvendo meu potencial e dando um sentido útil para ele.

Este estudo de Mestrado é um dos resultados que alcancei no caminho do autoconhecimento.

O nosso século está marcado, desde o início por descobertas importantes no campo da Física, da Medicina, da Biologia e da Psicologia.

A Física Quântica veio mostrar que as partículas subatômicas não são os objetos sólidos da Física Clássica, mas sim entidades abstratas que possuem uma natureza dual simultânea, ou seja, dependendo do meio ambiente com o qual interagem, ora apresentam - se como ondas, ora como partículas. (CAPRA, 1982).

Desde o início do século, tem sido reconhecido que o padrão de organização de um sistema vivo é sempre um padrão de rede que produz continuamente a si mesma, ou seja, a função de cada componente consiste em participar da produção ou da transformação

dos outros componentes da rede, de forma que essa referida rede é produzida pelos seus componentes, em uma relação sistêmica circular e não dentro de uma concepção mecânica e reducionista, como havia concebido Descartes. (CAPRA, 1996).

EINSTEIN, no começo do século XX, estudou e comprovou através de sua célebre fórmula $E = Mc^2$ (energia é igual à massa vezes a velocidade da luz ao quadrado), que energia e matéria são polaridades de uma mesma substância*.

No campo da Psicologia, grandes médicos como Freud e Jung trouxeram para a ciência o conhecimento do funcionamento do aparelho psíquico aonde nossas ações não são movidas apenas pela Consciência e sim, principalmente, pelos conteúdos do Inconsciente e por símbolos arquetípicos existentes no Inconsciente Coletivo.(ELIAS & GIGLIO, 2000).

Com o desenvolvimento da pesquisa psicossomática começou - se a pensar sempre numa possível influência psicológica na gênese de qualquer doença, tal é a importância da mente em nossos processos biológicos. “Granel, autor de vários trabalhos sobre a gênese inconsciente de situações de acidente, abordando o problema da intencionalidade no determinismo dos fenômenos humanos, tão esquecido do médico prático, que pensa geralmente apenas em termos de ações casuais, diz - nos a este respeito: A pessoa adocece com alguém, por alguém e para alguém. Perguntemo - nos sempre: que se propõe o paciente com este sintoma? Quem é o seu destinatário? Em função de que situação ambiental foi criado?”. (MELLO FILHO, 1979).

Segundo MARTY (1993) o homem é psicossomático por definição, ou seja, ele é um todo que compreende psique (cognição e emoção) e soma. Se em algum momento é dada ênfase ao psíquico ou ao somático, isso não implica em uma posição dualista, mas sim na consideração dos movimentos psíquicos, dos somáticos e principalmente das relações entre esses movimentos no paciente.

Compartilhamos da concepção que toda doença humana é psicossomática, já que incide em um ser sempre provido de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente. E neste mesmo sentido, a divisão de doenças em orgânicas e mentais é

* EINSTEIN *apud* CAPRA, F. - **O Ponto de Mutação**. 20ª edição, São Paulo, Editora Cultrix, 1982, 447p.

acima de tudo um problema de classificação de formas clínicas, já que todas as doenças orgânicas sofrem, inevitavelmente, influências da mente de quem as apresenta e as doenças mentais são traduzidas em sua intimidade última, por processos bioquímicos que, de resto, acompanham todos os movimentos do viver. Em última instância, os processos biológicos, mentais ou físicos, são simultâneos, exteriorizando - se predominantemente numa área ou noutra, conforme a sua natureza ou o ângulo sob o qual estão sendo observados. (MELLO FILHO, 1979).

A Medicina Ocidental vem reconhecendo como científicos tratamentos relacionados a centros de energia como a Homeopatia e a Acupuntura, uma área da Medicina Chinesa. A Associação Médica Brasileira (A.M.B.), por exemplo, reconheceu a Acupuntura como Especialidade Médica através da Resolução 1455 / 95.

A Psiconeuroimunologia, uma área de “interface” entre a Psicologia e a Medicina, tem demonstrado que os sistemas: psíquico, neuroendócrino e imunológico são interligados.

As Terapias Alternativas foram reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) como especialidade e / ou qualificação do profissional de Enfermagem pela Resolução 197. A Técnica Reiki, tratamento de origem oriental, cujo princípio se baseia na transmissão de ‘energia cósmica’ pelas mãos favorecendo a saúde, é uma das Terapias Alternativas reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem.

A Terapia Reiki também é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) como uma Terapia Complementar. (MAC NEED MAN, 2000).

Vivemos, no plano social, nas últimas décadas, uma crise de dimensões intelectuais, morais e filosóficas motivadas pela real ameaça de extinção da raça humana e da vida no planeta. (CAPRA, 1982). Essa crise e as novas descobertas científicas acima descritas estão levando cientistas a reverem suas concepções cartesianas, racionais, duais e reducionistas que norteiam o pensamento científico e construir novas bases, ou seja, a Nova Ciência. (ELIAS & GIGLIO, 2000).

Em outubro de 1987, num seminário inédito*, realizado em Brasília e promovido pelo CNPq e MEC, reuniram-se representantes de microempresas dos Estados Unidos, Japão, e Suécia, corporações e institutos, ecologistas, cientistas sociais, filósofos, psicólogos, físicos, químicos, geógrafos e engenheiros com o objetivo de examinar a visão da ciência na sociedade ocidental frente aos paradigmas vigentes e seus impactos sócio - econômicos. Reconheceu - se, nesse evento, que vivemos no reino do conhecimento racional, que é por excelência, o reino da ciência. Para os partidários das novas idéias o conhecimento racional já não é suficiente para sozinho, explicar e movimentar o mundo. Valores como espírito, intuição e emoção, ou que outro nome se queira dar a essas coisas estranhas ao pensamento científico, racional, terão de ser incluídos na visão ocidental de mundo.

Na Comunidade Médica Científica de todo o planeta, começaram a ser publicados trabalhos indicando a ampliação da visão de ser humano de biopsicossocial para a visão biopsicossocial e espiritual. Em uma pesquisa na base de dados Medline, encontramos em torno de cem trabalhos publicados envolvendo a questão da Espiritualidade e pontuando a importância de sua inclusão na Ciência. BRADY et al (1999), afirmaram que a grande maioria dos instrumentos para medir Qualidade de Vida em Oncologia não inclui espiritualidade como um elemento importante, mas, frente aos resultados que obteve em sua pesquisa, observou que o bem - estar espiritual é tão importante quanto o bem - estar físico e concluiu que o modelo de ser humano para se medir Qualidade de Vida em Oncologia, deve ser o biopsicossocial e espiritual. MYTKO & KNIGHT (1999) concluem em seus estudos, que a inclusão regular de aspectos religiosos e espirituais em estudos de Qualidade de Vida são necessários para melhor compreender - se e trabalhar - se a integração corpo, mente, espírito no tratamento do câncer e recomendam que o Currículo de cursos como Medicina, Enfermagem e outros da área da Saúde devem ser revistos de forma apropriada, incluindo aspectos espirituais. GIOIELLA, BERKMAN, ROBINSON (1998) publicaram artigo relatando que os resultados de seus estudos com 80 mulheres portadoras de câncer ginecológico suportam a inclusão da espiritualidade como parte da rotina de avaliação e intervenção dos pacientes e que esta inclusão pode ajudar a

*Seminário promovido pelo CNPq e MEC *apud* SCHILER, E. - O Conceito de Dor Total no Câncer. In SCHULZE, C. (org.) – **Dor no Câncer**. São Paulo, Robe Editorial, 1997, p.59.

diminuir o nível da angústia psicossocial do paciente. FRYBACK & REINERT (1999) realizaram um estudo qualitativo para investigar como pacientes portadores de uma doença com prognóstico ruim em algum grau, vivenciam essa fase de suas vidas, a qual consideraram como crítica. Trabalharam com 10 mulheres portadoras de câncer e 05 homens portadores de HIV – AIDS. Os resultados sugeriram que espiritualidade é um componente essencial para sentimentos de saúde e bem estar. A maioria entre os entrevistados consideraram espiritualidade como uma ponte entre esperança e falta de sentido na vida. Os pacientes que encontraram significado neste conceito de espiritualidade após terem ficado doentes, apresentaram melhor Qualidade de Vida neste período do que a que tiveram antes do diagnóstico. BURTON (1998) demonstrou que a espiritualidade / religiosidade é um elemento significativo na vida da maioria dos americanos e possui uma função importante no enfrentamento de períodos de crise como câncer. Por esta razão os profissionais da área de saúde deveriam aprender a usar apropriadas avaliações de protocolos e incluir apropriadas intervenções espirituais / religiosas em sua prática profissional. PUCHALSKI & LARSON (1998) escreveram sobre a importância do desenvolvimento curricular da Espiritualidade nos cursos de Medicina e afirmaram que as escolas médicas devem começar a ensinar os seus alunos a lidarem com os interesses espirituais dos pacientes e os sistemas de saúde devem começar a prover experiências práticas para cuidados compassivos. Pontuaram, no seu artigo, que pesquisas com pacientes e alguns membros da comunidade médica mostraram que médicos, de forma geral, esqueceram a compaixão na prática profissional e na maioria das vezes ignoram os interesses espirituais dos pacientes. Concluíram, frente aos dados colhidos, que o médico do século XXI deverá, além de desenvolver excelente habilidade técnica, ser também cuidador compassivo que respeita todas as dimensões da vida do paciente. THOMSEN (1998) afirmou que corpo, mente e espírito estão integralmente conectados mas no Ocidente, o treinamento médico tem se limitado aos aspectos físicos mensuráveis e às necessidades psíquicas, mantendo – se alheio às necessidades espirituais dos pacientes. Afirmou que uma revisão do ensino médico se faz necessária, visto que a inclusão da aprendizagem sobre aspectos espirituais, na prática dos profissionais da área médica, ainda não é uma parte típica dos currículos das escolas de medicina, porém é algo que os pacientes querem e esperam, como parte dos cuidados médicos a eles oferecidos.

No cenário brasileiro VASCONCELLOS (2000) relata que numa memorável reunião da Comissão Científica do XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, que foi realizado de vinte e oito de abril a primeiro de maio de dois mil, em São Paulo, discutiu – se sobre a pertinência de se inserir no programa científico daquele evento a questão da Espiritualidade. Com rapidez e facilidade os membros da Comissão Científica chegaram ao consenso de inserir essa discussão no âmbito do fórum mais importante daquela associação, o Congresso.

Observamos, desta forma, que a Comunidade Científica Médica do planeta está publicando, nos últimos anos, textos que afirmam a importância de se desenvolverem estudos que incluam a questão da Espiritualidade na prática de profissionais da área de saúde. É exatamente a esta demanda que esta Pesquisa se reporta.

Interessante observar que no século XV, Paracelso já pontuava sobre a importância de se integrar aspectos espirituais à prática médica.

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

Essa referida pesquisa teve origem em sete casos que esta Pesquisadora acompanhou: três adolescentes e quatro crianças que foram a óbito e os quais foram considerados o Projeto - Piloto desta Dissertação. (ELIAS, 1999; ELIAS *et al*, 1999; ELIAS, 2000).

De forma geral, com esses sete pacientes, observamos que todos puderam despedir-se dos seus familiares e falecer cercado pelo afeto destes. Todos foram a óbito com dignidade moral, emocionalmente amparados e mentalmente em paz. Os pais puderam lidar com sua dor e expressar seus sentimentos e emoções com os seus filhos ainda em vida.

* PARACELSO *apud* JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986, **vol. XV**, p.10 – 27.

Refletindo sobre os resultados obtidos com esses sete pacientes e fundamentada em dois dos Princípios Básicos* que devem nortear um Programa de Cuidados Paliativos segundo a Organização Mundial de Saúde: “oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento” e “integrar aspectos psíquicos e espirituais nos cuidados paliativos”. Também fundamentada em citações como a de PIMENTA (1999), a qual afirma que “o controle de sintomas objetivando mais conforto, independência e preservação da dignidade da pessoa deve ser prioridade de qualquer atendimento em saúde, especialmente naqueles portadores de quadros crônicos”, esta psicóloga considerou de grande importância social um estudo mais sistemático sobre esta forma de abordar e tratar o Paciente Fora de Possibilidade de Cura.

Escolhemos trabalhar com pacientes a partir de 14 anos, pois temos interesse em abordar a questão da Espiritualidade integrada às técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais.

Do ponto de vista filosófico desenvolvemos esse estudo porque compartilhamos do pensamento de SÓCRATES, filósofo grego da séc. V AC, o qual diz que nos encontramos no conhecimento de uma única ciência: a do Amor.

* ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) *apud* KOVÁCS, M.J. – Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. In CARVALHO, M.M.J. (org.) - **DOR, Um Estudo Multidisciplinar**. São Paulo, Summus Editorial, 1999, p.318 – 337.

CAPÍTULO 4: OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Estudar qualitativamente a eficácia de intervenção psicoterapêutica para pacientes terminais, construída através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, dentro das premissas da Psicoterapia Breve de Apoio para Serviços Hospitalares, com o objetivo de re-significar a Dor Simbólica da Morte, durante o processo de morrer, de pacientes fora de possibilidade de cura.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4.2.1.** Delinear de forma clara e sistemática a intervenção psicoterapêutica para pacientes terminais: Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade, que visa re-significar a Dor Simbólica da Morte desses pacientes, para que outros profissionais da área de saúde possam vir a utilizar essa técnica com seus próprios pacientes.
- 4.2.2.** Identificar a Dor Simbólica da Morte, representada pela Dor Psíquica e pela Dor Espiritual, durante o processo de morrer.
- 4.2.3.** Estudar qualitativamente a possibilidade deste método, construído através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, produzir transformações positivas no universo psíquico das pacientes fora de possibilidade de cura frente à Dor Simbólica da Morte, promovendo Qualidade de Vida durante o processo de morrer e morte serena e digna.

CAPÍTULO 5: SUJEITOS E MÉTODOS

5.1. PROJETO - PILOTO

Realizou – se preliminarmente atendimento a sete pacientes, sendo três adolescentes (14 – 17 anos) e quatro crianças (22 meses – 11 anos), portadores de câncer e que foram a óbito. As técnicas trabalhadas com os adolescentes foram Relaxamento Mental induzido por respiração lenta e profunda e músicas instrumentais suaves escolhidas por cada um deles e Visualização de Imagens Mentais orientada por filmes e histórias infanto - juvenis com enredos pertinentes aos seus históricos de vida e ao medo da morte e técnica de visualização, propriamente dita, utilizando-se dissociação, sugestão indireta e sugestão direta. Com as crianças as técnicas utilizadas foram Relaxamento Mental induzido por músicas de ninar e Visualização de Imagens Mentais orientada por jogos e brincadeiras lúdicas, histórias infantis sobre um mundo belo com motivos infantis, por onde se chega através de um caminho dourado de sol e livro com figuras coloridas e bonitas. Os pais dos sete pacientes foram atendidos em Terapia Breve tanto no pré como no pós-óbito. (ELIAS, 1999; ELIAS *et al*, 1999; ELIAS, 2000).

5.2. SUJEITOS

5.2.1. Tamanho Amostral

Fizeram parte desta pesquisa, cinco pacientes fora de possibilidade de cura, adultas. 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. Foram selecionados cinco pacientes porque consideramos que esse é um número adequado para coleta de dados de estudo de caso clínico longitudinal no período hábil de um ano e também, porque acreditamos ser este um número suficiente para cumprirmos com as propostas apresentadas no Objetivo Geral e nos Objetivos Específicos.

5.2.2. Seleção dos Sujeitos

Os critérios para inclusão das pacientes nessa pesquisa foram:

5.2.2.1. Condições Clínicas

Pacientes, mulheres, com câncer, tratadas na Divisão de Oncologia do CAISM / UNICAMP, diagnosticadas pela Equipe Médica como fora de possibilidade de cura, ou seja, pacientes que não responderam ao tratamento oncológico e entraram em fase terminal, isto é, passaram da fase curativa para a fase dos cuidados paliativos, segundo parecer dos médicos responsáveis pelo caso.

As pacientes, neste trabalho citadas, a partir do momento em que aceitaram submeter – se a esta intervenção psicoterapêutica: Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade, não foram mais atendidas pela psicóloga ou pelas estagiárias do Setor Multidisciplinar de Cuidados Paliativos do CAISM / UNICAMP, onde o Serviço de Psicologia também se insere, e passaram a estar, em relação aos Serviços de Psicologia, sob responsabilidade desta psicóloga - pesquisadora.

5.2.2.2. Faixa Etária

Definimos, quanto a faixa etária, trabalhar com pacientes a partir de quatorze anos.

ELKIND (1975), baseado nos estudos de Piaget, afirma que a partir dos quatorze anos o ser humano já atingiu o nível de operações formais, o qual permite ao indivíduo pensar sobre seus pensamentos, construir ideais e raciocinar realisticamente sobre o futuro. As operações formais capacitam também a pessoa a raciocinar sobre proposições contrárias aos fatos e tornam igualmente possível a compreensão de metáforas. Nenhum novo sistema mental aparece depois do período das operações formais, que são o terreno comum do pensamento adulto.

Trabalhando com pacientes a partir de 14 anos, frente ao acima exposto, pudemos padronizar os instrumentos que foram utilizados na pesquisa e analisar os resultados específicos do estudo, dentro de uma mesma faixa de desenvolvimento mental.

Por outro lado, como tivemos crianças no Projeto - Piloto, pudemos compará – las na Discussão com as pacientes do estudo de Mestrado, propriamente dito.

5.2.2.3. Crença na Vida Espiritual após a Morte

Esse estudo teve como pressuposto a crença na vida espiritual após a morte. Este pressuposto, nessa pesquisa, não foi vinculado a nenhuma religião ou credo religioso e sim aos estudos e pesquisas de KÜBLER – ROSS (1998) e MOOD JR, (1989, 1992). Portanto foi aspecto irrelevante a religião ou credo religioso das pacientes. Estas puderam ser filiadas a qualquer Religião ou Credo e suas crenças específicas foram totalmente respeitadas.

Por outro lado, foi critério para inclusão na pesquisa que a paciente acreditasse em uma vida espiritual após a morte, visto este ser um dos principais pressupostos do método proposto neste estudo.

5.3. VARIÁVEIS

5.3.1. Variável Putativa: Qualidade de Vida

5.3.2. Variáveis Intervenientes:

Dor Psíquica: Medo do sofrimento e humor depressivo, (tristezas, angústias e culpas frente às perdas).

Dor Espiritual: Medo da morte e do pós – morte, idéias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus.

5.4. MÉTODO

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.

5.5. MATERIAIS

Os materiais necessários para o desenvolvimento desse estudo foram:

- Computador e Impressora

- Aparelho de Som

- Livros de Histórias com conteúdos que fossem pertinentes a história de vida dos pacientes, a suas principais angústias, medos, conflitos, relacionados à Dor Psíquica e à Dor Espiritual durante a experiência do morrer.

- Músicas dos tipos: Instrumental Clássica ou Popular com ritmo suave, “New Age”, Música Intuitiva, Instrumental para Crianças, respeitando - se sempre o gosto do paciente.

- Unidade de Saúde que atendesse pacientes a partir de 14 anos fora de possibilidade de cura. Esta unidade foi a Divisão de Oncologia do CAISM – UNICAMP.

5.6. PROCEDIMENTOS

5.6.1. Coleta de Dados

5.6.1.1. Coleta de Dados sobre a da Dor Simbólica da Morte

Antes do início dos atendimentos foi feita, pela pesquisadora, a identificação do histórico clínico da paciente através do prontuário desta e / ou através de contatos com os profissionais que a atenderam.

Os dados, sobre a Dor Simbólica da Morte da paciente fora de possibilidade de cura, foram colhidos, durante as sessões de atendimento psicoterapêutico com estas pacientes para aplicação do método proposto neste estudo, através de Entrevista Semi - Estruturada, orientada pelos temas descritos nos Anexos 1 e 2 e complementados por Entrevista Semi -Estruturada orientada pelos temas descritos no Anexo 3, com familiares / cuidadores, durante as sessões de orientação familiar.

Os dados sobre a natureza da Dor Simbólica da Morte de cada paciente, representada pela Dor Psíquica e pela Dor Espiritual, começaram a ser colhidos na primeira

sessão mas, durante todo o processo de atendimento até o óbito, o material de cada sessão teve duplo enfoque: por um lado, foi utilizado para posterior análise dos resultados sobre a possibilidade deste método ter promovido Qualidade de Vida durante o processo de morrer e morte serena e digna, e por outro, foi utilizado como coleta de dados para o trabalho psicoterapêutico da sessão seguinte. Na Pesquisa Qualitativa a coleta e a análise dos dados não são divisões estanques; as informações que se recolhem, geralmente, são interpretadas e isto pode originar a exigência de novas buscas de dados. O denominado ‘relatório final’ da Pesquisa Quantitativa naturalmente que existe na Pesquisa Qualitativa, mas ele se vai constituindo através do desenvolvimento de todo o estudo e não é exclusivamente resultado de uma análise última dos dados. (TRIVIÑOS, 1987). Desta forma a coleta e a análise de dados aconteceram de forma simultânea e interativa durante todo o processo da pesquisa, até o relatório final.

Em relação à composição dos dados, os tópicos principais sobre a Dor Simbólica da Morte (Anexos 1, 2, 3), foram anotados durante as sessões e desenvolvidos até o dia subsequente, para se garantir que esses dados não se perdessem. Estas sessões, contendo a intervenção psicoterapêutica desenvolvida nesta pesquisa e que inclui as entrevistas semi – estruturadas para coleta dos dados da Dor Psíquica e da Dor Espiritual de cada paciente, não foram gravadas, pois esta variável ‘gravação’ poderia interferir na naturalidade do atendimento e conseqüentemente na qualidade dos resultados alcançados.

5.6.1.2. Coleta de Dados sobre a re - significação da Dor Simbólica da Morte

Os dados sobre a possibilidade da Dor Simbólica da Morte da paciente fora de possibilidade de cura ter sido re - significada através do método proposto nesta pesquisa, foram colhidos através do material das próprias sessões de atendimento psicoterapêutico com estas pacientes e complementados por Entrevista Semi - Estruturada orientada pelos temas descritos no Anexo 4, com familiar / cuidador, na sessão de orientação familiar pós - óbito. Nos casos que esta sessão, por algum motivo, não pode ser realizada, os dados foram colhidos através de relato, por escrito, do familiar / cuidador.

Também colheu - se informações dos profissionais do CAISM, médicos ou

enfermeiros, sobre a possibilidade deste método ter re - significado a Dor Simbólica da Morte das pacientes fora de possibilidade de cura.

5.6.2.1. Contrato para a Intervenção Psicoterapêutica com a paciente e seu cuidador

Este contrato foi realizado dentro das premissas da Terapia Breve, ou seja, tendo como foco a Dor Simbólica da Morte. “O objetivo da Terapia Breve é localizar um foco de conflito que, ao ser trabalhado por ação direta e específica, negligenciando outros aspectos da personalidade, resolve o problema”. (KNOBEL, 1986).

Esse contrato foi pertinente às sessões com a paciente fora de possibilidade de cura, para a aplicação da Intervenção Psicoterapêutica Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade e para as Sessões de Orientação Familiar, com o cuidador e outros familiares.

5.6.2.2. Sessões Psicoterapêuticas com a paciente

Estas sessões aconteceram no período entre o contrato de trabalho até o óbito desta.

O número de sessões, por semana, foi de no mínimo uma e no máximo três, de acordo com as necessidades e possibilidades da paciente.

O local do atendimento foi a Enfermaria e o Ambulatório da Oncologia do CAISM e o domicílio da paciente.

5.6.2.3. Sessões de Orientação Familiar

Estas sessões aconteceram de forma complementar a aplicação do método de integração das técnicas Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade para re - significação da Dor Simbólica da Morte das pacientes fora de possibilidade de cura.

O principal objetivo dessas sessões foi oferecer um espaço para os familiares falarem sobre a doença e a morte da parenta, relatarem sua visão sobre a Dor Simbólica da

Morte desta, receberem orientação sobre a intervenção psicoterapêutica que estava sendo desenvolvida com a paciente e sobre uma possível forma mais adequada de conduta que eles, parentes, pudessem oferecer para esta paciente, nesta fase de cuidados paliativos. Quando necessário, nestas sessões, de forma secundária aos objetivos deste estudo, os familiares puderam ser atendidos também, quanto à elaboração do luto.

Estas sessões de orientação familiar aconteceram no mínimo uma vez por mês e no máximo uma vez por semana, de acordo com a necessidade dos mesmos e da paciente.

5.6.2.4. Critério para Descontinuação

Foi usado como critério para descontinuação da aplicação deste método, a vontade da paciente. Se esta não se identificasse com as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integradas a Espiritualidade, poderia interromper as sessões e desligar – se da pesquisa em qualquer tempo e momento do trabalho psicoterapêutico. Estes dados constariam da pesquisa para análise dos resultados e conclusão do estudo.

5.7. PLANO DE ANÁLISE DE RESULTADOS

5.7.1. Análise de resultados na Pesquisa Qualitativa

A Pesquisa Qualitativa, como já expressamos, “pelo tipo de técnicas que emprega, de preferência, a entrevista semi - estruturada, o questionário aberto, o método clínico, não estabelece separação demarcada entre a coleta de informações e a interpretação das mesmas”. (TRIVINÕS, 1987).

Dessa forma a cada sessão coletamos informações e as interpretamos, mas ao término do estudo fizemos uma discussão e uma conclusão sobre os dados obtidos.

Apesar da flexibilidade, acima citada, que a Pesquisa Qualitativa permite, foi necessário, para a discussão e conclusão dos dados, uma estrutura objetiva de trabalho, descrita a seguir:

5.7.2. Discussão dos dados

5.7.2.1. Discussão de cada um dos casos estudados contendo:

- 1 - Identificação da paciente
- 2 - Número de sessões / período da fase fora de possibilidade de cura em que o método foi aplicado
- 3 - Intervenção Psicoterapêutica
- 4 - Histórico clínico / aspectos relevantes
- 5 - Identificação da Dor Simbólica da Morte: Dor Psíquica e Dor Espiritual
- 6 - Padrão da imagem
- 7 - Comentários e atitudes da paciente: Resultados obtidos
- 8 - Morte da paciente: Resultados obtidos
- 9 - Sonhos dos familiares após o óbito da paciente
- 10 - Sessões de Orientação Familiar: Resultados obtidos
- 11 – Dor Simbólica da Morte: re – significação

5.7.2.2. Discussão comparando – se as cinco pacientes desta pesquisa com as quatro crianças e os três adolescentes do Projeto – Piloto.

5.7.2.3. Discussão sobre a re – significação da Dor Simbólica da Morte através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade.

5.7.3. Conclusão do estudo.

CAPÍTULO 6: ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, as pacientes e seus familiares foram informados sobre os seguintes itens:

- que estavam fazendo parte de uma pesquisa.
- sobre os resultados específicos e gerais que foram alcançados com outros pacientes, os quais foram considerados Estudo - Piloto dessa intervenção psicoterapêutica para pacientes terminais.
- que seus credos religiosos e / ou religião seriam totalmente respeitados.
- que este estudo tinha como pressuposto a crença na vida espiritual, com base nas pesquisas dos médicos psiquiatras KÜBLER ROSS (1998) e MOOD JR (1989, 1992) com pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte e voltaram a viver e que ter esta crença era critério para inclusão no estudo.
- que poderiam sair do estudo e interromper as sessões psicoterapêuticas em qualquer tempo que quisessem, caso não se identificarem com as técnicas propostas.

Os itens acima citados constaram do Termo de Consentimento Pós – Informação (Anexo 5), que foi lido e assinado pela paciente e / ou seu familiar cuidador.

CAPÍTULO 7: “RELAXAMENTO MENTAL, IMAGENS MENTAIS E ESPIRITUALIDADE” – DELINEAMENTO DA ESTRUTURA TEÓRICA DA TÉCNICA PARA APLICAÇÃO”

A estrutura teórica para aplicação da intervenção psicoterapêutica “Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re – significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais” foi delineada, para que outros profissionais da área da saúde possam utilizá - la com seus pacientes.

Essa estrutura teórica está fundamentada dentro dos conceitos de uma psicoterapia dinâmica breve ministrada em Instituições Assistenciais (Serviços Hospitalares e Centros de Saúde Mental).

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.

A Intervenção Psicoterapêutica para pacientes terminais, construída através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, cujo objetivo é re - significar a Dor Simbólica da Morte 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 são: a Dor Psíquica, representada pelo medo do sofrimento e humor depressivo (tristezas, angústias e culpas frente às perdas) e a Dor Espiritual representada pelo medo da morte e do pós – morte, idéias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus.

Objetivamos, com essa intervenção psicoterapêutica, 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, tranqüilidade, beleza e paz, com o objetivo final de recuperar a homeostase psicológica visto que a homeostase física não é possível de ser recuperada porque o paciente se encontra em fase terminal.

7.1. Psicoterapia Dinâmica Breve:

Para FIORINI (1991) os pressupostos básicos de uma Psicoterapia Dinâmica Breve são:

- “Orientação no sentido da compreensão psicodinâmica dos determinantes atuais da situação de enfermidade, crise, ou descompensação. Isto não significa omitir a consideração longitudinal e sim estar voltado essencialmente para re - significar à estrutura da situação transversal”. (FIORINI, 1991). Na adaptação desse conceito para a situação terminal focamos a descompensação psicológica atual, na Dor Psíquica e na Dor Espiritual frente a morte e o morrer (corte transversal), e procuramos conhecer o histórico de vida do paciente através da anamnese (corte longitudinal), para melhor compreendermos o momento presente.

- “Existe uma relação entre psicopatologia e comportamentos potencialmente adaptativos: formam-se duas atitudes psíquicas, ao invés de uma só: a primeira que leva em consideração a realidade e é normal; a outra, que afasta o ego da realidade sob a influência das pulsões. Ambas as atitudes subsistem, uma junto à outra. Uma psicoterapia breve orienta-se no sentido de fortalecer as áreas do ego livres de conflito”. (FIORINI, 1991). Procuramos através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, na situação específica do morrer, fazer esta dissociação entre o saudável e o doente, direcionando a parte doente para o corpo físico que morre e a parte saudável para o ‘espírito’, de forma que a paciente possa aproximar-se do que JUNG (1986), chamou de Arquétipo do Si Mesmo, definido como a sede da identidade subjetiva, o centro ordenador e unificador da psique, totalidade absoluta dessa psique, simbolizado por Cristo, o que significa um contato, mais significativo, do ego consciente das pacientes, com a sua própria natureza divina ou celeste, ou seja, com a sua

natureza espiritual.

- “Há também uma dualidade em nível motivacional, na coexistência de motivações do tipo infantil e adulto. Neste modelo a hierarquia motivacional se caracteriza por uma combinação de autonomia, dependência e interpenetração. Nesta concepção pluralista atribui-se importância motivacional à orientação do sujeito dirigida para o futuro, uma organização em projetos de alcance diversos que incluam uma relação com certa imagem de si e com um mundo de valores ou metas ideais. Isto significa dirigir - se tanto às motivações primárias como para as motivações de valor”. (FIORINI, 1991). Na situação particular da morte e do morrer as motivações de valor orientadas para o futuro estão baseadas nas conclusões dos estudos de KÜBLER – ROSS (1998) e MOOD JR (1989, 1992) com pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte e voltaram a viver e nas crenças específicas de cada paciente em relação à vida após a morte, o que implica na crença da possibilidade da paciente continuar existindo em um mundo de natureza espiritual; as motivações primárias estão relacionadas a sentimentos de proteção, de acolhimento, amor, oriundos do contato mental com Seres Espirituais de Luz descritos nos estudos de KÜBLER – ROSS (1998) e MOOD JR (1989, 1992) e com Seres Espirituais de Luz, nos quais a paciente confie e acredite.

- “No plano dos processos de pensamento existe também uma dualidade funcional representada pelos pensamentos derivados de impulsos e um pensamento realista com capacidade instrumental de adaptação e de ajustamento às condições da realidade objetiva. Freud coloca que o primeiro passo que devemos dar para fortalecer o ego debilitado parte da ampliação do seu autoconhecimento e assim a psicoterapia breve visa por meio do esclarecimento de aspectos básicos da situação do paciente, fortalecer sua capacidade de adaptação realista, de discriminação e de retificações, em grau variável, das significações vividas”. (FIORINI, 1991). Em relação aos processos de pensamento, no trabalho psicoterapêutico para re - significar a Dor Simbólica da Morte através de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, compreendemos a dualidade funcional como, por um lado, crenças de impotência frente a Dor Simbólica da Morte e atitudes e pensamentos associados à pulsão de morte e por outro, aspectos egóicos capazes de lidar com a Dor Simbólica da Morte e atitudes e pensamentos associados à

pulsão de vida. Embora pareça um paradoxo, trabalhamos com a pulsão de vida para re-significar a Dor Simbólica da Morte, orientamos a paciente para re-significar seus padrões de pensamento, baseados no pressuposto de que a morte é o fim do corpo, da vida material, mas não o fim da existência, porque segundo um dos pressupostos deste estudo, o espírito continua a existir em um mundo espiritual.

7.2. Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na Re – Significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais

Com base nos fundamentos teóricos acima descritos, a intervenção psicoterapêutica específica para pacientes terminais, proposta neste estudo, deve ser construída da seguinte forma:

7.2.1. Identificação da Dor Simbólica da Morte representada pela Dor Psíquica e pela Dor Espiritual.

7.2.2. Condensação dos elementos da Dor Psíquica e da Dor Espiritual, descritos predominantemente através do pensamento do processo secundário, em um padrão de imagens que contenham os elementos simbólicos descritos a seguir, e que serão orientados na visualização por dissociação, sugestão indireta e sugestão direta. Segundo CARVALHO (1999a), 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.

7.2.3. Elementos Simbólicos para orientação da Visualização de Imagens Mentais

7.2.3.1. Cenário de base: Paisagens belas e reconfortantes devem ser escolhidas por cada paciente. Um álbum contendo quarenta imagens com paisagens belas, reconfortantes e com cores claras (Anexo 7) é oferecido para que a paciente escolha os cenários do seu agrado, que a tranquilizem. Pontuamos que este cenário de base, deve ser

escolhido pela própria paciente, com imagens que tragam sensações de paz, tranqüilidade, bem estar, conforto, serenidade, proteção, para ela, 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.

7.2.3.2. 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.

7.2.3.3. Túnel ou Caminho Luminoso Dourado e / ou Azul e Seres de Luz

A imagem do Túnel ou Caminho luminoso dourado e / ou azul e os Seres de Luz que irradiam amor incondicional, amparo, conforto, introduzidos no cenário de base sugerido para a paciente visualizar, estão fundamentados nos relatos dos pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver, pesquisados pelos médicos psiquiatras KÜBLER ROSS (1998) e MOOD JR (1989, 1992). Os estudos desses cientistas sobre Experiências de Quase Morte (E.Q.M.) podem, também, em conjunto com a orientação para visualização, serem relatados para a paciente. Deve ser acrescida a imagem dos Seres de Luz, Seres Espirituais que a paciente acredite e confie.

7.2.3.4. 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 (1986). 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.

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

7.2.3.6. 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.

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

7.2.3.8. Afirmações sobre aspectos do pós – morte relatados pelos pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte.

7.2.3.9. 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 Simbólica da Morte. Nesta pesquisa não utilizamos filmes, pela dificuldade de transportar TV e Vídeo para a Enfermaria do Hospital ou para o domicílio das pacientes.

A orientação para desenvolvimento da técnica de Visualização de Imagens Mentais, (acima descrita) integrada ao conceito de Espiritualidade, deve ser precedida da técnica de Relaxamento Mental estimulada da seguinte forma.:

7.2.4. Relaxamento Mental

7.2.4.1. Respiração lenta e profunda

7.2.4.2. Orientação para a paciente focar sua atenção nesta respiração e

visualizar o oxigênio sendo inalado na cor azul céu (cor fria, tranquilizadora), imaginar esta cor azul céu envolvendo – a externamente e sendo transportada através do oxigênio, para todos os órgãos, principalmente os órgãos atingidos pela doença, amortecendo a dor física.

7.2.4.3. Acompanhamento de Músicas dos tipos: Instrumental Clássica ou Popular com ritmo suave, “New Age”, Música Intuitiva, Instrumental para Crianças, respeitando - se sempre o gosto do paciente.

Nesta pesquisa oferecemos, em primeiro lugar, para as pacientes, um CD de música intuitiva, 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.

7.3. Sessões de Orientação Familiar

Estas sessões devem acontecer de forma complementar a aplicação da Intervenção Psicoterapêutica com o objetivo de oferecer um espaço para os familiares falarem sobre a doença e a morte do paciente, relatarem sua visão sobre a Dor Simbólica da Morte deste e receberem orientação sobre uma possível forma mais adequada de conduta que eles, parentes, podem oferecer para o paciente, nesta fase de Cuidados Paliativos.

7.4. Papel do Terapeuta

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.

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 psicoterapêutica através de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, 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 Simbólica da Morte.

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.

CAPÍTULO 8: RESULTADOS

8.1. PRIMEIRA PACIENTE: C.A.S.F.

8.1.1. Identificação

Idade: 48 anos

Estado Civil: casada com A.F.

Filhos: M. (28 anos) casado há 5 meses com S. e A.C. (14 anos).

Residência: Interior paulista, cidade distante de Campinas. Moram na residência: a paciente C., o marido A., o filho M. com a esposa S., a filha A.C., os sogros de C. e um filho adotivo dos sogros, de 56 anos, portador de deficiência mental leve.

Doença: Neoplasia maligna - Carcinoma de Mama com metástase na medula, metástase óssea generalizada e fratura de fêmur.

Início do tratamento: novembro de 1995

Hospital: CAISM – UNICAMP

8.1.2. Histórico Clínico:

Segundo relato da Psiquiatria / Neurologia, no prontuário da paciente, esta, na época do diagnóstico, estava consciente da gravidade da doença. Segundo informação da Enfermeira Ednaura Pereira de Souza, responsável pelo Serviço de Enfermagem no Setor de Cuidados Paliativos do CAISM, C. sempre foi alegre, disposta, comunicativa, mas, no presente, começou a apresentar sinais depressivos. Ainda não foi informada que está Fora de Possibilidade de Cura.

Como a paciente mora em cidade do interior, distante desta, (Campinas), confirmamos, com a médica responsável pelo setor, a possibilidade das internações serem

freqüentes para que possamos acompanhá-la e somos informados que provavelmente a paciente terá novas internações.

A paciente está internada, aguardando a cirurgia do fêmur, a qual deveria ter sido realizada na semana anterior. Está sem poder andar e usando colete. Segundo relato da Equipe Médica a cirurgia será realizada para fortalecê-la emocionalmente, como medida paliativa, visto que não há mais possibilidade de cura para esta paciente. Apesar do problema na perna, a paciente está clinicamente bem.

8.1.3. Sessões Psicoterapêuticas:

1º Sessão: 16 / 03 / 2000

Duração: 20 minutos

Atendimento Hospitalar

A Enfermagem me apresenta para a paciente, como “a Psicóloga que está fazendo um estudo e irá atender algumas pacientes do setor”. Explico que o trabalho consiste na aplicação das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com Espiritualidade, onde oriento os pacientes a ‘entrarem’ em um mundo imaginário belo e positivo, desfocando a atenção das tristezas e preocupações e focando em aspectos tranquilos, serenos. Exemplifico este método com os casos atendidos no Projeto - Piloto (J.C.B., R.A.G., R.S.G.), omitindo que esses pacientes foram à óbito, visto que a paciente ainda não sabe que está fora de possibilidade de cura. Explico que estes pacientes estavam com câncer em estado avançado e, através deste trabalho de relaxamento e visualização, foram ajudados a desfocarem sua atenção das tristezas, medos, culpas. Explico também que os resultados deste trabalho, que será desenvolvido com ela, serão publicados, para que outros profissionais interessados possam utilizar essa técnica. Minha postura é de acolhimento afetivo permeado de doçura e serenidade. Pontuo que só iremos desenvolver este trabalho com o consentimento dela.

C. mostra-se receptiva a proposta, interessa-se pelos relatos das visualizações dos três pacientes do Estudo Piloto e aceita ser atendida através desta intervenção.

Pergunto sobre os familiares e a paciente informa que estes irão vir da cidade de origem no domingo à tarde, para visita. Combino a próxima sessão para darmos início ao trabalho e também combino a sessão com os familiares no dia da visita.

2º Sessão: 18 / 03 / 2000

Duração: 90 minutos

Atendimento Hospitalar

Encontro C. cochilando no leito do meio. Quando entro, acorda. Aproximo - me e pergunto se atrapalho. C. diz que não, que estava apenas “cochilando” e que ultimamente está assim, muito sonolenta. “Por que será?”, pergunta. *Parece - me que ela tem percepção de seu estado clínico, mas ainda não consegue entrar em contato com esta realidade.* Como o trabalho está em fase inicial não aprofundo a questão e ofereço uma descontração, “brinco” dizendo que ela já está entrando em Relaxamento para me ajudar.

Ofereço em seguida o álbum com as 40 imagens de paisagens, (Anexo 7). Paciente interessa - se e começa a folhear as imagens. Nas figuras que apresentam flores, comenta que sua sogra gosta muito de plantá - las e que ela não tem esse jeito, gosta mais de admirar. Ofereço para ela ficar com a pasta até a próxima sessão e assim escolher, com tranqüilidade, as que mais gostou, as que representam paz, serenidade para ela. A paciente prontamente aceita.

Começo a falar sobre o Termo de Consentimento de Participação, (Anexo 5). Leio junto com ela todos os itens. Explico novamente o trabalho feito com os 3 pacientes no Estudo – Piloto. Pergunto se ela acredita no mundo espiritual e C. diz que sim e que sua religião é católica. Explico que a crença no mundo espiritual é um dos pressupostos deste estudo e que só poderei trabalhar com pacientes que tenham essa crença. C. diz que está tudo bem porque ela acredita. Complemento o assunto esclarecendo que também irei orientá - la a visualizar Seres de Luz que inspirem proteção, conforto, dentro da crença dela ou seja, poderemos visualizar Imagens de Anjos, N. Senhora, Cristo ou algum Santo com o qual ela se identifique.

Pontuo que ela poderá desligar - se do estudo se quiser e que sua identidade será mantida em sigilo. C. afirma que gostou da proposta, irá participar do estudo e assina o Termo de Consentimento. Pergunto se ela está cansada, C. responde que não.

Começo a pesquisar o seu histórico de vida, (Anexo 1), explicando que para ajudá - la, preciso conhecê - la. A paciente concorda. Peço que me conte sobre sua família de origem, explicando o que família de origem significa.

A paciente relata que é a quarta de nove filhos do primeiro casamento do pai. Sua mãe morreu de câncer no seio, quando ela tinha 14 anos. Passados quatro anos seu pai casou - se novamente e teve mais seis filhos. Dos nove, do primeiro casamento do pai, todos estão casados. Dos seis, do segundo casamento, por enquanto, somente um casou - se.

Não consegue lembrar - se de brincadeiras na infância e não tem lembranças, nem boas, nem ruins, apenas não lembra. Tinha ligação com o casal parental, tanto com o pai como com a mãe. Seu pai era mais bravo que sua mãe. Quando sua mãe morreu, sofreu muito. Nesse ponto chora e ofereço acolhimento. Pontuo que ela pode falar sobre tudo o que sentir vontade, estou ali para ouvi - la e ajudá - la. C. coloca que foi muito difícil perder a mãe e que ainda o é, até hoje. Na época seu irmão caçula tinha um ano e o penúltimo tinha três anos. Ela assumiu os cuidados desses irmãos e eles são muito ligados a ela, até hoje. A madrasta, por sua vez, hoje é amorosa, mas no começo não era. Ela, C., é amorosa como sua mãe era. Pontuo que ela se identificou com as qualidades que admirava na mãe. Observo neste relato a **Dor Psíquica: Tristeza pela perda da mãe na adolescência.**

Peço, em seguida, que me conte sobre sua família atual, explicando o que família de atual significa.

C. relata que após dois anos de namoro, casou - se. Mora com os sogros desde então. Gosta muito da sogra e esta dela. Considera - a como uma segunda mãe, sente - se tratada como filha e não como nora.

Em relação aos filhos, C. afirma que tem uma ligação muito forte com M. Protege - o de sua doença. Muitas vezes mente, diz que está sem dor, que está bem, apenas para não afligi - lo e permitir que ele viva a vida dele. M. é muito preocupado, diferente do

pai. Seu marido, embora inquiete - se com ela, não tem esse traço de preocupação na sua personalidade e é desligado, sossegado. Estão casados há 29 anos e sempre viveram muito bem. Relata que teve uma vida boa e tranqüila com seu marido, ele sempre foi muito bom para ela, assim como os sogros. O relacionamento com a filha A.C. não é tão estreito como com o filho M., mas agora ela está se aproximando. Atribui a dificuldade de relacionamento com a filha, à idade desta: adolescência. Afirma que é, como mãe, muito preocupada com seus filhos, quer fazer tudo por eles e devagar consegue.

Pergunto sobre sua escolaridade e profissão. C. responde que estudou até a quarta série. Em relação à profissão trabalhava há seis anos em uma Cerâmica, quando afastou - se por causa do câncer. Descarregava com uma conchinha as pastilhas e colocava - as em uma caixa. Afirma que este trabalho era leve, sossegado. Algumas vezes também trabalhava como pegadeira das pastilhas. Esta tarefa era mais cansativa, mas gostava, porque era feita em grupo. Complementa o relato contando que seu marido também trabalha nesta cerâmica.

Conforme havia citado, sua religião é católica. Pergunto sobre o Ser Espiritual de sua preferência e C. responde que é Nossa Senhora.

Pergunto qual a sua visão da sua doença. C. responde que não acredita que ela seja hereditária. Esclarece que prefere não acreditar, porque tem uma filha. Afirma que acredita ter desenvolvido um câncer porque tinha que passar por esta experiência. Está aprendendo algo. Acredita também que Deus deu o câncer para ela e não para suas irmãs ou cunhadas porque ela é a mais forte e está sendo capaz de agüentar. Afirma que sua cabeça é boa e que nunca se entregou. Agora é que está ficando "parada", "meio assim".

Pergunto sobre o que sente em relação a medos, sofrimentos, tristezas e culpas vinculadas à doença. C. responde que **sofreu muita dor. Atualmente está mais fraca e muito parada porque não pode andar. Isto está magoando - a muito.** Peço que ela explique melhor sobre esta questão pois é justamente este, um dos pontos, o qual quero ajudá - la. C. **esclarece que antes tomava quimioterapia e continuava forte, disposta. Agora não, sente - se muito fraca e por isto se deprime.** Respondo que procurarei ajuda - la da seguinte forma: faremos uma dissociação, uma separação, entre seu corpo e seu

espírito. Explico que isto significa observar que seu corpo está doente, mas seu espírito não, e pode, através da imaginação, ligar - se a mundos belos, desfocando, desta forma, a atenção da doença e focando - a em pensamentos e imagens que propiciem sensações de paz e conforto.

Pergunto o que ela pensa a respeito do sentido da vida, do mundo espiritual, das culpas perante Deus, relacionando estas questões ao fato de estar doente.

C. responde que não se sente culpada perante Deus. Não acredita que tenha feito nada de errado. Quanto ao sentido da vida, acredita que estamos aqui para aprender. Tem força de vida dentro de si e ânimo para sarar. Acredita que pode tirar ensinamentos positivos no campo psíquico e espiritual, através desta experiência tão difícil. Pontuo que este é o objetivo do nosso trabalho. Ajudá - la a se fortalecer no campo psíquico e espiritual. Não posso ajudá - la fisicamente, mas posso ajudá - la psíquica e espiritualmente e isto é um aprendizado.

Proponho que façamos os exercícios de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integrados à Espiritualidade, antes de encerrarmos esta sessão.

C. concorda. Explico que este é o primeiro exercício e no decorrer das sessões iremos aprofundando o mesmo, construindo novas Imagens.

Ofereço a música “Andinos” do CD “Soprus Universalis”, e peço à paciente que observe se gosta ou não desta música. Caso não goste, poderei oferecer outras. Paciente afirma que gostou desta.

O Exercício nesta 1ª sessão é composto da temática abaixo descrita procurando orientar a imaginação da paciente para um lugar de paz com símbolos de transformação, visto ela ainda não ter escolhido seu cenário de base, através do álbum de imagens

Tempo aproximado de exercício: 6 minutos

Oriento - a para fechar os olhos, respirar lenta e profundamente, prestar atenção nesta respiração e imaginar o oxigênio entrando na cor azul do céu, envolvendo todo seu corpo. Peço, em seguida, que imagine um caminho luminoso dourado como o sol, com um céu muito azul e através desse caminho imagine – se chegando em um campo verde, onde

existe uma árvore frondosa antiga com frutos e com flores cor de rosa, próxima a uma cachoeira. Digo - lhe para sentar - se sob a árvore, observar as flores caírem envolvendo seu corpo, perfumando - a, e sentir os respingos da cachoeira refrescando - a.

Peço que sinta, neste local, a beleza do Universo e a sua própria beleza interior, suas qualidades. Peço que volte a prestar a atenção no oxigênio da cor azul e ao, respira - lo, imagine que ele a envolve como se fosse o manto de Nossa Senhora.

Digo - lhe que poderá voltar mentalmente, quando quiser, a este local e peço para, em seguida, retornar para o quarto do Hospital, trazendo a sensação de paz do exercício mental.

C. ao abrir os olhos afirmou que se sentiu muito bem, gostou muito do exercício e observou que realmente é possível imaginar coisas boas e distrair - se da doença. Nunca havia pensado nisto antes.

Despeço – me, combinando novamente o atendimento familiar no dia da visita.

Observo que esta paciente não apresenta histórico de vida permeado de sofrimento psíquico importante, o que favoreceu o desenvolvimento linear dos temas da Entrevista Semi – Estruturada. (Anexos 1 e 2.)

1º Sessão de Orientação Familiar: 19 / 03 / 2000

Duração: 90 minutos

Atendimento Ambulatorial

Os familiares da paciente, a seguir relacionados, vieram da cidade de origem para a visita hospitalar e participaram da sessão de orientação familiar: T.S.B.S. (cunhada), J.D.S. (irmão – 6º), M.J.V. e M.D.G.V. (casal de primos), A.M.A.S.E. (irmã – 8ª), V.L.D.S.R. (irmã – 7ª) e a filha A.C.A.F.

A paciente me informa, muito feliz, que vários parentes vieram visitá – la, inclusive sua filha e que posso atendê – los.

Apresento – me e explico para os familiares sobre o trabalho que estou desenvolvendo com a paciente (desfocar seu pensamento dos estados depressivos e focá-la em estados serenos, através de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade); informo que esse trabalho faz parte de uma pesquisa de Mestrado, que os resultados alcançados no Estudo Piloto foram muito bons e esclareço que a identidade de todos será mantida em sigilo.

Peço que me contem como estão se sentindo em relação à doença da parente. Observo pelos relatos que eles ainda não sabem que C. está Fora de Possibilidade de Cura.

Os irmãos de C. relatam que a paciente sempre protegeu a família de todas as informações e, apenas recentemente, souberam que o câncer havia progredido e que C. está com metástases óssea. Afirmam que C. sempre procurou cuidar de todos, dar forças, proteger. Foi assim com a família de origem e é assim com a família atual. Ela sempre foi a cabeça da casa, a que cuidava, resolvia, protegia. Por pior que estivesse se sentindo, não desanimava. Dizia que estava tudo bem e sorria.

Os irmãos contam que a mãe deles agia desta forma; morreu de câncer de mama, sorrindo e dizendo que estava bem. C. é idêntica a ela, pontuam os irmãos. Também acrescentam que quando a mãe deles morreu, C. assumiu seu lugar, porque N., a mais velha, já estava se casando. Afirmam também que os filhos do segundo casamento do pai também são muito apegados a C. por ela ser muito amorosa e protetora. C. sempre foi muito positiva, muito forte, complementam. Na família atual, acrescentam, é a líder: sua sogra é semiparalítica e usa andador, o sogro é de idade e, além deles, também mora com a família, um senhor de 56 anos, B., que foi adotado pelos sogros de C. quando era criança e é portador de deficiência mental leve. É forte e dentro de suas possibilidades, ajuda.

A.C., filha, interrogada por mim, diz preferir não falar e escutar os familiares. Coloca em seguida que sempre vem ver a mãe e que ela, sua mãe, está sempre preocupada com o horário em que chegou à noite, se cumpriu com seus deveres de escola, se descongelou a geladeira, etc.

Familiares também relatam que C., na época do diagnóstico esperou resolver os problemas, “por a casa em ordem”, para depois procurar ajuda e se cuidar. Afirmam que C. é “supermãe”, “protetora”, muito preocupada com A.C. e sempre pede para todos ficarem “no pé” da adolescente.

Colocam que estão também preocupados com a cirurgia no fêmur, que será realizada no dia seguinte e que já foi desmarcada várias vezes, por problemas de agenda no Centro Cirúrgico ou por debilidade física da própria paciente.

Pelo acima exposto identifico como **Dor Psíquica na visão da família, o humor depressivo pela perda da disposição pela vida e angústia por não poder cuidar principalmente dos filhos e dos familiares, de forma geral.** Oriente – os, visando amenizar esta Dor Psíquica, que mostrem para C., que seus filhos, incluindo A.C., são capazes de assumir responsabilidades, o marido e os sogros podem conseguir cuidar deles mesmos e eles podem se ajudar entre si. Os familiares afirmam que sentem – se gratos por C. estar sendo acompanhada por uma psicóloga, estar recebendo ajuda para aliviar suas preocupações. Acrescentam que C. procura poupar tanto os familiares, que negou, inclusive, que havia ficado abalada com duas mortes que ocorreram em leitos próximos ao seu.

Explico para os parentes de C. que meu trabalho é justamente ajuda – la a perceber que seu corpo está doente e que suas atividades estão limitadas por sua debilidade física, mas seu espírito não está doente e que ela pode, através do pensamento, desligar – se da doença e ligar – se em um mundo positivo, belo, sereno, fortalecendo – se, desta forma, nas áreas: psíquica e espiritual.

Familiares concordam com essa linha de trabalho e pontuam, mais uma vez, que estão aliviados por C. estar recebendo esta ajuda.

Agendo sessão para próxima semana com o filho, a nora e o marido de C e peça para A.C. (filha) vir também. Sou informada que M. (filho) e A. (marido), não vieram, pois estavam trabalhando.

No final da sessão A.C. (filha) expressa sua preocupação porque ficou sabendo, neste momento, que também é câncer a doença que sua mãe tem na perna e comenta que sua avó materna também teve câncer e morreu, *obviamente fazendo uma associação entre as duas e mostrando seu medo que sua mãe também morra, como sua avó.*

Atendo a adolescente em particular a pedido da família.

Ponderando que a verdade deve ser dita no tempo certo, sinalizado pelo próprio paciente, procuro preparar a adolescente para conhecer a situação real de sua mãe sem, no entanto, contar – lhe neste momento, que ela está “Fora de Possibilidade de Cura”.

Ofereço acolhimento para a adolescente, ênfase a rede de apoio de que dispõe (seus familiares), assim como seus próprios recursos internos e objetivos pessoais. A.C. afirma que “está bem” e que voltará para a sessão com o irmão.

3º Sessão: 23 / 03 / 2000

Duração: 90 minutos

Atendimento Hospitalar

C. foi operada há três dias no fêmur da perna direita, o qual estava quebrado. Está com metástase óssea nesta perna. Ao iniciarmos a sessão, relata que estava indisposta, sentia dor “ardida” e constante no lugar dos pontos. Quando foi para a Radioterapia e Raio X, a dor aumentou e também aumentava quando ela mexia a perna. Agora, a dor diminuiu e sua disposição melhorou.

Relata que sua família gostou muito de me conhecer e do atendimento. Após a sessão de Orientação Familiar, dia 19 / 03, subiram ao quarto e conversaram com ela, falaram sobre a importância dela, neste momento, cuidar de si mesma e permitir que os familiares cuidem deles mesmos, ajudem – se entre si e dependam menos dela.

Trabalho essa questão, já identificada anteriormente como componente da Dor Psíquica. Ponto para a paciente o fato dela já ter orientado seus filhos, da melhor forma possível e também sobre o fato dela sempre ter sido uma esposa, nora, mãe, amorosa e protetora. Fundamentada no relato dos familiares digo – lhe que a imagem que me passaram dela foi a de uma mulher muito positiva, afetiva, protetora, enfim, muito querida por todos. C. coloca que é verdade, que todos gostam muito dela, tanto os familiares, como os amigos e conhecidos, porque ela sempre foi muito comunicativa e sociável, ao contrário do marido que sempre foi fechado mas, embora tenham personalidades distintas, ele nunca a proibiu de sair e ter amigos.

Observo que esta pontuação fortalece a auto - estima de C. e deixa – a mais animada.

C. acrescenta que realmente os familiares estão aprendendo a cuidarem deles mesmos e a se ajudarem mutuamente agora que ela está na cama, principalmente seu filho M. e sua nora S.

C. continua a falar, por associação livre, e diz que sempre gostou de se cuidar e, assim que tiver alta do Hospital, irá à manicura e ao cabeleireiro, *o que me parece ser um indicativo do traço positivo de sua personalidade.*

Pergunto sobre suas preocupações e medos. C. coloca que esteve muito ansiosa antes desta última internação porque sentia muito dor e não sabia como isto poderia ser solucionado, visto que a Radioterapia e a Quimioterapia não haviam resolvido. (Identifico como **Dor Psíquica: medo do sofrimento**). C. relata também que quando voltou para o quarto, aproximadamente 5 h depois da cirurgia, sentiu muito medo. Teve uma sensação de formigamento, muito angustiante. Sentiu – se desligando – se do mundo de uma forma muito ruim. A enfermagem disse que sua pressão estava boa e pediram para ela se acalmar. A sensação foi passando até que conseguiu voltar ao normal. (Identifico como **Dor Espiritual: medo da morte e do pós – morte.**).

Proponho que façamos o exercício mental, procurando desfocar seus pensamentos e seus sentimentos destes medos, angústias e estados de tristezas. Explico que nosso aparelho psíquico funciona como um aparelho de TV, pode ser ligado em diferentes canais: canal do medo, da tristeza, ou pode ligar – se a pensamentos agradáveis que ofereçam conforto e proteção. Através dos pensamentos e sentimentos, explico, podemos nos sentir livres, podemos voar e viajar a lugares distantes e belos, focar nossa atenção em lembranças felizes e agradáveis. O aparelho de TV permanece em uma sala, parado, mas, quando ligado, capta através dos canais, os mais diversos programas e imagens. Parece que nós também funcionamos desta maneira; nossos pensamentos fazem parte de nós, mas podem viajar e voar, para onde quisermos. Também acrescento para C. que pacientes, que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), relataram, em pesquisas feitas por psiquiatras, que durante essa experiência visualizaram um mundo espiritual muito bonito com Seres que transmitiam amor e paz e que o principal objetivo deste método é, justamente, direcionar nosso pensamento para esses mundos espirituais belos, que acreditamos existir. C. escuta com atenção e diz que entendeu o que eu expliquei. Faz uma associação com o que havíamos comentado na última sessão. Afirma que seu corpo está doente, mas seu espírito pode ficar bem e “voar” para esses mundos espirituais belos.

Proponho que olhemos juntas o Álbum de Imagens (anexo 7) para que ela me mostre a(s) que mais gostou. Paciente escolhe a imagem nº 29. Pergunto sobre o que ela gostaria de fazer neste local e C. responde que gostaria de estar deitada embaixo desta árvore. Pergunto novamente também sobre o Ser Espiritual que lhe transmite sensação de proteção. Paciente coloca que este Ser é Nossa Senhora e Cristo, mas principalmente Nossa Senhora porque ela é mãe. Acrescenta que durante a semana estava quase dormindo e veio a sua mente a Imagem de Nossa Senhora. Neste momento sentiu muito conforto, muita tranquilidade e dormiu.

Explico que chegaremos através da Imaginação a este lugar escolhido por ela da seguinte maneira: primeiro ela irá relaxar, ouvindo a música e respirando lenta e profundamente. O ar entrará por seus pulmões e percorrerá todo o seu corpo na cor azul do céu porque o azul é uma cor fria que tranquiliza. Depois ela entrará em uma estrada dourada da cor do sol e andará por ela como se estivesse subindo uma montanha e chegará

a este lugar escolhido por ela. Proponho que, além das flores amarelas e vermelhas, o jardim também contenha flores nas cores rosa, branco, lilás, dando um tom multicolorido à imagem. A paciente concorda.

Tempo aproximado de exercício: 15 minutos

Início o relaxamento da forma descrita acima. Observo que a paciente entra em um estado de quietude e tranqüilidade. Quando estou orientando – a para imaginar – se embaixo da árvore acrescento os seguintes elementos:

Peço que imagine o perfume suave das flores, a brisa. Ouça o canto dos pássaros. Sinta a beleza deste lugar, o qual faz parte do Universo. Sinta a beleza que existe dentro dela. Recorde todas as coisas boas que fez na vida. Observe a pessoa amorosa, cheia de luz que ela é. Sinta – se em paz.

Peço que agora observe na sua Imaginação, nesse lugar, próximos a esta árvore, um casal de passarinhos ensinando o filhote a voar. Digo que essa mamãe passarinho um dia botou um ovo, chocou, alimentou e aqueceu o filhote para que ele crescesse e se desenvolvesse. Agora havia chegado a hora deste filhote aprender a voar sozinho e ela o está ensinando.

Oriento – a para, em seguida, sentir a proteção de Nossa Senhora. Imaginar que este ser espiritual a envolve em seu manto azul. Afirmo que através de nossa Imaginação podemos sentir que não estamos sós. Podemos nos ligar a Seres que para nós simbolizem proteção e conforto. Peço que sinta o manto azul de Nossa Senhora envolvendo – a e deixe o pensamento fluir, ouça no seu coração alguma mensagem ou apenas sinta paz e, quando quiser volte para este quarto lentamente, trazendo consigo a sensação de paz.

Após aproximadamente 5 minutos a Paciente abre lentamente os olhos. Afirma que foi maravilhoso, que conseguiu relaxar, visualizar o proposto. Sentiu muita paz, proteção, conforto e no final sentiu uma sensação de leveza muito grande. Pareceu – lhe, nos últimos momentos do exercício, que flutuou acima do seu corpo e depois voltou. A sensação foi muito boa. Sentiu – se muito tranqüila, em paz. Coloca ter observado a real possibilidade de ligar – se a um mundo melhor, diferente do mundo povoado pela doença e tristezas.

Ao encerrar a sessão, orientei – a que que procurasse manter essa sensação de paz e que voltasse para este lugar sempre que quisesse, seguindo os passos propostos: respiração lenta e profunda visualizando o ar entrando na cor azul do céu, caminho dourado semelhante à subida de uma montanha e chegada ao local florido com a árvore frondosa.

2º Sessão de Orientação Familiar: 24 / 03 / 2000

Duração: 60 minutos

Atendimento Ambulatorial

Comparecem ao atendimento o filho M., 28 anos, a nora S., 27 anos, e a filha A.C., 14 anos.

Colocam que o pai deles, marido de C., não pôde comparecer por compromisso no trabalho.

Explico aos familiares a proposta de nosso trabalho, desfocar a mente do paciente dos estados de angústia, depressão, medo, ansiedade e foga – lá em estados de paz e serenidade através do trabalho com Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade. Em linguagem acessível apresento as técnicas para os familiares e os resultados obtidos com os pacientes do Estudo - Piloto. Pontuo que esses atendimentos fazem parte do meu estudo de Mestrado. Leio com a família o Termo de Consentimento (Anexo 5) e ressalto que a identidade das pacientes e familiares é preservada.

M. pergunta se vou publicar um livro. Explico que talvez sim, mas antes vou defender e publicar como Dissertação de Mestrado. Os familiares posicionam – se de acordo e M. assina o termo como cuidador.

A Equipe Médica responsável pelo caso já havia conversado, tanto com M. como com S., sobre o estado clínico de C. e inclusive explicado que a cirurgia seria feita em caráter paliativo para fortalecer a auto - estima da paciente.

Pergunto como estão se sentindo frente ao caso. S. (nora), começa a falar com clareza, sinceridade e emoção. Diz que está sendo muito difícil lidar com esta situação, pois ela, o marido e o restante da família não estão conversando sobre seus sentimentos, medos, em relação à gravidade do estado clínico de C. Conversam apenas sobre as providências práticas. *Identifico o chamado Pacto do Silêncio, o qual significa não falar sobre a doença e a morte próxima com o próprio paciente, e entre si, familiares. Ninguém fala sobre sentimentos, apenas se conversa sobre providências e ações práticas, como colocou S. Essa atitude, “Pacto do Silêncio”, foi muito bem ilustrada por Tolstói, na obra “A morte de Ivan Ilitch”.*

Intervenho e oriento os familiares sobre este pacto e os prejuízos emocionais que o silêncio sobre as tristezas, medos, angústias, podem acarretar.

S. intervém, concorda e chora. Coloca que não sabia como contar para A.C. e que esta entrou em contato com a verdade, sobre o estado clínico real de sua mãe na sessão familiar de 19 / 03. Afirma que foi muito bom, pois eles não sabiam o que fazer. M. intervém dizendo que realmente está sendo muito bom poder conversar e saber que sua mãe está se beneficiando com este trabalho. Coloca que sua maior preocupação é com A.C. porque ela é ainda uma adolescente. Ele já é adulto e casado e saberá lidar com a situação.

Pergunto para A. C. se ela quer falar. A adolescente diz que sim, mas não sabe o que dizer. Observo que ela está entrando em contato com a situação clínica de sua mãe, mas ainda não está preparada para falar de sua dor, de seus medos. Através do manejo terapêutico foco o rumo da conversa para sua vida diária, sua rotina, procurando fortalecê-la e ajudá-la a falar sobre si própria. A.C. conta que estuda pela manhã o colegial regular, à noite faz contabilidade e à tarde sai com as amigas. O irmão e cunhada riem, dizem que ela não pára em casa e com as amigas é muito tagarela. S. coloca que o ano passado A.C. fez tratamento com uma psicóloga da cidade por causa de seus medos. Era muito ansiosa e tinha medo de tudo. Melhorou muito e a psicóloga deu - lhe alta. A.C. intervém dizendo que realmente melhorou e foi bom ter feito tratamento.

Passo a investigar a Dor Psíquica e Espiritual na visão do cuidador. M. diz que pouco sabe sobre o que sua mãe sente. Ela esconde dele o que está sentindo e sofrendo. Tem observado a preocupação da mãe em poupar a família do sofrimento e também o temor desta em não poder cuidar dos seus. Identifico novamente como **Dor Psíquica na visão do cuidador o “Medo de fazer os familiares sofrerem por causa do sofrimento dela” e “Angústia por não poder cuidar da família, principalmente de A.C.”**.

Aponto para os familiares estes aspectos da Dor Psíquica, por mim identificado, e oriento que procurem mostrar para C. que são capazes de suportar o sofrimento em relação à doença dela e que todos eles, familiares, incluindo A.C., são capazes de cuidarem – se e ajudarem – se mutuamente, aliviando assim, a carga de medo e angústia dela.

Os familiares concordam e fazem proposições na forma como vão operacionalizar essa orientação.

Quanto à Dor Espiritual de C., observo que nada sabem.

Pergunto sobre o sentido da vida para eles. S. responde que encara a vida como uma passagem para o mundo espiritual e estamos aqui para nos doarmos, aprendermos a aceitar, amar, compreender. Coloca que a vida é feita de coisas boas e ruins.

M. diz que para ele tudo tem um sentido, nada acontece por acaso e estamos aqui na Terra para aprender. A vida é uma lição. A.C. escuta o irmão e a cunhada e diz não ter opinião.

Pontuo sobre a importância deles conversarem em família sobre o que pensam e sentem em relação à doença de C. Friso sobre a importância deles não fazerem o Pacto do Silêncio e ajudarem – se mutuamente.

M. me pergunta sobre C., se ela sabe sobre seu estado clínico. Respondo que parece – me que ela sabe porque sente perder as forças, mas demonstra não poder ainda entrar em contato com esse sentimento de forma clara e consciente. Pontuo que estou justamente procurando prepará – la para isto. Minimizando seu sofrimento em relação à Dor Psíquica e Espiritual, desfocando seu pensamento do medo, da tristeza e focando - o em tranquilidade e paz. Exemplifico com a metáfora dos canais da TV, para uma melhor compreensão do trabalho pela família.

Relato também para os familiares as pesquisas dos psiquiatras MOOD JR (1989, 1992) e KÜBLER ROSS (1998) sobre os relatos dos pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte e voltaram a viver.

M., S. e A.C. dizem sentirem - se reconfortados com esta informação e com a sessão. Sentem - se mais orientados em como agir entre si e com C. Afirmam que irão procurar tranquilizá - la, principalmente quanto às preocupações com os sogros e com A.C., e irão procurar conversar mais, entre eles, sobre seus sentimentos.

4º Sessão: 26 / 03 / 2000

Duração: 60 minutos

Atendimento Hospitalar

Encontro C. no leito, animada e sentada de forma reclinada. Diz estar ansiosa para ir embora. Aguarda apenas a visita da fisioterapeuta para receber alta. Esta “sonhando” com seu próprio feijão, temperado da forma que gosta.

Relata que seus filhos e sua nora gostaram muito da Sessão de Orientação Familiar que tivemos. **Pergunto sobre como ela está se sentindo em relação às nossas sessões com as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais. C. diz que está gostando muito e as técnicas estão fazendo - lhe muito bem. Acrescenta que nunca havia observado que, ao invés de ficar pensando em sua dor, seus problemas, sua doença, pode pensar em mundos belos. Também não sabia como fazer isto e agora sabe.**

Pergunto se ela quer levar uma fita gravada com as músicas do Relaxamento para casa e paciente diz que sim. Entrego a fita e oriento - a para fazer o exercício pelo menos uma vez ao dia e pontuo que a Sociedade Americana de Cancerologia, (American Cancer Society), recomenda exercícios de relaxamento e visualização, três vezes ao dia, para o paciente em domicílio.

Proponho o exercício e a paciente aceita.

Tempo aproximado de exercício: 20 minutos

Peço que escute a música e respire lenta e profundamente, imaginando o oxigênio entrar em seu corpo na cor azul do céu. Peço que leve através da sua Imaginação esse oxigênio cor azul céu para a cabeça, ombros, tórax, costas, principalmente coluna vertebral, braços, pernas e pés. Faço uma pausa e peço que leve o oxigênio azul céu para todos os ossos do corpo e principalmente para as partes doloridas, amenizando a dor através da imaginação.

Faço uma pausa.

Peço que entre no caminho dourado como sol e caminhe como se estivesse subindo uma montanha. Oriente que entre no campo florido, com a árvore no centro e sente - se sob a árvore. Visualize as flores multicoloridas (brancas, vermelhas, rosas, amarelas, lilás, azuis). Peço que respire profundamente e sinta a beleza do Universo. Sinta - se fazendo parte do Universo. Observe a beleza e a paz que a rodeia e observe também sua beleza interna, suas qualidades. Faço uma pausa. Peço que veja agora o “passarinho neném” que estava aprendendo a voar na outra sessão. Observe que ele já sabe voar sozinho e buscar seu alimento. Já cresceu e pode cuidar dele mesmo. Peço que observe o “pai e a mãe passarinhos” ao longe olhando tranquilos o filho que já cresceu e aprendeu a voar sozinho.

Faço uma pausa.

Peço que levante, caminhe por este lugar florido e encontre um lago. Neste lago nade se quiser, ou molhe os pés e as mãos ou apenas admire sua beleza. *(Introduzo a imagem do lago visando oferecer mais um elemento simbólico de transformação).*

Faço uma pausa.

Peço que volte para a árvore, sente - se e veja à sua frente o Ser Espiritual de sua escolha, Nossa Senhora, e sinta o amor, a bondade, a proteção, que este ser lhe transmite.

Faço uma pausa.

Peço que volte lentamente para o quarto na hora que quiser e traga consigo a paz, a serenidade deste lugar. C. permanece no exercício com os olhos fechados até o final da música. (Aproximadamente mais 10 minutos). **A paciente ao abrir os olhos, afirma que se sentiu e está sentindo – se, ainda, ótima, “muito bem mesmo”, pontua.** Pergunto se visualizou minhas orientações e paciente diz que sim. **Pergunto se conseguiu ver o “passarinho neném” voar e buscar o alimento. C. diz que sim e faz a seguinte associação: “isto é uma verdade porque os filhos também são assim” e acrescenta que está entendendo que ensinou tudo o que podia para os filhos M. e A.C. e agora eles podem caminhar por eles mesmos. Pontua que está vendo seus filhos desta forma depois que iniciamos o trabalho, mas antes era muito difícil. Preocupava - se muito com eles, principalmente com A.C.**

Pergunto se conseguirá lembrar - se da seqüência do exercício, para repeti - lo em casa. Paciente diz que sim e recapitula.

Finalizo a sessão combinando de nos comunicarmos por telefone para agendar novas sessões nos dias do seu retorno para tratamento médico porque a paciente reside em cidade distante de Campinas.

Contato por Telefone - Data: 16 / 04 / 2000

C. permanece em sua cidade de origem e por esta razão faço contato por telefone. A irmã N. está cuidando de C., junto com a nora S.. Informam que a paciente está piorando fisicamente, está muito fraca e vem sendo internada para tomar sangue, na própria cidade de origem. Virão para consulta na UNICAMP dia 28 / 04.

Peço para falar com C., que conta sobre sua fraqueza e mostra - se satisfeita com meu telefonema e com a informação que irei atendê - la quando vier para a UNICAMP. Coloca que não tem feito os exercícios de Relaxamento e Imaginação, pois está fraca fisicamente. Explico que os exercícios são para fortalecê - la emocional e espiritualmente e peço que mesmo fraca, procure fazê - los. C. coloca que irá começar na segunda feira, pois hoje é domingo, aparecem muitas visitas e ela fica muito cansada. A irmã N. volta ao telefone e pede uma orientação sobre como proceder com as visitas,

porque elas cansam e angustiam C. Oriento para poupar a paciente e só deixar entrar aqueles a quem C. queira ver. Oriento - a também sobre a importância dos exercícios de Relaxamento e Visualização visto que estou impedida de atender a paciente com frequência, pela distância geográfica. S., nora, pede para falar e diz que seu marido M. e sua cunhada A.C. ficaram fortalecidos após o nosso atendimento na Sessão de Orientação Familiar e estão enfrentando melhor a situação. Teme pelo enfrentamento deles após a morte de C. e também teme pela reação do sogro, marido de C.. Procuro tranquilizá - la pontuando que irei atendê- los após o óbito da paciente. Oriento também S. sobre a importância de C. fazer os exercícios de Relaxamento e Visualização todos os dias.

Ficamos combinados sobre o atendimento no dia 28 / 04 na UNICAMP, CAISM, ambulatório de Patologia Mamária.

Morte da Paciente:

Ligo na véspera do atendimento para confirmá - lo e sou informada pela filha A.C. que C. foi a óbito dia 23 / 04. Pergunto como ela e sua família estão e A.C. responde que ela está bem, pois estava preparada, sabia que isto iria acontecer, assim como os outros familiares.

Procuro marcar a Sessão de Orientação Familiar pós – óbito, mas os familiares colocam que não sentem necessidade de atendimento neste momento porque enfrentaram bem a morte da paciente e estão também impossibilitados de viajarem para Campinas por causa dos compromissos profissionais e gastos financeiros que tiveram com a doença e óbito de C. Frente ao acima exposto, proponho para S. (nora) e M. (filho), nos correspondermos, para que eu possa colher os dados finais e pontuo sobre minha disponibilidade para atendê - los, em qualquer tempo que precisem. Os familiares de C. prontamente aceitam.

**Correspondência entre a pesquisadora e os familiares em substituição à sessão pós -
óbito, para a aplicação do anexo 4:**

- Correspondência da Pesquisadora para Família

Campinas, 28 de maio de 2000

Prezados S. e M., *(nora e filho da paciente)*.

Como vão?

Em primeiro lugar quero agradecer a atenção e disposição em nos ajudar. Em segundo quero dizer - lhes que realmente fiquei muito feliz por saber que vocês estão bem e puderam enfrentar com coragem, serenidade e fortaleza a ida da C. para o mundo espiritual.

O objetivo desta carta, conforme combinamos por telefone, é ter o relato de vocês sobre a re - significação da Dor Psíquica e da Dor Espiritual de C. no processo de morrer, através do trabalho com Relaxamento Mental e Imagens Mentais que fizemos com ela.

Para melhor situá - los vou dizer - lhes, em resumo, o processo em que consistiu o trabalho: Relaxamento Mental através de respiração lenta e profunda e das músicas Andinos, Divinos e Universalis do CD “Soprus Universalis”. Em seguida eu a orientava para visualizar o ar sendo respirado na cor azul preenchendo todo o seu corpo, todos os órgãos e assim acalmando - a física e mentalmente. Depois pedia para ela visualizar um caminho dourado como o sol chegando em um lugar semelhante à imagem que ela escolheu. (Anexo para vocês). Nesse lugar além das árvores e flores também introduzimos um lago refrescante, um casal de passarinhos ensinando o filhote a voar e observando que ele havia aprendido e que já era capaz de sobreviver por si.

Pedia também que entrasse em contato com a beleza do Universo e com a sua própria beleza espiritual. Seu corpo estava doente, mas seu espírito é belo.

Orientava - a também que sentisse a presença do Ser Espiritual de sua escolha (Nossa Senhora), envolvendo - a em amor, bondade e proteção. Pedia que imaginasse o manto azul de Nossa Senhora envolvendo - a.

Com esse trabalho procurei re - significar os seguintes aspectos:

1) Tristeza pela perda da mãe na adolescência. (Imagem de N. Senhora protegendo - a).

2) Humor Depressivo pela perda da disposição pela vida . (Conscientização que seu corpo estava doente, mas seu espírito poderia sentir - se livre e é belo).

3) Angústia por deixar vocês filhos. (Imagem dos passarinhos pais vendo o filhote voar sozinho). Ela mesma me disse, após este trabalho: “É verdade, já ensinei tudo aos meus filhos e agora eles podem caminhar sozinhos”.

4) Centralizar o sofrimento em si e poupar a família. Procurei ajudá - la a desfocar a mente do sofrimento e da doença e focá - la em mundos belos e tranquilos através da Imaginação.

5) Ela acreditava que estamos aqui para aprender e pontuei que este era um aprendizado: perceber que mesmo o corpo estando doente, nosso espírito pode estar bem e ligado a mundos belos. Esta colocação deixou - a calma e tranqüila. A) Gostaria que vocês, por favor, me escrevessem contando como foi o processo de desligamento, de morrer, dela e como na opinião de vocês esses cinco aspectos que eu citei acima aconteceram. Se o nosso trabalho, com Relaxamento Mental e Imagens Mentais, ajudou C. a re - significar a Dor Psíquica e a Dor Espiritual representadas pelos cinco aspectos que citei e se ela pode morrer com menos sofrimento, tristeza, depressão, angústia por deixar vocês e se teve o medo da morte minimizado.

B) Gostaria também de saber como nossos contatos e atendimentos ajudaram vocês a lidar e enfrentar esta perda tão significativa.

C) Peço também que me relatem se algum de vocês sonhou com ela após o óbito e como foi o sonho.

Aguardo resposta e envio os meus mais sinceros agradecimentos pela inestimável ajuda que vocês estão nos dando, neste processo de buscar caminhos que atenuem a dor e o sofrimento daqueles que adoecem e morrem e de seus familiares.

Um afetuoso abraço extensivo a A.C. e demais familiares.

Ana Catarina

Obs: Quero reforçar que estou à disposição para atender - los quando precisarem

Correspondência da Família para a Pesquisadora:

- Carta de S. (nora da paciente e esposa do filho M.).

31 de maio de 2000

Prezada Ana Catarina,

Gostaria também de lhe agradecer pela sua disposição de nos oferecer sua ajuda, pode ter a plena certeza de que você já nos ajudou bastante.

Vou então relatar a você Ana tudo que acho necessário e tudo que realmente aconteceu a C.

Logo depois que ela veio de Campinas ela estava super bem. Mas, os dias foram passando e ela foi piorando, o sangue baixava e nós levamos ela para o hospital. Lá ela tomava quatro bolsas de sangue, soro, ficava três dias internada. Aí ela saía corada, disposta, mas isso não durava muito, todo sábado ela ficava no hospital e isso se repetia várias vezes.

Um sábado à noite mais ou menos 21:30h, ela teve uma crise. Ela ficou mole, respiração e pressão fraca, chamávamos ela, mas ela não respondia. A ambulância veio e levou - a, ficou mais 3 dias no hospital. Na terça - feira quando ela chegou já não estava mais a mesma.

Sua aparência era fraca, amarela, mesmo tendo tomado sangue. Nesse último dia em que ela ficou no hospital tomando sangue, ela não estava bem.

Quando os enfermeiros estavam no quarto aplicando os medicamentos, ela falava para eles:

Agora vocês vão me levar para o outro quarto, porque esse não é meu quarto. Eu acho que ela já visitava o mundo espiritual.

Bom, logo quando foi quinta - feira ela só piorava, mas na sexta - feira ela já acordou com uma força de vontade quis ir ao banheiro andando, escovou os dentes, tomou café na mesa e aí disse: “Eu tenho que sair dessa cama”, mas depois de fazer tudo isso ela disse já cansada com a respiração curta: “E eu não consigo mesmo, tenho que voltar para a cama”.

Aí ela só dormia o dia inteiro. A tarde ela acordou e disse para Dona A., sua sogra, **que ela subia em um lugar azul, disse que andava bastante lá e depois descia.** (Grifo da pesquisadora).

Logo mais à noite, ela já não falava coisa com coisa mais.

Queria tomar banho era 21:30h, nós dizíamos a ela que já era noite e ela “quero tomar banho”.

A gente falava assim quem é essa pessoa que está do seu lado, ela dizia que não tinha nada do seu lado só um vulto. Acho que ela já estava se desligando desse mundo material.

Quando já era 23:00h, falamos para ela, vamos tomar o remédio de dormir e ela não queria tomar, então enganamos ela falamos que era remédio para Dor, aí ela tomou.

Ela foi ficando calma. Aí eu disse a ela se ela se lembrava da senhora. Ela disse que sim. Aí eu fui falando com ela aquilo que você disse para nós sobre um lugar bonito, ver nossa senhora lhe envolvendo com seu manto, aí ela adormeceu, com a respiração bem fraca. No sábado já era 9:30h e ela não acordava, chamávamos ela e

somente murmurava. Achamos melhor levá - la para o hospital. Então ela entrou em coma profunda e ficou até sua morte, às 14:15h da madrugada de domingo de páscoa. (grifo da pesquisadora).

Uma coisa que achei interessante: Fiquei com ela essa noite, M. (filho da paciente), estava trabalhando no plantão, liguei para ele e ele chegou 13:30h, olhou a mãe da janela do hospital, eu disse a ele vamos ficar juntos aqui, ele não quis e disse: vamos comigo para casa, minha tia fica com ela. Mesmo sabendo que ela estava em coma eu disse no ouvido dela: “C. o M. já chegou e nós vamos para casa, fica com Deus.” Isso eram 14:00h. Logo após, 15 minutos, ela morreu, bastou nós chegarmos em casa.

A) Olha Ana Catarina, a respeito dos aspectos que você citou, acho que eles aconteceram, pois ela não sofreu, nunca teve dores (apesar de seu grave problema). Nunca ficou triste (enquanto ela estava bem). **Não demonstrou angústia por nos deixar.** (Grifo da pesquisadora). Medo da Morte ela nunca teve mesmo, pois lutou demais ate quando ela pode.

B) Ana Catarina e o seu contato conosco nos ajudou a ver o problema, aceitar essa vontade de Deus, e acreditar também que um dia nós vamos nos encontrar, e ver que ela estava feliz realmente, nossa vida aqui é uma escola (que hoje estamos cursando e aprendendo), um dia esse curso termina e vamos executar nossos conhecimentos em outro lugar que não é escola.

C) Ana Catarina, sobre os sonhos, somente eu e o M. (filho da paciente), sonhamos. O M. sonhou que ela estava em casa e ele dava a ela remédio, disse que foi um sonho curto. Já o meu sonho foi no Domingo seguinte pós - morte de C.: **Sonhei que fui vê - la em um lugar que não conheço, e disse a ela: “C. ainda não acredito que você está aqui. E ela respondeu: “nem eu ás vezes acredito, mas eu estou, e estou muito bem, e aqui é muito bom”.** (grifo da pesquisadora). E logo após eu acordei.

Sabe Ana Catarina eu estou um pouco impressionada com a morte da C., fico achando que ela queria falar comigo, tenho medo, agora tenho medo de tudo. Mas acho que isso passa, só mesmo a falta que ela faz é que não passa. Olha meu sogro, agora, às vezes

ele chora um pouco, mas é bom porque ele ficou muito forte no dia, pouco chorou. Ele está sentindo até mais a falta dela. A.C. e M. (filhos da paciente) acho que também choram às vezes escondido. O M. ainda, nesta última segunda - feira chorou comigo, eu e ele choramos pela falta, mas nós lembramos do sofrimento que ela poderia estar passando se estivesse conosco, aí enxergamos que foi melhor assim.

Sabe Ana Catarina, eu e o M. agora formamos o alicerce da casa, pois o pai dele nunca se preocupou com nada, tinha a C., A. C. ainda é adolescente, os velhos são crianças, ficou tudo sobre nós, isso nos faz lembrar mais ainda dela.

Todos os dias peço forças a Deus, para enfrentar tudo que Ele colocou em minha vida, e que faça tudo com muito amor, dedicação, firmeza. E é assim que vamos levando a vida.

- Desculpe o desabafo Ana Catarina, espero que o que coloquei ajude - a em alguma coisa.

- Me coloco a disposição para qualquer coisa que possa ajudar, é só você me escrever.

Obrigado, Um grande abraço e que Deus a abençoe

S.

Respondemos a esta carta, agradecendo e pontuando nossa disponibilidade em atendê – los, caso necessitem.

8.2. SEGUNDA PACIENTE: M.I.F.

8.2.1. Identificação

Idade: 38 anos

Estado Civil: casada há 13 anos com V.F.

Filhos: E. (12 anos) e J. (09 anos). Também teve uma menina entre os dois meninos, que morreu com uma semana de vida.

Residência: Interior paulista, próximo à Campinas. Moram na residência: M.I., o marido V., os filhos E. e J., o pai da paciente R. e atualmente a tia da paciente O., irmã do pai, que está ajudando na administração da casa e no cuidado com as crianças.

Doença: Neoplasia maligna - Câncer de Ovário com metástase disseminada e colostomizada.

Início do Tratamento: final de 1998

Hospital: CAISM - UNICAMP

8.2.2. Histórico Clínico:

Segundo o médico responsável pela paciente, ela está clinicamente bem, mas Fora de Possibilidade de Cura, visto já ter feito várias quimioterapias e o câncer ter se disseminado. Está internada há uma semana aguardando a cicatrização da colostomia. Paciente sente, segundo o médico, muita ardência e dor no local.

M.I. ainda não sabe que está Fora de Possibilidade de Cura, mas suspeita, segundo o médico. Seus familiares também não sabem. Equipe Médica da área de Cuidados Paliativos irá orientá - los sobre este aspecto.

8.2.3. Sessões Psicoterapêuticas:

1º Sessão: 01 / 06 / 2000

Duração: 45 minutos

Atendimento Hospitalar

Encontro a paciente no leito, aparenta estar com o humor deprimido e uma amiga da família, Sra. A., que tem idade para ser sua mãe, a acompanha. Dizem que se gostam muito.

Apresento - me e explico minha proposta de trabalho. Afirmo que quando estamos doentes tendemos a ter nossos pensamentos focados no medo, na dor, no sofrimento, nas tristezas e meu trabalho é justamente procurar ajudar os pacientes a desfocar a mente destes aspectos e focá - la em estados de paz e tranquilidade. Explico o processo e os resultados dos pacientes adolescentes do Projeto - Piloto. M.I. interessa - se

pelo trabalho, parece animar - se. Explico que faço Mestrado e este trabalho faz parte da minha Dissertação; pontuo que os atendimentos e resultados serão publicados, mas a identidade dos pacientes será totalmente resguardada. M.I. aceita e concorda. Pergunto se acredita na vida espiritual pós - morte. Diz que sim, mas ultimamente anda com muito medo de morrer e começa espontaneamente a falar sobre o Anexo 2, Dor Psíquica e Dor Espiritual.

Inicia sua fala referindo - se a **Dor Espiritual: “Medo de Morrer”**. Coloca que tem pavor que pensem que ela morreu e ela, na verdade, ainda não ter, de fato, morrido e acordar embaixo da terra, dentro de um caixão. Relata que outro dia, uma outra paciente, que estava do seu lado, foi a óbito e a Enfermagem a ensacou e comentaram que precisavam levá - la para a geladeira. Afirma que na sua visão foi tudo muito rápido. Como estes profissionais poderiam saber se ela tinha realmente morrido, pergunta.

Explico - lhe que esta paciente antes de ir para a geladeira iria ser examinada por um médico que daria o atestado de óbito. A paciente diz que pensa sobre isto sem parar e fica apavorada em supor que poderá acordar embaixo da terra dentro de um caixão. Pergunto - lhe se ouviu alguma história assim e a paciente diz que quando era adolescente ouviu várias histórias de pessoas que foram encontradas reviradas no caixão, inclusive artistas. Digo - lhe que vou procurar ajudá - la tanto pela orientação lógica como nos aspectos emocionais. Explico que hoje a medicina está bem mais avançada e consegue detectar com maior precisão se a pessoa está morta realmente ou não. A paciente concorda. Digo - lhe também que pelo aspecto emocional vou procurar ajuda - la a desfocar sua mente desses aspectos sombrios, sufocantes, para aspectos livres, claros, suaves, tranquilos.

*Entendo este “medo de morrer e não ter morrido”, como uma negação da morte e uma **idéia da espiritualidade como algo sufocante e tenebroso**. Analisando seu histórico de vida que descrevo a seguir, este “**medo de morrer e não estar morta**” e ficar sufocada podem, também, estar relacionada a uma idéia de punição vinculada à **culpa que sente perante Deus**.*

Começo a investigar os dados do Anexo 1 (Anamnese), procurando conhecer sua história de vida. A *Entrevista Semi Estruturada na Pesquisa Qualitativa* permite esta *flexibilidade de circular sobre temas a serem pesquisados de acordo com a dinâmica da*

sessão e as necessidades da paciente, sem necessariamente seguir - se uma seqüência rígida, conforme citações da literatura no Capítulo 1 Introdução Teórica.

Pergunto sobre sua **Família de Origem**, explicando o que este termo significa. M.I. responde que até os 14 anos sua vida foi ótima. Perdeu a mãe com 15 anos. Lembra - se com muita mágoa do dia que sua mãe foi para o hospital: saiu sem dar - lhe seu costumeiro copo de leite na cama. Ela, M.I., ficou chorando e pedindo o leite, mas o pai levou a mãe às pressas e uma semana depois ela morreu no hospital, “do coração”, enfarto. “Morreu sem dar - me o leite”, diz.

É a filha caçula, tem um irmão e uma irmã mais velhos que trabalhavam fora na época. Precisou responsabilizar - se por todo o serviço da casa, sem saber de nada. Pontuo que “do dia para a noite” de criança que tomava o leite na cama precisou tornar - se dona da casa. Foi um salto muito brusco. M.I. sente - se acolhida e prossegue: para piorar seu pai adoeceu e ela, além de cuidar da casa, precisava ir para a roça fazer o trabalho do pai.

Pergunto sobre sua **Família Atual**, explicando o significado do termo. M.I. responde que se casou aos 25 anos, há 13 anos atrás. Teve uma vida muito ruim. Seu marido bebia e batia nela. Tinha medo de se separar e ele fazer algo pior que bater e por isto resolveu agüentar. Atualmente ele está completamente mudado, dá comida na boca dela, carrega - a no colo. Bebia e batia nela por ciúmes. Hoje se arrepende. M.I. acrescenta que sente - se **culpada por sua vida ter sido uma droga**. Casou - se sem amar o marido de verdade e ele, por sua vez, gostava muito dela. Achava ele muito sofrido, sempre teve pena e como ele adorava - a, achou que poderia ser feliz. Em seguida ao casamento nasceu o primeiro filho. Ficava ocupada cuidando da casa, do filho, do pai e afastou - se “um pouco” do marido. Este ressentiu - se, começou a beber, a dizer que ela tinha outro e a bater nela. Todo mundo sofria. Sua vida virou um inferno. Não foi uma vida boa, foi muito sofrida, frisa. Houve poucos momentos de felicidade.

Pergunto - lhe quantos filhos eles têm. M.I. responde que tem dois meninos: E. com 12 anos e J. com 09 anos. Entre os dois meninos teve também uma menina, mas devido às brigas e às surras que tomava do marido, a criança nasceu prematura e morreu com uma semana. Sente muita mágoa porque nunca a carregou no colo.

Digo - lhe que parece - me que ela sente muita culpa por sua vida ter sido tão triste. M.I. concorda e acrescenta que a doença a ajudou a crescer, a mudar sua forma de agir. Gostaria que Deus lhe desse saúde para usufruir a vida com o que aprendeu após ficar doente. Afirma ter mudado sua forma de ser com a doença.

Procurando ajudá - la a amenizar a culpa, digo - lhe que nesse momento uma boa alternativa é o perdão. M.I. coloca que ao marido já perdoou, mas a ela mesma, não. Procuo mostrar - lhe que ela fez o que podia, fez o que conseguiu, o melhor dentro de seu limite. Ela concorda que realmente dentro do que entendia fez o melhor. Com a doença, a sua forma de ver a vida modificou - se, mas antes não tinha como aprender, ficava envolvida nas tarefas e não dispunha nenhum tempo para dedicar ao marido.

*Neste ponto identifico que a paciente esta discorrendo de forma espontânea sobre o outro aspecto do Anexo 2 a ser pesquisado: Dor Psíquica. Observo que frente ao acima exposto na Anamnese, a **Dor Psíquica** da paciente esta relacionada aos seguintes aspectos:*

*- **Humor Depressivo / Culpa frente às Perdas: Culpa - se por ter perdido a oportunidade de ter uma vida mais feliz.***

*- **Humor Depressivo / Tristezas, Mágoas: Sente tristeza, guarda mágoas, sente - se abandonada porque sua mãe não lhe deu o copo de leite antes de ir para o hospital e morreu, abandonando - a.***

Proponho que comecemos o trabalho com as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integradas à Espiritualidade. A paciente concorda. Ofereço o Álbum de Imagens (Anexo 7). A paciente pede para sentar - se na cama e mostra - se muito interessada. Peço - lhe que me mostre as imagens de que mais gostou. Ao folhear comenta que são todas lindas, que transmitem muita paz, são claras e suaves. Embora tenha gostado de todas, as que mais gostou foram a nº 5, nº 11, nº 12 e nº 31.

Afirma que a nº 5 e nº 31 sugerem uma pescaria e ela adora pescar. Conta que foi outro dia pescar com seu pai e seus filhos. Para ela é uma terapia. A nº 11 sugere um banho de cachoeira, do qual ela também gosta e a nº 12 sugere um pé de maçã e ela embaixo, descansando.

Comenta com sua acompanhante, que neste momento aproximou - se, que estas imagens sugerem uma vida tranqüila, feliz, muita paz. Volta sua atenção novamente para mim e comenta que quando estava voltando da cirurgia da colostomia, viu luzes muito brilhantes e bonitas como as do filme “GHOST” e pensou que ia morrer. Neste momento sentiu - se muito bem. Mas desde este dia, da cirurgia, não consegue mais ver as luzes e só visualiza uma cor preta, o que muito a assusta.

Digo - lhe que justamente é esta minha proposta: desfocar sua mente desse preto, dessas tristezas, mágoas, culpas, medos e focar em estados serenos. A paciente concorda.

Ofereço a música “Andinos” do CD “Soprus Universalis” e peço à paciente que observe se gosta ou não desta música. Caso não goste, poderei oferecer outras. M.I. diz que gostou desta música e com ela “vai dormir”. Pergunto também se existe algum Ser Espiritual que lhe inspire proteção. Paciente coloca que antes pedia muito as coisas para São Judas, mas agora sua ligação é com Cristo.

M.I. pergunta - me se deve tornar a deitar a cama ou permanecer na posição sentada. Digo - lhe que fique na posição que se sentir melhor, apenas não cruze pernas ou braços e deixe o corpo solto. A paciente escolhe deitar - se.

Explico - lhe que vou orientar o exercício e peço que feche os olhos.

Tempo aproximado de exercício: 10 minutos

Peço que respire lenta e profundamente, procurando imaginar o ar na cor azul céu entrando e envolvendo todos os seus órgãos: cabeça, nuca, ombros, braços, mãos, tórax, abdômen, costas, pernas, pés. Peço que imagine muito oxigênio azul nas regiões onde o tumor está localizado. Peço que em seguida imagine - se andando em uma estrada dourada de sol e chegando a um local muito verde com um lago, como ela havia escolhido. Peço que também visualize do lado esquerdo deste local uma macieira frondosa e do lado direito, uma cachoeira muito límpida. Peço que entre na cachoeira, sinta a água levando embora todas as tristezas, mágoas, medos. Peço que em seguida dirija - se para a árvore, sente - se embaixo dela e sinta a beleza da Natureza, do Universo. Sinta em seguida, a sua

própria beleza interior. Digo - lhe que ela faz parte do Universo e é bela como ele. Peço - lhe que entre em contato com sua beleza, com suas qualidades. *Observo que nesta pausa, dos olhos fechados da paciente marejam algumas lágrimas.*

Digo - lhe que vá agora até o lago muito azul, sob um céu muito azul e fique lá pescando, sentindo a paz, a tranquilidade, a serenidade desse local imaginário e depois, volte para o quarto quando quiser, trazendo a sensação de paz. Observo que a expressão da paciente aparenta serenidade e tranquilidade.

Após alguns minutos a paciente abre os olhos, estremeando. Diz que estava tão bom e de repente o local sumiu, ela voltou. Acrescenta que o exercício foi ótimo e ela está se sentindo muito bem.

Pergunto - lhe se ela conseguiu visualizar minhas orientações. M.I. diz que sim, que só não conseguiu ver a cor azul. Explico - lhe que isto é natural, estamos começando o trabalho e na próxima sessão poderei trazer figuras com a cor azul céu, para ela fixar a visão e gravar. A paciente concorda.

Assina o Termo de Consentimento (Anexo 5), seu pai chega neste momento para visitá - la (M.I. comenta que ele vem todos os dias, que se gostam muito) e ela pede para ele assinar no lugar do cuidador.

Combinamos a próxima sessão e despeço - me. Sua acompanhante comenta que é visível o bem que o trabalho fez para M.I.

2º Sessão: 06 / 06 / 2000

Duração: 45 minutos

Atendimento Hospitalar

Encontro M.I. com um dreno no pulmão, triste e abatida. A paciente relata, com esforço, que dois dias atrás perdeu a veia, fizeram um procedimento para criar um acesso venoso central para a veia jugular colocando - se o Intracath mas, por acidente, este acesso

foi parar na pleura e toda a medicação que ela estava tomando passou a ser drenada para dentro do pulmão.

Desabafa que não queria este procedimento, mas a médica do plantão insistiu, mostrou - lhe a necessidade; estava andando, com boa recuperação da colostomia, prestes a ter alta e ir para casa, quando quase morre de repente, sem ser do câncer. Coloca que no dia seguinte do procedimento (dia anterior a este atendimento) sentiu muito dor nas costas até descobrirem o que realmente havia acontecido. Levaram - na imediatamente para o Centro Cirúrgico, pois ela estava indo a óbito por asfixia. No procedimento cirúrgico sentiu dores muito fortes. Seu marido acompanhou - a e disse - lhe que podia sentir a dor que ela sentia; quando M.I. voltou para o quarto ele pediu para sair e fumar e quando voltou estava com os olhos inchados de tanto chorar. O gesto do marido comoveu - a e abrandou sua dor. Sentiu - se amada.

M.I. faz o relato do acidente no procedimento cirúrgico com muita mágoa. Demonstra sentir - se desamparada e prejudicada; repete várias vezes que poderia ter morrido e não seria da doença. *Parece - me que vivencia o ocorrido como mais um "mau trato", uma violência, na sua vida.*

Por outro lado, diz, com os olhos cheios de lágrimas, que em relação ao marido, aprendeu a gostar dele. Descobriu, com a sua doença, uma dedicação por parte dele que não havia percebido. Descobriu - se repleta de carinho e ternura por ele. Neste ponto pede para não falar mais, pois esta cansada.

Identifico no exposto acima de forma espontânea, (sem questionamento de minha parte), o item do Anexo 1, visão do paciente frente sua doença. A paciente refere - se a doença como um sofrimento que a levou a rever sua atitude, sua postura e conduta diante da vida.

Até este ponto procurei escuta – la e oferecer continência, acolhimento e compreensão por sua dor e por seu sofrimento. No momento em que ela pede para não mais falar, digo - lhe, com uma postura muito terna, para tranquilizar - se e me escutar.

Afirmo que compreendo sua *dor*. Com tantas dores que teve na vida, tanto sofrimento, este acidente, posso perceber, muito a magoou. *Procuro assim trazer para o nível verbal as sensações que ela transmite*. Procuro também pontuar que não foi proposital e sim um acidente buscando minimizar sua sensação de “violência”, de "mau trato" frente ao ocorrido.

Em seguida procuro orientar seus pensamentos para os ganhos que tem tido, principalmente o reencontro terno, amoroso, carinhoso com o marido. Procuró mostrar - lhe que seu corpo está doente, mas, seu espírito se fortalece nos ganhos afetivos, no melhor relacionamento com o marido e no próprio crescimento interno dela. A paciente concorda e mostra - se mais calma.

Ofereço - lhe imagens que contêm a cor azul celeste para que ela possa memorizar esta cor visto sua dificuldade para visualizá - la. Ofereço - lhe também uma cópia da Imagem 5 que ela havia escolhido. A paciente encanta - se e diz que irá mostrá - las para o pai e o marido. Proponho o exercício mental.

Tempo aproximado de exercício: 10 minutos

Oriento - a para respirar lenta e profundamente e ir simultaneamente, visualizando o oxigênio na cor azul ou branca brilhante, circulando por todo seu corpo: cérebro, nuca, pescoço, braços, mãos, costas, tórax, abdome, pernas e pés. Peço que intensifique a visualização na região dos pulmões onde ocorreu o acidente e nas regiões dos intestinos e genital, onde a massa tumoral está localizada, procurando sentir minimização da dor e alívio do sofrimento. *(Introduzo a cor branca como alternativa para a cor azul, por ser esta uma cor clara, tranqüila e mais fácil que a azul, de ser visualizada)*.

Peço que se imagine caminhando por uma estrada muito dourada pelo sol, com um céu azul e chegue ao seu lugar imaginário escolhido.

Peço que visualize o lago azul, a macieira frondosa, à esquerda e a cachoeira, à direita. Oriento que entre na cachoeira e deixe a água escorrer por seu corpo, levando embora toda a mágoa.

Oriento - a em seguida para caminhar até a árvore e visualizar um caminho que leva a uma casa de crianças de todas as idades: desde recém nascidos até crianças de 12

anos. Peço que visualize uma casa multicolorida em tons pastéis e com um parque de diversões na frente. Peço que entre na casa, veja as crianças e escolha alguma para brincar e pegar nos braços se quiser. *Faço uma pausa por alguns minutos nesta imagem, procurando ajudá-la a entrar em contato através destes símbolos, com sua "criança interna" que sente - se maltratada, violentada, abandonada pela vida, pela mãe que não lhe deu o leite, foi para o hospital e morreu e neste momento pela "médica - mãe" que drenou acidentalmente o Intracath para o pulmão.*

Percebo que a face da paciente no contato com este quadro se suaviza e em seguida observo que ela adormece.

Permaneço ao seu lado por mais alguns minutos e como a paciente entra em sono profundo, encerro o atendimento.

Deveria nesta sessão ter pesquisado sobre a parte final do Anexo 1: Escolaridade / Profissão e Religião, mas como a paciente estava muito fraca, optei por não fazê-lo, neste momento.

3º Sessão: 08 / 06 / 2000

Duração: 45 minutos

Atendimento Hospitalar

Encontro a paciente acompanhada pelos familiares os quais, imediatamente, dispõem - se a sair para que ela possa ser atendida. M.I. também aceita prontamente a sessão.

Relata que ainda sente muita tristeza pelo que lhe aconteceu, o acidente na pleura. Afirma que o momento em que sente mais tristeza é a hora do procedimento para drenagem, por causa da intensa dor física que esta intervenção suscita. Sente mágoa. *Entendo esta dor, como física, relacionada às lesões sofridas pelo acidente, mas também com o colorido dos maus tratos que sofreu no passado, das surras que o marido lhe deu. Parece - me que dois aspectos se sobrepõem e se entrelaçam neste momento, nesta dor: o físico e o simbólico.* Digo - lhe que entendo sua dor, que ela se sente muito magoada porque já vivenciou tantos maus tratos na vida e está sentindo este acidente como mais um. A paciente concorda.

Por outro lado observo que ela parece ser muito querida. Todos os dias recebe visitas e sempre tem alguém acompanhando - a. Nunca está só. Digo isto para ela e M.I. responde, dizendo que é verdade. Sua expressão ilumina - se. Relata que sempre procurou ajudar os outros, nunca teve preconceitos de cor, raça, religião. Realmente tem muitos amigos. Complementa colocando que somente quando adoeceu, conscientizou - se do tanto que é querida. Antes não havia percebido. *(Novamente identifico nesta fala o item “Visão da Doença” do Anexo 1. A paciente refere - se a doença como um sofrimento que a levou a rever sua atitude, sua postura e conduta diante da vida.)* Conta que um dia recebeu tantas visitas, tinha tanta gente em sua casa que pareceu - lhe ser seu funeral. Mas ela estava viva. *(Parece - me que com esta observação ela mostra um aspecto ambivalente, uma dúvida, na sua percepção de ser querida, um traço depressivo de sua personalidade).* A paciente parece perceber isto e continua seu relato dizendo que está se esforçando para mudar o foco dos seus pensamentos. Está procurando pensar de forma mais positiva, mais otimista, e embora encontre muita dificuldade, tem feito progressos: percebe que embora tenha sofrido muito no acidente com o catéter, pode observar a proteção do Cristo na sua vida e a dedicação do marido que correu atrás dos médicos e alertou - os que ela estava morrendo. Conclui que a proteção espiritual de Cristo e a dedicação do marido salvaram sua vida.

Relata sorrindo que encontrou uma ótima tática para enfrentar a dor física: grita. Na hora de tirar o dreno do pulmão sentiu uma dor terrível e gritou bem forte. O grito, afirma, ajudou - a no enfrentamento do procedimento.

Investigando os aspectos do Anexo 1 que faltam ser pesquisados pergunto sobre sua **Religião**. M.I. coloca que antes era católica e agora é evangélica. Antes pedia as coisas para os santos mas agora aprendeu que não se deve pedir para "santos de pedra" mas direto para Cristo. Para ela atualmente o "Ser Espiritual de Proteção" é Cristo.

Pergunto sobre sua **Escolaridade e Profissão**. M.I. responde que se formou em Magistério. Não seguiu carreira porque se casou. Lamenta, atualmente, não ter ido trabalhar. Pontua seu esforço: cuidava da casa, trabalhava na roça e à noite estudava. A paciente diz que realmente nunca foi preguiçosa mas sim, muito disposta e trabalhadora.

Procuro sempre em minhas pontuações valorizar suas qualidades e seus esforços visando minimizar seu negativismo, seu ressentimento, seu humor depressivo.

Pergunto sobre sua **Visão da Doença**. Paciente responde que adoeceu no final de 1998. Submeteu - se à primeira cirurgia em 29 de março de 1999. Foi muito difícil. Sentia muito desespero por saber que tinha poucas chances e seus filhos ainda são pequenos. Atualmente seu marido está hospedado na casa da mãe dele, a qual é próxima ao CAISM / UNICAMP, para que ele possa acompanhá - la todas as noites. Seu pai e sua tia (irmã do pai, senhora de 73 anos, mas muito forte), estão cuidando de seus filhos.

Pergunto sobre suas crenças em relação à causa da doença. M.I. responde que atribui ter feito um câncer por causa de uma depressão que teve algum tempo antes do aparecimento dele. Entrou em depressão depois que sua irmã mais velha morreu de "câncer na cabeça" e seu sobrinho de 12 anos, filho do irmão, brincando com o melhor amigo, com uma arma de fogo, escondido da família, matou este amigo. O sofrimento, o desespero do sobrinho acarretou muito sofrimento para ela e para toda a família. Relata que o câncer começou a nascer e foi rápido. Na cirurgia os médicos conseguiram raspar o tumor, mas a quimioterapia, embora muito forte, não surtiu efeito e o tumor disseminou - se. Ainda tem esperanças que Cristo a cure. Quimioterapia não pode mais tomar. Neste ponto volta a falar do câncer como ponto de mutação. Coloca que aprendeu muito com a doença. Pontuo que parece - me que ela aprendeu a reconhecer o que tinha de bom dentro de si e no em torno. M.I. sorri e diz que aprendeu também a reconhecer o que tinha de ruim dentro de si; era muito agressiva, muito dura. Agora tenta consertar. Pontuo que ela aprendeu a controlar a agressividade e a fortalecer o lado amoroso. M.I. concorda, diz que é verdade.

Pergunto sobre o exercício mental da sessão anterior. Paciente diz sorrindo "eu dormi, quando acordei, a senhora não estava mais aqui". Acalmei - me, afirma. Lembra - se que chegou a ver as crianças, mas não pegou nenhuma no colo. Voltou para o lago e depois não viu mais nada. Dormiu.

Pergunto - lhe se quer repetir o quadro das crianças. Paciente diz que sim. Pede para eu ir "aprofundando" o exercício e ela vai procurando seguir minhas orientações. Neste ponto faz uma referência ao seu filho mais velho, que, segundo parece, está revoltado, indo mal na escola. Preocupa - se com a criança. Oriento - a para buscar

atendimento psicológico individual e proponho - me a atende - lo hoje, junto com a família na Sessão de Orientação Familiar.

Ofereço o exercício mental e paciente aceita prontamente

Tempo aproximado de exercício: 15 minutos

Oriento - a para respirar lenta e profundamente, visualizando seus órgãos sendo envolvidos por uma luminosidade azul ou branca, como preferir, (visto sua dificuldade em visualizar a cor azul) e, em seguida, entrar em um caminho dourado como o sol. Chegar até seu local escolhido, à beira do lago, visualizar a macieira carregada de frutos, à esquerda e a cachoeira, à direita. Peço que se imagine tomando um banho de cachoeira e a água levando embora suas mágoas, tristezas, angústias. Oriento - a em seguida para dirigir - se para a macieira, visualizar o caminho para a casa das crianças e dirigir - se para este local. Ao chegar, entrar, se quiser, e escolher alguma criança para segurar no colo e brincar. Deixo - a, alguns minutos, neste quadro. Peço em seguida que visualize o local e volte nele sempre que desejar. Oriento que volte para a macieira e sente à beira do lago. Sinta a beleza do Universo, procure integrar - se com esta beleza universal e procure sentir sua própria beleza interior, suas qualidades. Sinta também o amor protetor de Cristo. Deixo - a, alguns instantes, neste quadro e peço que volte para o quarto, lentamente, procurando trazer consigo uma sensação de paz.

Ao abrir os olhos, M.I. relata, muito feliz, que conseguiu ver o caminho, conseguiu ver uma luz no caminho, ainda fraca, mas viu. Conseguiu ver a casa das crianças, entrou e carregou no colo um recém nascido, rosado, lindo. Viu também a macieira carregada de maçãs. Pontua que está muito feliz por ter conseguido.

Na saída da sessão a Enfermagem comenta que este trabalho está fazendo muito bem à paciente.

1ª Sessão de Orientação Familiar: 08 / 06 / 2000

Duração: 45 minutos

Atendimento Ambulatorial

Comparecem a sessão o pai da paciente, Sr. R., o marido da paciente, Sr. V. e o filho de 12 anos, E.

(Fui orientada, pela Equipe Médica, que a família ainda será oficialmente informada do estado de "Fora de Possibilidade de Cura" da paciente).

Apresento - me e explico sobre o trabalho que estou desenvolvendo, visto não ter tido contato anterior com o marido e filho da paciente. O pai da paciente, por sua vez, na primeira sessão, havia assinado o Termo de Consentimento e sido assim informado da natureza deste trabalho.

Pergunto - lhes sobre como estão sentindo a doença da paciente. V. (marido) responde que “não é fácil”. Se pudessem curá - la, o fariam. Agora só resta conformarem - se com a doença. O pai da paciente Sr. R., concorda. E. (filho) permanece calado.

Pergunto - lhes sobre qual a opinião deles em relação aos medos, tristezas, angústias da paciente. *Procuro pesquisar a Dor Psíquica na visão do Cuidador.* V. responde que a paciente tem medo de escuro. Não dorme no escuro. ***(Identifico este medo do escuro como representação do medo da morte: Dor Espiritual)***. Respondo que este medo pode estar relacionado ao processo da doença, mas é bom atende - la e procurar manter alguma luminosidade quando ela for dormir. Oriento que podem colocar uma luz muito fraca, azul, no quarto e assim quebrar o escuro.

Procuro pesquisar novamente sobre a Dor Psíquica, mas os familiares não conseguem falar sobre tristezas e angústias da paciente. Pergunto qual a opinião deles em relação à espiritualidade, ao sentido da vida e da morte, para a paciente. V. responde que acredita que ela está bem espiritualmente porque está sempre procurando ajudar a pessoas que estão no mesmo quarto que ela. Acrescenta que ela gostava muito de uma senhora de 76 anos que estava no leito ao lado dela, e chorou muito quando esta senhora foi a óbito. Ele acredita, por esta razão, que o sentimento fraterno de M.I. está bem fortalecido.

*Pela minha análise identifico neste aspecto a **Dor Psíquica: Humor Depressivo / Tristezas frente as Perdas**; a tristeza pela morte da companheira de quarto representando a tristeza pela perda da própria vida, que está relacionada com um ponto*

*semelhante identificado anteriormente em sessão com a paciente: **Humor Depressivo / Culpas frente às Perdas: Culpa - se por ter perdido a oportunidade de ter uma vida mais feliz.***

Observo a dificuldade geral em falarem sobre o sofrimento da paciente, sobre o real estado de saúde dela e também a dificuldade em falarem sobre seus próprios sofrimentos. Observo também o pacto do silêncio; o não falar sobre a doença e a gravidade desta, o sofrimento, os sentimentos. Não conversam e parece que não se apóiam mutuamente. Parece que cada membro da família vive de forma isolada sua dor. Opto por começar a minimizar este silêncio entre eles, através de uma aproximação familiar.

Digo que posso perceber o sofrimento deles e também perceber a grande dificuldade que eles apresentam em falar sobre este sofrimento. Explico que parece que eles fizeram um acordo sutil entre eles de não falarem sobre os sentimentos. Explico o quanto esta atitude é prejudicial e oriento - os a procurarem conversar entre si e falar sobre o que sentem. O marido e o pai da paciente são receptivos a minha colocação, mas o filho continua fechado e mesmo quando dirijo - me a ele permanece nesta atitude. Digo - lhe de forma direta que sei que ele está sofrendo, está muito triste com a doença de sua mãe, com o fato dela não mais poder cuidar dele como antes e que este sofrimento é esperado frente à situação. É natural. Por outro lado, digo - lhe, seria muito bom se ele pudesse aproximar - se mais do pai. V. neste ponto coloca que tem tentado, mas o filho não tem aceitado.

E. neste momento relaxa o corpo e move o tronco para frente, parecendo abrir - se para a sessão. Pergunto - lhe se é difícil para ele falar sobre isto. E. diz que sim.

Pontuo novamente a importância de uma aproximação afetiva na família, de uma quebra deste silêncio.

V. coloca que sua esposa deverá ter alta na próxima semana. Oriento que poderei atendê - la no domicílio, uma vez por semana e pergunto se aceitam. Tanto V. como R. dizem que sim, que **a paciente está gostando muito desta intervenção psicoterapêutica, que inclusive pediu para que V. colocasse as imagens que eu havia dado para ela na parede, em frente à cama, para ficar visualizando.**

Encerro a sessão colocando que mantereí contato com eles no domicílio e gostaria de conhecer o filho caçula.

4º Sessão: 12 / 06 / 2000

Duração: 60 minutos

Atendimento Hospitalar

Paciente irá receber alta e está com muito medo de ir embora. Relata que não dormiu à noite, sentiu uma dor generalizada por todo o corpo. Está muito desanimada, sentindo - se fraca. Está com medo de piorar e voltar para o Hospital.

Procuro compreender sua dor, seu medo. Parece - me que ele está ligado diretamente à percepção do seu estado de Fora de Possibilidade de Cura e o medo do contato com esta percepção.

M.I. relata que foi informada que está clinicamente bem para voltar para casa, mas o tumor não respondeu à quimioterapia e está avançando; *não foi oficialmente informada que está Fora de Possibilidade de Cura, mas, de certa forma, isto está implícito.*

Encorajo - a para que continue falando. M.I. coloca que não está agüentando mais o cheiro do Hospital. Perdeu o apetite e está com receio de perde - lo de vez. (***Parece - me medo da morte***). Fala em seguida que seu problema é o medo. Insegurança. Falta força de vontade. No primeiro obstáculo enfraquece. Pergunto - lhe qual obstáculo. Ela responde que o obstáculo pode ser, por exemplo, a "tossinha". Com a tosse começa a fantasiar que esta, pode levá - la a algo muito pior. Todos dizem que ela é forte, mas ela não é. Hoje pela manhã começou a chorar e seu marido ficou nervoso. ***Mostra no seu relato muita angústia, desamparo.*** Finaliza dizendo que está perdendo as forças.

Procuro em uma atitude de muito acolhimento e conforto ajudá - la a entrar em contato com seu medo, com sua dor. Digo - lhe que parece - me que seu real medo é de morrer. Que sente que não está melhorando. A paciente concorda. Procurando ajudá - la a entrar em contato com a verdade do seu estado de forma gradativa, digo - lhe que ninguém sabe o que irá acontecer mas existe uma possibilidade dela não melhorar, não ficar na

Terra, ir para o mundo espiritual. A paciente aceita. Caminho um pouco mais e digo - lhe que parece que sua angústia está relacionada com a dificuldade de pensar sobre esta possibilidade, mas, é melhor pensar porque isto pode lhe ajudar a minimizar a angústia. Acrescento, orientando - a para conversar com o marido sobre isto. Dizer para ele como gostaria que seus filhos fossem educados mas, também, aproveitar o momento presente, o tempo disponível para dar e receber de sua família, todo o amor que sentir. Aproveitar esta ida para casa e criar um ambiente afetivo e tranquilo entre eles. Conversar, falar o que sentem. Digo - lhe que acredito que isto poderá fazer - lhe bem.

Acrescento que concordo com as pessoas que ela tem um lado forte mas sei que ela tem também um lado fraco. Este lado fraco é o medo, o desamparo, a percepção de que as forças estão faltando. Digo - lhe que comigo pode mostrar este lado fraco e chorar. M.I. começa a chorar e diz que quer lutar e sarar, mas não consegue. Ofereço amparo e acolhimento e digo - lhe que ela está exigindo demais de si mesma. O câncer está muito avançado e exigir de si uma remissão é uma tarefa frustrante e quase impossível. Lutar contra a doença do corpo talvez não seja possível, mas buscar a paz interior e criar um clima afetivo na família é possível. Paciente concorda. Combino ir atendê - la no domicílio uma vez por semana e proponho o exercício mental, o qual a paciente prontamente aceita.

Digo - lhe que vou levá - la para sua infância, para os braços de sua mãe, para uma época em que ela foi feliz. A paciente fecha os olhos.

Tempo aproximado de exercício: 15 minutos

Oriento que respire profundamente e imagine uma luz muito brilhante envolvendo - a externamente e entrando em seu corpo através da respiração, envolvendo todos os órgãos: cabeça, pescoço, costas, tórax, braços, mãos, pernas, pés e principalmente no abdômen e área genital, onde se localiza o tumor.

Peço, em seguida, que entre em um caminho dourado pela luz do sol, com um céu muito azul e chegue no seu lago; veja a macieira carregada de frutos à esquerda e a cachoeira, à direita. Entre na cachoeira e sinta a água caindo no seu corpo, levando as tristezas, as mágoas embora.

Em seguida peço que volte para o lago e veja sua mãe sentada na beira deste lago e ela, criança, nos braços da mãe. Oriento que se sinta no colo da mãe, sinta seu carinho, sua proteção seu conforto. Sinta a alegria de estar protegida nos braços da mãe.

Observo que nesta imagem o rosto da paciente suaviza e ela murmura "que delícia".

Fixo a orientação nesta imagem por mais cinco minutos, aproximadamente.

Oriento, em seguida, que “volte” para o quarto quando quiser e traga consigo a sensação de conforto e proteção do colo da mãe; sugiro que ela mantenha a imagem da mãe presente no seu pensamento.

A paciente, após alguns momentos, abre os olhos, e diz que está "bem melhor" e torna a fechá – los, com a expressão suave, dizendo que quer continuar nesse estado e nessa imagem.

*Orientei a paciente nesse exercício para sentir - se criança nos braços da mãe visando minimizar a **Dor Psíquica pesquisada, relacionada a mágoa por sentir - se abandonada pela mãe: Humor Depressivo / Tristezas, Mágoas: (Sente tristezas, guarda mágoas, sente - se abandonada porque sua mãe não deu - lhe o copo de leite antes de ir para o hospital e morreu, abandonando - a)**. Nas sessões anteriores procurei ajudar a paciente a entrar em contato com sua criança interna, seus aspectos infantis, sua carência afetiva, seu sentimento de abandono, através de si mesma, do seu próprio lado adulto mas, nessa sessão, julguei conveniente colocar a imagem de sua mãe como símbolo de proteção e amparo, visto a paciente encontrar - se muito assustada e amedrontada com a percepção de seu estado de saúde e possivelmente, sua morte próxima e ter mostrado em seu relato, muita angústia, muito desamparo e principalmente, a sensação de estar perdendo as forças.*

5º Sessão: 19 / 06 / 2000

Duração: 60 minutos

Atendimento Domiciliar

Encontro M.I. no leito. Ao me ver, senta - se na cama, mostrando - se disposta para o atendimento.

Afirma que está desanimada desde que chegou do hospital, sente que as forças estão indo embora. Peço que me fale sobre este desânimo. M.I. diz que tinha esperanças de fazer mais quimioterapia e sarar, mas agora sabe que não irá mais fazê - la pois esta, não surtiu resultados. Os médicos da Equipe de Cuidados Paliativos do CAISM conversaram com seu marido e com seu irmão e explicaram que não há mais o que fazer em termos curativos, pois o câncer não respondeu ao tratamento e avançou de forma irreversível.

Pergunto como ela recebeu esta notícia. M.I. coloca que pressionou o marido e ele acabou contando, mas mesmo assim pressiona - a para lutar e sarar.

Pergunto se ela está com medo. M.I. responde que este é o problema: tem muito medo do sofrimento do fim, das dores. (*Dor Psíquica: medo do sofrimento*). Digo - lhe em uma postura de muito acolhimento e doçura que, além do medo do sofrimento, ela também está com **medo da hora da morte**. (*Dor Espiritual*). M.I. prontamente diz que é isto mesmo. Coloco que precisamos conversar sobre isto, pois se não falarmos, a situação fica muito ameaçadora. Paciente concorda. Pontuo que nosso trabalho é justamente procurar ajudá - la a entrar, através do Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, em um mundo espiritual belo, tranqüilo, que transmita paz e serenidade para ela. Explico que perguntei - lhe no início do trabalho se ela acreditava no mundo espiritual, pois a existência de um mundo espiritual belo e sereno é um dos pressupostos deste trabalho. M.I. nesta parte intervém e pontua que acredita. Explico que este pressuposto está baseado nos estudos de psiquiatras que entrevistaram e trabalharam com pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte (E.Q.M.), voltaram a viver normalmente e relataram sobre esta vivência, no plano espiritual, enquanto estavam nesse estado de coma profunda. Pontuo que acreditamos que quando o paciente entra em um estado de relaxamento mental e imagina um mundo espiritual belo e tranqüilo, ele está se ligando, através do pensamento, com um mundo desta natureza; explico que criar cenários belos com energia psíquica, foi uma das observações dos psiquiatras, nos relatos das Experiências de Quase Morte.

M.I. afirma que quer muito esta paz, esta serenidade, e o trabalho que estamos desenvolvendo, está ajudando - a mas, por outro lado, está muito preocupada com os filhos, precisa ajudá - los. (Dor Psíquica: tristeza, preocupação por não poder criar seus filhos).

Oriento - a novamente para conversar com seu marido e com as crianças sobre esta questão; falar sobre a possibilidade dela ir para o mundo espiritual; explicar para o marido como ela gostaria que as crianças fossem educadas; conversar sobre seus sentimentos com seus filhos e demais familiares; mostrar para as crianças que a doença dela não aconteceu por culpa de ninguém; mostrar também que eles não irão ficar desamparados.

Pontuo sobre a importância dela favorecer o elo entre o pai e os filhos. M.I. afirma que realmente precisa fazer isto para diminuir a tristeza e o medo.

Digo - lhe também, em uma atitude de muita doçura, para não exigir de si mesma, mais do que pode dar. Não se culpar por sua doença e não buscar uma remissão do câncer. É missão impossível, digo - lhe, porque ele se alastrou de forma muito agressiva. M.I. concorda, dizendo que realmente o crescimento do tumor foi muito rápido e implacável. Digo - lhe que também irei conversar com seu marido sobre esta questão. M.I. pede para eu, *por favor*, fazer isto, pois V. está precisando.

Observo que a conversa já está cansando a paciente e proponho o exercício mental. M.I. prontamente aceita.

Tempo aproximado de exercício: 15 minutos

Peço que feche os olhos e respire lenta, profundamente e imagine o ar entrando no seu corpo de forma luminosa, envolvendo - a externamente nesta luminosidade e penetrando em todos os órgãos do seu corpo, da cabeça aos pés. Oriento que mande este “oxigênio luminoso” para a região do tumor e imagine a dor diminuindo.

Oriento que entre no caminho dourado, com um céu muito azul e chegue ao lago com a macieira do lado esquerdo e a cachoeira do lado direito. Entre na cachoeira e tome um banho, sinta a água caindo em uma temperatura agradável e pense que ela está

levando suas mágoas embora. Peço que em seguida caminhe até o lago, sente - se e imagine - se com dez anos de idade no colo da mãe, uma época muito feliz de sua vida. Peço que sinta o beijo, o abraço carinhoso de sua mãe, (paciente suspira). Digo - lhe para esquecer todos os problemas neste colo. Deixo - a nesta imagem alguns minutos. Em seguida oriento - a para que volte para a idade atual, mas continue abraçada com a mãe e, nesta posição carinhosa sinta a beleza do Universo e a sua própria beleza. Sinta que faz parte do Universo. Sinta o amor de Cristo envolvendo - a, um amor que não julga, não acusa, não culpa. Apenas compreende, perdoa, ajuda, protege.

Sinta este amor, esta proteção, este perdão de Cristo, envolvendo – a, e que continue abraçada a sua mãe.

Observo que a expressão da paciente suavizou, sua respiração ficou lenta e cadenciada e neste ponto ela adormeceu.

Deixo - a adormecida com a música tocando e vou conversar com seu marido.

Nesta sessão continuei orientando - a para imaginar sua mãe amparando - a carinhosamente, como símbolo de proteção para sua "criança interna", (seus medos, suas mágoas e sentimento de desamparo), mas trouxe - a no final para a idade adulta visto a paciente ter trazido em sua fala a necessidade de cuidar e ajudar os próprios filhos e por esta razão considerei importante pontuar seu “lado adulto”. Orientei - a para sentir o amor incondicional de Cristo, pois tenho observado em seus relatos, no decorrer das sessões a Dor Espiritual, "Culpas perante Deus". Minha fala durante a sessão sobre as vivências dos pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte e voltaram a viver, visou ajuda - la a minimizar o medo do pós - morte, o qual está entrelaçado ao medo da morte.

2ª Sessão de Orientação Familiar: 19 / 06 / 2000

Duração: 15 minutos

Atendimento Domiciliar

Peço que V. (marido), me diga o que a Equipe de Cuidados Paliativos do CAISM - UNICAMP lhe disse. V. repete o que M.I. havia me dito. Pergunto o que ele entendeu disto. V. responde que ela está piorando e que está muito difícil.

Procuo oferecer - lhe conforto e acolhimento. Pontuo que estamos procurando ajudá - la nos aspectos psíquicos e espirituais; estamos procurando minimizar o medo da morte e do pós - morte, o sofrimento, as angústias, culpas, mágoas, tristezas. **V. coloca que este trabalho realmente está ajudando - a.**

Frente ao exposto, oriento - o para evitar pedir para M.I. algo que ela não pode dar: “lutar para seu corpo curar – se”, porque isto só aumenta o sofrimento dela e de todos os familiares. Oriento - o também para conversar com a esposa sobre seus sentimentos e sobre a criação dos filhos. Explico - lhe que esta conversa pode minimizar o sofrimento.

Em seguida pergunto sobre as crianças, se alguém explicou para eles o que está acontecendo. V. diz que não e pergunta como deve proceder. Oriento que converse com seus filhos, mostre que a mãe não melhorou, ajude - os a expressarem seus sentimentos e principalmente ampare - os. Mostre - lhes que não estão abandonados; oriento – o para procurar estar próximo dos filhos.

V. diz que irá fazer isto, pois sabe que ele agora é o ponto de referência e a força dos filhos. Seus olhos enchem - se de lágrimas.

Um sobrinho de V. chega e interrompe nosso atendimento com assuntos financeiros e V. passa a lhe dar atenção. Afirmo para V. que estou à disposição para um novo atendimento. V. agradece e pontua que realmente a "barra está pesada".

Combino novo Atendimento Domiciliar para a próxima semana.

6º Sessão: 26 / 06 / 2000

Duração: 90 minutos

Atendimento Domiciliar

Enquanto aguardo M.I. terminar a higiene que o marido lhe faz na colostomia, converso com sua tia, uma senhora idosa de 73 anos, irmã do pai da paciente, viúva, que está ajudando a cuidar da casa, das crianças e orientando a faxineira.

A senhora aproxima - se de minha pessoa na varanda e diz que tem orado muito com M.I. e isto lhe traz conforto, mas o trabalho que estou realizando com ela também está ajudando muito. Em seguida a senhora desabafa sobre sua própria vida e suas experiências anteriores com perdas e morte. Ofereço minha escuta, procuro ajuda - la a drenar neste momento sua angústia. Quando observo que extravasou sua dor, pergunto sobre as crianças, filhos de M.I. e ela me responde que eles estão bem, estão sentindo - se amparados. Quando entro na sala observo os dois meninos vendo TV, aguardando a hora de ir para escola. Os dois cumprimentam - me sorrindo e mostram - se bem dispostos. *Parece - me que o fato de verem sua mãe sendo atendida e cuidada os tranqüiliza.*

Ao entrar no quarto encontro M.I. muito angustiada por causa da dor física. A paciente desabafa e chora muito. Ofereço meu acolhimento e escuta. Em torno de vinte minutos a paciente chora e desabafa. Diz que não está agüentando as dores físicas. Não consegue comer porque qualquer alimento que ingere provoca mais dores. Já aceitou que vai morrer. Todos nós vamos diz, e complementa que ela vai mais cedo. Fala que "conversou com Deus", aceitou seu destino, só não agüenta mais o sofrimento físico. Ontem brigou com "Deus" por causa deste sofrimento. Não entende o que fez para merecer tanto sofrimento e, além disto, está também fazendo sua família sofrer com suas dores, suas noites mal dormidas. "Não agüento mais Catarina, quero ir embora logo", diz repetidamente. Tem procurado visualizar o mundo belo no qual trabalhamos pelo Relaxamento e Imaginação, mas a dor física muitas vezes atrapalha. São pontadas muito fortes. Pergunto quando haverá consulta clínica no CAISM e a paciente informa que no dia seguinte. Peço - lhe que diga ao médico que vai atendê - la, sobre esta dor física insuportável para que ele possa medicá - la de forma adequada. *Mas, também, eu mesma, dentro de uma visão interdisciplinar, neste mesmo dia, após o Atendimento Domiciliar, passo a informação colhida para um dos médicos residentes responsáveis pelo caso, o qual prontamente toma as providências necessárias.*

A paciente parece acalmar - se "um pouco" com esta possibilidade de solução para sua dor física.

Identifico pela sua forma de colocar sua dor (o que fiz para merecer isto), que ela esta entendendo seu sofrimento como punição; culpa - se e revolta - se com "Deus". Digo isto para ela, com muito cuidado, muita ternura, muito acolhimento.

M.I. comenta que o Deus que é amor, sobre o qual falávamos na sessão anterior, não pode castigá - la desta forma. Questiona porque ela está sofrendo tanto. *Observo que a paciente apresenta intenso sofrimento psíquico e espiritual, frente a Dor Simbólica da Morte. Procuro, de acordo com os objetivos deste estudo, minimizar, re - significar este sofrimento, permeado de culpa, da sensação de estar sendo punida e fortalecer a “energia de vida”, os aspectos afetivos e amorosos.* Digo - lhe que nossa natureza física, psíquica e espiritual é muito complexa e neste momento não temos como saber o porque dela está sofrendo desta maneira, mas, acredito, com certeza, que a causa deste sofrimento não é castigo divino; afirmo que ela precisa de uma medicação adequada para essa dor e que as providências certamente serão tomadas. Acrescento que talvez este não seja o momento de se pensar na causa do câncer e desta dor física, mas buscar a medicação correta para esta dor e procurar a paz interior.

M.I. responde que, quanto à paz interior, ela está bem melhor. Conseguiu, com a ajuda de nosso trabalho, perder aquele medo horrível da morte e aceitar. Só não quer mais sentir dor. A paciente no decorrer deste diálogo foi acalmando - se. Neste ponto digo - lhe que encontrei em meus estudos o relato de um psicólogo russo sobre sua Experiência de Quase Morte, E.Q.M., (citada no Capítulo 2 - Revisão da Literatura). Conto - lhe que este psicólogo vendo - se “fora do seu corpo”, sentiu muito medo. Observou que estava no escuro. Raciocinou que, embora estivesse fora do corpo, estava "vivo" porque pensava, e se pensava, podia optar no que pensar e optou por pensar na luz; ao fazer esta opção, viu a luz. M.I. ouve atentamente, muito interessada. Frente ao seu interesse e sua abertura para o assunto continuo minha explicação contando – lhe, em linguagem acessível, os dados colhidos por KÜBLER – ROSS (1998) e MOOD JR (1989, 1992), sobre as experiências “fora do corpo”, pelas quais os pacientes que passaram por uma E.Q.M. vivenciaram. **M.I. continua ouvindo atentamente, parece encontrar conforto nestas explicações.** Acrescento que, por esta razão, perguntei, no início do trabalho, se ela acreditava no mundo espiritual. Pontuo que a crença na vida espiritual pós - morte é um pressuposto desta prática. Explico - lhe que, como pressuposto, estamos acreditando que ela está entrando,

através do Relaxamento Mental e da Visualização de Imagens Mentais, em um mundo espiritual positivo e belo e, por isto, é necessário para o desenvolvimento deste método, que ela acredite em um mundo espiritual. Explico - lhe que acreditamos, como pressuposto, que construímos através do Relaxamento e da Imaginação uma ponte entre o mundo físico e o mundo espiritual. Acrescento que este é um ato de *Fé*, pois não temos como provar isto de maneira concreta, mas também não é um ato dogmático (acredita - se porque acredita - se, porque é para acreditar, sem nenhuma evidência); É um ato de *Fé*, baseado em pesquisas científicas de psiquiatras com pacientes que estiveram em coma profunda e voltaram. *Procuro explicar - lhe tudo isto porque observo seu interesse, sua abertura, e porque esta é uma premissa da Pesquisa Qualitativa, esclarecer para o pesquisado, no nosso caso a paciente fora de possibilidade de cura, os pressupostos que norteiam o trabalho. No caso da população deste trabalho, paciente terminal, é preciso cuidado na forma e no momento desta colocação, frente às angústias e ansiedades que podem ser mobilizadas. No início do trabalho, com esta paciente, apenas questioneei sua crença ou não na vida espiritual e expliquei que este era um dos pressuposto do trabalho, mas o esclarecimento sobre as pesquisas de vivências "fora do corpo" e a relação destas vivências com a própria morte da paciente, só o fiz, no momento em que senti que ela estava preparada para tal e no momento que observei que estes esclarecimentos poderiam ser úteis, para minimizar suas angústias.*

Após minha explicação M.I. aquieta - se, relaxa; pergunto se quer fazer o exercício mental e ela prontamente diz que sim.

Tempo aproximado de exercício: 20 minutos.

Peço para M.I. fechar os olhos, respirar lentamente e imaginar - se envolvida por uma luz brilhante. Em seguida peço - lhe para visualizar essa luz penetrando em cada órgão (cérebro, pescoço, ombros, costas, tórax, abdome, braços, mãos, pernas, pés), e focar a visualização desta luminosidade na região do tumor, procurando minimizar a dor. Oriente - a, em seguida, para entrar em um caminho luminoso dourado como o sol, com um céu muito azul e chegar ao seu lago com a árvore frondosa com frutos à esquerda e cachoeira à direita. Peço que entre na cachoeira e sinta a água, em uma temperatura agradável, banhar seu corpo e "lavar" suas tristezas e mágoas.

Peço que volte para o lago e visualize uma casinha acolhedora próxima a ele. Sente - se na varanda e veja que, no espaço entre a casa e o lago, existe um jardim florido. Imagine - se sentada confortavelmente na varanda. (*Trago para este exercício a imagem da casa buscando dar - lhe a idéia de continência, segurança*). Oriento que procure visualizar seres, emissários de Cristo, aproximando - se e emanando para ela Amor Universal. Peço que procure sentir este Amor Universal envolvendo - a e transmitindo - lhe paz e serenidade. Afirmo (Sugestão Direta) que a doença não é castigo e que ela não está expiando nenhuma culpa. Digo que a doença é fruto de causas ligadas a nossa constituição humana e não um castigo de Deus. Pontuo que sinta - se livre das culpas e deixe - se envolver pelo Amor Universal. (*Imprimo ao tom de minha voz um timbre de muita doçura, principalmente quando estou fazendo afirmações na Sugestão Direta*). Calo - me e deixo apenas a música tocando.

Após alguns minutos peço que visualize sua mãe aproximando - se, sentando - se ao seu lado e envolvendo - a em amor e proteção, alÉM dos Seres Espirituais.

Calo - me e deixo apenas a música tocando. Digo - lhe, em seguida, que “volte” para ao quarto quando quiser, trazendo esta sensação de paz e conforto.

Após alguns momentos a paciente abre os olhos, com a expressão serena. **Pergunto - lhe como foi o exercício, se este a ajudou. M.I. diz que sim, que está bem, mais tranqüila e apenas o que atrapalhou alguns momentos durante o exercício, foi a dor física, que se apresenta na forma de pontadas agudas.**

Pontuo novamente para ela dizer isto ao médico na consulta e, procurando tranqüilizá - la, afirmo que também irei passar estes dados para a equipe.

Combino a próxima sessão e encerro.

7º Sessão: 03 / 07 / 2000

Duração: 60 minutos

Atendimento Domiciliar

Encontro M.I. no leito de olhos fechados, mas acordada. Pouco se alimenta e sente - se fraca. Ao perceber minha presença, abre os olhos. Pergunto se quer o atendimento e ela diz que sim. Espera que eu me acomode e em um tom de voz baixo começa a dizer que não dormiu esta noite, sentia um formigamento pelo corpo. Também está deprimida e tomou um antidepressivo, o mesmo que tomava em época anterior a sua doença. (Tem histórico de depressão, anterior ao aparecimento do câncer). Sente - se triste e com remorso por suas atitudes com o marido antes de adoecer e também que Deus não é este ser amoroso de quem falávamos nas últimas sessões, pois se fosse, já a teria levado.

Escuto - a oferecendo meu acolhimento e minha compreensão. *Identifico dois aspectos básicos ligados a culpa: Dor Psíquica / Humor depressivo - culpa frente às perdas e Dor Espiritual / Culpas perante Deus.* Quando ela se cala, digo - lhe, sempre em tom de muita ternura e conforto, que, talvez, fosse melhor, agora, olhar para o presente e não para o passado, despedir - se desta vida fazendo as pazes consigo. Talvez hoje, se ela fosse viver o que viveu, o faria diferente, mas na época...Fez o que podia. Pensava que agia certo. Culpar - se agora só aumenta sua dor. É hora do perdão, do autoperdão e não da culpa. M.I. parece suavizar sua expressão. Frente a esta percepção continuo dizendo - lhe que nosso objetivo é ajuda - la a ligar - se a um mundo espiritual belo e pontuo que eu, Ana Catarina, não acredito que Deus a esteja castigando e, que este sofrimento é fruto do processo de câncer que, embora muito doloroso, é consequência da natureza da doença e não um castigo de Deus. Os estudos que li, sobre os pacientes que estiveram no estado de quase morte e voltaram, relatam sobre Seres Espirituais que emanam **amor, bondade e não culpam ou criticam. Acolhem, compreendem, ajudam.** *(De certa forma repito o que já havia dito na sessão anterior, mas o processo terapêutico é assim, caminha em forma de espiral, e não em forma linear. Digo - lhe tudo isto com muita doçura, procurando envolvê - la em uma atmosfera amorosa, buscando minimizar sua culpa e sua "dureza" consigo mesma).*

Observo que M.I. parece melhorar com esta intervenção.

Pergunto - lhe se nosso trabalho com Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, está ajudando - a em relação ao medo da morte e também em relação às culpas e tristezas. M.I. responde que sim. Coloca que não

conseguiu perder totalmente o medo da morte e nem superar totalmente as tristezas e culpas, mas melhorou, abrandou o medo e também as tristezas, as culpas.

Digo - lhe que este é o ponto principal, ajudá - la a ligar - se a um mundo espiritual belo através da Imaginação. Pontuo que procuro ajudá – la, mas quem realmente faz a escolha, a opção de ligar - se a este mundo espiritual belo, é ela própria.

Pontuo que quando começamos o trabalho ela me disse que acreditava no mundo espiritual e eu expliquei que este é um pressuposto do nosso trabalho. Mas, ligar - se ao mundo espiritual que acreditamos existir, é opção, escolha, de cada pessoa. O Relaxamento e a Visualização são apenas instrumentos. Repito novamente a vivência do Dr. George Rodonai na sua Experiência de Quase Morte (E.Q.M.). Pontuo também que o psiquiatra MOOD JR (1989, 1992) concluiu, depois de entrevistar cerca de 2000 pessoas que passaram por uma E.Q.M. que, quando os pacientes tomavam consciência de que continuavam "vivos", fora do corpo, as partes mais transcendentais da experiência aconteciam. Pontuo também que a base dos relatos para se alcançar um mundo espiritual belo é a passagem pelo túnel e a luz dourada e/ou azul e a presença de seres de luz.

Digo - lhe tudo isto de forma pausada, tranqüila e doce, observando seu interesse e sua reação. Procuro, com minha fala, ajudá - la a encontrar formas dentro de si mesma de lidar com a situação, fazer escolhas. Pareceu – me, ao ouvir suas queixas, o relato de uma criança que sente - se castigada por ter sido má. Procuro abrandar este sentimento e fortalecer a sua capacidade adulta de refletir, ponderar, escolher.

Observei que, enquanto eu falava sobre as Experiências de Quase Morte, ela sentou - se na cama para ouvir. Pergunto, no final de minha explicação, se esta orientação a ajudou. M.I. diz que sim, que foi muito bom. Relaxa e volta a recostar, dando indicação que quer fazer exercício mental.

Toda a sessão aconteceu de forma ritmada, tranqüila, permeada de muito acolhimento, muita compreensão; acompanhei com muita atenção, suas reações, enquanto relatava sobre as E.Q.M..

Pergunto - lhe se quer fazer exercício mental. M.I. responde que sim.

Tempo aproximado de exercício: 20 minutos.

Oriento - a para respirar lenta e profundamente, imaginar o ar na cor azul luminosa envolvendo seu corpo externa e internamente, órgão por órgão.

Em seguida peço que se imagine entrando em um caminho dourado com um céu azul e visualize Seres de Luz, emissários de Cristo, amparando - a e ajudando - a chegar no seu lago, com a cachoeira à direita e a árvore frondosa à esquerda. No centro uma casinha branca. Peço que entre na cachoeira e deixe a água banhar seu corpo, levar embora todas as tristezas, mágoas, medos.

Peço que em seguida imagine - se sentada na varanda da casinha e sinta - se protegida. Visualize na sua frente a árvore, a cachoeira, o lago e também um jardim de flores. Oriento para que entre em contato com a natureza, com a beleza da natureza e em seguida entre também em contato com a sua própria beleza interna. Peço que procure sentir que faz parte da natureza e também procure sentir a presença amorosa destes Seres de Luz de Cristo que visualizou e deixe - se envolver por um sentimento de amor. Deixo - a nesta imagem por aproximadamente dez minutos, apenas repetindo, de tempos em tempos, para sentir a beleza do Universo, a sua beleza interna, deixar - se envolver por um sentimento de Amor Universal, sentir que faz parte do Universo.

Digo - lhe em seguida, que volte para seu quarto quando quiser, trazendo uma sensação de paz e serenidade. Após alguns momentos M.I. abre os olhos. Sua face está mais corada; senta - se na cama e fala sem dificuldade. **Pergunto - lhe se o exercício a ajudou e se está sentindo - se bem. M.I. responde que melhorou. O exercício não apaga todas as tristezas e medos, mas ajuda a diminuí - los.**

Pontua minha observação: suas faces coradas e ela, falando sem dificuldade. Paciente confirma que realmente melhorou, sorri e agradece.

Ao sair, sua tia me procura e faço uma breve sessão de Orientação Familiar.

3ª Sessão de Orientação Familiar: 03 / 07 / 2000

Duração: 10 minutos

Atendimento Domiciliar

A tia de M.I. afirma saber que sua sobrinha irá “partir” em breve e pergunta – me como deve proceder quando isto acontecer, como ela pode ajudar M.I.

Digo – lhe para que, se estiver do lado quando ela estiver indo a óbito, procurar tranqüilizá – la e orientá – la para imaginar que está entrando em um caminho dourado e chegando a um local belo, a um lago com árvore frondosa e cachoeira. Orienta – la também para imaginar que está sendo amparada por Seres de Luz, emissários de Cristo.

A tia de M.I. coloca que me faz esta pergunta porque observou que este trabalho tem feito bem para a paciente. Complementa que também tem orado muito por ela.

Pergunto sobre as crianças. A tia de M.I. responde que eles estão um pouco “indiferentes”, mas que o pai e o avô conversaram com os meninos, junto com M.I., e perguntaram com quem eles gostariam de ficar depois que M.I. partisse, com o pai deles ou com o avô. As crianças responderam que queriam ficar com os dois.

Oriento esta senhora para procurar amparar as crianças, transmitir – lhes segurança e ajudá – los a falarem sobre o que está acontecendo.

Pontuo que me liguem em alguma emergência.

8º Sessão: 11 / 07 / 2000

Duração: 30 minutos

Atendimento Ambulatório CAISM

Atendo M.I. no ambulatório do CAISM em dia de consulta médica.

A paciente vem para o atendimento acompanhada do marido, em uma cadeira de rodas, visto sua dificuldade em andar. Pergunto ao casal se querem que V. também participe da sessão, mas este prefere que M.I. entre sozinha.

M.I. mostra – se abatida e cansada. Coloca que se sente indisposta, com muita dor de cabeça. Atribui esta dor ao fato de não estar conseguindo alimentar – se. Fala que quer ser atendida logo pelo médico e ir embora para casa, deitar.

Ofereço meu acolhimento e minha compreensão pelo visível mal - estar da paciente. M.I. pergunta – me se hoje podemos só conversar, pois, por causa da dor de cabeça e do desconforto de estar sentada, não consegue fazer exercício de relaxamento. Concordo prontamente.

M.I. discorre sobre seu mal estar físico dizendo que faltam – lhe forças e que o leite que tomou antes de vir para o hospital ”sobe e desce”, faz barulho. Pergunta –me se não estou escutando o barulho, e procuro tranqüilizá – la.

Oriento – a para falar detalhadamente sobre isto com o médico que irá atendê – la porque observo medo e desconforto em relação a este sintoma. Como ela também refere – se à possibilidade de consultar uma nutricionista, encorajo – a para tal.

*Entendo suas queixas físicas como “reais”, decorrentes do estadio avançado do câncer, mas também com conteúdo simbólico referente ao **mal estar psíquico e espiritual principalmente vinculado ao medo do sofrimento, culpa frente às perdas, medo da morte e do pós – morte.*** Digo – lhe isto em uma postura de muito acolhimento, doçura, compreensão.

M.I. “abre – se” frente a esta minha colocação e começa a falar sobre suas angústias em relação aos filhos e o marido. Diz que V. não agüenta mais vê – la sofrer desta maneira. Ela percebe o quanto está sendo difícil para ele e para seus filhos. Pergunto – lhe se já conseguiu conversar com as crianças, falar sobre seus sentimentos, orientá – los. M.I. diz que só conseguiu conversar sobre com quem eles querem ficar, mas não falou sobre seus sentimentos.

Estimulo – a para tal, pontuando que talvez isto faça bem para ela. M.I. diz que também acredita que conversar com eles seja bom e que irá tentar, aproveitar que eles estão de férias.

*Como a paciente mostra – se muita desanimada pelo seu desconforto físico procuro ajuda – la a olhar para seus progressos quanto à **melhora em relação a Dor Psíquica e Dor Espiritual**, embora acredite que eles estejam inter - relacionados.* Pergunto – lhe se ela lembra do seu estado emocional **quando começamos esta**

intervenção psicoterapêutica: profundamente angustiada frente à doença, com muita culpa, tristeza por suas perdas e principalmente com muito medo da morte e, no decorrer de nosso trabalho, ela conseguiu olhar, entrar em contato com estes aspectos, minimizar suas tristezas, culpas, medos. M.I. concorda, coloca que realmente melhorou nestes aspectos. No início do trabalho não conseguia ver nenhuma “luz”, não aceitava a idéia da morte e conseguiu melhorar, aceitar.

Peço – lhe, por outro lado, com muito carinho, que não se culpe e não exija de si mesma uma melhora física como esforço para ter apetite e disposição para levantar. *Faço esta colocação visto ser esta a tendência da paciente: culpar - se, exigir muito de si mesma.* M.I. concorda e pergunta se irei vê – la no domicílio, na semana seguinte. Digo – lhe que sim, “claro que sim”, e percebendo a vontade da paciente em ir para sua casa encerro a sessão, procurando ser o mais acolhedora possível; M.I. pergunta novamente se irei vê – la na sua casa.

Respondo que sim, digo - lhe para ficar tranqüila e me despeço.

9º Sessão: 17 / 07 / 2000

Duração: 60 minutos

Atendimento Domiciliar

Encontro M.I. na cama. Pergunto – lhe como está e ela responde que está péssima. Pergunto – lhe de que forma está péssima. M.I. responde que está péssima fisicamente, cada dia mais fraca e que precisa reagir. Precisa ter fé para que Deus possa curá – la. Coloca, muito aflita e chorando, que não pode morrer agora, sua família precisa dela, não pode deixá – los, precisa viver para ajudá – los.

Escuto – a oferecendo meu acolhimento e com muita doçura pergunto – lhe se não existe outra forma de ajudá – los, além da sua cura. E se esta cura não vier, pergunto, como podemos ajudá – los. Não sei, responde M.I., culpando – se por não conseguir melhorar, exigindo de si mesma uma reação física contra a doença, responsabilizando – se totalmente pelo bem estar da família. Relata que ontem seu marido bebeu e ela está muito aflita porque ele não está sendo capaz de ajudar, está sendo fraco e ela precisa sarar para cuidar da família.

Procurando ajudá – la a re - significar essa culpa e essa angústia, conto – lhe a seguinte história, de autor desconhecido: “Era uma vez um rei que tinha um servo muito fiel. O rei dizia que Deus não era bom, pois existia sofrimento, fome, tristeza, pobreza, doença. O servo ao contrário, dizia que Deus era bom e as coisas ruins não existiam porque essa era à vontade de Deus, mas em decorrência da ação do homem e, também, às vezes, um problema muito sério, visto como uma desgraça, poderia ser algo que trouxesse crescimento, algo de bom, para as pessoas envolvidas.

O rei e o servo foram caçar. Um leão atacou o rei e o servo conseguiu matar o leão, mas não antes deste ferir levemente o rei. Por causa destes ferimentos leves que o rei sofreu, segundo as leis do reino, o servo teria que ir para a masmorra por um tempo. Assim cumpriu – se. O rei disse ao servo: “veja, você vai para a masmorra... Onde está a bondade de Deus? Qual o benefício desta desgraça?” O servo respondeu que o tempo mostraria o benefício desta aparente desgraça. Algum tempo depois houve uma invasão no reino e quase todos os servos morreram nas mãos dos invasores. E o servo fiel, por estar na masmorra, foi poupado. Ele disse ao rei: “veja o benefício: a desgraça de estar preso, salvou minha vida”.

M.I. escuta, atenta. Afirmo, no final, com muito carinho, que com esta história procurei mostrar - lhe que, às vezes, uma aparente desgraça pode ajudar às pessoas crescerem. Pontuo que seu marido também é responsável pelas crianças, principalmente agora que ela está doente. *Procuro minimizar a culpa que ela demonstra sentir por não sarar, a angústia por não poder cuidar da família.* M.I. parece relaxar com minha colocação, sua expressão suaviza.

Pergunto – lhe o que é morte para ela. M.I. responde que morrer agora, depois de tudo o que conversamos, será o descanso, a paz, mas para sua família será o tormento. Afirmo que os exercícios que estamos fazendo e as minhas colocações, têm ajudado muito porque ela entra, através das minhas orientações, em um mundo tranquilo e de paz. Mas, e sua família, volta a perguntar.

Entendo sua pergunta, parece – me que ela pede para que eu faça algo por eles. Digo – lhe que no dia seguinte irei atender seu marido e procurar ajudá – lo a se

fortalecer, enfrentar a situação. M.I. responde, aliviada, que está ótimo e pede, por favor, para que eu realmente faça isto. “Por favor, Catarina, frisa M.I., mostre para ele que bebendo ele não está me ajudando em nada”.

M.I. relaxa, acomoda – se na cama. Pergunto – lhe se quer fazer os exercícios. Ela prontamente diz que sim.

Tempo aproximado de exercício: 20 minutos

Coloco a música e oriento – a para que respire lentamente, imagine o ar, na cor azul - céu, envolvê – la externamente e, em seguida, entrar em seus pulmões, e ser distribuído para todo o corpo.

Oriento que visualize – se entrando em um caminho dourado, repleto de sol, com um céu muito azul e chegue no seu lugar bonito, com o lago, cachoeira, árvore frondosa. Oriento – a para, em seguida, imaginar que está entrando na cachoeira, sentindo a água escorrendo por seu corpo em uma temperatura agradável; imaginar que esta água está lavando, levando, toda tristeza, mágoa, culpa, embora. Calo – me e deixo – a visualizando esta imagem, por alguns momentos.

Peço, em seguida, que dirija – se para a árvore frondosa, colha alguns frutos, sente – se na sua sombra e imagine que esta comendo, saboreando estes frutos. Sinta – se preenchida, reconfortada.

Introduzo a imagem saborear o fruto procurando despertar na paciente uma sensação de preenchimento, sustentação, amparo e um contato com sua espiritualidade, sua alma, visto que o fruto da árvore pode simbolizar este aspecto: alma, “self”.

Deixo – a visualizando esta imagem, por alguns momentos.

Oriento – a para, em seguida, ir para o lago, sentar – se na beira e imaginar que está pescando. Digo – lhe que enquanto está, pacientemente, aguardando o peixe, sabe que ele virá. Não sabe como este peixe será, qual a qualidade, mas sabe que ele vem e aguarda; peço que procure confiar no amparo divino de forma correlata a pescaria: assim como confia na vinda do peixe, quando pesca, confie no amparo divino. Imagine que Seres Espirituais de Cristo aproximam – se e a amparam, ajudam, protegem.

Oriento o exercício de forma muito suave, amorosa e pausada.

Deixo a música tocando, frisando, por sugestão direta, que os Seres Espirituais de Cristo a amparam, ajudam, protegem.

Neste momento observo que a paciente fica completamente imóvel e adormece.

Deixo a música tocando por mais algum tempo e observo que a paciente entrou em sono profundo.

No dia seguinte, quando vou atender V. no ambulatório do CAISM, M.I. relata que dormiu por muito tempo e acordou sentindo – se muito bem.

4ª Sessão de Orientação Familiar: 18 / 07 / 2000

Duração: 30 minutos

Atendimento Ambulatorial

Encontro V. no ambulatório de Cuidados Paliativos acompanhando a esposa. Convido – o para o atendimento e M.I. prontamente reforça meu convite dizendo: ”Hoje é você, bem”. V. aceita e me acompanha.

Ao sentarmos começa imediatamente a falar, afirmando que a barra está muito difícil para ele. Está muito angustiado com o sofrimento da esposa, mas espera que ela ainda se cure.

Com muito tato pergunto – lhe o que os médicos do Setor de Cuidados Paliativos disseram. V. responde que explicaram para ele e para seu cunhado que nada mais pode ser feito em nível curativo e que o tumor avançou de forma irreversível. É muito duro aceitar isto, pontua.

Em uma atitude de muito acolhimento digo – lhe que compreendo sua dor mas, por outro lado, acredito que é melhor olhar para a verdade como ela é porque assim podemos aproveitar o tempo que resta de forma apropriada e que estou ali para ajudá – lo.

Explico que a insistência dele, em pedir para M.I. esforçar - se para se curar, traz muito sofrimento para ela. Ele está exigindo algo que, atualmente, infelizmente, é impossível.

V. concorda. Diz que ele e M.I. já conversaram sobre isto, sobre o estado atual dela, mas é muito difícil aceitar. Respira fundo e diz que vai tentar.

Começa a contar que está fazendo algo errado: beber para esquecer. Digo – lhe que é exatamente sobre isto que quero falar com ele porque M.I. está muito preocupada e angustiada porque ele voltou a beber no domingo.

V. responde que foi um desabafo e que não conseguiu parar. Bebeu até cair e fez coisas das quais não lembra. Afirma que é assim: não pode colocar álcool na boca. Se resolver beber uma cervejinha, não consegue parar, bebe até cair.

Pergunto – lhe porque bebeu. V. responde que bebeu para espairer, porque não tem feito mais nada para se distrair. Fica pensando e se revolta.

Pergunto – lhe sobre o que fica pensando. V. responde que lutaram muito, ele e M.I. para melhorar o sítio e desenvolver uma sorveteria no fundo da casa. Quando conseguiram melhorar financeiramente, ela adoeceu e não pode usufruir nada. Agora está com a sorveteria fechada por causa do frio e da doença de M.I. Recebeu um convite para trabalhar com defumados neste período de inverno, mas, não tem condições porque precisa cuidar de M.I., da casa, das crianças. Sua vida agora é cuidar da esposa, limpar a casa, cozinhar, lavar e passar roupa, cuidar dos filhos. Não agüenta mais. No domingo não tinha o que fazer e bebeu. Ontem a noite conversou com M.I. e resolveu que começará a freqüentar a Igreja que ela freqüentava e será batizado como ela foi, para sentir – se mais forte.

Pergunto – lhe se gostaria de ser encaminhado para ajuda especializada em relação à bebida. V. responde que não é preciso porque consegue ficar sem beber. Fazia muito tempo que não bebia e o problema foi tomar o primeiro copo de cerveja. Afirma que enquanto não bebe, consegue ficar bem, mas, se colocar um copo na boca, não consegue parar mais. Este é seu problema: quer extravasar, relaxar e não consegue parar mais.

Digo – lhe que entendo. Isto acontece com algumas pessoas, não conseguem parar de beber quando começam. Frente a isto, comento que ele não deve beber, principalmente na situação atual. V. concorda, coloca que sabe que não pode.

Em seguida oriento – O para a necessidade de encontrar uma forma mais adequada para extravasar sua dor, relaxar. V. fala que gosta de natação, ficou sócio do clube, continua sendo sócio e nunca o frequentou. Agora não é possível começar porque está muito frio. Pergunto – lhe que outra alternativa teria. V. responde que gosta de pescar. Pode começar a sair com os filhos; deixar M.I. com o pai um pouco e ir pescar com as crianças, dar umas voltas para se distrair. Pontuo que esta parece ser uma boa alternativa.

Pergunto – lhe como está sentindo – se. V. coloca que foi ótimo desabafar, falar. Tirou um peso do corpo. Reorganizou as idéias.

Pergunto – lhe como está pensando em agir em relação a M.I. V. responde que não irá mais beber. Pontuo que este seu comportamento está angustiando muito a paciente. Afirmo que M.I. já perdeu o medo da morte, já a vê como um descanso, consegue se ligar através da Imaginação a um mundo espiritual belo que acreditamos existir, mas, por outro lado, está muito angustiada, culpando – se por deixar a família; tem medo que ele não fique bem, não cuide das crianças...

V. escuta minha colocação. Afirma que sabe estar errado ao beber, mas isto não irá mais acontecer. Acrescenta que está cuidando bem da casa e das crianças, oferecendo segurança para eles. Seu problema é não beber mais. Acrescenta que está mais tranqüilo, mais aliviado, depois desta conversa.

Oriento, em seguida, para que ele converse com M.I., procure tranqüilizá – la, mostrar que irá cuidar dos filhos e também permitir que ela possa morrer em paz. V. responde que fará isto.

Relata, em seguida, que pediu para a tia (irmã do pai de M.I.), que estava na casa deles ajudando, voltar para a casa dela, porque esta senhora mais atrapalhava do que ajudava. Acrescenta que é capaz de cuidar das crianças e da casa.

Ofereço o meu apoio.

V. mostra – se relaxado na cadeira. Pergunto – lhe se a sessão foi boa para ele. V. responde que foi ótima. Desabafou, colocou sua cabeça em ordem.

Acompanho V. até o ambulatório e combino o atendimento domiciliar para a próxima semana.

Despeço – me do casal em um clima de afeto e serenidade.

10º Sessão: 24 / 07 / 2000

Duração: 50 minutos

Atendimento Domiciliar

M.I. esta na cama. Pergunto como está. A paciente apresenta dificuldade para falar mas, mesmo assim, coloca que teve um sonho com Jesus Cristo. Sonhou que ele lhe dizia para vestir branco e que ele iria lhe curar. *A paciente está realmente vestida de branco.* Acrescenta que está péssima fisicamente, muito fraca. Com muito cuidado digo para a paciente que talvez a cura que ela tenha sonhado não seja do corpo, mas do seu espírito, para que ela reencontre a paz interior. O branco pode representar pureza, paz, e talvez, este possa ser o significado simbólico do seu sonho, o desejo de alcançar a paz. A paciente concorda e acrescenta que por outro lado, teve um outro sonho que parecia muito real, não foi sonho, foi pesadelo e pensou que talvez estivesse ficando louca. Sonhou com pessoas de sua família, seu pai, sua tia, e que ela os matava com um galho de alerquim. Eles murchavam. A paciente faz este relato, aflita e agitada. Procuro tranquilizá-la. Afirmando que foi apenas um sonho e como ela tem estado tanto tempo na cama, estas confusões podem acontecer. Explico que talvez este sonho possa ser a representação simbólica da sua culpa por fazer seus familiares sofrerem. Pontuo novamente que não é sua culpa toda esta situação e neste momento, nossa tarefa mais importante é buscar a paz interior para ela. *Procuro minimizar sua angústia de morte. Este sonho onde ela mata seu pai e sua tia pode significar sua agressividade para com eles, o fato de serem velhos e continuarem vivendo, ao passo que ela, muito mais nova, está morrendo...Mas, frente à fragilidade física e emocional da paciente, opto por não fazer esta colocação com receio de mobilizar mais culpa, intensificando sua angústia de morte.*

Pergunto sobre seu marido. M.I. coloca que ele continua sofrendo, mas parou de pressioná-la para sarar. Ontem, domingo, bebeu, mas conseguiu beber pouco, soube

parar. Não ficou bêbado e não falou besteira. Digo – lhe que é natural que ele esteja sofrendo, estranho seria se ele não estivesse. *Procuro novamente minimizar sua angústia e culpa.*

M.I. faz estes relatos com muita dificuldade, sua respiração parece cansada, a voz fraca.

Pergunto – lhe se prefere fazer o exercício ao invés de continuarmos conversando. Ela imediatamente aceita.

Tempo aproximado de exercício: 30 minutos

Peço que feche os olhos e procure respirar lentamente. *Observo que foi novamente pregado na parede do seu quarto, em frente a sua cama, as imagens de mar e céu azul, as quais eu havia lhe dado no Hospital para que ela memorizasse a cor azul e procurasse se tranqüilizar.*

Oriento para que respire uma luminosidade azul brilhante, “veja” esta luz envolvendo seu corpo e, em seguida, indo para os pulmões e sendo espalhada por todo corpo. Imagine este “ar azul” sendo levado para seu cérebro, sua garganta, seu coração, pulmões, costas, abdome, região genital, braços, mãos, pernas, pés.

Peço que, em seguida, imagine – se entrando em uma estrada dourada de sol, com um céu muito azul e caminhe por esta estrada, sinta uma brisa gostosa, chegue ao seu lugar escolhido. Veja o lago azul, a árvore frondosa carregada de frutos à esquerda, a cachoeira à direita, com um arco íris brilhando sobre suas águas. Peço que se imagine entrando na cachoeira com a água numa temperatura muito agradável; sinta a água caindo sobre seu corpo, “lavando” toda a tristeza, culpa, mágoa. Afirmo para deixar esta culpa ir embora. Não é sua culpa o fato de seus familiares estarem sofrendo e sim consequência das circunstâncias. Oriento para que procure dar paz ao seu espírito, imagine - lo nesse lugar bonito. Acreditamos que o mundo espiritual pode ser assim, se quisermos. Afirmo que apenas ela pode imaginar seu espírito em um lugar belo e em paz. M.I. suspira e relaxa a face.

Procurando maximizar uma descontração oriento que na cachoeira brinque com as cores do arco íris e se quiser me diga qual a cor DE que mais gosta. M.I. não responde, apenas suspira. Parece mergulhada no exercício.

Oriento para, em seguida, imaginar que está dirigindo – se para a árvore frondosa e sentando – se na sua sombra. Digo – lhe para visualizar o lago à sua frente e flores ao seu redor; sentir que os anjos de Cristo aproximam – se e envolvem – na em amor e proteção. Peço que permita que este amor a envolva. Entregue – se, permita que seu espírito sinta esta paz. Repito estas afirmações várias vezes. M.I. balança afirmativamente a cabeça e suspira. Parece relaxar mais.

Não tenho como provar de forma pragmática minha sensação, mas eu também me senti envolvida por um sentimento de profunda paz, ternura, acolhimento, amor. Algo que transcendia... Pareceu – me, neste momento, que o mundo físico e o mundo espiritual se interpenetraram de forma possível de ser sentida... No campo de estudos da Parapsicologia esta sensação que tive é denominada como um fenômeno de clarisensibilidade. Essa forma de percepção extra - sensorial expressa – se através de sensações claras. Segundo VAN PRAAGH (1998), uma pessoa dotada de clarisensibilidade é capaz de sentir a presença dos espíritos no ambiente, assim como os sentimentos por eles transmitidos. Foi exatamente o que senti.

Não tenho como provar esta clarisensibilidade, apenas posso descreve – la e observar seu encaixe na circunstância como um todo.

Reafirmo para M.I. entregar – se para essa paz, para esse amor, deixar – se envolver por estes seres de Cristo. Afirmo para ficar tranqüila quanto a seus filhos, porque seu marido afirmou na sessão comigo que irá cuidar bem deles. M.I. abre os olhos, olha – me, suspira, torna a fecha – los. Parece relaxar mais.

Deixo a música tocando e apenas, de tempos em tempos, vou afirmando para ela visualizar a beleza do lugar, o céu azul, as flores, o lago, a árvore frondosa, a cachoeira, permitir que seu espírito se sinta envolvido nesta paz. permitir que seres de Cristo a protejam e envolvam. *Minha voz em todo o exercício é muito suave, muito meiga.*

Quando desligo a música, M.I. abre parcialmente os olhos, sorri e diz: “Muito obrigada Catarina”. Despeço – me colocando que volto na próxima semana. M.I. volta a fechar os olhos e saio.

11º Sessão: 03 / 08 / 2000

Duração: 30 minutos

Atendimento Domiciliar

M.I. não consegue mais falar. Quando entro no quarto me cumprimenta com dificuldade.

Proponho que façamos apenas o exercício mental. M.I. responde afirmativamente com a cabeça e fecha os olhos.

Coloco a música e peço para M.I. respirar lentamente, imaginar o ar na cor azul céu envolver todo o seu corpo.

Oriento - a para, em seguida, entrar em uma estrada dourada, com um céu muito azul e caminhar por esta estrada. Sentir a brisa suave e caminhar. Visualizar o dourado da estrada, o azul do céu.

Oriento – a para imaginar que nessa estrada, Seres enviados por Cristo, que emanam amor incondicional, bondade, proteção, carinho, se aproximam, a amparam e a ajudam nesse caminhar.

Pontuo, por sugestão direta, para ela sentir a presença, a bondade, destes Seres. Imaginar – se amparada por eles e chegar no seu lugar bonito. Ver a árvore frondosa à esquerda, o lago azul, a cachoeira, à direita.

Oriento – a para, em seguida, dirigir – se para a cachoeira e imaginar a água branca, em uma temperatura muito agradável, cair por todo seu corpo, lavar e levar embora, toda tristeza, mágoa, culpa, dor. Imaginar que todo o sofrimento está sendo levado embora pela água da cachoeira.

M.I. suspira. Parece relaxar mais.

Peço para que, novamente, ela veja estes Seres de Cristo, envolvendo – a em amor e proteção e levando – a ate a árvore frondosa. Oriento que se imagine sentada

embaixo desta árvore e sinta a luz, o amor, a paz do Mundo Espiritual. Afirmo para ela ligar – se, mentalmente, com a luz, com o amor do plano espiritual.

Faço uma pausa e deixo a música tocando por alguns minutos.

Digo – lhe, de forma muito suave, que tudo o que ela tinha para fazer nesta vida está concluído. Não há certo ou errado. Fez o que pode e aprendeu com as experiências. Agora chegou a hora de partir, de entrar no mundo espiritual. Digo – lhe para ligar - se ao sentimento de paz, amor, bondade, proteção do mundo espiritual. Despedir – se desta vida.

Pontuo para ela procurar ficar tranqüila em relação aos seus filhos porque seu marido, em sessão comigo, afirmou que ira tomar conta e cuidar das crianças, com amor e proteção. Neste momento M.I. abre os olhos, olha – me, parecendo dizer – me, “por favor, insista nisto com ele” e volta a fechá – los. Frente a minha percepção, digo – lhe que irei novamente conversar com seu marido e com seu pai sobre este assunto.

Oriento – a, novamente, para ligar – se à bondade, ao amor, à proteção do mundo espiritual. Entregar – se para este mundo. Sentir a presença dos Seres de Cristo ao seu lado. Deixo a música tocando e de tempos em tempos repito a orientação acima citada.

Em torno de 30 minutos de exercício, observo que M.I. adormeceu.

Como disse no relato da sessão anterior não tenho como provar de forma pragmática minha sensação, mas novamente, nesta sessão, voltei a sentir – me envolvida por um clima de profunda paz, ternura, acolhimento, amor, algo que transcendia... Pareceu – me, novamente, que o mundo físico e o mundo espiritual se interpenetraram de forma possível de ser sentida...

Ao sair, orientei os familiares para procurarem ajudar M.I. nestes momentos finais.

Morte da Paciente:

M.I. foi a óbito três dias após esta sessão. Segundo seu marido, a paciente começou a passar muito mal no período da tarde, foi levada para o CAISM, onde foi atendida, e retornou para casa, para que pudesse morrer junto aos seus. Em torno das 3:15

horas da madrugada, M.I. foi a óbito nos braços do marido, sem agonia, segundo ele; apenas vomitou o leite que havia tomado no CAISM, virou para o lado e morreu.

Nesta mesma madrugada, eu, Ana Catarina, tive o seguinte sonho: “Sonhei que minha cachorrinha aproximava – se de várias capivaras, (atualmente corre na cidade de Campinas uma notícia de que 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). No sonho, em seguida, a aproximação da cachorra às capivaras, aquelas se transformava em um imenso bloco de ferida em carne viva. Eu jogava água (que pode ser interpretado como um símbolo de transformação) na cachorra e ela voltava à sua aparência normal, apenas apresentando uma pequena ferida no lombo. Ao acordar, lembrei – me do sonho e imediatamente fiz a associação: meu inconsciente deve ter captado a morte de M.I. e o grande sofrimento, (a grande ferida), foi minimizado pelos símbolos de transformação dos exercícios”.

Liguei para sua família, perguntando por M.I., e seu pai confirmou minha intuição: a paciente havia ido a óbito aquela madrugada.

Sessão com Familiares Pós - Óbito: 11 / 08 / 2000

Duração: 50 minutos

Atendimento Domiciliar

Participam da sessão: R. (pai) e V. (marido) da paciente.

Pergunto como estão. V. coloca que queria que M.I. tivesse se curado mas, pelo tanto que ela estava sofrendo, foi melhor ela ter morrido. R. diz que está conformado justamente porque a morte foi um alívio para o sofrimento dela. Em seguida ambos afirmam que estão tranquilos em relação aos cuidados que dispensaram para M.I. porque fizeram tudo o que podiam por ela, atenderam seus mínimos pedidos.

Pontuo esta afirmação, relatando que M.I., várias vezes, falou sobre o amor, carinho, atenção, que tanto o marido como o pai, estavam dispensando para ela. *Procuro com esta pontuação, verdadeira, remover algum resíduo de culpa que eventualmente possam estar sentindo.*

Relatam, em seguida, que M.I. era muito querida por todos. O “povo” da cidade compareceu em massa ao enterro, inclusive as professoras de seus filhos. Afirmam que as enfermeiras do CAISM também gostavam muito dela, eram muito atenciosas com ela.

Pergunto sobre as crianças. V. coloca que eles estão bem. Está procurando dar para os filhos o máximo de apoio, carinho, proteção. O mais velho, E., é o mais difícil. É muito fechado e às vezes parece revoltar – se. O caçula J. é diferente. É mais acessível, fala o que sente, é extrovertido. Acrescenta que E., o mais velho é como ele, V.: tem dificuldade de se expressar e também costuma se revoltar. Mas, apesar de tudo, eles estão bem.

R. confirma que realmente as crianças estão bem, mas irão sentir a falta da mãe. Afirmo que isto é inevitável.

Concordo com esta intervenção de R.. Afirmo que a dor da perda da mãe é possível de ser lidada, mas impossível de não ser sentida. Oriento para que procurem tratamento psicológico para que os meninos possam ser ajudados na elaboração do luto. Indico os Centros Especializados que podem ser procurados.

V. afirma que irá fazer isto; já estava, inclusive, pensando sobre este assunto. Acrescenta que talvez ele mesmo também precise de algum acompanhamento psicológico porque desde criança “ficava pensando, sofrendo, se revoltando”. Pergunto se ele teve uma infância muito difícil. V. coloca que sim. Pontuo que também recomendo psicoterapia para ele e oriento para buscar esta ajuda nos mesmos centros que indiquei para as crianças.

Ponderando as dificuldades emocionais pregressas de V. e o impacto emocional que a perda da mãe pode causar nas crianças, faço esse encaminhamento baseada nas afirmações dos seguintes autores: BOWLBY (1997) concluiu que a ansiedade em torno de uma separação involuntária pode ser uma reação perfeitamente normal e saudável. O que pode ser difícil de explicar é porque tal ansiedade é despertada em algumas pessoas com uma intensidade tão grande ou, ao contrário, em outras com tão pouca intensidade. Esta diferença entre o luto normal e patológico nos conduz a questões de etiologia e psicopatologia que estão diretamente ligadas segundo esse autor, a Teoria de Ligação. O ponto fundamental desta teoria é a existência de uma forte relação causal

entre as experiências de um indivíduo com seus pais e sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos. BROMBERG (1996), também pontua que a qualidade do vínculo estabelecido primariamente determinará os vínculos futuros e também os recursos disponíveis para enfrentamento e elaboração de rompimentos e perdas.

Pergunto, em seguida, se tiveram algum sonho com a paciente. Familiares respondem que por enquanto não. Conto – lhes o meu sonho na noite do óbito e explico – lhes como o interpretei. V. e R. concordam que realmente o sofrimento de M.I. foi minimizado com nosso trabalho. **V. acrescenta que M.I. sempre comentava com ele que o trabalho de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, ajudava – a muito. Sentia – se em paz. Gostava muito da música, achava – a linda. Também gostava muito do que eu dizia para ela, da forma como conduzia os atendimentos. Sentia – se diferente, uma outra pessoa, mais forte, mais calma; relaxava tanto que às vezes adormecia no final do exercício, complementa V.**

Afirmam, em seguida, que estão tranqüilos, embora sintam saudades e vontade de chorar. Sentem que fizeram tudo o que podiam por ela. Pontuo que esta “saudade e vontade de chorar” são perfeitamente naturais.

Pergunto se nossos atendimentos os ajudaram. Respondem que as orientações dadas foram muito boas porque os ajudaram. R. acrescenta que quando perdeu sua filha mais velha, também de câncer, há dois anos, ficou desesperado. Olhava para a casa dela e sofria muito. Pensou que iria acontecer o mesmo quando M.I. morresse, mas isto não aconteceu. Consegue olhar para o quarto, para a cama dela, sem desespero. Sente paz, tranqüilidade. Sente que sua filha foi para um lugar melhor, parou de sofrer. V. coloca que ele também está bem; sente paz, acredita que M.I. parou de sofrer, foi para um lugar melhor.

Afirmo que esse era nosso objetivo: ajudá – la, através do Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, entrar em um mundo espiritual belo que ela acreditava existir e que também acredito, enquanto profissional, baseada nos estudos de psiquiatras com pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver.

Pergunto se eles querem falar sobre mais alguma coisa. V. e R. dizem que não, que foi bom conversar.

Encerro a sessão afirmando que podem me procurar sempre que precisarem e pontuo novamente para V. a importância de uma psicoterapia para as crianças e para ele mesmo. V. afirma que irá fazer isto.

Despeço – me.

8.3. TERCEIRA PACIENTE: I.F.R.

8.3.1. Identificação

Idade: 37 anos

Estado Civil: casada há 22 anos.

Filhos: Uma moça casada e um rapaz solteiro.

Residência: Mora em Campinas em cômodos cedidos pelos sogros.

Doença: Neoplasia maligna – Câncer inflamatório de mama direita. Estádio III B. Metástases no fígado e pulmões com dispnéia importante, usando cateter.

Início do Tratamento: 16 / 09 / 99

Hospital: CAISM - UNICAMP

8.3.2. Histórico Clínico:

Dados colhidos através de relatos da Equipe de Saúde da área de Oncologia / CAISM/ UNICAMP, no prontuário da paciente.

Enfermagem: Paciente muito deprimida desde o início do tratamento, chora muito e relaciona seu choro à dor na mama e ao medo do avanço do câncer.

Psicologia: Paciente apresentava, na época do diagnóstico, com humor alterado, sofrimento psíquico intenso e negando 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.

Equipe de Dor: Sente dor no repouso e foi medicada no Ambulatório de Dor Crônica.

Serviço Social: Está casada a 22 anos e tem dois filhos: uma moça já casada e um filho solteiro. Reside em cômodos cedidos pelos sogros. Esposo está desempregado; faz 'bicos' como servente de pedreiro.

A paciente trabalhava como doméstica. Atualmente está afastada recebendo auxílio doença.

Mesmo após o tratamento com rádio e quimioterapia não foi possível realizar cirurgia para retirada da mama.

8.3.3. Sessões Psicoterapêuticas:

Sessão Única: 24 / 08 / 2000

Duração: 15 minutos

Atendimento Hospitalar

Encontro paciente sentada na cama, acompanhada da sobrinha. Apresento – me como psicóloga e que fui indicada para atender – la em uma postura de muito acolhimento. Paciente não mostra receptividade.

Explico que faço um trabalho com Relaxamento Mental através de músicas e Visualização de Imagens belas e procuro oferecer - lhe continência. Paciente balança a cabeça negativamente. Sobrinha aproxima – se, com muita delicadeza, e diz que ela é evangélica e não pode ouvir nenhum tipo de música. Ofereço, por esta razão, em uma postura de muito acolhimento, para trabalharmos somente com Imagens e mostro o Álbum de Imagens (Anexo 7) para a paciente. Começo a folhear as páginas para que I. veja essas imagens. A paciente balança a cabeça negativamente e diz que não quer. Explico que iria

ajudá – la a desfocar o pensamento das tristezas. I. repete o gesto: balança negativamente a cabeça e diz que não quer. Afirma que quer apenas remédio para melhorar a falta de ar e mais nada. Digo – lhe que está bem; acrescento que se ela mudar de idéia estarei à disposição.

A sobrinha aproxima – se e pede para que eu “não leve a mal”; afirma que “não é pessoal”. Acrescenta que sua tia I. fica aflita com qualquer pessoa que se aproxima, até com as enfermeiras. Tranqüilizo – a dizendo que está tudo bem, que a atitude dela é compreensível e que não há nenhum problema por ela não querer o atendimento.

Morte da Paciente:

Segundo dados colhidos no prontuário, I. foi a óbito na Enfermaria da Oncologia do CAISM, dia 26 / 08, dois dias após esta proposta de atendimento, às 5 horas da manhã, por insuficiência respiratória.

A Auxiliar de Enfermagem da Oncologia do CAISM – UNICAMP, Kédma Lurdes Auxiliadora, que acompanhou o óbito da paciente, informou – me, em comunicação pessoal, que I. estava com muito medo de morrer e por esta razão solicitava a Enfermagem à “todo instante”. Foi a óbito com dispnéia intensa, desespero, angústia e aflição.

8.4. QUARTA PACIENTE: R.M.F.F.A.

8.4.1. Identificação

Idade: 40 anos

Estado Civil: casada com M.A.A.F.A.

Filhos: G.A., 15 anos e D.A., 13 anos, ambos do sexo masculino.

Residência: Campinas. Moram na residência o casal e os dois filhos. Atualmente duas tias do marido de R. estão passando alguns dias com eles para ajudar nos cuidados da casa e das crianças.

Doença: Neoplasia maligna - Carcinoma de Mama direita, estágio III b. Foi realizada mastectomia radical modificada em 02 / 08 / 99. Atualmente apresenta metástase cerebral e metástase na outra mama.

Início do Tratamento: 17 / 03 / 99

Hospital: CAISM – UNICAMP

8.4.2. Histórico Clínico:

Segundo relato da Assistente Social, no prontuário, a paciente demonstra ter um bom relacionamento com o marido e com a família. Estava otimista em relação ao tratamento quando fez a mastectomia e apresentou desejo de reconstruir a mama.

R. está internada desde 18 / 08 / 00 e hoje, 29 / 08, terá alta. O atendimento psicológico terá continuidade no domicílio.

Segundo a médica residente, responsável pelo setor, a paciente não se encontra bem clinicamente e está Fora de Possibilidade de Cura.

Observo também, através do Prontuário, que sua Religião é Católica, o que viabiliza o trabalho por sua crença da vida espiritual pós – morte.

8.4.3. Sessões Psicoterapêuticas:

1º Sessão: 29 / 08 / 2000

Duração: 30 minutos

Atendimento Hospitalar

Chego ao leito para atender a paciente e observo que ela acabou de vomitar e está sendo atendida pela Enfermagem. Aguardo e apresento – me, sempre em uma postura de muito acolhimento. Pergunto se ela está disposta para uma conversa. R. diz que sim e que, se cansar, me avisa. Explico o trabalho, a paciente interessa – se, afirma que gostou muito de mim mas terá alta neste mesmo dia. Digo - lhe que poderei continuar com os atendimentos no domicílio. R. concorda e conta que mora em uma chácara, explicando – me como chegar até sua residência.

Explico que preciso conversar um pouco com ela, antes de fazermos os exercícios, para conhece – la melhor e peço para que ela me conte um pouco sobre sua vida, por exemplo, sobre sua família de origem, antes de casar – se. R. muda de atitude, diz que não está disposta e acrescenta que poderá conversar, outro dia, talvez. Respeito. Pergunto se ela gostaria de olhar algumas imagens e me mostrar aquela ou aquelas que gostou mais. R. aceita e começa a folhear o Álbum de Imagens (Anexo 7), que lhe apresento. **Enquanto folheia começa a falar espontaneamente.** Comenta que as Imagens são lindas, pergunta onde as fotos foram tiradas e afirma que o lugar onde mora é bonito como essas imagens, cheio de verde e por esta razão estranha muito quando precisa ficar trancada em um quarto de hospital. Ofereço minha atenção e minha escuta. R. continua relatando que ganharam essas terras, 2 mil alqueires, do seu sogro e construíram uma bela casa mas, por outro lado, esqueceram que os filhos precisam estudar e como o local é afastado, as crianças precisam “viajar” todo dia. Acrescenta que também é muito dispendioso morar lá por causa da distância. **Continua folheando o álbum e acrescenta que sua mãe foi morar com ela, mas não acostumou – se com o local, quis voltar para o centro da cidade. Neste ponto fala que está enjoada e quer parar de ver as imagens.**

Digo – lhe que está bem, que podemos parar e fazer um exercício breve se ela quiser. R. aceita. Pergunto – lhe se entre as imagens que viu, houve alguma que gostou mais. R. responde que gostou da Imagem do mar e a Imagem das flores. Folheia o álbum e me mostra a nº 14 e a nº 10. Ofereço a música “Andinos” do CD “Soprus Universalis”, e peço à paciente que observe se gosta ou não desta música. Caso não goste, poderei oferecer outras. R. responde que sim, que gostou deste tipo de música.

Tempo aproximado de Exercício: 10 minutos.

Peço que feche os olhos e respire profundamente enquanto escuta a música. Oriente – a, em seguida, para imaginar um céu muito azul, imaginar este azul envolvendo – a, e visualizar um caminho dourado como o sol. Peço que se imagine andando neste caminho, visualizando os raios dourados do sol, sentindo uma brisa suave que a envolve, e dirigir - se, em seguida, a um local muito belo, um campo cheio de flores cor de rosa e uma praia deserta, logo em frente a esse campo. Visualize a areia desta praia muito branca e um mar muito tranqüilo. Oriente – a para sentir o perfume das flores, passear entre elas, em

seguida ir para a praia e entrar no mar. Olhar o céu azul, o sol brilhando. Mergulhar nas águas do mar, soltar – se, imaginar que o mar esta levando embora todas suas tristezas, mágoas, preocupações.

Deixo a música tocando por alguns momentos e observo que a paciente adormeceu. Continuo por mais cinco minutos, aproximadamente, com a música ligada. Desligo o CD e começo a recolher o material quando R. acorda e pergunta se acabou. Digo – lhe que sim e **pergunto se gostou. R. coloca que sim, que as “histórias” que eu falei são lindas.** Afirmo que este é meu trabalho, ajudar a paciente desfocar seus pensamentos das tristezas, da doença e foca – la em mundos belos, paisagens belas. R. coloca que no final adormeceu. Digo – lhe que isto é bom porque mostrou que ela relaxou. **R. repete que gostou muito, que adorou estas “histórias”, que o trabalho é lindo.** Digo – lhe que continuarei a atendê – la em sua residência e combino o atendimento domiciliar para a próxima semana.

2º Sessão: 06 / 07 / 2000

Duração: 90 minutos

Atendimento Domiciliar Familiar

Sou recebida pelo marido M. e em seguida por duas tias, irmãs da mãe do marido M., que estão na casa ajudando.

R. está na sala, no sofá, onde está vivendo, pois não consegue mais andar. Nesse local dorme, se alimenta, seu marido lhe faz a higiene.

A casa é ampla, localizada em um lugar muito bonito. Após um pequeno “rapport” sobre o bairro em que moram, começo o atendimento com o casal. Explico novamente sobre a natureza do trabalho e sobre o Termo de Consentimento. M. pede para ler e R. fala para o marido nos deixar um pouco a sós.

Procuo acolhê – la e peço que fale um pouco sobre si mesma. **R. começa a relatar que não aceita ter ficado doente. (Dor Psíquica / Humor Depressivo: Tristeza pela perda da vida, da saúde).** Estava tão bem. Em março de 99 trabalhava na Telefônica quando apareceu um caroço no seio e ficou doente. Um médico, com quem se consultou, disse – lhe que era cistite e que não era nada. Foi a vários médicos até ser encaminhada

para um mastologista. Muda de assunto voltando a falar sobre o momento presente e diz que atualmente está muito esquecida: vai falar o nome do seus pais, dos próprios filhos, esquece, e, em seguida, afirma que está melhorando. (*Provavelmente este esquecimento ocorra por causa da metástase cerebral*). Em dezembro de 99 começou a perder a visão e em 11 dias estava cega. Fez tratamento com Radioterapia e Quimioterapia e a visão voltou. Segundo os médicos, o tumor que bloqueava sua visão, estava localizado em um lugar possível de ser tratado. Antes deste tratamento para recuperar a visão, relata, já havia se tratado duas vezes. Primeiro o câncer apareceu na mama esquerda e esta mama foi retirada. Após algum tempo o câncer apareceu na outra mama e também voltou na mama esquerda. Atualmente está tratando das duas mamas. Desejava ter feito a reconstrução mamária, mas não foi possível. “Tudo bem”, acrescenta. Continuo oferecendo meu apoio, meu acolhimento, minha atenção. Passa a falar do sofrimento de seus filhos, de seu marido e pontua que M. é ótimo. Digo – lhe que estou vendo isto, o bom relacionamento entre eles é evidente.

R. passa a falar da casa. **Diz que não gosta de empregada porque gosta de privacidade, de cuidar da casa, de levantar na hora que quer, de independência. Afirma que tem tudo o que quer e gosta. Adora morar em chácara. Sente liberdade.** (*Parece – me que paciente está mostrando sua resistência em deixar – se cuidar, está dizendo que não gosta muito de ajuda porque sente - se limitada na sua autonomia, sente – se invadida na sua privacidade*). Há 12 anos atrás, antes de mudar para a chácara, morava em apartamento. Faz uma pausa e eu pergunto sobre sua família de origem procurando colher dados da Anamnese (Anexo 1). R. responde que seu pai é ótimo, assim como sua mãe. Ambos vem vê – la quase todos os dias. Sempre foram ótimos para ela. Tem um irmão, um ano mais novo. Teve uma boa infância e uma boa adolescência, seus pais eram muito bons. Seu irmão, por sua vez, era muito briguento, mas foi possível “levar” e superar e hoje, esse irmão melhorou muito.

Retorna sua fala para a família atual. Coloca que tem um filho de 15 anos e outro de 13 anos, está casada há 16 anos. Começou a namorar em 1980 e casou em 1985. Sempre tiveram um bom relacionamento. Acrescenta que sente muita *Tristeza pela Perda da Saúde*, **(Dor Psíquica / Humor Depressivo: Tristeza pela perda da vida, da saúde)**. Tem horas que sente uma profunda depressão, “vem de lá de dentro”, “sem motivo”. Tem

marido, filhos ótimos e seus cachorros. Gosta de ver televisão, não faz nada obrigada, gosta de tudo o que faz. Não se conforma de ter ficado doente e sente – se culpada pelo sofrimento que está causando aos seus familiares: seu marido, seus filhos, sua mãe, seu pai, **(Dor Psíquica / Humor Depressivo: Culpa por fazer seus familiares sofrerem).**

Neste ponto começa a sentir ânsia de vômito. *Observo que na outra sessão isto também aconteceu quando perguntei sobre sua família de origem. Parece – me que a paciente está com muita dificuldade para entrar em contato com esta Dor, esta culpa, por fazer seus familiares sofrerem, e dada sua fragilidade, a gravidade de seu estado clínico, opto por respeitar este limite que ela apresenta: não querer aprofundar – se neste assunto.*

Chamamos seu marido para trazer uma bacia, onde ela possa vomitar. M. volta para a sala. R. não vomita e diz que quando fala muito se cansa. *Entendo com esta colocação que ela está novamente sinalizando seu limite.* Peço – lhe que descanse e afirmo que já falou o suficiente. R. repousa. Digo – lhe que agora eu falarei um pouco. Afirmo que pude observar sua tristeza, sua mágoa por ter ficado doente e que realmente seu corpo está limitado (bem limitado corrige R.); **afirmo que, apesar de seu corpo estar bem limitado, sua mente e seu espírito não estão e poderemos fazer uma dissociação. Explico que seu corpo continuará preso na sala, mas, através da sua imaginação poderá voar para mundos bonitos e desfocar o pensamento da doença e das tristezas. Pergunto se ela acredita na vida espiritual. R. diz que sim. Explico – lhe que um dos pressupostos do trabalho é a crença na vida espiritual e por isto relacionamos a imaginação de mundos belos à possibilidade de estarmos nos ligando através do pensamento a possíveis mundos espirituais belos. R. responde que gostou muito do exercício que fizemos no Hospital.**

Neste ponto M., que está sentado na sala desde que o chamamos para trazer a bacia, coloca que a tirou do Hospital, insistiu para que os médicos a deixassem vir para casa justamente porque R. ficava trancada naquele quarto, quando estava acostumada a viver no ambiente belo da chácara. **R. complementa dizendo que se sentia muito só no hospital. São muitas pessoas doentes e o ambiente é de tristeza e morte. Sentia – se muito mal por isto.** (DOR ESPIRITUAL/ Medo da morte; relaciona – a com solidão e tristeza). Acrescenta que em casa está muito melhor. Em seguida ela e o marido começam a me mostrar os quadros que R. pintou e também os quadros que a mãe de M. pintou. Mostram

também o artesanato confeccionado por R. Neste ponto o marido, M., ri e diz que além de quadros e artesanato R. gosta também de serrote e martelo. Mostra uma estante que R. fez, muito bem feita. Acrescenta que ela não deixou ninguém ajudar e brigava se ele tentava se aproximar. Todos riem. Neste momento as tias entram com o cafezinho para mim e R. coloca que também quer um. R. pergunta se esta vai ser uma única sessão. Digo – lhe que não, que virei atendê – la mais vezes, enquanto for necessário. Acrescento que poderei vir uma, duas ou três vezes por semana, conforme a necessidade dela. R. responde que uma vez por semana está bem e pede – me que olhe pela janela e veja suas flores e plantas preferidas. *Entendo que está tentando me mostrar todas as coisas belas que construiu, antes de ficar doente e está perdendo.* **(Dor Psíquica / Humor Depressivo: Tristeza pela perda da saúde, da vida).** Digo – lhe que entendo sua tristeza por não poder mais cuidar das coisas belas que construiu, mas, com nosso trabalho, procurarei ajudá – la, ao menos, a resgatar a beleza de suas flores e plantas através da Imaginação. Pergunto se quer ver novamente o Álbum de Imagens (Anexo 7). R. responde que sim e o marido se interessa também. Enquanto folheia e mostra para o marido as que mais gostou e escolheu na última sessão, pede para as tias me levarem até o topo da escada onde estão pendurados quadros com as fotos da família. Tudo é muito arrumado e de bom gosto. As tias aproveitam a oportunidade para me mostrar a fotografia de sua irmã, sogra de R., e me contar que ela também desenvolveu um câncer há quatro anos e morreu há dois anos. Acrescentam que quem cuidou dela foi R. e a família já vem sofrendo muito há um bom tempo. Ofereço acolhimento.

Volto para a sala e o casal começa, espontaneamente, com certo receio, a falar sobre a morte da mãe de M.; Ele conta que sua mãe adoeceu, ficou com câncer. Foi um período sofrido para todos. *Parecem temer falar sobre este assunto, principalmente sobre a morte, obviamente pela relação da doença e morte da mãe de M. com a doença e possivelmente a morte de R.* **Dor Espiritual / Medo da Morte; relaciona – a com experiências anteriores permeadas de muito sofrimento.** M. acrescenta, em tom baixo de voz, que seus pais moravam em uma chácara próxima a deles, onde seu pai ainda mora. Também morava com seus pais, um tio dele, irmão de sua mãe, viúvo, de 84 anos. Estava ainda muito lúcido, era escritor, poeta, muito inteligente. Dois meses antes da mãe de M. morrer, deixou uma carta contando sobre sua depressão, e suicidou – se por

enforcamento. Foi muito doloroso para todos. Ofereço meu acolhimento. *Parece – me que criaram um bom vínculo de confiança comigo e estão podendo falar sobre suas feridas antigas, ainda não cicatrizadas e agora aliadas à nova ferida: a doença de R.* As tias, que estavam por perto, retiram – se para dentro da casa. Procuo resgatar as culpas e coloco que ninguém tem culpa, nem mesmo o tio de M. Acrescento que é possível compreender que ele estava vivendo, possivelmente, um intenso e insuportável sofrimento psíquico. M. confirma, relata que o tio escreveu isto na carta e isentou todos de culpa. R. pontua que ele era muito inteligente, escrevia muito bem. Em seguida mostra sinais que quer fazer o exercício mental. M. pergunta se pode ficar. Digo – lhe que sim e pode também fazer o exercício se quiser.

Tempo aproximado de exercício: 15 minutos

Peço que feche os olhos e respire lenta e profundamente. Imagine um céu muito azul e imagine que o ar que respira toma a coloração do céu. Imagine que este ar na coloração azul está sendo absorvido por seus pulmões e transportado para todos os órgãos: cabeça, ombros, tórax, abdome, braços, pernas.

Oriento para, em seguida, entrar em uma estrada dourada de sol e caminhar. Ao largo desta estrada peço que imagine árvores muito altas e muito verdes. Peço que caminhe sentindo uma brisa suave e prestando atenção no dourado do caminho. Chegue a um campo verde com flores cor de rosa, aos milhares. Oriento que caminhe entre as flores, observe sua beleza, seu perfume, os pássaros que voam entre elas. Solte – se neste imenso jardim. Deixo apenas a música tocando por alguns momentos. Em seguida peço para ela caminhar até uma praia localizada logo em frente a este campo florido. Uma praia deserta, bonita. Digo – lhe para imaginar – se tirando os sapatos e caminhando na areia muito branca e muito fofa. Peço que visualize o mar, muito azul, muito calmo. Oriento que entre no mar e mergulhe, solte – se. Deixe as ondas baterem em seus ombros, na sua cabeça e levar toda a tristeza, toda a mágoa, para areia. Repito várias vezes para ela soltar – se, mergulhar, deixar as ondas levar todas as tristezas e mágoas embora. Peço que visualize, em seguida, a cor azul, ao longo do mar, bem distante, a perder de vista, e observe que é possível ver golfinhos brincando neste local. *(Introduzo golfinhos para dar uma conotação alegre,*

lúdica, para a visualização, visando minimizar a tristeza, a depressão). Oriento que procure acompanhar os movimentos alegres dos golfinhos.

Em seguida, peço que saia do mar. Sente – se no campo florido e observe, procure sentir a beleza do Universo. Procure integrar – se com esta beleza. Peço que pense em todas as coisas boas que tem na vida e que apesar da doença e do limite do corpo, continua tendo, principalmente, o amor do marido, de sua família. *(Procuro desfocar seu pensamento do quadro negativo e focá – lo nos aspectos positivos).* **Paciente murmura: “Que delícia”.**

Deixo apenas a música tocando e, de tempos em tempos, vou pontuando para R. visualizar a céu azul, as flores, a beleza do Universo, pensar nos aspectos bons de sua vida.

Peço, após algum tempo, que “volte” devagar para a sala, procurando trazer a paz deste lugar.

Após alguns momentos a paciente abre os olhos e afirma que foi muito bom. O marido M. coloca que também acompanhou o exercício e foi muito bom fazer esta viagem mental, desfocar o pensamento das tristezas.

R. coloca que sente muita falta de tomar banho de chuveiro, sentir a água escorrendo sobre sua cabeça, porque como não pode subir as escadas e ir até o banheiro, seu marido a banha na sala, com “paninho” e bacia de água. **Entendo que a paciente diz que o exercício foi bom, mas seria melhor se ela pudesse usufruir destas sensações no plano físico e não apenas mentalmente.** **Dor Psíquica: Humor Depressivo / Perda da Saúde. Parece – me que em relação a Dor Psíquica este é um sofrimento muito significativo, o qual, aliado a sua resistência em deixar – se ajudar, bloqueia sua aceitação frente à morte iminente.**

Em seguida R. pergunta qual é mesmo meu nome. *(Havia comentado que esquece os nomes dos familiares provavelmente, conforme citei acima, devido à metástase cerebral).* Pergunta quando vou voltar e combino a próxima sessão.

É visível sua melhora de Humor. Está mais desperta, mais animada. Comento esta observação com R. e com seu marido M. e ambos confirmam minha

percepção, R. afirma que está muito mais tranqüila, em paz e M. pontua que a melhora é possível ser constatada na expressão facial de R. *Observo que não foi possível lidar com a Dor Psíquica / Humor Depressivo: Tristeza pela perda da vida, da saúde. Tristeza frente às perdas de todas as coisas belas que construiu. Culpa por fazer seus familiares sofrerem, mas foi possível lidar através do Exercício de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais, integrado à Espiritualidade com a Dor Espiritual / Medo da Morte e do Pós - Morte: relaciona – a com solidão, tristezas e experiências anteriores permeadas de muito sofrimento. Pela dissociação entre o corpo e o espírito através da mente (imaginação), foi possível orientar R. para desfocar seu pensamento da solidão, das tristezas, do sofrimento e foca – lo em mundos espirituais belos, que acreditamos existir. O benefício do método refletiu – se inclusive, na expressão física do humor da paciente, pois ela ficou mais desperta, mais animada.*

Observo, pelos dados que esta paciente traz, que quando, na fase terminal final, apenas a Dor Espiritual é passível de ser trabalhada, mesmo assim, é possível re – significar a Dor Simbólica da Morte do paciente, oferecer qualidade de vida no processo de morrer e morte digna para ele, através desse método, Relaxamento Mental e Imagens Mentais, integrado à Espiritualidade. Parece – me que frente a Dor Simbólica da Morte, na fase final do processo de morrer, a Dor Espiritual é prevalente a Dor Psíquica.

Antes de sairmos da sala M. coloca que leu o Termo de Consentimento (Anexo 5), que está ótimo e já assinou. Apesar de já ter comentado com R. sobre os itens deste documento quando expliquei sobre o trabalho na primeira sessão, lemos para ela o mesmo, integralmente.

Durante a leitura do Termo de Consentimento relato para a paciente e para seu marido o trabalho desenvolvido no Projeto - Piloto com os adolescentes, omitindo que eles foram a óbito. Pontuo também que a crença do paciente na vida espiritual pós – morte é requisito para o desenvolvimento deste método, porque trabalhamos com dados, que pessoas que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) relataram ter vivenciado no mundo espiritual. Acrescento que, fundamentados nesses relatos dos pacientes que passaram por uma E.Q.M., temos como pressuposto para o desenvolvimento deste trabalho, a idéia que o paciente, ao imaginar os cenários belos, está ligando – se, através do pensamento, a possíveis mundos espirituais permeados de amor e paz. Conto –

lhes sobre a Experiência de Quase Morte do Dr George Rodonaia, citada no capítulo 2 - Revisão da Literatura. **R. interessa – se por esses relatos dos pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. e afirma que acredita na vida espiritual. Pontua que estes relatos são muito interessantes. Parece tranquilizar - se com estas informações.**

Em relação ao Termo de Consentimento pede para não assinar porque está sem firmeza nas mãos. Concordo, visto que M. já assinou.

M. acompanha – me para abrir o portão. Afirma que sabe que ela está fora de possibilidade de cura. (Foi orientado pela médica do Setor de Cuidados Paliativos da Oncologia do CAISM / UNICAMP). Relata que já se preparou para perdê – la. Também já conversou com os filhos. Estes estão cientes da situação e preparados para perder a mãe. Acrescenta que sua preocupação é com R.. Deseja que ela sofra o menos possível. Explico que justamente por esta razão, ela foi encaminhada para nossos atendimentos.

R. chama M. da sala e despeço – me, combinando telefonar para confirmar a próxima sessão.

3º Sessão: 13 / 09 / 2000

Duração: 02 horas

Atendimento Domiciliar Familiar

No dia anterior havia ligado para M. para confirmar a sessão. M. contou que R. tinha entrado em estado de semi - consciência, não come, fala pouco e com muita dificuldade. Explico que se ela quiser podemos realizar apenas os exercícios de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade. M. responde que está bem e pede para eu realizar o atendimento na parte da manhã para poder atender também seus filhos, visto que à tarde eles vão para a escola.

Quando chego para o atendimento M. e as tias me dizem que R. não está nada bem e não quer atendimento, não quer ninguém próximo a ela, apenas o marido, mas que os adolescentes e eles querem atendimento. Concordo. Observo que a resistência de R. em aceitar ajuda, assim como sua dificuldade e lidar com a Dor Psíquica: Humor Depressivo / Perda da Saúde estão bloqueando o atendimento mas como foi possível lidar e re - significar a Dor Espiritual da paciente através desse método, Relaxamento Mental,

Visualização de Imagens Mentais integradas à Espiritualidade, poderei buscar junto a M., caminhos para continuar ajudando R., além da possível ajuda que nesta sessão, poderei oferecer para os familiares.

Como a paciente está acomodada na sala, o Atendimento Familiar é organizado na varanda dos fundos da casa.

Um dos filhos, D., 13 anos, faz o dever de casa. Mostra – se simpático, comunicativo, receptivo a minha presença. Pergunto sobre o assunto do dever. D. responde que é dever da disciplina de História e que apesar de gostar da matéria, não gosta de fazer dever. Comenta que vai bem na escola. Pergunto sobre G., 15 anos, na escola. D. conta que o irmão é muito inteligente, consegue aprender apenas prestando atenção na aula. Nunca pega em um caderno em casa, só fica no computador e mesmo assim, tira boas notas.

Enquanto aguardamos G. terminar o banho e D., o dever, atendo o marido M. As tias ficam por perto, procurando colocar – me à vontade na casa e interessadas em falar comigo. Ofereço minha escuta e M. fala que tem procurado preparar os filhos da melhor forma possível, nunca escondeu nada deles, mas, mesmo assim, quer que eu os atenda, converse com eles. Relata que G., quando criança, sofreu muita pressão da sua família de origem. Isto aconteceu na época em que moraram na casa dos seus pais, enquanto a casa deles estava sendo construída. Tornou – se uma criança muito medrosa e por esta razão precisou fazer tratamento psicológico. Melhorou muito e hoje em dia é muito “ele mesmo”, às vezes até passa dos limites. Também comenta sobre a inteligência, a sensibilidade e a criatividade de G. e sobre a disposição física e comunicação de D. Conta, a seguir, que na sua casa está uma tristeza. Por mais preparados que todos estejam é muito triste ver R. sofrer desta maneira e perdê – la. Seus olhos enchem – se de lágrimas. Ofereço minha compreensão, meu acolhimento e digo – lhe que a dor do luto, da perda, é impossível de não ser sentida. É possível aprender a conviver com ela e não permitir - se ser destruído por esta dor mas não é possível deixar de senti – la.

Pergunto em seguida sobre R., pela forma como ela colocou que não queria mais atendimento. M. responde que não entendeu muito bem esta recusa repentina porque ela tinha gostado muito dos atendimentos e dos exercícios, mas depois piorou muito fisicamente e disse que não queria mais psicóloga. As tias aproximam – se. Comentam que

R. está comportando – se assim com todas as pessoas, inclusive com elas. Não quer que ninguém cuide dela a não ser o M., seu marido. Nem da casa quer mais que as tias cuidem. Afirmam que R. sempre foi disposta, ativa e independente e agora sua extrema vulnerabilidade está incomodando – a muito. M., o marido, comenta que R. foi sempre a líder, sempre decidiu tudo, mesmo quando estava piorando da doença, há uns meses atrás. Nesta época, ainda tentava ser independente e buscava fazer as coisas que gostava. Sempre esteve no controle de tudo, pontuam, tanto as tias como o marido. Digo – lhes que, pelo que está sendo dito, parece – me que R. está recusando o atendimento psicológico porque está com dificuldades e se deixar cuidar. (*Aspecto que eu já havia percebido na sessão anterior*). O marido e as tias dizem que é exatamente isto. Apesar de ter gostado e sentido – se muito bem com as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais, integradas à Espiritualidade, não quer ninguém cuidando dela, a não ser o marido. **DOR PSÍQUICA / Humor Depressivo: Angústia pela Perda da Vida.**

Os familiares levam – me até próximo a sala para que eu possa vê-la. R. esta deitada no sofá, semi – adormecida e nesta posição tem ficado a maior parte do tempo, comenta M.

Voltamos para o terraço e R. chama M. As tias afirmam que é muito triste vê – la assim, que o sofrimento é muito grande, principalmente porque a ferida na mama está exposta. Colocam que sabem que o câncer também tem uma relação com a parte emocional do paciente e que R. “guardou muita coisa”, “engoliu muita coisa”, “não quis colocar para fora”, não quis nenhuma ajuda. Mostram – se muito humanas e preocupadas com o bem estar da família, sensibilizadas com todo o sofrimento.

Neste momento G., o filho de R. chega, me cumprimenta com um beijo. Peço que chamem D. Enquanto aguardamos o outro filho de R. pergunto para G. se ele foi acordado para o atendimento, procurando fazer um pequeno “rapport” e deixar o garoto à vontade. G. diz que não, que estava na hora de levantar porque tem aula. Nos dias que vai para a escola, acorda por volta deste horário, 10 horas. Conta que costuma ficar no computador até às 4 horas da manhã porque ele não paga impulso na Internet, e, quando cansa, desce para o quintal e brinca com um bastão como nas Artes Marciais, exercitando – se. Faz este relato em tom de brincadeira e imita como faz com o bastão. Pergunto – lhe sobre as histórias em quadrinhos que escreve. (M. havia me contado sobre isto). G.

responde que faz algum tempo que não escreve, pois não consegue dar um final para elas. Pergunto – lhe se isto tem relação com o momento que está vivendo. Os olhos de G. enchem – se de lágrimas e ele diz que sim. Neste momento D. chega e senta – se conosco. Observo que os dois adolescentes são meninos bonitos, bem educados e comunicativos. Pergunto – lhes como estão se sentindo em relação à doença da mãe. As tias neste momento trazem um cafezinho sem interromper o atendimento. D. começa a falar. Coloca que tem procurado não se envolver com o sofrimento da mãe para não sofrer. Continua fazendo tudo o que gosta, jogando bola com os amigos, indo na escola e isto ajuda muito. D. fala com desenvoltura e mostra uma boa estrutura de ego na sua forma de se colocar. G. por sua vez mostra maior vulnerabilidade, apesar de apresentar – se de forma simpática e brincando muito. Conta que vem sofrendo muito faz tempo. Primeiro foi sua avó, a quem ele adorava, que morreu. Nessa mesma época seu tio se enforcou. Neste momento os dois garotos se entreolham com receio de terem falado demais. Digo – lhes para ficarem tranqüilos e falarem tudo o que quiserem e sobre isto eu já sabia, seus pais já haviam me contado. G. continua falando e relata que também tem procurado viver sua vida, fazer o que gosta; não é bom de esporte, gosta de computador. As Artes Marciais que pratica, o faz da própria cabeça. Pergunto – lhe se ele não gostaria de praticar esse esporte de forma mais especializada, com outros colegas. G. ri e responde que talvez.

Pergunto – lhes como ficarem sabendo da doença da mãe. D. imediatamente responde que foi ela mesmo que contou. Chegou em casa e disse que estava com câncer. O primeiro caroço era benigno, mas o segundo acusou ser maligno. Esta doença não tem cura colocam ambos os garotos. Primeiro foi nossa avó, agora nossa mãe. Nós sabíamos que ela ia acabar ficando assim e morrendo, completam. Em seguida D. afirma que lhe disseram que o câncer desenvolve – se mais em mulheres do que em homens. G. acompanha a colocação do irmão, interessado, e ambos olham para mim. *Entendo que estão procurando defender – se do medo de perder o pai também.* Respondo que já vi uma apresentação em um Congresso, mostrando uma estatística na faixa etária de seus pais, que indica uma maior incidência de câncer em mulheres. Digo que está me parecendo que eles estão, na verdade, através desta pergunta, mostrando que estão com medo de perder o pai também, mas o pai deles está bem de saúde. G. diz que é verdade, ri e fala que apesar de seu pai fumar, ainda vai viver pelo menos uns dez anos. D. comenta que existem crianças que com sete anos

perdem pai e mãe, vão viver com parentes e aprendem a se virar. Se isto acontecesse com ele, iria aprender. Acrescenta que ninguém sabe do futuro. Ele quer se veterinário ou jogador de futebol, mas só o futuro sabe o que ele vai ser. G. diz que quer ser médico ou programador de computação.

Em seguida começam a brincar e a falar do pai ‘tirando sarro’, contam que ele é ‘pão duro’. Quando pega dinheiro emprestado deles, não paga. O pai chega e senta conosco sem perceber que os dois estão brincando e “tirando sarro” dele. Ao verem o pai chegar e sentar, os dois aumentam as brincadeiras e o ‘sarro’, dão risadas, até o pai perceber que estão falando dele e entrar no jogo, brincando com os filhos. Observo um relacionamento familiar muito bom, afetuoso. Deixo – os brincar. Os dois adolescentes começam então a relembrar travessuras em que deixaram o pai preocupado. Contam que uma vez, quando estavam brincando com os primos de esconde – esconde e pega – pega no telhado, quebraram telhas. Ao verem o pai chegar, se esconderam e quando o pai vinha perguntar sobre as telhas quebradas, respondiam que não sabiam. Dão muita risada lembrando este episódio. O pai acompanha afetosamente o relato dos filhos. Comenta sobre o perigo deles caírem do telhado. Os dois passam a tirar mais ‘sarro’ do pai dizendo que se eles tivessem caído do telhado, o pai iria primeiro ver as telhas que tinham quebrado e depois é que iria ver se eles tinham se machucado. Riem, ‘cutucam’ o pai. Passam em seguida a tirar sarro um do outro. Começam a falar sobre a rotina diária, as manias, os hábitos de cada um.

Deixo – os brincar livremente, parece – me que esta é uma forma que estão encontrando de fortalecerem a capacidade interna de enfrentar a dor da perda da mãe e também uma maneira de unirem – se neste momento muito difícil e sobreviverem a esta perda. Procurando ajuda – los nesta elaboração, conto – lhes minha experiência.

Digo – lhes que quando tinha a idade deles perdi meu pai. Foi muito difícil, mas eu aprendi que poderia trazer meu pai ‘vivo’ dentro de mim, através de tudo o que ele tinha me ensinado. Percebi isto, pela primeira vez, quando fui fazer uma prova de Matemática, logo após a morte dele, e me senti muito insegura porque era ele, por ser Engenheiro, que me ajudava nesta disciplina. Procurei estudar da forma como ele orientava e consegui tirar dez na prova. Foi o único dez da classe. D. imediatamente faz uma associação e diz que é verdade. Que tudo que sua mãe lhe ensinou está dentro dele e que isto vai estar sempre com

ele. Que cada um tem um tempo na Terra, e o tempo da mãe deles acabou, mas, vai ficar tudo o que ela ensinou e um dia eles vão se encontrar no “céu”. *Considerarei esta colocação bastante madura para um garoto de 13 anos e posteriormente fiquei sabendo que a própria R. havia dito isto para eles, procurando preparar seus filhos para perdê-la.* G. concorda com a colocação do irmão e em seguida pergunta – me qual a causa do câncer. Respondo que não existe nenhum estudo conclusivo sobre a causa do câncer mas a hipótese mais aceita, ultimamente, é a de múltiplas causas onde fatores emocionais, genéticos, alimentares, etc, associados, podem predispor o indivíduo a desenvolver um câncer. Pontuo que o principal é observar que ninguém tem culpa. Sua mãe não tem culpa de ter desenvolvido um câncer, assim como a culpa não é do pai ou deles. G. e D. acompanham minha explicação, interessados. Em seguida afirmo que eles continuarão tendo mãe após a morte de R. Ela é a mãe deles e sempre será. Não estará mais vivendo com eles aqui na Terra mas continuará a ser a mãe deles e poderá continuar viva dentro de seus corações. Os adolescentes parecem encontrar conforto nesta afirmação.

Neste momento as tias chamam os dois meninos para almoçar porque faltam dez minutos para o ônibus da escola passar.

M., marido de R. e pai dos adolescentes, se aproxima. Coloco minhas percepções sobre os adolescentes e minhas observações em relação aos benefícios do suporte e preparo que os meninos receberam e estão recebendo dos familiares frente à morte iminente de R.; pontuo também sobre a importância de M., como pai, continuar sempre conversando com seus filhos, ajudando – os a expressar sentimentos, principalmente G., que parece ser mais vulnerável e fechado. M. responde que realmente tem procurado fazer o melhor para ajudar seus filhos e R. também o fez enquanto pôde. Relata que gostou muito quando eu disse para os meninos que R. sempre será a mãe deles, pois esta é a verdade, ela que os trouxe para este mundo e ela continuará viva em seus corações.

Uma das tias se aproxima. Volto a falar sobre R., procurando uma forma de continuar ajudando – a. Oriento, novamente, com muita clareza, para os familiares, sobre a base deste trabalho. **Falo, mais uma vez, sobre os estudos com pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver**

normalmente e explico como integro os relatos desses pacientes com as Técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais. Pontuo que procuro, desta forma, direcionar a mente do paciente para um mundo espiritual, que nós acreditamos existir, belo e pacífico. M. responde que acredita plenamente nos relatos desses pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.). Informa que tem na família uma prima que passou por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e seus relatos, sobre esta experiência, são semelhantes aos dados que relatei. M. acrescenta que acredita que R. está em paz mas, sem dúvida, os exercícios com Relaxamento e Visualização integrados à Espiritualidade, iriam continuar ajudando – a. Respondo que me parece que a rejeição dela não é ao Exercício e sim, ao fato de ser ‘cuidada’ por outra pessoa, que não ele, seu marido. Proponho, frente a estas reflexões, que M. coloque o CD de Relaxamento e oriente a Visualização. M. imediatamente concorda. Afirma que como fez o exercício junto com R. na última sessão, e “viajou” através das minhas orientações, guardou muito bem a seqüência proposta na Visualização. Mesmo assim reviso com ele as orientações básicas: “Respiração lenta e profunda; imaginar o ar na cor azul céu sendo inalado e envolvendo – a; entrar em uma estrada dourada de sol; chegar em um campo de flores cor de rosa, descansar; dirigir – se para uma praia deserta, mergulhar no mar e imaginar que todas as mágoas estão sendo levadas pelas ondas, voltar para o campo de flores, procurar integrar – se com a beleza do Universo. Pergunto para M. qual o Ser Espiritual preferido da paciente. M. responde que é Cristo. Digo – lhe para também orientá – la a ligar – se em Cristo e imaginar - se envolvida por sua proteção e amor”.

A tia, que estava do nosso lado acompanhando a conversa, coloca, neste momento, que esse trabalho é maravilhoso. **Conta que depois que eu fui embora na sessão anterior, a casa ficou mergulhada em Paz.** Acrescenta 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. Comenta que, além dela coincidentemente chamar – se Catarina, também fala sobre um mergulho no mar, o mar do silêncio interno. Lê, em seguida, para nós, um trecho do livro, (transcrito abaixo) que, para ela, representou o trabalho que faço.

“Então, eu olhei, de novo, para a minha chave (da Sabedoria) e para as pessoas que gritavam, esperando respostas. Percebo, com novo entendimento, que há somente uma maneira de levar a paz de Deus a este povo: enfrentando – os um a um, face a face. Encontros grupais nada resolvem. Discursos, sermões, aulas, conferências, no meio daquela massa imensa, entram por um ouvido e saem pelo outro. Pode haver algumas exceções, naturalmente. Mas a verdade é esta: para levar Deus aos homens só existe um meio: amá – los como pessoas, como indivíduos, um por um.

Amar não significa, necessariamente, gostar. Tome a chave da Sabedoria e abra seu coração e deixe o povo entrar por ele. Escute cada um, com profunda atenção de mente, de corpo, de coração, até não poder mais, até o cansaço total da exaustão...Verá que o cansaço passa e você terá mais força para ouvir e atender mais gente. Sim, o amor tem de ser comunicado de pessoa a pessoa. É só desta maneira que ele pode ser comunicado”. (DOHERTY, 1985).

Após esta leitura M. começa a falar sobre o sofrimento da esposa. Afirma que o sofrimento maior que ela apresenta está relacionado à perda da saúde e aos filhos. Ela queria encaminhá – los até a vida adulta e isto não será possível. (**Dor Psíquica / Humor Depressivo: Angústia pela Perda da Vida**).

Respondo que é perfeitamente compreensível a sua grande dor, neste processo de morrer, por ter perdido a saúde e assim deixar sua vida, seu marido, seus filhos. Por outro lado, apesar desta dor ser totalmente compreensível, não podemos deixar que ela nos torne impotentes frente a alguma ajuda que possamos oferecer para R., considerando – se também que R. aceitou a ajuda e sentiu – se bem com o Exercício de Relaxamento e Visualização integrado à Espiritualidade. *Conforme observei na sessão anterior, não foi possível, dado ao estado terminal avançado da paciente, ajuda – la em relação a Dor Psíquica / Humor Depressivo: Angústia pela Perda da Vida, mas foi possível ajuda – la em relação a Dor Espiritual / Medo da Morte.*

A tia responde que R. tem essa força para lutar, dentro de si. Relata que alguns dias atrás ela teve em um sonho: estava em um avião que caía e se destroçava, mas ela continuava inteira, pairando no ar. Digo que esse sonho parece mostrar que apesar de seu corpo estar se destroçando ela continua viva, existindo. É justamente esta idéia que deve ser

preservada. M. intervem, diz que concorda e que irá ajudá-la. Colocará a música e em momentos oportunos, orientará a Imaginação da paciente para paisagens belas e tranquilas, visto que, no momento, ela só aceita a ajuda dele.

Despeço – me combinando a próxima sessão.

Morte da Paciente:

Dia 15 / 09 / 00 a tia do marido de R. me ligou, no início da noite, comunicando que a paciente tinha ido a óbito meia hora atrás e havia morrido de forma serena.

Combinei um Atendimento Familiar para os próximos dias.

Sessão com Familiares Pós - Óbito : 20 / 09 / 2000

Duração: 02 horas

Atendimento Domiciliar

Participam da sessão: M. marido da paciente e os filhos G. e D.

Encontro os familiares de R. me aguardando. Sentamos todos na sala. Observo que a casa está limpa e bem arrumada.

M. afirma que estão enfrentando bem a situação e que ele encontrou uma maneira de amenizar a dor e gostaria que eu fizesse alguma orientação sobre esse procedimento. Relata que tem momentos que sente uma tristeza imensa, mas em outros sente – se em paz. Sabe que fez tudo o que podia por sua esposa. Foram felizes no casamento e na doença, cuidou dela da melhor forma possível. Tem oscilado seu pensamento entre as lembranças do passado e os planos para reorganizar sua vida e a dos filhos. M. emociona – se e encoraja – o a expressar seus sentimentos. Ele diz que não tem guardado nada, quando sente vontade de chorar, chora, mas não se deixa abater. Sabe da sua responsabilidade com os dois filhos adolescentes e com a sua própria vida. Às vezes sente culpa por estar sendo forte perante a situação. Parece – lhe que está traindo sua esposa; ela morreu e ele, apesar da dor, está conseguindo lidar com a situação. Os filhos dizem que sentem o mesmo. Pergunto – lhes se fosse o contrário, se eles tivessem morrido,

como gostariam que os outros familiares lidassem com a situação. G. brinca e diz que ele é inesquecível, mas gostaria que a família continuasse bem. D. responde que não quer morrer sozinho, gostaria que todos morressem com ele, mas, se fosse sozinho, iria querer que os outros ficassem bem. M. coloca que conversou sobre isto com R., quando ela estava internada no CAISM, UNICAMP. A paciente tinha percepção da gravidade de seu estado e por isto disse ao marido que sairia do hospital direto para o cemitério. Pediu que, se ele quisesse companhia, casasse novamente e não ficasse namorando várias moças. Pediu também que ele ficasse bem e cuidasse dos filhos. Afirmando que está é uma bonita e exemplar forma de lidar com a situação. A própria R. deu – lhe permissão para continuar vivendo.

M. passa a mostrar as fotos de R. com ele e com os filhos, que colocou em porta retratos, pela casa, além das que já existiam e também relata que tem visto e mostrado para a família, gravações em fitas de vídeo cassete, de eventos familiares onde R. aparece. Coloca que se sente feliz em ver estes filmes, recordar os bons momentos. Parece, ao ver os filmes, que ela está ali, com ele. Por outro lado, acrescenta, está procurando reorganizar a vida. Está planejando voltar a trabalhar na próxima semana. Entrou em contato com uma antiga empregada, de confiança, para cuidar da casa e também está pensando em fazer algumas reformas para facilitar a vida dele e dos filhos. No dia anterior fez uma faxina na casa e deixou tudo em ordem. Está procurando organizar a vida de forma que nada falte para os adolescentes. Também pediu para suas tias voltarem para a casa delas, pois é tarefa dele cuidar de sua casa e de seus filhos.

Durante esta conversa G. e D. fazem apartes, brincam, ‘cutucam’ um ao outro e ao pai, brincam que ele é ‘pão – duro’, etc, em um clima muito afetivo.

M. pede minha opinião, enquanto psicóloga, sobre esta forma de lidar com a situação. Digo – lhe que parece – me que ele e os filhos estão enfrentando de forma adequada a perda de R. Esta conduta de reavivar lembranças para amenizar a dor da perda, em paralelo com a reorganização da vida atual, parece – me muito adequada, porque, além de estar sendo benéfica para eles, é uma forma de adaptação interessante, onde o passado e a nova vida podem se integrar, até que tudo se acomode. M. acrescenta que tem consciência que esta acomodação demorará um pouco para acontecer. Talvez demore um ano, conclui, mas não há outra alternativa a não ser viver este período e sentir esta dor. Complemento

colocando que esta dor é totalmente natural e seria “estranho” se ele não estivesse sentindo – a.

Pergunto para D. e G. como eles estão se sentindo em relação a esta dor. Os adolescentes respondem que de certa forma já estavam preparados. Primeiro perderam a avó paterna há 4 anos atrás, a quem amavam muito, depois acompanharam a doença da mãe nos dois últimos anos. De certa forma foram se preparando aos poucos. Afirmam que só não querem perder também o pai, visto que já perderam a mãe. O pai intervém e os tranqüiliza dizendo para não se preocuparem porque irá criá-los e cuidar deles até que casem. G. brinca e diz que isto vai demorar muito. **D. coloca que para ele sua mãe fez tudo o que tinha para fazer na Terra e havia chegado a hora dela partir. Afirmo que, baseados, tanto na crença religiosa deles, católica, como nos estudos científicos com pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. (Experiência de Quase Morte), acreditamos que existe uma vida espiritual após a morte. D. acrescenta que também acredita que um dia irá rever sua mãe no mundo espiritual e esta crença é muito reconfortante.**

M. coloca, novamente, conforme ele já havia afirmado na sessão anterior, que esses estudos com pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. são muito sérios porque ele mesmo conheceu uma pessoa da família que passou por esta experiência e que lhe contou pessoalmente sobre esta vivência.

D. relata que ele também teve experiências extra – sensoriais. Ele sonhou que alguém (não sabia dizer quem) tinha morrido enforcado e no dia seguinte seu tio praticou este ato. Desta vez, no dia anterior ao da morte da sua mãe, estava dormindo e de repente “acordou” e ouviu nitidamente sua mãe dizendo: “tá bom, eu vou, eu concordo em ir”. No momento, achou estranho, pois R. não estava mais conseguindo falar com clareza mas, mesmo assim, pensou que ela falava com uma das tias. Levantou – se e foi verificar. Observou que não havia ninguém na sala com sua mãe. Verificou que seu pai e suas tias ainda estavam acordados e disseram que não tinham ouvido nada. D. afirma que estava acordado e ouviu sua mãe com muita clareza. 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.

Pergunto – lhes como sentem em abordar questões relativas a vida após a morte. Tanto M. como seus filhos respondem que sentem – se bem, reconfortados, ao pensar que R. agora vive em algum lugar do Universo. M. coloca que tudo isto ainda é muito desconhecido pela ciência e pelo próprio homem. Quantas vidas, quantas existências podemos ter vivido e não lembramos de nada. Digo – lhes que é verdade, que ainda temos muito que caminhar, pesquisar, conhecer sobre nós mesmos, seres humanos. Coloco, a seguir, para G. e D. que, além de acreditarmos que R. continua existindo no mundo espiritual, ela também pode permanecer viva no coração deles através de tudo o que ela ensinou para eles e através do sentimento que eles nutrem por ela. Os adolescentes respondem que lembrarão do que a mãe ensinou por toda vida e lembrarão também que, desta forma, ela estará viva dentro de seus corações. O pai concorda e acrescenta que eles poderão sempre perguntar - se como a mãe os orientaria nas diversas situações. Acrescentam que R. era muito inteligente.

M. passa a contar sobre a forma como R. adoeceu. Relata que ela começou a sentir dores no seio, mas associou a dor ao seu esforço no trabalho, pois digitava o dia inteiro. Apareceram nódulos na mama e ela consultou um médico que, após realizar vários exames, diagnosticou como câncer. Assustada a paciente resolveu ouvir uma outra opinião e o segundo médico interpretou os exames como displasia mamária. A paciente começou a tratar – se com este segundo médico, quando perdeu o convênio, pois saiu da empresa em que trabalhava. Foi consultar – se no Posto de Saúde e o médico que a atendeu, ao examiná – la, imediatamente a encaminhou para a UNICAMP, em março de 1999. Foram realizados cirurgias e tratamento com quimioterapia e radioterapia, mas o tumor, que era muito agressivo, cresceu rapidamente e espalhou – se pelo corpo. M. e os filhos concluem que, para eles, o câncer não tem cura e não teria jeito de nenhuma forma. Era impossível que R. se curasse. Pontuam que a mãe de M. morreu de câncer, a cachorra de R. morreu de câncer no focinho e R. morreu de câncer. *(Não intervenho nesta crença, pois observo que esta é uma maneira que a família está encontrando para defender – se de uma possível culpa por não terem aceitado o diagnóstico do primeiro médico, que estava certo).* M. também comenta que R. não tinha histórico de câncer na família, seus hábitos eram mais saudáveis do que os dele, pois não bebia, não fumava e mesmo assim desenvolveu um câncer. Acrescenta que não entende. D. e G. intervem e brincam com o pai. Contam que ele

às vezes bebe de fim de semana e fica abraçando e beijando toda a família e dizendo que ama todos. (*O clima entre M. e os filhos parece ser sempre muito afetivo e continente*).

Embora observe que esta família está lidando com o luto de forma saudável pergunto, a título de confirmação, sobre o desejo deles, de serem encaminhados para uma psicoterapia, para elaboração do luto. M. responde que não quer, não é necessário. O apoio que demos nesta fase final foi importante e suficiente; acredita que será capaz de lidar de forma adequada com este processo. Pontuo que realmente é um processo, uma dor a ser vivenciada e elaborada e a forma que ele encontrou, reviver, através de fotos e filmes as boas lembranças, em paralelo a reorganização da nova vida, parece – me saudável e adequada. Informo que poderão me ligar em qualquer época que precisem. Os adolescentes, por sua vez, falam que foi bom conversar, que “aliviou”, mas também sentem que não precisam de psicoterapia, que estão bem com o pai e sempre conversam.

M. pergunta – me se eu gostaria de assistir ao filme do batizado de G. e do aniversário de D., onde poderemos ver R. Digo – lhe que sim. Assisto ao filme junto com os três. M. vai passando as partes onde R. aparece, contando como era a vida deles. Mostra – se feliz em passar o filme e contar a história de sua família. Pontua que foram felizes. Digo que me parece que ele, ao reviver os sentimentos e emoções de sua história com a esposa, encontra um lugar dentro de si mesmo para manter R. viva, enquanto, no presente, reorganiza sua vida sem ela. M. responde que é exatamente isto que está fazendo e, se casar de novo, sempre amará R. e isto independe de vir a gostar de uma outra mulher. Digo – lhe que parece – me que seu mundo interno está em ordem. G. e D. brincam e dizem que só aceitam que ele se case outra vez se a moça for muito rica.

M. começa a me contar sobre a morte de R. Relata que depois que fui embora, na sessão do dia 13 / 09, ele colocou o CD do Relaxamento. Não fez nenhuma orientação para Visualização. Apenas colocou a música e ficou observando a esposa. Percebeu que ela se acalmou, relaxou, pareceu – lhe que ela, por si só, já orientada pelas sessões anteriores, entrou, através da sua Imaginação, em um mundo belo. Desse dia 13 até o dia do óbito, dia 15, colocou o CD do Relaxamento inúmeras vezes por dia para tocar e observou que sempre que ele colocava, a esposa ficava bem e relaxava. **Quando R. morreu, o CD estava tocando. Ela morreu de forma muito serena, ouvindo a música, conclui.**

Acrescenta que ficou ao lado dela, sem dizer nada, apenas deixando a música tocar e acompanhando seu desligamento. Depois cuidou do corpo, escovou seus dentes, a vestiu. Observou que a face dela logo após a morte estava serena e com um sorriso nos lábios. Afirma que a impressão que teve, ao olhar para a esposa logo após o óbito, foi vê-la como era, antes de adoecer, jovem e bonita. Seu sentimento, nesse momento, foi que o espírito de sua esposa despreendeu-se do corpo de forma serena e na forma saudável. Frente a esta colocação, digo para M. que segundo o médico psiquiatra MOOD JR (1989), existem pacientes que relataram terem visto, durante a Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), seus corpos espirituais em condições diferente do corpo físico no momento dessa E.Q.M. Alguns que estavam machucados viram-se de forma saudável e algumas crianças que passaram por essa experiência, relataram terem se visto no mundo espiritual, não como crianças, mas como adultos jovens. M. afirma que foi exatamente esta sensação que ele teve: a transformação do corpo espiritual de R. na sua forma anterior, jovem, saudável, bonita. Acrescento que a médica psiquiatra KÜBLER – ROSS (1998) também refere-se a esta transformação com uma metáfora sobre a lagarta que se transforma em borboleta.

M. conta que ia gravar o CD para ele porque as músicas são muito bonitas, mas resolveu não gravar porque elas iriam lembrá-lo sempre do momento da morte de R. e isto seria muito doloroso. Concordo com ele. M. acrescenta que, por outro lado, quando chegar a hora de sua morte, quer ser atendido e acompanhado através deste trabalho com Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade. Gostará de morrer ouvindo estas músicas.

Finaliza dizendo-me para agora escrever tudo isto, contar a história de sua família, na minha Dissertação. Respondo que com sua família pude observar uma elaboração saudável do luto, observar o exemplo dele, uma pessoa cheia de recursos internos para lidar com a dor e a perda e pude constatar, entre outros aspectos, que é possível finalizar o trabalho através do familiar cuidador do paciente ou do familiar com quem o paciente tem forte vínculo afetivo. Acrescento que meu objetivo final é que outras pessoas possam ser ajudadas, por outros profissionais, através desta técnica.

Despeço-me da família pontuando para me ligarem, caso precisem de atendimento. M. responde brincando que ligará para me convidar para o casamento dos filhos. G. diz que isto irá demorar muito. Todos riem. Despeço-me.

8.5. QUINTA PACIENTE: D.Z.M.

8.5.1. Identificação

Idade: 75 anos

Estado Civil: viúva

Filhos: 1 filho falecido.

Residência: Campinas. Moram com a paciente na residência, sua irmã solteira que está, atualmente, com deficiência auditiva e seu irmão. Todos na faixa etária da paciente.

Doença: Neoplasia maligna – Câncer de ovário, estágio IV e oclusão intestinal; paciente foi submetida à cirurgia Laparotomia Exploradora e está colostomizada. Desenvolveu metástase no fígado.

Início do Tratamento: 17 / 04 / 2000

Hospital: CAISM - UNICAMP

8.5.2. Histórico Clínico:

A Enfermagem do CAISM relata no prontuário da Paciente que esta, em maio deste ano, mostrava – se deprimida porque achava que não tinha mais muito tempo de vida.

O Serviço de Psicologia do CAISM relata, no prontuário, em maio deste ano, que a paciente encontrava – se, nesta época, muito sensibilizada em função do seu estado *atual de saúde, demonstrava ter consciência de sua doença, da gravidade dela, e dizia estar sentindo – se inválida, com a sensação de ter fracassado na vida. Apresenta ‘Histórico de Vida’ com perdas significativas.*

Em relação à internação atual, Enfermagem relata no prontuário que, entre os dias 15 e 18 de outubro, a paciente apresentou quadro de confusão mental importante. Em 18 de outubro foi realizada interconsulta neurológica e a hipótese diagnóstica foi síndrome

confusional secundária, encefalopatia tóxica metabólica. A paciente melhorou e saiu do quadro de confusão mental após introdução de antibióticos e retorno da diurese.

Atualmente sente muita dor nos quadris com sensação de peso nas pernas.

A médica do Setor de Cuidados Paliativos informou que a paciente está Fora de Possibilidade de Cura, com prognóstico muito ruim.

8.5.3. Sessões Psicoterapêuticas:

1º Sessão: 23 / 10 / 2000

Duração: 45 minutos

Atendimento Hospitalar

Encontro a paciente no leito, acompanhada da irmã C. que me conta que ela, C., está quase surda.

A Enfermagem apresenta – me para a paciente como a Psicóloga que irá fazer um trabalho específico com ela. Explico para D. que o trabalho será feito, se ela aceitar. D. pergunta – me sobre qual o trabalho que será feito e acrescenta que não está se sentindo muito bem. Afirma que está sonolenta, com muita tosse, pois tem “catarro antigo” nos pulmões e não consegue falar por muito tempo; pergunta – me se eu quero atender – la mesmo assim. *Observo pela maneira da paciente falar, que ela está muito assustada e vulnerável; parece querer dizer que não está nada bem e ao mesmo tempo parece ter muito medo de expressar esta realidade, o que indica, **DOR ESPIRITUAL: Medo da Morte e do Pós - Morte.*** D. acrescenta que não estava assim ontem e não entende porque está assim hoje.

Antes de qualquer explicação sobre o trabalho assumo uma postura de muito acolhimento, muita doçura. Toco a paciente e digo – lhe para não se preocupar com sua capacidade de falar e, se dormir durante o atendimento, não tem problema. Afirmo que só quero ajudá – la da forma que for possível para ela. A paciente aceita.

A irmã que está ao lado observando, olha para o aparelho portátil de CD que eu

trouxe e pergunta se vou colocar música para elas dançarem. D. também olha para o CD e me pergunta se vou colocar música religiosa. Respondo que nem uma coisa e nem outra; vou utilizar o CD para colocar uma música suave para Relaxamento mas, antes desse Exercício, vou mostrar a música para ver se ela acha a melodia agradável.

Pergunto para D. qual a Religião dela. A paciente responde que não tem nenhuma específica, apenas crê em Cristo. Pergunto se ela acredita no mundo espiritual e D. responde que sim.

Explico a natureza do trabalho fazendo uma comparação da nossa mente com uma TV. Afirimo que podemos ligar esse aparelho em vários canais assim como, podemos focar nossos pensamentos em vários ‘canais’, em várias direções. D. compreende com facilidade e continua dando sinais que está com muito medo. Fala que não sabe se vai conseguir me acompanhar. Tranqüilizo – a; digo – lhe que ela me acompanhará da forma que conseguir e se não gostar, poderemos interromper o trabalho. Ofereço muita continência, muito acolhimento, muita doçura, na minha postura.

Mostro para D. a pasta com as Imagens de Paisagens. A irmã aproxima – se e também acompanha o folhear das imagens. D. exclama que gostou muito, que sentiu vontade de mergulhar nesses lugares. Explico que esse é meu objetivo, levá – la a ‘viajar’ para esses lugares bonitos através da Imaginação e desfocar o pensamento das tristezas. Pontuo que quando estamos doentes temos a tendência de só pensar em tristezas. D. concorda. Acrescento que meu objetivo é justamente ajudá – la a mudar esta forma de pensar. D. anima – se. Peço para D. me mostrar da qual ou das quais Imagens mais gostou, para que eu possa conhecer os temas preferidos por ela. D. responde que todas são lindas mas prefere a número 4, a número 5, a número 9 e a número 12. Nas quatro imagens os temas predominantes são céu azul, lago azul e árvores muito verdes. Pontuo isto para ela. D. responde que na natureza tudo é maravilhoso. *É comum, pacientes que não sabem nadar, ficarem confusos ao imaginarem que estão nadando e, por isto, pergunto – lhe se sabe nadar, para que eu possa orientá – la de acordo, no exercício. D. responde que não sabe nadar. Fala com dificuldade e tosse muito. Constatando sua dificuldade e visando não cansá – la mais, opto por não perguntar as questões referentes ao Anexo 1 (Anamnese), pelo menos neste momento, e as questões referentes ao Anexo 2 (Dor Psíquica e Dor*

Espiritual). O medo da morte e do pós - morte, relativo a Dor Espiritual, é possível de ser observado pela necessidade da paciente de dizer que não está nada bem e ao mesmo tempo mostrar que tem muito medo de expressar, de entrar em contato de forma direta com esta realidade, conforme assinala acima.

Ofereço o CD “Soprus Universalis”, música “Andinos” e peço para a paciente observar se gostou ou não desta música. Caso não goste, poderei oferecer outras. D. ouviu atentamente e após alguns momentos responde que gostou. Sua irmã me diz que está mesmo surda porque não está conseguindo ouvir a música. Senta em uma poltrona do quarto e dorme.

Proponho para a paciente que façamos o exercício.

Tempo de Exercício: 10 minutos

Peço para D. fechar os olhos, imaginar um céu muito azul, respirar lentamente e visualizar o oxigênio sendo inalado na cor azul do céu.

Oriento que visualize o ‘oxigênio azul’ sendo levado para seus pulmões e em seguida sendo distribuído para todo seu corpo: cabeça, tórax, costas, abdome, braços, pernas, principalmente as pernas, que estão muito doloridas. Peço que imagine suas pernas sendo envolvidas por uma luz muito azul e a dor desaparecendo.

Em seguida peço que entre em uma estrada dourada de sol, ladeada por árvores muito verdes e chegue em um lago azul, cercado por árvores verdes. **D., nesse momento, abre os olhos e me diz que está gostando muito e torna a fechá – los.**

Continuo a orientação e peço para D. visualizar – se entrando no lago, na parte rasa, mergulhar e procurar sentir a sensação gostosa e refrescante da água. Oriento para em seguida sair do lago e sentar – se embaixo de uma árvore. Peço que visualize o local e, sentada sob a árvore, procure ligar – se com a Natureza e imaginar que o amor de Cristo a envolve. D. respira fundo e após alguns instantes abre os olhos, sem que eu tenha orientado – a para tal. *Observo que ela fez o exercício, beneficiou – se com ele, mas precisou voltar, no momento em que pedi para ela integrar – se com aspectos espirituais. Está assustada, com medo da morte e do pós - morte (Dor Espiritual).*

Procuro conversar com a paciente, **pergunto se ela gostou do exercício, se quer que eu volte no dia seguinte. D. responde que sim.** Acrescento que se ela receber alta e for para casa, poderei atendê-la no domicílio. D. responde que está bem, mas, acredita que irá ficar internada por vários dias.

Como a paciente, após o exercício, “melhorou”, procuro conhecer seu histórico de vida.(Anamese, anexo 1). Pergunto – lhe se têm filhos. D. responde que não; seu filho morreu. Conta que ele tinha 28 anos, era casado e tinha 2 filhos pequenos. Se hoje fosse vivo, estaria com 41 anos. Pergunto – lhe se quer falar mais sobre isto. D. responde que não, que amanhã talvez consiga falar mais sobre isto. Respeito seu desejo e, para concluir a sessão, explico que este trabalho faz parte do meu estudo de Mestrado, informo que os resultados serão publicados mas a identidade dos pacientes e de seus familiares será mantida em sigilo. Leio com ela o Anexo 5: Termo de Consentimento. No item que aborda os Resultados Gerais e Específicos do Projeto - Piloto, relato para D. sobre o trabalho com os adolescentes omitindo que eles foram a óbito. Pontuo a importância do paciente crer na vida espiritual para que esta técnica possa ser aplicada. D. responde que acredita e que tem muita fé em Cristo. Opto, neste momento, por falar sobre a vida espiritual pós – morte com a paciente, dada à gravidade do seu estado e também porque observo que D. mostra – se aberta para este assunto.

Digo – lhe em uma postura de muito acolhimento, serenidade, doçura, que quero ajudá-la a minimizar o medo da morte e esclareço que quando estamos gravemente doentes, este medo costuma ser muito forte. D. concorda. Conto que tenho estudado as pesquisas que psiquiatras fizeram com pacientes que estiveram em coma profunda e voltaram a viver. Estes pacientes relataram que, durante o estado de coma visitaram o mundo espiritual e viram lugares muito lindos e Seres repletos de Luz, que os envolviam de Amor. D. mostra – se interessada e diz que acredita nestes mundos espirituais belos. Coloco que, segundo o relato desses pacientes, eles chegaram até esses mundos belos através de um caminho ou túnel dourado e, é este, justamente, meu objetivo nos exercícios, ajuda – la a ligar – se a mundos espirituais belos através da Imaginação. **D. relaxa sua expressão facial. Expressa seu desejo em continuar com os atendimentos e me agradece várias vezes pelo trabalho realizado.** *Observo que estabelecemos um bom vínculo terapêutico e também observo que, através das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de*

*Imagens Mentais integradas a Espiritualidade, foi possível ajudar a paciente a minimizar a Dor Espiritual: medo da morte e do pós – morte. Também identifiquei a Dor Psíquica: Humor Depressivo / Tristeza pela perda do filho, mas, frente à gravidade do estado clínico da paciente e da sua atitude quando falou sobre o assunto, considereei como secundária a Dor Espiritual, neste momento. A **observação feita com a paciente anterior (quarta paciente) que, frente a Dor Simbólica da Morte, na fase final do processo de morrer, a Dor Espiritual é prevalente à Dor Psíquica, confirma – se com esta paciente.***

Peço para a paciente assinar o Termo de Consentimento (Anexo 5), mas, por causa do soro no braço que a impossibilita de escrever, ela pede para apenas sua irmã assinar. Concordo. Como a irmã C. ainda dorme na poltrona, combinamos que o Termo será assinado no dia seguinte. D. observa minha preocupação em relação ao Termo de Consentimento e procura tranquilizar – me, dizendo que, com toda certeza, sua irmã e / ou sua sobrinha estarão acompanhando – a no dia seguinte. Agradece mais uma vez pelo atendimento. Despeço – me.

2º Sessão: 24 / 10 / 2000

Duração: 40 minutos

Atendimento Hospitalar

Ao chegar à Enfermaria do CAISM, sou informada, pela Enfermeira Ednaura Pereira de Souza, responsável pelo Serviço de Enfermagem no Setor de Cuidados Paliativos do CAISM, que a paciente havia piorado clinicamente e disse – lhe, um tanto angustiada, momentos antes da minha chegada, que estava morrendo.

Encontro a paciente no leito, semi - adormecida, acompanhada pela sobrinha L. que nesse momento segura sua máscara de oxigênio. (*L. é uma moça de aproximadamente 35 anos, casada, dois filhos e muito afetiva*). Apresento – me.

Ao ouvir minha voz, D. abre os olhos e me diz, com dificuldade, que não está conseguindo conversar e está muito sonolenta. Mostra - se assustada. ***Parece – me evidente frente à atitude da paciente e ao seu grave estado clínico, a DOR ESPIRITUAL: Medo da Morte.*** Tranqüilizo – a. Digo – lhe que não iremos conversar e sim, irei colocar a música e procurar ajudá – la a ‘sonhar’ sonhos bonitos, imaginar mundos belos. D.

concorda com a proposta do exercício, repete que não está bem e fecha os olhos. Coloco a música e em uma postura de muita serenidade, muito acolhimento, muita doçura, digo para D. não ter medo. Afirmo que apenas seu corpo está doente. Seu 'eu', seu espírito, é eterno e pode voar para lugares belos. As feições da paciente parecem relaxar.

Digo – lhe que nós acreditamos que existem mundos espirituais e podemos nos ligar a eles através da Imaginação, da mente.

Peço – lhe que imagine uma estrada dourada como o sol e visualize – se entrando nesta estrada. Veja nessa estrada Seres Luminosos ligados a Cristo. *Seres Luminosos são uma referência dos pacientes que vivenciaram uma EQM, na transição para o mundo espiritual e Cristo é o Ser Protetor para a paciente.*

Oriento – a para procurar sentir o amor que esses Seres Espirituais irradiam para ela. Digo – lhe para imaginar que está envolvida pelo amor, pela bondade, pela luz desses Seres Espirituais.

L. do outro lado do leito, segura a máscara de oxigênio, chora e ao mesmo tempo sorri para mim e aprova por gestos faciais o trabalho. D. suspira e parece relaxar mais.

Digo – lhe para entrar no lugar belo que visualizamos ontem. Peço que veja o lago azul, o céu azul, brilhando. Falo que a beira do lago é rasa e peço para ela entrar no lago, mergulhar, imaginar que todas as tristezas, sofrimentos, estão indo embora. Oriento - a para brincar na água. Em seguida, *visando re - significar a **DOR ESPIRITUAL: Sentido da Vida e da Morte***, afirmo que ela viveu a vida que tinha para viver. Fez tudo o que podia ter feito. *Fundamentada nos relatos do prontuário médico da paciente e no relato dela própria na sessão anterior sobre a perda do seu filho, procuro ajudá – la também em relação à **DOR PSÍQUICA: Tristezas, Culpas frente a perdas**, visando, neste momento, otimizar a re - significação da **DOR ESPIRITUAL: Sentido da Vida e da Morte** porque, conforme citei na Introdução Teórica, observo que os aspectos psíquicos alicerçam a Dor Simbólica da Morte e sobre os aspectos espirituais ela se projeta.* Digo – lhe que ela não tem culpa nenhuma pelo seu sofrimento. Foram acontecimentos difíceis em sua vida porém estes fatos não aconteceram por culpa dela ou para castigá – la. **D. abre os olhos, suspira, parece relaxar mais, torna a fecha – los. Retorno o foco da minha orientação para a**

DOR ESPIRITUAL: Medo da Morte e do Pós - Morte. Oriente – a para procurar sentir novamente o amor dos Seres Luminosos envolvendo – a e peço que procure entregar – se a eles. Em seguida, oriento – a para imaginar – se saindo da água e visualizar a cor verde das árvores, o azul do céu. Digo – lhe para sentir uma brisa suave e observar a beleza do local. Sentir a paz desse local. Oriente – a, em seguida, para imaginar adiante desse bosque com lago, um parque muito florido, com flores rosas, azuis, brancas, amarelas, bancos para sentar e descansar, crianças alegres correndo e, ao fundo desse parque, um arco íris com suas lindas cores: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul céu, azul índigo e violeta. Peço que imagine – se sentada em um dos bancos, acompanhada de Seres de Luz que irradiam amor e observe as crianças, a alegria, a ternura, a doçura que elas transmitem. Deixo, por alguns momentos, somente a música tocando e em seguida, digo – lhe para se sentir bem - vinda nesse parque bonito. Afirmando que acreditamos que o Mundo Espiritual pode ser desta forma que estamos descrevendo e pontuo para ela não ter medo, apenas seu corpo está doente e debilitado. *Nessa parte introduzi três elementos que não haviam sido escolhidos pela paciente: flores, crianças e arco – íris, visando trazer para a visualização elementos simbólicos de alegria, ternura, doçura e de ‘ponte entre o céu e a terra’. Posteriormente sua sobrinha L. me conta que a época em o filho de D. era criança foi um período muito feliz para ela e por esta razão a figura de crianças para D. reporta – a para vivências felizes, acentuando o benefício desse elemento que, intuitivamente, no momento, escolhi.*

D. abre os olhos, afasta a máscara de oxigênio e afirma que não precisa mais dela. Sua expressão é de serenidade. Sua sobrinha L. exclama: “Nossa, tia! A senhora ficou calma, tranqüila”. D. afirma que uma parte dela já está neste lugar que eu descrevi no exercício, mas uma outra parte dela ainda reluta em desligar – se deste mundo. Afirma que está perdendo o controle e isto incomoda “essa parte” que reluta em se desligar. Pede para mudar de posição na cama e pede para tomar café. Nesse ínterim, mais uma sobrinha chega ao quarto e também a irmã da paciente, C. O café é providenciado e a mudança de posição também. A irmã de D. e as duas sobrinhas mostram - se muito afetuosas, solícitas, para com a paciente. Pontuo para D. o quanto ela é querida por suas parentas e afirmo que isto indica que ela é uma boa pessoa. A sobrinha L. imediatamente confirma minha colocação e acrescenta que D. é sua segunda mãe. Observo que esta observação é benéfica tanto para a paciente como para suas parentas.

D. pede para retornar a cama para a posição anterior porque quer deitar. Diz, novamente, que uma parte sua já está naquele lugar bonito do exercício, mas a outra parte ainda está ali, no hospital, e ela está sentindo um grande mal estar. Digo – lhe para não ter medo e entregar – se para o ‘lugar bonito’, para os Seres de Luz. D. fecha os olhos e diz que vai se entregar.

Após alguns momentos D. adormece, sua irmã C. fica fazendo – lhe companhia. As duas sobrinhas saem e L., uma delas, vem conversar comigo. São 11 horas e trinta minutos.

1º Sessão de Orientação Familiar: 24 / 10 / 2000 Duração: 30 minutos

Atendimento Ambulatorial

Explico para L. o trabalho que estou desenvolvendo. L. afirma que considerou a sessão que fiz com sua tia, muito bonita e benéfica. Observou que esta forma de abordagem ajudou, em muito, a paciente nestes momentos finais. Pontua que D. estava angustiada, aflita, antes do atendimento com o exercício de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integrado à Espiritualidade, mas depois dele ficou serena, tranqüila.

Em relação à religiosidade, conta que sua tia era católica, mas, de ‘uns tempos para cá’, resolveu abandonar a religião e acreditar apenas em Cristo, porque não concordava com a idéia de inferno, culpa, castigo eterno.

Ela, L., por sua vez, freqüenta a doutrina espírita. Afirma que considerou muito bom este método porque ele integra espiritualidade com ciência. Afirma também que considera muito importante a integração de aspectos espirituais ao tratamento médico convencional, principalmente frente a uma doença grave e que acarreta tantos sofrimentos, como o câncer. Repete várias vezes que o atendimento foi muito bonito e, visivelmente, fez muito bem para sua tia.

Relata que a vida de D. foi muito sofrida. Viveu uma infância muito triste. Quando casou – se não conseguiu ter filhos e adotou um menino que foi a alegria da sua vida. Tinha uma relação de amor recíproco com este filho muito forte e muito bonita.

Quando este menino estava com oito anos, seu marido a abandonou para viver com outra mulher com quem já tinha oito filhos. Sozinha cuidou de sua criança com muita dedicação. Esse filho casou – se, deu – lhe dois netos, e aos vinte e oito anos, dezoito anos atrás, ao atravessar uma rua, foi atropelado por um carro em alta velocidade e morreu três dias depois. A partir desta data D. tornou – se uma outra pessoa, amarga e triste. **Afirma que sentiu – se reconfortada porque D., depois de vivenciar tanto sofrimento, recebeu esta qualidade de atendimento e está se desligando desta vida de forma serena. Pontua que era exatamente isto que D. estava precisando: serenidade, ligação mental com o amor, com a paz.** Apesar de freqüentar a doutrina espírita e acreditar em um mundo espiritual e em Seres de Luz, nunca conseguiu conversar sobre isto com sua tia. Sempre falou sobre outros assuntos espiritualistas, mas não exatamente sobre a vida após a morte. **Repetiu que esse método e a forma, através da qual desenvolvi o trabalho, foram excelentes, porque implicam na integração de aspectos humanos ao tratamento médico convencional. L. frisa que espera que essas condutas humanas sejam divulgadas e aceitas por toda a comunidade científica.** Respondo que esse é um dos meus objetivos e por esta razão estou desenvolvendo esse estudo de Mestrado.

Como, no dia anterior, D. não pôde assinar o Termo de Consentimento por estar com o braço imobilizado e peço a L. que o assine. A sobrinha da paciente lê e prontamente assina.

Volto ao quarto de D. para pegar meu aparelho de CD portátil. Despeço – me da paciente e digo – lhe que voltarei no dia seguinte para mais uma sessão e pontuo para ela não ter medo e ligar – se através do pensamento com mundos belos. D. olha – me com carinho e agradece. Despeço – me da família.

Morte da Paciente:

Passadas duas horas e meia do término deste atendimento, às 14:10 h, pontualmente, porque olhei no relógio, estava em minha casa almoçando e, **repentinamente, embora estivesse dentro de uma sala fechada, senti uma ‘brisa’ e uma sensação de ternura, de despedida, me envolver.** No mesmo instante lembrei – me de que os pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. relataram que conseguiram transportar – se, na rapidez do pensamento, até às pessoas, das quais desejavam se despedir.

Imediatamente, conforme citei acima, olhei no relógio, pensando que D. tinha ido a óbito e estava se despedindo de mim. Parei de almoçar, fechei os olhos e me despedi mentalmente dela. Procurei transmitir – lhe um sentimento afetuoso e agradei pela oportunidade de ter podido ajudá – la. Terminei de almoçar e liguei na Enfermaria da Oncologia da UNICAMP, confirmando minha percepção com a Enfermeira Silvia Renata Pereira. A paciente tinha ido a óbito às 13:55 h.

Após certificar – me do óbito de D., liguei para L. que tinha se ausentado do Hospital e, já comunicada do falecimento da tia, retornava para o CAISM. L. pontuou novamente que o trabalho desenvolvido contribuiu, em muito, para re - significar o sofrimento de D. frente à morte. Relatou que entre 13:00h e 14:00h tinha ido para sua casa cuidar dos filhos, (mora em cidade próxima a Campinas), e, mentalmente, continuou ligada na tia. Em torno deste horário também sentiu uma sensação de paz e a despedida de sua tia D.

Combinamos de voltar a nos falar posteriormente, para marcar a sessão pós - óbito.

Posteriormente, em comunicação pessoal, as Enfermeiras Ednaura Pereira Souza e Silvia Renata Pereira que estavam responsáveis por este setor no momento em que D. foi a óbito, relataram que a paciente morreu sem apresentar desespero, sem apresentar angústia frente à morte. Pareceu – lhes que a paciente estava serena ao desligar – se desta vida e morreu tranqüila.

Correspondência por “e – mail” com a sobrinha L., em substituição a Sessão com Familiares Pós - Óbito:

Após o dia do óbito de D. (24 / 10 / 00), falei por telefone com L., algumas vezes, para marcarmos a sessão pós - óbito. A sobrinha da paciente estava encontrando, nesta época, dificuldades em vir para Campinas, para esta sessão, porque estava envolvida com compromissos pessoais e familiares, que se acumularam durante a doença da tia.

Por este motivo combinamos que ela faria o relato sobre a sua visão da re - significação da Dor Simbólica da Morte de sua tia D., através do trabalho terapêutico com as técnicas de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais integradas à Espiritualidade, por escrito, e o mandaria por e - mail.

Transcrevo abaixo seu parecer.

“Subject: Apoio dado para minha tia, na Unicamp

Date: Tue, 7 Nov 2000 22:15:36 -0200

Reply Reply All Forward Delete Previous Next Close

Cara Ana Catarina, estou enviando este e-mail para descrever o que passamos no dia 24-10-00 na Unicamp.

Minha tia D., vinha sofrendo muito e definhando aos poucos com câncer no útero, ovário e fígado. Todos sofremos horrivelmente durante meses. Quando chegou o dia 24-10-00 de manhã, eu estava só com ela no quarto 107 na Oncologia e comecei a perceber que ela respirava com muita dificuldade, revirando os olhos e ao mesmo tempo muito lúcida. Nós conversávamos, enquanto eu segurava o respirador de oxigênio para inalação. Ela dizia coisas lindíssimas, que me amava e que eu era como uma filha. Eu chorava demais, descontrolada e pedia para seus espíritos de luz e anjos da guarda segurarem em suas mãos. **Ela falou: "Estou me sentindo mal, o que será que está acontecendo comigo? Este lugar não parece o quarto do hospital.foi quando entrou no quarto Ana Catarina (grifo da pesquisadora).** Eu não a conhecia, ela pediu licença, ligou uma música "divina"; cumprimentou minha tia e disse coisas lindas, sobre umas fotos que minha tia havia escolhido num teste um dia antes. Dizia para ela não ter medo de nada, que visualizasse seres brancos que segurassem em suas mãos e percebesse uma luz dourada, ao mesmo tempo, fazia carinho em seu braço. **Neste momento minha tia ficou muito calma, sua respiração tranqüilizou um pouco, ela abriu os olhos várias vezes e parecia concordar com o lugar em que Ana Catarina lhe descrevia. A expressão dela não era mais de sofrimento, parecia dormir um sono profundo, ela chegou a dizer: "Que estranho, metade de mim está aqui e metade parece que morreu" (grifo da pesquisadora).** Eu estava assustada e encantada ao mesmo tempo. **Achei um trabalho profundo e merecedor de pesquisas para que muitos doentes pudessem usufruir deste 'Diálogo Final'. Com isto, minha tia pode ter uma morte tranqüila depois das monstruosidades que ela passou com esta doença aniquiladora. Sou uma pessoa espiritualista e eu mesma consegui visualizar o lugar e sentir com bastante firmeza o desligamento da matéria de uma forma positiva e tranqüila (grifo da pesquisadora).**

Parabéns ao trabalho Ana, e muito, muito obrigada.

Com um abraço L.”

Respondi ao “e – mail” agradecendo e, colocando – me à disposição para eventuais atendimentos familiares que se fizerem necessários, em relação à morte de D.

RESUMO DOS RESULTADOS

Quadro nº 1 - Dor Simbólica da Morte Identificada:

<i>Paciente</i>	<i>Dor Simbólica da Morte</i>
<i>Primeira Paciente</i>	<i>Dor Psíquica / Humor Depressivo: Angústia pela perda da mãe na adolescência. Angústia pela perda da disposição pela vida. Angústia por não poder mais cuidar dos filhos e dos familiares. Medo do Sofrimento porque a Radioterapia e a Quimioterapia não estavam mais surtindo efeito. Centralização do Sofrimento em si mesma pelo medo de fazer seus familiares sofrerem.</i>
<i>Primeira Paciente</i>	<i>Dor Espiritual / Medo da Morte e do Pós – Morte descrito na sensação de desligamento do corpo após a cirurgia do fêmur. Perda do Sentido da Vida (e da Morte) frente às limitações impostas pelo câncer.</i>
<i>Segunda Paciente</i>	<i>Dor Psíquica / Humor Depressivo: Tristeza, preocupação, culpa, por não poder mais criar seus filhos e morrer, deixar seus familiares e fazê-los sofrer. Tristezas, mágoas, sentimentos de abandono, esvaziamento, porque sua mãe morreu quando tinha 14 anos e não deu – lhe o “último copo de leite”. Culpa por ter perdido a oportunidade de ter tido uma vida mais feliz. Culpa por ter adoecido e por não conseguir curar – se.</i>
<i>Segunda Paciente</i>	<i>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.</i>
<i>Terceira Paciente</i>	<i>Dor Psíquica / Não identificada porque a paciente não aceitou a proposta de trabalho.</i>
<i>Terceira Paciente</i>	<i>Dor Espiritual / Não identificada porque a paciente não aceitou a proposta de trabalho.</i>
<i>Quarta Paciente</i>	<i>Dor Psíquica / Humor Depressivo pela perda da vida, da saúde. Culpa por fazer seus familiares sofrerem.</i>
<i>Quarta Paciente</i>	<i>Dor Espiritual / 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.</i>
<i>Quinta Paciente</i>	<i>Dor Psíquica / Tristezas e culpas frente às perdas que sofreu durante a vida, incluindo a perda do filho.</i>
<i>Quinta Paciente</i>	<i>Dor Espiritual / 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.</i>

Quadro nº 2 - Resumo dos Resultados Obtidos

Pacientes Resultados	Primeira Paciente	Segunda Paciente	Terceira Paciente	Quarta Paciente	Quinta Paciente
Idade	48	38	37	40	75
Patologia Clínica	Câncer de mama	Câncer de ovário	Câncer de mama	Câncer de mama	Câncer de ovário
Número de sessões - Paciente	04 H.' 01 T'	04 H.' 01 A.' 06 D.'	01 H.' - paciente não aceitou	01 H.' 01 D.'	02 H.'
Número de sessões - Familiares	02 A' 01 C.'	02 A.' 02 D.' 01 D.PO.'	_____	01 D.' 01 D.PO.'	01 A.' 01 Ce.
Fase Fora de Possibilidade de Cura que a paciente foi atendida	Início	Completa	Final	Final	Final
Fase "Kübler - Ross"	Depressão	Raiva, Barganha, Depressão	Negação	Raiva, Barganha, Depressão	Depressão
Prevalência: Dor Psíquica / Dor Espiritual no período de atendimento	Equiparadas	Equiparadas no início e prevalência Dor Espiritual no final	_____	Prevalência Dor Espiritual	Prevalência Dor Espiritual
Informações sobre E.Q.M.'	Importante para re - significar a D.S.M.'	Importante para re - significar a D.S.M.'	_____	Importante para re - significar a D.S.M.'	Importante para re - significar a D.S.M.'
Qualidade de Vida na fase Terminal	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Morte Serena	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Sessões de Orientação Familiar	Contribuição positiva para paciente e familiares	Contribuição positiva para paciente e familiares	_____	Contribuição positiva para paciente e familiares	Contribuição positiva para a paciente e familiares

LEGENDAS: H.' = Atendimento Hospitalar - H.'' = Atendimento Hospitalar para Contrato de Trabalho

T.' = Orientação por telefone - C.' = Contato por Correspondência - Ce'. = Contato por e - mail

A.' = Atendimento Ambulatorial - D'. = Atendimento Domiciliar - D.PO.' = Atendimento Domiciliar

Pós Óbito

D.S.M.' = Dor Simbólica da Morte - E.Q.M.' = Experiência de Quase Morte

CAPÍTULO 9: DISCUSSÃO

9.1. Discussão de cada um dos casos estudados

9.1.1. Primeira Paciente: C.A.S.F.

- Identificação da 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, iniciou o tratamento em novembro de 1995, no CAISM – UNICAMP e estava Fora de Possibilidade de Cura, segundo equipe médica responsável, quando demos início aos atendimentos descritos neste estudo.

- Número de Sessões / Período da fase Fora de Possibilidade de Cura em que o método foi aplicado

Sessões: 04 Atendimentos Hospitalares; 02 Sessões de Orientação Familiar; 01 Contato por Telefone com a Paciente e Familiares; 01 Correspondência com Familiares em substituição a Sessão com Familiares Pós – Óbito.

Período: 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 feito por telefone.

- Intervenção Psicoterapêutica

Paciente: Integração das técnicas de Relaxamento Mental motivado por respiração lenta e profunda e música suave e Visualização de Imagens Mentais orientadas por dissociação, sugestão indireta e sugestão direta, com o conceito de Espiritualidade estruturado a partir de pesquisas que descrevem os relatos de pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), e voltaram a viver normalmente, dentro dos

princípios da Psicoterapia Breve de Apoio para Serviços Hospitalares, descrita por FIORINI (1991).

Familiares: Sessões de Orientação Familiar

– Histórico Clínico / Aspectos Relevantes

Quando iniciamos a aplicação do método descrito neste estudo, a paciente, apesar de Fora de Possibilidade de Cura, estava clinicamente bem, ainda nutria esperanças de se curar e não havia sido informada que estava 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, (1996a), (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), esta paciente encontrava – se de forma predominante na fase depressão.

- Identificação da Dor Simbólica da Morte: Dor Psíquica e Dor Espiritual

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

A) Dor Psíquica

A.1. – 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**).

A.2. – Humor Depressivo: Angústia pela perda da disposição pela vida, trabalhado através da orientação, por **dissociação**, 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.

A.3. – Humor Depressivo: Angústia por não poder cuidar mais dos filhos e dos familiares, trabalhada de forma simbólica, por **sugestão indireta**, com a imagem dos passarinhos - pais ensinando o filhote a voar e verificando seu aprendizado. Após o exercício a paciente comentou, fazendo uma associação da metáfora com a sua vida, que havia percebido que já tinha ensinado tudo para os seus filhos e agora eles poderiam caminhar sozinhos. Essa angústia também foi trabalhada através de orientação aos familiares, para que ajudassem, nesse sentido, a paciente.

A.4. – Medo do Sofrimento:

- **porque a Radioterapia e a Quimioterapia não estavam mais surtindo efeito.**
- **centralização do sofrimento em si mesma, pelo medo de fazer seus familiares sofrerem por causa dos seus sofrimentos frente à doença,** trabalhados das seguintes formas:

A.4.1. Orientação do pensamento da paciente, por **dissociação e sugestão indireta**, para desfocar sua mente do sofrimento frente à doença e focá – la em mundos belos e tranquilos.

A.4.2. **Orientação** para os familiares conversarem com a paciente, mostrarem que são capazes de suportar o sofrimento por vê – la doente.

A.4.3. **Orientação** para os familiares quebrarem o ‘pacto do silêncio’ e formarem uma rede de apoio mútuo.

B) Dor Espiritual

B.1. Medo da Morte e do Pós – Morte descrito na sensação de desligamento do corpo após a cirurgia do fêmur.

B.1.1. **Abordagem** sobre a existência de um mundo espiritual belo e permeado de Seres que transmitem amor e paz, **a partir dos relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte e voltaram a viver normalmente.**

B.1.2. Afirmação para C. do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte que, ao imaginar cenários belos, pode – se, através do pensamento, estar visualizando possíveis mundos espirituais, permeados de amor e paz. **(Sugestão Direta).**

B.2. 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 estar bem e ligar – se a mundos espirituais belos através da imaginação. **(Dissociação e Sugestão Indireta).**

– Padrão da Imagem

Imagem escolhida pela paciente: nº 29 do Anexo 7.

Os seguintes elementos compuseram o cenário para orientação na Visualização de Imagens Mentais.

- Respiração lenta e profunda imaginando o oxigênio sendo inalado na cor azul céu e sendo transportado para todos os seus órgãos.
- Caminho luminoso dourado como o sol, com um céu muito azul.
- Campo verde com árvore frondosa antiga, cercada por flores perfumadas amarelas, vermelhas, cor de rosa, brancas e lilás.

- Cachoeira situada no campo verde, na primeira sessão, e um lago localizado nesse referido campo verde, na última sessão.
- Afirmção para C. sentir a beleza do Universo e a sua própria beleza interior.
- Casal de passarinhos ensinando o filhote a voar e este aprendendo.
- Imagem de N. Senhora protegendo – a e envolvendo – a em seu manto azul.

– Comentários e Atitudes da Paciente: Resultados Obtidos

C. afirmou que gostou muito, sentiu – se muito bem com a aplicação das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integradas à Espiritualidade. Observou que realmente é possível imaginar mundos espirituais belos e distrair – se da doença. Afirmou que nunca havia refletido sobre esta possibilidade. Pontuou que a sensação, ao relaxar e visualizar as imagens propostas, foi maravilhosa.

Afirmou que este método proporcionou – lhe sentimentos de paz, proteção, conforto. Após uma das aplicações deste método relatou sentir - se flutuando acima do próprio corpo e depois voltando para o mesmo.

Também observou que é possível visualizar um mundo melhor, diferente do mundo povoado pela doença e sentir – se, mentalmente, nele.

– Morte da Paciente: Resultados Obtidos

Segundo relato de S.,nora 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.

S. também 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 de minha pessoa, psicóloga Ana Catarina; C. respondeu que sim e S. recapitulou com ela as minhas orientações; disse - lhe para visualizar - se entrando em um lugar bonito e observar Nossa

Senhora envolvendo – a com seu manto. 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.

S., (nora da paciente), também comentou que C. não demonstrou angústia por estar deixando a família.

– 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.

O sonho de M. parece – me expressão de resíduos de preocupação e angústias em relação à doença da mãe, mas o sonho de S. pode indicar uma visualização do mundo espiritual através da psique, pois sabemos, pelos ensinamentos de Jung 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. parece – me muito lógico, objetivo, claro, para ser interpretado de forma simbólica; embora não tenhamos elementos mais consistentes para fundamentar a hipótese deste sonho ter sido um alcance ao mundo espiritual através da psique, acredito que esta interpretação é possível de ser formulada frente ao contexto.

– Sessões de Orientação Familiar: Resultados Obtidos

Os familiares afirmaram terem sentido alívio, ao verem sua parenta C. sendo atendida em suas dificuldades psíquicas e espirituais, através desta forma de abordagem.

Através das sessões de Orientação Familiar o pacto de silêncio foi quebrado entre os familiares e a comunicação, sobre os sentimentos e sofrimentos frente à perda iminente da paciente, entre eles, melhorou.

Também, através destas sessões, os familiares fortaleceram – se na esfera emocional, o que favoreceu a aceitação frente à morte iminente da paciente e, também, a elaboração do luto.

Afirmaram que as informações transmitidas sobre a vida após a morte, a partir dos estudos dos psiquiatras KÜBLER – ROSS (1998) e MOOD JR (1989, 1992), com pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte e voltaram a viver normalmente, os reconfortou.

- As sessões de Orientação Familiar também contribuíram para a re - significação da Dor Simbólica da Morte da paciente.

– Dor Simbólica da Morte: re - significação

As condutas através da integração das técnicas de Relaxamento Mental, Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, favoreceram a re - significação da Dor Simbólica da Morte desta paciente, proporcionando Qualidade de Vida no processo de morrer e morte serena.

Observamos que a aplicação desse método, Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade, apenas no período inicial da fase Fora de Possibilidade de Cura, pelo profissional, em paciente que não apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante, foi suficiente para re - significar a Dor Simbólica da Morte.

Observamos também que as informações sobre as pesquisas com pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte, a partir das quais construímos o conceito de Espiritualidade foi aspecto muito importante para a re - significação da Dor Simbólica da Morte desta paciente e para a aceitação, dos familiares, da morte iminente da parenta.

9.1.2. Segunda Paciente: M.I.F.

– Identificação da 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, iniciou o tratamento no final de 1998, no CAISM – UNICAMP e estava Fora de Possibilidade de Cura, segundo a equipe médica responsável, quando demos início aos atendimentos descritos neste estudo.

– Número de Sessões / Período da fase Fora de Possibilidade de Cura em que o método foi aplicado

Sessões: 04 Atendimentos Hospitalares; 01 Atendimento Ambulatorial; 06 Atendimentos Domiciliares; 04 Sessões de Orientação Familiar; 01 Sessão Familiar Pós Óbito.

Período: Fase Fora de Possibilidade de Cura completa desde o período inicial, quando a paciente ainda estava clinicamente bem, até o período final e óbito.

– Intervenção Psicoterapêutica

Paciente: Integração das técnicas de Relaxamento Mental motivado por respiração lenta e profunda e música suave e Visualização de Imagens Mentais orientadas por dissociação, sugestão indireta e sugestão direta, com o conceito de Espiritualidade estruturado a partir de pesquisas que descrevem os relatos de pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver normalmente, dentro dos princípios da Psicoterapia Breve de Apoio para Serviços Hospitalares, descrita por FIORINI (1991).

Familiares: Sessão de Orientação Familiar

- Histórico Clínico / Aspectos Relevantes

Quando iniciamos a aplicação do método descrito neste estudo, a paciente, apesar de Fora de Possibilidade de Cura, estava clinicamente bem. Não havia sido informada que estava Fora de Possibilidade de Cura, mas este fato foi abordado e trabalhado pela psicóloga - pesquisadora, no decorrer das sessões.

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

Embora tenha apresentado, no início dos atendimentos, dificuldade para visualizar as imagens sugeridas, mostrou – se interessada e receptiva ao método proposto neste estudo.

Estabeleceu um bom vínculo terapêutico com a psicóloga -pesquisadora.

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

- Identificação da Dor Simbólica da Morte: Dor Psíquica e Dor Espiritual

Frente à Dor Simbólica da Morte foram identificados e trabalhados os seguintes aspectos:

A) Dor Psíquica

A.1. – Medo do sofrimento físico associando – o à punição.

Este medo foi trabalhado das seguintes formas:

A.1.1. – Orientação para paciente imaginar seu corpo sendo envolvido por uma luminosidade azul ou branca com o objetivo de acalmá – la, em relação a esta percepção de sofrimento físico associado à punição. (**Sugestão Indireta**).

A.1.2. – Imagem do lago azul, sob um céu azul; orientação para a paciente imaginar – se pescando, sentindo paz, tranqüilidade, serenidade e voltar para o quarto trazendo esta sensação de paz. (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

A.1.3. – Afirmações sobre suas qualidades, seus esforços, sua beleza interna, minimizando seu negativismo, seu ressentimento, seu humor depressivo. (**Sugestão Direta**).

A.2. – 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:

A.2.1. – **Orientação** para M.I. conversar com o marido sobre a educação das crianças.

A.2.2. – **Orientação** para M.I. conversar com os filhos sobre os sentimentos que ela nutria por eles, sobre seu estado de saúde, libertá – los de alguma possível culpa e promover elo de confiança entre eles e o pai.

A.2.3. – História sobre “O Servo e o Rei”, de autor desconhecido, como metáfora, para transmitir a idéia de que aparentes desgraças podem trazer algum benefício e afirmação sobre a responsabilidade de seu marido, como pai, pelas crianças. (**Sugestão Indireta**).

A.2.4. – Imagem do Lago com orientação para M.I. imaginar – se pescando e confiando que o peixe iria vir, como analogia a Fé que a paciente relatou possuir, da confiança no amparo divino, com o objetivo de minimizar suas preocupações e fortalecer sua confiança em bons resultados. (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

A.2.5. – **Orientações** específicas para V., marido da paciente, sobre as preocupações desta, em relação ao seu comportamento de beber e aos cuidados com a educação das crianças.

A.2.6. – **Opção para não apontar a possível agressividade de M.I. pelos familiares mais velhos**, os quais iriam continuar vivendo, enquanto ela, mais nova do que ele, iria morrer, para não mobilizar mais culpa, intensificando sua Dor Simbólica da Morte.

A.2.7. – **Pontuação**, na última sessão, durante a aplicação do método, que seu marido garantiu que iria cuidar bem das crianças. (**Sugestão Direta**).

A.3. – 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.

Estes aspectos foram trabalhados da seguinte forma:

A.3.1. – Imagem da casa de crianças onde ela, M.I., carrega um recém nascido, cuidando de forma simbólica de sua ‘criança interna’ que se sentiu abandonada. (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

A.3.2. – Imagem de Vivência Feliz do Passado: sentir – se criança, protegida, nos braços da mãe. (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

A.3.3. – Imagem de 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**).

A.3.4. – Imagem protetora de uma casinha acolhedora com flores e varanda, onde ela, confortavelmente, senta – se. (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

A.3.5. – Imagem da árvore frondosa onde paciente imagina estar saboreando seus frutos, obtendo uma sensação de preenchimento, sustentação, amparo e contato com sua natureza espiritual. (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

A.4. – 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, entende – a como punição e culpa – se por não conseguir curar – se.**

Ambos os aspectos foram trabalhados das seguintes formas:

A.4.1. – **Pontuação verbal** dessa culpa, trazendo – a para o nível consciente da paciente, e orientação para re - significá - la, mostrando para M.I. que exigir de si mesma uma remissão do câncer, no estadio em que ele se encontrava, era tarefa frustrante e impossível; por outro lado, era possível buscar a paz interior, criar um clima afetivo na família. Afirmação, também, sobre a possibilidade de despedir – se desta vida, fazendo as pazes consigo própria. **(Sugestão Direta).**

A.4.2. – Imagem do banho de cachoeira lavando e levando todas as tristezas, mágoas, medos embora. **(Dissociação e Sugestão Indireta).**

A.4.3. – 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).**

A.4.4. – Afirmação, durante a aplicação da técnica, que a doença não é castigo de Deus e sim, fruto de causas ligadas à constituição humana e ela, paciente, não estava expiando nenhuma possível culpa. **(Sugestão Direta).**

B) Dor Espiritual

B.1. – Medo da Morte e do Pós – Morte descrito no pavor de ser enterrada viva.

B.2. 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:

B.1.1. 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 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, o qual pode ser ligado em vários canais. Desta forma a mente humana também pode focar sua atenção no canal de tristezas pelo sofrimento oriundo da doença ou no canal de tranqüilidade e paz, motivado por imagens mentais belas.

B.1.2. **Informação** para M.I. sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver; sobre o mundo espiritual que visualizaram e os Seres de Luz que contataram. (**Sugestão Direta**).

B.1.3. 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**).

B.1.4. A paciente foi orientada para visualizar um cenário imaginário belo, com imagens escolhidas por ela própria e acrescidas de elementos simbólicos introduzidos por esta psicóloga - pesquisadora frente às suas necessidades, pelos símbolos de transformação citados por JUNG (1986) e por elementos descritos pelos pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte (caminho dourado e Seres de Luz ligados a Cristo, que emanam amor e paz). Todos os elementos oferecidos para visualização estão descritos no item Padrão das Imagens. (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

B.1.5. – Orientação para sentir o Amor de Cristo envolvendo – a, um amor que não julga, não acusa, não culpa. Apenas compreende, perdoa, ajuda, protege. (**Sugestão Direta**).

B.1.6. – Imagem de Seres Espirituais, emissários de Cristo, protegendo – a, amparando – a, envolvendo – a, em Amor Universal, bondade, carinho. (**Sugestão Direta**).

B.1.7. – Afirmação, durante o exercício da última sessão, para paciente sentir que tudo o que tinha para fazer nesta vida estava concluído. Não havia certo ou errado. Ela havia feito o que podia, havia aprendido com as experiências. Agora havia chegado a hora de partir, de ligar – se a sentimentos de paz, amor, bondade, proteção e entrar no mundo espiritual. (**Sugestão Direta**).

– Padrão de Imagem

Imagens escolhidas pela paciente: nº 5, nº 11, nº 12 e nº 31 do Anexo 7.

Os seguintes elementos compuseram o cenário para orientação, na Visualização de Imagens Mentais.

A) Elementos constantes dos exercícios mentais de todas ou quase todas as sessões:

- Seu corpo sendo envolvido por uma luminosidade azul ou branca.
- Caminho dourado como o sol, sob um céu muito azul.
- Lago azul, árvore frondosa, cachoeira, campo verde.
- Afirmação para sentir a beleza do Universo, integrar – se a esta beleza e sentir sua própria beleza, suas qualidades internas.
- Afirmação para sentir o Amor de Cristo envolvendo – a.

B) Elementos constantes apenas das sessões iniciais:

- ‘Casa de crianças’ com idades variando entre recém – nascidos ate doze anos.

C) Elementos constantes principalmente das sessões intermediárias:

- Visão se si mesma como criança, nos braços da mãe.
- Visão de si mesma como adulta, nos braços da mãe.
- Casinha acolhedora com flores no jardim e varanda confortável.
- Sugestões Diretas minimizando culpas e fortalecendo a confiança quanto à educação de seus filhos após sua morte.

D) Elementos constantes, de forma predominante, das sessões finais:

- Seres Espirituais, emissários de Cristo, oferecendo amparo, proteção e emanando amor incondicional, bondade, carinho.
- Sugestão Direta para despedir – se desta vida e entrar em um mundo espiritual belo e cheio de paz.

– Comentários e Atitudes da Paciente: Resultados Obtidos

Nas sessões, durante a aplicação das técnicas de Relaxamento Mental, Imagens Mentais integradas ao conceito de Espiritualidade, a paciente apresentava relaxamento físico, respiração lenta e cadenciada, expressões faciais suavizadas, o que demonstra que ela tranquilizava – se com a aplicação do método. Muitas vezes, no final da sessão, adormecia e afirmava posteriormente que havia se acalmado e acordado tempo depois, sentindo – se muito bem. Afirmou várias vezes que se sentia muito bem ao realizar os exercícios mentais.

Esta paciente também demonstrava esforçar - se para mudar o foco do seu pensamento e pensar de forma mais positiva, mais otimista, conforme a proposta do método.

M.I., durante o desenvolvimento deste método, conseguiu visualizar imagens belas e claras (luzes), modificando, desta forma, seu padrão de visualização. Havia afirmado no início do trabalho que tinha dificuldade em visualizar o proposto, principalmente a cor azul, só conseguia ver a cor preta e por isto, sentia muito medo.

Ao ouvir as informações sobre os relatos dos pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte e voltaram a viver, M.I. acalmou – se e relaxou.

M.I. afirmou que através deste trabalho, minimizou, abrandou, o medo da morte e superou parcialmente suas tristezas e culpas.

Seus familiares também afirmaram que o trabalho com Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, ajudou a paciente na re - significação da Dor Simbólica da Morte. V., marido da paciente, afirmou que M.I. comentou várias vezes, que gostava muito dos atendimentos e que sentia, durante e após a aplicação do método, muita paz. Gostava muito da música, achava – a linda e gostava muito, também, do que era dito para ela, porque estas orientações / sugestões faziam - na se sentir “outra pessoa”, mais forte, mais calma.

– Morte da Paciente: Resultados Obtidos

M.I. foi a óbito três dias após o último atendimento, nos braços do marido, sem agonia, segundo este. Apenas vomitou o leite que havia tomado e morreu.

Nos últimos atendimentos, durante o exercício mental, a paciente parecia mergulhar, através do exercício mental, no mundo espiritual que pressupomos existir.

Também essa psicóloga - pesquisadora nos últimos atendimentos, ela própria sentiu – se, enquanto orientava o exercício mental de M.I., envolta em profunda paz, parecendo – lhe que o mundo físico e o “mundo espiritual” se interpenetravam, naquele momento, de uma forma possível de ser sentida.

– Sonhos dos Familiares após o óbito da Paciente

Não houve sonhos dos familiares até a data da Sessão de Orientação Familiar Pós – Óbito. Houve o sonho desta psicóloga - pesquisadora, na madrugada do óbito da paciente, onde o simbolismo pode ser entendido como uma minimização de um grande sofrimento no processo de morrer através dos símbolos de transformação.

Esta psicóloga - pesquisadora sonhou que sua cachorrinha aproximava – se de várias capivaras, (atualmente existe na cidade de Campinas uma notícia que as capivaras que moram nos Parques de Lazer, são hospedeiras do carrapato estrela e a mordida deste carrapato no ser humano, pode ser fatal; algumas pessoas já morreram por esta razão). No sonho, em seguida a aproximação da cachorra às capivaras, esta transformava - se 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, lembrei – me do sonho e imediatamente fiz a associação: meu inconsciente provavelmente captou a morte de M.I. e o grande sofrimento, (a grande ferida), foi minimizado pelos símbolos de transformação dos exercícios. Liguei para sua família, perguntando por M.I. e seu pai confirmou a intuição desta psicóloga - pesquisadora: a paciente havia ido a óbito aquela madrugada.

– Sessões de Orientação Familiar: Resultados Obtidos

Os parentes puderam falar sobre a doença da paciente, prepararem – se para a morte iminente dela, aceitar esta morte e minimizar as angústias frente a perda.

Os familiares foram orientados para buscarem uma melhor aproximação e apoio mútuo, entre si o que, os fortaleceu no plano emocional e minimizou o sofrimento. Também foram orientados quanto a atitudes em relação à paciente, principalmente para pararem de pedir – lhe que se curasse, o que favoreceu a todos, principalmente à própria paciente na re - significação de sua culpa por não sarar e fazer seus familiares sofrerem.

Os familiares também puderam ser orientados em relação à conduta com as crianças, o que beneficiou a todos e favoreceu uma abertura para encaminhamento psicoterapêutico posterior, visando a elaboração do Luto.

O marido de M.I., V., pode ser orientado quanto ao impacto negativo que seu comportamento de beber estava causando na paciente. Esta orientação beneficiou V., acalmou a própria paciente e favoreceu abertura para encaminhamento posterior de V. para psicoterapia.

As Sessões de Orientação Familiar também contribuíram para a re -significação da Dor Simbólica da Morte da paciente.

– Dor Simbólica da Morte: re - significação

As condutas através da integração das técnicas de Relaxamento Mental, Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, favoreceram a re - significação da Dor Simbólica da Morte desta paciente, proporcionando Qualidade de Vida no processo de morrer e morte serena.

Observamos que a aplicação desse método desde o período inicial da fase Fora de Possibilidade de Cura até o período final e óbito, em paciente que apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante, re - significa a Dor Simbólica da Morte, melhora a Qualidade de Vida da paciente no processo de morrer e favorece uma morrer sereno.

Esta paciente nos traz uma perspectiva longitudinal completa da fase Fora de Possibilidade de Cura, porque foi acompanhada do período inicial, enquanto ainda estava clinicamente bem, até o óbito. Observou – se que, em relação a Dor Simbólica da Morte, no período inicial e intermediário da fase considerada Fora de Possibilidade de Cura, a Dor Psíquica e a Dor Espiritual apresentaram – se equiparadas e na fase final e óbito a Dor Psíquica, embora presente, mostrou – se secundária em relação a Dor Espiritual. A re - significação da Dor Psíquica e da Dor Espiritual nas fases inicial e intermediária, contribuiu para a Qualidade de Vida no processo de morrer e a re - significação da Dor Espiritual na fase intermediária e final, contribuiu para a Qualidade da Morte, ou seja, favoreceu uma morte serena e digna.

Observamos também que a informação, sobre as pesquisas com pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte, foi aspecto muito importante para a re - significação da Dor Simbólica da Morte da paciente e para a aceitação, dos familiares, da morte iminente da parenta.

Constatamos que é possível desenvolver o método proposto neste estudo, com resultado favorável, em paciente que no início dos atendimentos apresenta dificuldade de visualização.

9.1.3. Terceira Paciente: I.F.R.

– Identificação da 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. Iniciou o tratamento em 16 / 09 / 99, no CAISM – UNICAMP e estava Fora de

Possibilidade de Cura, segundo a equipe médica responsável, quando nos propusemos a desenvolver o método proposto neste estudo.

– Número de Sessões / Período da fase Fora de Possibilidade de Cura em que o método foi aplicado

Sessão: única para contrato do trabalho psicoterapêutico, quando a paciente não aceitou a proposta.

Período: Quando propusemos o desenvolvimento deste método, a paciente encontrava – se clinicamente mal e no período final da fase Fora de Possibilidade de Cura. Afirmou que só queria remédio para diminuir a dispnéia.

– Intervenção Psicoterapêutica

Nenhuma

– Histórico Clínico / Aspectos Relevantes

A paciente não aceitou o método proposto neste estudo: Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade. Sua sobrinha justificou a recusa, explicando que I. não podia ouvir música porque era evangélica. A psicóloga - pesquisadora informou a paciente que a visualização poderia, neste caso, ser orientada sem música, mas I. não quis ver o álbum de imagens e pontuou que não queria atendimento, “apenas remédio para melhorar a dispnéia”.

Como apresentava dificuldade para falar devido à dispnéia, foi informada que, se desejasse, poderia ser atendida apenas através de orientação para exercício mental e não precisaria conversar. I. repetiu que não queria atendimento.

Importante pontuar 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 KÜBLER – ROSS, (1996a), (negação, raiva, barganha, depressão, e aceitação), esta paciente encontrava – se de forma predominante na fase negação.

- Identificação da Dor Simbólica da Morte: Dor Psíquica e Dor Espiritual

Os aspectos que compõem a Dor Simbólica da Morte desta paciente não foram identificados, porque ela não aceitou ser atendida por este método.

- Padrão de Imagem

Nenhum

- Morte da Paciente: Resultados Obtidos

A Auxiliar de Enfermagem da Oncologia do CAISM – UNICAMP, Kédma Lurdes Auxiliadora, que acompanhou o óbito da paciente, informou – me, em comunicação pessoal, que 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. Pontuou que I. foi a óbito com muito sofrimento.

- Sonhos dos Familiares após o óbito da Paciente

Familiares não foram atendidos e por esta razão, os sonhos destes não foram pesquisados.

- Sessões de Orientação Familiar: Resultados Obtidos

Familiares não foram atendidos. As Sessões de Orientação Familiar, dentro dos objetivos deste estudo, estão vinculadas ao consentimento da paciente para o desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica integrando - se as técnicas de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade.

- Dor Simbólica da Morte: re – significação

Não houve re – significação da Dor Simbólica da Morte desta paciente. O dado que ela 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 diática 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 Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, querer, aceitar, permitir – se relaxar e visualizar é opção e tarefa única do paciente. Só o próprio paciente pode efetivamente direcionar sua imaginação para mundos belos e positivos. Mesmo sendo o terapeuta quem 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, a qual não aceitou ser atendida através da Intervenção Psicoterapêutica proposta neste estudo, apresentou uma péssima Qualidade de Morte, conforme comunicação da Enfermagem do CAISM – UNICAMP, com muito sofrimento, 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.

9.1.4. Quarta Paciente: R.M.F.F.A.

– Identificação da 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, iniciou o tratamento em 17 / 03 / 99, no CAISM – UNICAMP e estava Fora de Possibilidade de Cura, segundo equipe médica responsável, quando demos início aos atendimentos descritos neste estudo.

– Número de Sessões / Período da fase Fora de Possibilidade de Cura em que o método foi aplicado

Sessões: 01 Atendimento Hospitalar; 02 Sessões de Atendimento Domiciliar Familiar; 01 Sessão Familiar Domiciliar Pós – Óbito.

Período: Final da fase Fora de Possibilidade de Cura; a intervenção psicoterapêutica proposta neste estudo foi iniciada quando a paciente já não estava clinicamente bem e desenvolveu – se até o óbito.

– Intervenção Psicoterapêutica

Paciente: Integração das técnicas de Relaxamento Mental motivado por respiração lenta e profunda e música suave e Visualização de Imagens Mentais orientadas por dissociação, sugestão indireta e sugestão direta, com o conceito de Espiritualidade estruturado a partir de pesquisas que descrevem os relatos de pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), e voltaram a viver normalmente, dentro dos

princípios da Psicoterapia Breve de Apoio para Serviços Hospitalares, descrita por FIORINI (1991).

Familiares: Sessões de Orientação Familiar

– Histórico Clínico / Aspectos Relevantes:

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

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

Na véspera de sua morte recusou o atendimento com a psicóloga - pesquisadora; estava permitindo, apenas, ser cuidada por seu marido, mas como R. tinha aceitado, interessado - se e beneficiado - se com o Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, nos atendimentos anteriores, demos continuidade à aplicação do método através de M. (marido).

No histórico de vida da paciente observamos vida familiar bem estruturada e qualidade de relacionamento muito bom, com o marido e filhos. Por outro lado observamos 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, (1996a), (negação, raiva, barganha, depressão, e aceitação), esta paciente oscilava entre as fases raiva, barganha e depressão.

- Identificação da Dor Simbólica da Morte: Dor Psíquica e Dor Espiritual

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

A) Dor Psíquica

A.1. Humor Depressivo: Tristeza pela perda da vida, da saúde, trabalhada através dos seguintes aspectos:

A.1.1. 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.

A.1.2. 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 de 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 foca – 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 estivesse usufruindo destas sensações no plano físico, ou seja, seria melhor se não tivesse adoecido e perdido a saúde. Por outro lado, esclareço que trabalhei 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.

A.2. Humor Depressivo: Culpa por fazer seus familiares sofrerem.

Não foi possível trabalhar esse aspecto. A paciente mostrou muita dificuldade para entrar em contato com esta Dor Psíquica. Sempre que aproximava – se desse assunto tinha ânsias de vômito e mostrava o desejo de interromper a conversa. Mudado o rumo do assunto a paciente voltava a falar. *Dada sua fragilidade e a gravidade de seu estado clínico, optei por respeitar esse limite que R. sinalizou e não trabalhei esta dor: “culpa por fazer seus familiares sofrerem”. Trabalhei o sofrimento do seu marido e filhos através das Sessões de Orientação Familiar.*

B) Dor Espiritual

B.1. Medo da morte e do pós – morte relacionando – a com solidão e tristeza, trabalhado através dos seguintes aspectos:

B.1.1. 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 (1986) - vegetação, água - e por elemento descrito pelos pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte (caminho dourado).

B.1.2. Afirmação, para R., do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. que, ao imaginar cenários belos, pode - se ligar, através do pensamento, a possíveis mundos espirituais permeados de amor e paz. (**Sugestão Direta**).

B.2. Medo da morte e do pós - morte relacionando – a com experiências anteriores permeadas de muito sofrimento, trabalhado através de:

B.2.1. Resgate da culpa dessas experiências. (**Sugestão Direta**).

B.2.2. Orientação para a paciente imaginar – se mergulhando no mar e sentindo as ondas batendo em seus ombros, na sua cabeça, levando toda tristeza, toda mágoa para a areia. (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

– Padrão da Imagem

Imagens escolhidas pela paciente: nº 10 e nº 14 do Anexo 7.

Os seguintes elementos compuseram o cenário para orientação, na Visualização de Imagens Mentais.

- Respiração lenta e profunda imaginando o oxigênio sendo respirado na cor azul - céu e sendo levado para todos os órgãos do corpo.
- Caminho luminoso dourado como o sol, com um céu muito azul e árvores muito altas e muito verdes.
- Brisa suave.
- Campo verde com milhares de flores cor de rosa perfumadas e pássaros que voavam entre elas.
- Praia deserta e bonita; areia branca, mar azul e calmo, com golfinhos ao longo desse mar, brincando.
- Afirmação para a paciente sentir a beleza do Universo, integrar – se com esta beleza e focar o pensamento nos aspectos positivos e saudáveis da sua vida.

– Comentários e Atitudes da Paciente: Resultados Obtidos

R. comentou que as imagens do álbum eram lindas e, se assemelhavam, na beleza, à chácara onde morava, ambiente que gostava e onde sentia - se segura e tranqüila.

Afirmou que gostou muito das técnicas de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais, associadas à Espiritualidade e que achou lindas as “histórias” que contei (orientações para relaxamento e visualização).

Adormeceu durante o exercício mental da primeira sessão, indicando que o método a acalmou. Despertou sentindo – se bem.

Murmurou durante o exercício mental: “que delícia”.

Relatou que sentia muita falta de tomar um banho de chuveiro, sentir a água escorrendo sobre sua cabeça, logo após a orientação para visualizar – se mergulhando no mar. *Entendi que a paciente dizia - me que imaginar – se mergulhando no mar era bom, mas seria melhor, se ela pudesse estar usufruindo destas sensações no plano físico e não apenas mentalmente. (Seria melhor se não tivesse adoecido e perdido a saúde).*

M., marido de R., que também acompanhou o exercício, relaxou e visualizou as orientações propostas para sua esposa, afirmou que foi muito bom fazer esta ‘viagem mental’ e desfocar seu pensamento das tristezas.

No final do exercício mental da segunda sessão com a paciente, ficou visível, para mim e para seu marido, pelas expressões faciais desta, a melhora do seu humor. Nossa percepção foi confirmada pela afirmação da própria R., que disse estar, após o exercício mental, mais tranqüila, em paz.

A tia de M., hospedada na casa para ajudar nas tarefas, relatou que quando finalizei a segunda sessão com R. e fui embora, a casa deles ficou “mergulhada em paz”.

Durante os dois dias que o marido orientou a paciente neste método, apenas colocando o CD com as músicas de relaxamento, observou que sempre que a música começava a tocar R. relaxava, se acalmava, e parecia que, por si mesma, visto já ter sido orientada nas sessões anteriores, entrava, através de sua imaginação, em um mundo belo.

M., marido de R. afirmou que, quando chegar a hora de sua morte, quer ser atendido e acompanhado através desse método.

– Morte da Paciente: Resultados Obtidos

Segundo o relato do marido M., quando R. morreu, o CD com as músicas para relaxamento estava tocando e a paciente morreu, de forma muito serena, ouvindo a música. M. relatou que ficou ao lado dela, sem dizer nada, apenas deixando a música tocar e acompanhando seu desligamento. Depois cuidou do corpo, escovou seus dentes, vestiu - a. Observou que a face dela logo após a morte estava serena e com um sorriso nos lábios.

Afirmou que a impressão que teve, ao olhar para a esposa logo após o óbito, foi vê – la como era antes de adoecer, jovem e bonita. Seu sentimento, nesse momento, foi que o espírito de sua esposa despreendeu – se do corpo de forma serena e na forma saudável.

Segundo o médico psiquiatra MOOD JR (1989), existem pacientes que relataram terem visto, durante a Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), seus corpos espirituais em condições diferente do corpo físico no momento da E.Q.M.. Alguns que estavam machucados viram – se de forma saudável e algumas crianças que passaram por essa experiência, relataram terem se visto no mundo espiritual, não como crianças, mas como adultos jovens. M. afirmou que foi exatamente esta sensação que ele teve: a transformação do corpo espiritual de R. na sua forma anterior, jovem, saudável, bonita. A médica psiquiatra KÜBLER – ROSS (1998) também refere – se a esta transformação com uma metáfora sobre a lagarta que se transforma em borboleta.

Desta forma observamos que a paciente obteve uma morte digna e serena.

- Sonhos dos Familiares após o Óbito da Paciente:

Não houve sonhos dos familiares com a paciente após o óbito desta, até a data da Sessão de Orientação Familiar Pós – Óbito.

Houve um sonho da própria paciente, relatado por seus familiares, alguns dias antes de seu óbito. Sonhou que estava em um avião que caía e se destroçava, mas ela continuava inteira, pairando no ar. Este sonho parece indicar, de forma simbólica, que apesar do corpo da paciente estar se destroçando (avião), ela continua viva, existindo. *Conforme citado no capítulo 2 - Revisão da Literatura, 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.*

– Sessões de Orientação Familiar: Resultados Obtidos

O marido e os filhos da paciente puderam falar sobre a doença e a morte iminente da paciente, fortalecer recursos internos para enfrentar esta perda, encontrar caminhos para lidar com o luto e minimizar suas angústias e culpas.

O marido e os filhos da paciente comunicaram sentirem – se reconfortados pelas informações transmitidas sobre os estudos dos psiquiatras KÜBLER – ROSS (1998) e MOOD JR (1989, 1992), com pacientes que estiveram no Estado de Quase Morte e que voltaram a viver normalmente, pela abordagem espiritual, fundamentada na crença da vida espiritual após a morte.

Os filhos da paciente refletiram e observaram que a mãe deles poderia “continuar viva no coração deles”, através de tudo que lhes ensinou e através do sentimento que eles nutrem por ela.

O marido e os filhos da paciente puderam falar de suas perdas anteriores, minimizando a angústia e o sofrimento.

As tias do marido da paciente, que estavam na residência ajudando nas tarefas, sentiram – se reconfortadas porque a paciente e seus familiares receberam esta qualidade de atendimento.

Os filhos da paciente puderam falar sobre o medo de também perder o pai e lidar com este medo.

O marido e os filhos da paciente, nas sessões de Orientação Familiar, puderam falar sobre o relacionamento entre eles, muitas vezes de forma lúdica e em tom de brincadeira, e trazer, desta forma, para a consciência, de forma clara e organizada, o forte laço afetivo e o apoio recíproco que os une, favorecendo um enfrentamento positivo do luto.

O marido e filhos de R. demonstraram ter boa estrutura familiar e recursos internos positivos para lidar com a morte da paciente, mas, mesmo assim, as Sessões de Orientação Familiar foram importantes para fortalecer estes aspectos. Não se fez necessário encaminhamento para psicoterapia, visando à elaboração do luto.

As Sessões de Orientação Familiar contribuíram para a re - significação da Dor Simbólica da Morte da paciente, principalmente neste caso que o método proposto foi aplicado, próximo ao óbito, pelo próprio marido.

- Dor Simbólica da Morte: re - significação

Observamos que a intervenção psicoterapêutica proposta neste estudo “Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade” favoreceu a re - significação da Dor Simbólica da Morte desta paciente e R. desligou - se desta vida de forma serena e em paz.

Também observamos que é possível alcançar - se Qualidade de Vida no processo de morrer e morte digna com um desligamento sereno desta vida, aplicando - se este método “Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade”, apenas no período final da fase Fora de Possibilidade de Cura até o óbito.

Observamos que a dificuldade de R. em falar sobre os aspectos relacionados no Anexo 1, Anamnese, não interferiram na re - significação da Dor Simbólica da Morte, visto que estes aspectos estão relacionados, principalmente, a Dor Psíquica, a qual, frente à iminência da morte, torna - se secundária em relação a Dor Espiritual.

Constatamos, através desta paciente, que no período final da fase Fora de Possibilidade de Cura, próximo ao óbito, **em relação a Dor Simbólica da Morte, a Dor Espiritual é prevalente à Dor Psíquica**. Observamos que R. **re - significou de forma parcial a Dor Psíquica, Humor Depressivo: Tristeza pela perda da vida, da saúde**, pois durante os atendimentos afirmou que o exercício mental 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. Afirmou também que não aceitava ter ficado doente. **A Dor Psíquica, Humor Depressivo: Culpa por fazer seus familiares sofrerem, não foi possível de ser trabalhada** dada a dificuldade da paciente para entrar em contato com essa questão, aliada a sua fragilidade e gravidade do seu estado clínico. Por sua vez **a Dor Espiritual, nos seus aspectos: Medo da morte e do pós - morte, relacionando - a com solidão e tristeza e Medo da morte e do pós - morte, relacionando - a com experiências anteriores permeadas de muito sofrimento, pode ser re - significada**, porque a paciente, durante os atendimentos, relaxava e visualizava o mundo espiritual belo que pressupomos existir e interessou - se e acalmou - se frente às explicações sobre as pesquisas com pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. Durante os dois dias em que seu

marido a orientou neste método, colocando o CD com as músicas de relaxamento, ele observou que sempre que a música começava a tocar, a paciente relaxava, acalmava - se, e parecia que, por si própria, visto já ter sido orientada pela psicóloga - pesquisadora nas sessões anteriores, entrava, através de sua imaginação, neste mundo espiritual belo que pressupomos existir. Também observamos que a paciente morreu, segundo seu marido, de forma tranqüila e serena.

Por outro lado assinalamos que, 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.

A informação sobre as pesquisas com pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte foi um aspecto muito importante para a re - significação da Dor Simbólica da Morte da paciente e para a aceitação, dos familiares, da morte iminente da parenta.

É possível desenvolver o método proposto neste estudo, no período próximo ao óbito, com resultado favorável, através do familiar cuidador e / ou o familiar que tiver maior vínculo afetivo com o paciente. Em minha experiência pessoal tenho observado que esta recusa dos cuidados de terceiros, nesta fase final, acontece com freqüência com crianças e adolescentes mas pode, também, eventualmente, ocorrer com adultos, como foi o caso desta paciente. Se o paciente tiver, na fase anterior da recusa, sentido - se bem com este método e minimizado seu sofrimento através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com Espiritualidade, é possível dar continuidade ao trabalho, no que diz respeito a *Dor Espiritual*, através do familiar cuidador.

9.1.5. Quinta Paciente: D.Z.M.

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; iniciou o tratamento em 17 / 04 / 00, no CAISM – UNICAMP e estava Fora de Possibilidade de Cura, segundo equipe médica responsável, com prognóstico muito ruim, quando demos início aos atendimentos descritos neste estudo.

– Número de Sessões / Período da fase *Fora de Possibilidade de Cura* em que o método foi aplicado

Sessões: 02 Atendimentos Hospitalares; 01 Sessão de Orientação Familiar; 01 Correspondência por “e – mail” com a sobrinha em substituição a Sessão com Familiares Pós – Óbito.

Período: Final da fase Fora de Possibilidade de Cura; a intervenção psicoterapêutica proposta neste estudo foi iniciada quando a paciente já não estava clinicamente bem, com prognóstico muito ruim e desenvolveu – se até o óbito.

– Intervenção Psicoterapêutica

Paciente: Integração das técnicas de Relaxamento Mental motivado por respiração lenta e profunda e música suave e Visualização de Imagens Mentais orientadas por dissociação, sugestão indireta e sugestão direta, com o conceito de Espiritualidade estruturado a partir de pesquisas que descrevem os relatos de pacientes que passaram por uma “Experiência de Quase Morte” (E.Q.M.), e voltaram a viver normalmente, dentro dos princípios da Psicoterapia Breve de Apoio para Serviços Hospitalares, descrita por FIORINI (1991).

Familiares: Sessão de Orientação Familiar

– Histórico Clínico / Aspectos Relevantes

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

Mostrou – se, logo no início do primeiro atendimento, muito assustada e vulnerável. Afirmou não estar bem e, ao mesmo tempo, demonstrou estar com muito medo de enfrentar esta realidade, apresentando, de imediato, a **Dor Espiritual: Medo da Morte e do Pós – Morte.**

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

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

Observamos que frente às fases propostas por KÜBLER – ROSS, (1996a), (negação, raiva, barganha, depressão, e aceitação), esta paciente encontrava – se de forma predominante na fase depressão.

- Identificação da Dor Simbólica da Morte: Dor Psíquica e Dor Espiritual

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

A) Dor Psíquica

A.1. Humor Depressivo: Tristezas e Culpas frente às 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.

B) Dor Espiritual

B.1. Medo da Morte e do Pós – Morte frente à percepção da iminência da mesma, trabalhado através dos seguintes aspectos:

B.1.1. 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 tranqüilidade através das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integradas à Espiritualidade. O processo é explicado para a paciente, através de uma metáfora, comparando - se a mente humana a um aparelho de TV, que pode ser ligado em vários canais: canal de tristezas pelo sofrimento oriundo da doença ou canal de tranqüilidade e paz, motivado por imagens mentais belas.

B.1.2. Informação para D. sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (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).**

B.1.3. Afirmação para D. do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte que, ao imaginar – se cenários belos, pode – se, através do pensamento, estar visualizando possíveis mundos espirituais, permeados de amor e paz. **(Sugestão Direta).**

B.1.4. 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 (1986) - arvores e água - que haviam sido escolhidos pela própria D. e por elementos descritos pelos pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte (caminho dourado e Seres de Luz ligados a Cristo, que emanam amor e paz). **(Dissociação e Sugestão Indireta).**

B.1.5. Afirmação para D. não ter medo e entregar – se para o lugar descrito na

visualização e para os Seres de Luz. (**Sugestão Direta**).

B.2. Sensação de fracasso frente ao Sentido da Vida e da Morte, trabalhado através dos seguintes aspectos:

B.2.1. Resgate das culpas e tristezas acima citadas na Dor Psíquica. (**Sugestão Direta**).

B.2.2. Imagem do lago azul e orientação para ela visualizar – se entrando na parte rasa deste lago, mergulhando e sentindo todas as tristezas e mágoas sendo levadas embora. (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

B.2.3. Orientação para D. visualizar – se brincando na água. *Ressalto que através da água, que pode ser um elemento de transformação segundo JUNG (1986), procurei orientá-la para simbolicamente re-significar o seu sentido da vida e da morte, o qual observei permeado de tristezas, perdas e mágoas.* (**Dissociação e Sugestão Indireta**).

– Padrão da Imagem

Imagens escolhidas pela paciente: nº 4, nº 5, nº 9 e nº 12 do Anexo7.

Os seguintes elementos compuseram o cenário para orientação, na Visualização de Imagens Mentais.

- Respiração lenta e profunda imaginando o oxigênio sendo respirado na cor azul - céu e sendo levado para todos os órgãos do corpo.
- Estrada luminosa dourada como o sol, ladeada por árvores muito verdes.
- Seres de Luz ligados a Cristo.
- Bosque com lago azul, céu azul brilhando e árvores verdes.
- Parque com crianças alegres correndo, flores multicoloridas e arco – íris.

– Comentários e Atitudes da Paciente: Resultados Obtidos

D. ao folhear o álbum de imagens exclamou que sentiu vontade de “mergulhar” nos lugares apresentados, dada a beleza deles.

No início da aplicação da técnica, a paciente abriu os olhos, afirmou que estava gostando muito desta e tornou a fechá – los para continuar o exercício mental.

Após a informação para D. sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver normalmente e a afirmação que a proposta desse método é orientar a visualização de mundos espirituais belos, que pressupomos existir, a paciente relaxou sua expressão facial, expressou seu desejo de continuar com os atendimentos e agradeceu à psicóloga - pesquisadora, várias vezes, pelo trabalho realizado.

Em momento anterior ao início da segunda sessão, D. afirmou para sua sobrinha L. que estava sentindo – se muito mal e para Enfermeira responsável pelo setor que estava morrendo. Ao começar a sessão observei que a paciente mostrava medo frente à morte iminente. Após a aplicação do método neste estudo descrito, D. passou a respirar de forma mais tranqüila, **acalmou – se**. Conforme pontuou L., sobrinha da paciente, no parecer pós - óbito, D. durante o exercício mental abriu os olhos várias vezes e mostrou concordar com o lugar para o qual a visualização era orientada. Sua expressão não era mais de sofrimento e sim de que dormia um sono profundo e em dado momento exclamou: “metade de mim está neste local que você está descrevendo e a outra metade está relutando em desligar – se deste mundo”.

D. 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 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. Pontuei para ela 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 deste atendimento, serena e tranqüila, segundo a Enfermagem.

A sobrinha L. pontuou várias vezes que o trabalho desenvolvido contribuiu, em muito, para re - significar o sofrimento de D. frente à morte.

– Morte da Paciente: Resultados Obtidos

A paciente foi a óbito duas horas e meia após o término da aplicação desse método com a integração das técnicas de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais com Espiritualidade, no quarto em que se encontrava, na Enfermaria da Oncologia do CAISM. As Enfermeiras Ednaura Pereira Souza e Silvia Renata Pereira que estavam responsáveis por este setor no momento em que D. foi a óbito, observaram que a paciente morreu sem apresentar desespero. Pareceu – lhes que a paciente estava serena ao desligar – se desta vida e morreu tranqüila. Ambas pontuaram, em comunicação pessoal, que isto é raríssimo. Afirmaram que não podem dizer que foi bonito, porque a paciente estava morrendo, mas podem falar que foi bom acompanhar um desligamento sereno, sem a angústia de morte. Finalizaram o relato, nessa comunicação pessoal, afirmando que a equipe de enfermagem procura oferecer qualidade de vida para as pacientes durante todo o processo terminal, mas, se a paciente na hora da morte entra em desespero, todos desta equipe sofrem e sentem que seus esforços de ajuda foram em vão. O fato de D. ter ido a óbito de forma serena foi gratificante para todos da equipe, pois sentiram que o trabalho que desenvolveram, visando proporcionar bem - estar à paciente durante todo o período de internação, não foi destruído pela angústia de morte, a qual havia sido trabalhada pelo método neste estudo descrito.

A Enfermeira Ednaura Pereira de Souza, responsável pelo Serviço de Enfermagem no Setor de Cuidados Paliativos do CAISM, acrescentou que a paciente, além de estar consciente do seu estado terminal, estava realmente preparada para morrer porque não apresentou o freqüente medo da morte. Ednaura pontuou que D., momentos antes de sua morte, verbalizou, com muita tranqüilidade e serenidade para ela e para as duas médicas que a acompanhavam, que estava “indo”, que estava partindo deste mundo, e, em seguida, foi a óbito da forma acima descrita, tranqüila e serena. Ednaura pontuou que todo o trabalho de preparação frente à morte e o morrer desta paciente foi realizado por esta pesquisadora, pelo método descrito neste estudo e que o resultado foi muito bom.

- Sonhos dos Familiares após o Óbito da Paciente

Não houve sonhos dos familiares com a paciente após o óbito desta, até a data em que manteve comunicação com sua sobrinha L.

Houve uma experiência extra - sensorial desta psicóloga -pesquisadora em relação à morte da paciente. Conforme descrevi, ao relatar o caso, estava almoçando em minha casa duas horas e meia após o término do último atendimento e, repentinamente, embora estivesse dentro de uma sala fechada, senti uma 'brisa' e uma sensação de ternura, de despedida, me envolver. No mesmo instante lembrei – me que os pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. relataram que conseguiram transportar – se, na rapidez do pensamento, até às pessoas, as quais desejavam se despedir.

Imediatamente, conforme citei acima, olhei no relógio, pensando que D. tinha ido a óbito e estava se despedindo de mim. Parei de almoçar, fechei os olhos e me despedi mentalmente dela. Procurei transmitir – lhe um sentimento afetuoso e agradei pela oportunidade de ter podido ajudá – la. Terminei de almoçar e liguei na Enfermaria da Oncologia do CAISM / UNICAMP, confirmando minha percepção. A paciente havia ido a óbito as 13:55 h.

L., sobrinha da paciente, que havia se ausentado do Hospital, comunicou – me que, entre as 13:00h e as 14:00h, também sentiu uma sensação de paz e a despedida de sua tia D..

– Sessões de Orientação Familiar: Resultados Obtidos

Houve apenas uma sessão de Orientação Familiar com a sobrinha L. duas horas antes do óbito da paciente e o parecer desta sobrinha, sobre o trabalho desenvolvido, por “e-mail”. L. mora em outra cidade e após o óbito da tia afirmou estar impossibilitada de viajar para Campinas para esse atendimento. Também não foi possível realizar Sessão de Orientação Familiar com a irmã da paciente, C. pela deficiência auditiva desta última.

As observações colhidas na Sessão de Orientação Familiar e no “e – mail” enviado por L. foram as seguintes:

L. afirmou que esta forma de abordagem é, na sua opinião, muito bonita, benéfica e ajudou muito sua tia D. nos momentos finais.

L. também afirmou sentir – se reconfortada por sua tia D. ter recebido esta qualidade de atendimento e ter se desligado desta vida de forma serena.

L. pontuou que considerou, tanto o método desenvolvido neste estudo, como a postura técnica desta psicóloga - pesquisadora, excelentes, porque implicam na integração de aspectos humanos ao tratamento médico convencional. Frisou, várias vezes, que espera que essas condutas humanas sejam divulgadas e aceitas pela comunidade científica e que muitos outros doentes possam vir a usufruir deste “diálogo final”.

L. assinalou que é espiritualista e, ela mesma, conseguiu visualizar o lugar orientado no atendimento e sentir com bastante firmeza o desligamento da matéria de uma forma positiva e tranqüila.

– Dor Simbólica da Morte: re – significação

A intervenção psicoterapêutica proposta neste estudo “Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade” favoreceu a re - significação da Dor Simbólica da Morte desta paciente porque D. desligou – se desta vida de forma serena e em paz.

É possível alcançar – se Qualidade de Vida no processo de morrer e morte digna com um desligamento sereno desta vida, aplicando - se este método Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, apenas no período final da fase Fora de Possibilidade de Cura até o óbito.

Frente às condições clínicas da paciente, que não permitiam que ela falasse por tempo prolongado, não foi possível colher – se, na íntegra, os dados propostos no Anexo 1 (Anamnese). Esta dificuldade foi parcialmente compensada por informações colhidas no prontuário da paciente e com a sobrinha L. Os aspectos que não foram pesquisados (histórico detalhado sobre o diagrama familiar , escolaridade / profissão e visão da paciente sobre sua doença) não dificultaram o desenvolvimento desse método, visto a Dor Espiritual ter se mostrado, frente à iminência da morte, o principal fator para a re - significação da Dor Simbólica da Morte.

Constatamos, também através desta paciente, que no período final da fase Fora de Possibilidade de Cura, próximo ao óbito, **em relação a Dor Simbólica da Morte, a Dor**

Espiritual é prevalente à Dor Psíquica. Logo no início da primeira sessão, na véspera da morte da paciente, esta sinalizou o **Medo da Morte e do Pós – Morte** que sentia. Observamos que embora esta paciente tivesse sofrido Dor Psíquica importante ao longo de sua vida, com muitas perdas significativas, a Dor Espiritual mostrou – se dominante neste período final da fase Fora de Possibilidade de Cura, evidenciando, mais uma vez, que frente à morte iminente a Dor Psíquica é secundária em relação à Dor Espiritual.

A informação sobre as pesquisas com pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte, foi aspecto muito importante para a re - significação da Dor Simbólica da Morte da paciente.

Como esta paciente morreu na Enfermaria do CAISM / UNICAMP, foi possível constatar, através do relato das Enfermeiras responsáveis pelo setor no momento do óbito, que D. não entrou em desespero na iminência da morte mas morreu serena, tranqüila, sem medo, consciente e preparada para desligar – se desta vida.

9.2. Discussão comparando – se as cinco pacientes desta pesquisa com as quatro crianças e três adolescentes do projeto – piloto

Comparando os acompanhamentos que fizemos, no Projeto – Piloto, aos adolescentes e às crianças durante o processo de morrer, e os acompanhamentos que fizemos, neste estudo de Mestrado, com adultas, observamos que os adolescentes e adultos frente a Dor Simbólica da Morte apresentaram tanto a Dor Psíquica como a Dor Espiritual, mas as crianças apresentaram apenas a Dor Psíquica representada pelo Humor Depressivo vinculado a Angústia de Separação.

Atribuímos ao fato das crianças não apresentarem a Dor Espiritual, o estágio cognitivo em que se encontram. ELKIND (1975), baseado nos estudos de Piaget, afirma que dos 02 aos 07 anos as crianças se encontram no estágio do pensamento pré – operacional e dos sete aos onze anos, no estágio do pensamento operacional concreto, o que significa que crianças ainda não desenvolveram a capacidade de pensar de forma abstrata, necessária para o sentimento de medo da morte e do pós – morte e para o desenvolvimento de idéias e concepções em relação à espiritualidade, para elaboração de pensamentos sobre

o sentido da vida e da morte e sobre o sentimento de culpa perante Deus.

Pontuamos que, **embora as crianças não apresentem a Dor Espiritual, o aspecto espiritualidade continua sendo um dos componentes do método aplicado**, visto que se orienta a criança, por exemplo, através de histórias infantis, a imaginar mundos belos, por onde se chega através de um caminho dourado de sol, pressupondo – se que seu espírito irá para um mundo espiritual que acreditamos existir.

Constatamos que a intervenção psicoterapêutica Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade favorece a re - significação da Dor Simbólica da Morte e proporciona Qualidade de Vida no processo de morrer e morte serena para crianças, adolescentes e adultos.

9.3. Discussão sobre a re – significação da dor simbólica da morte através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade.

SAUNDERS (1991) e KÜBLER – ROSS (1996a, 1996b, 1998) modificaram o enfoque do tratamento oferecido aos pacientes em estágio terminal, geraram uma nova área de abordagem clínica intitulada ‘Cuidados Paliativos’ e foram, desta forma, responsáveis pela alteração do “não há nada mais a fazer” pelo paciente fora de Possibilidade de Cura pelo “há muito que fazer” por esses pacientes, quando desfocamos nossa atenção do ‘curar’ para o ‘cuidar’. Através da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade encontramos um método para operacionalizar este ‘cuidar’ proposto por SAUNDERS (1991) e KÜBLER – ROSS (1996a, 1996b, 1998).

Observamos que a inter - relação mente / corpo é fato comprovado pelos mais diversos cientistas e que as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais são instrumentos poderosos e importantes para influir nesta inter - relação e promover cura ou Qualidade de Vida para pacientes portadores de enfermidades orgânicas. (ACHTERBERG, 1996; CARVALHO, 1994a, 1994b; CAUDILL, 1998; EPSTEIN, 1990; LANG, 2000; MAYOL, 1992; MONTAGU, 1988; ROSEN, 1994; SIEGEL, 1989;

SIMOTON, SIMOTON, CREIGHTON, 1987; TUCKER, 1999;).

Nesta pesquisa nos coube acrescentar às técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais, o conceito de Espiritualidade, estruturado a partir de pesquisas que descrevem os relatos de pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e voltaram a viver normalmente, e observar que a integração deste conceito de Espiritualidade às técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais foi aspecto importante para a re - significação da Dor Simbólica da Morte de pacientes fora de Possibilidade de Cura.

As Experiências de Quase de Morte (E.Q.M.) nos mostraram que a morte é um momento de transição entre a vida física e a vida espiritual.

KÜBLER ROSS (1998) depois de trabalhar por trinta anos com pacientes terminais e entrevistar milhares de pessoas que estiveram no estado de pré - morte e voltaram a viver, concluiu que não há porque ter medo da morte. A experiência de morrer pode ser a mais deslumbrante de toda a vida: depende de como a pessoa viveu. Afirma 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.

Segundo a nomenclatura definida por MILLER (1997) o pós - morte está classificado em quatro etapas: 'Lugar de Espera', 'Julgamento', 'Reino das Possibilidades' e 'Retorno ou Renascimento'. A proposta desse estudo, criar o cenário de um mundo imaginário espiritual belo e reconfortante, está muito próxima da etapa descrita por MILLER (1997) como 'Lugar de Espera', onde tanto para os mortos quanto para os vivos, a realidade da mudança começa a aprofundar - se. Através do método Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade os pacientes puderam, ainda em vida, conscientizar - se de sua transformação de ser físico em ser espiritual, de forma serena e digna.

Segundo MILLER (1997) os Tibetanos acreditam que os resultados alcançados, na etapa do 'Julgamento', são influenciados por três fatores: maneira como o indivíduo

viveu, forma como enfrentou as quarenta e nove provas do pós – morte (estado de Bardo) e estado mental em que se encontrava na hora da morte. Esse estudo se propôs a re – significar a Dor Simbólica da Morte através das técnicas de Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, o que favoreceu uma melhora no estado mental das pacientes. Pudemos constatar que a re – significação da Dor Psíquica e da Dor Espiritual, ou somente desta última, permitiu às pacientes uma boa Qualidade de Vida no processo de morrer e uma morte serena e digna, o que, de acordo com a crença Tibetana, é aspecto favorável para a vivência da etapa ‘Julgamento’ no pós - morte.

Na Pesquisa Qualitativa o pesquisador não fica a margem do estudo (TRIVIÑOS, 1987) e por esta razão pontuamos que a postura da psicóloga descrita ao longo deste estudo é variável relevante nos resultados obtidos com as pacientes que consentiram em participar do estudo, mas não é variável determinante para que a paciente aceite submeter – se a esta Intervenção Psicoterapêutica, fato observado através de I.F.R., terceira paciente do estudo.

Recomendamos que esta Intervenção Psicoterapêutica “Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade” seja aplicada no Período Inicial da Fase Fora de Possibilidade de Cura, apenas por psicólogos e médicos com formação em psicoterapia, porque neste período, frente à Dor Simbólica da Morte, a Dor Psíquica está equiparada à Dor Espiritual.

Consideramos, por outro lado, que no Período Final da Fase Fora de Possibilidade de Cura esta Intervenção Psicoterapêutica pode ser desenvolvida por outros profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros e médicos, mesmo que eventualmente não tenham formação em Psicoterapia porque, neste período, a Dor Espiritual, representada principalmente pelo medo da morte e do pós – morte é o sofrimento mais relevante.

No final do século XX, pesquisas, abordando a importância da inclusão da Espiritualidade nos tratamentos médicos convencionais e dando suporte para a ampliação da visão de ser humano para biopsicossocial e espiritual, começaram a ser realizadas no cenário científico da área da saúde. Nosso estudo confirmou os resultados encontrados por outros pesquisadores, (BRADY *et al*, 1999; BURTON, 1998; FRYBACK & REINERT, 1999; GIOIELLA, BERKMAN, ROBINSON (1998); KÜBLER – ROSS, 1998; MILLER,

1997; MOOD JR, 1989,1992; MYTKO & KNIGHT, 1999; PUCHALSKI & LARSON, 1998; SAUNDERS, 1991; THOMSEN, 1998;) Espiritualidade é um importante elemento para re - significar o sofrimento de pacientes portadores de doenças graves e / ou terminais e, portanto, também oferece suporte para a revisão do modelo de ser humano, de biopsicossocial, para biopsicossocial e espiritual.

Um importante dado que esta pesquisa nos trouxe foi a observação que, no período inicial e intermediário da fase considerada Fora de Possibilidade de Cura, a Dor Psíquica e a Dor Espiritual apresentaram – se equiparadas e no período final e óbito frente à iminência da morte, a Dor Espiritual mostrou - se prevalente à Dor Psíquica. A re - significação apenas da Dor Espiritual foi aspecto suficiente para que a paciente pudesse morrer de forma serena, sem medo e sem desespero, vivenciando desta maneira uma boa Qualidade de Morte.

‘Crer na vida espiritual pós – morte’ foi a condição para o desenvolvimento do método proposto, integrando – se as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade e a aceitação da paciente foi o limite para a aplicação deste método.

CAPÍTULO 10: CONCLUSÃO

A intervenção psicoterapêutica proposta neste estudo ‘Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade’ favoreceu a re - significação da Dor Simbólica da Morte das quatro pacientes que aceitaram esta qualidade de atendimento e proporcionou Qualidade de Vida no processo de morrer e morte serena para todas elas. A paciente que não aceitou esta qualidade de atendimento apresentou uma péssima Qualidade de Morte, conforme comunicação da Enfermagem do CAISM – UNICAMP, com muito sofrimento, desespero, angústia e aflição.

Embora as quatro pacientes, que aceitaram ser atendidas por esta Intervenção Psicoterapêutica, tenham descrito como sentiam a Dor Simbólica da Morte com seus próprios termos, de acordo com o método escolhido, Entrevista Semi – Estruturada, observamos que, em relação à Dor Psíquica, a angústia pela perda da disposição pela vida e a culpa frente o sofrimento dos familiares foi aspecto comum entre as três adultas não idosas e em relação à Dor Espiritual, o medo da morte e do pós – morte foi identificado como o sofrimento mais importante na Dor Simbólica da Morte de todas elas.

Observamos que é possível obter - se bons resultados, frente aos objetivos propostos, aplicando - se este método, Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, nos seguintes períodos da fase Fora de Possibilidade de Cura: **a) Período Inicial**, em paciente que não apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante; **b) Do Período Inicial até o Período Final e Óbito**, em paciente que apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante; **c) No Período Final até o Óbito**, tanto em paciente que não apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante como em paciente que apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante.

Frente às fases propostas por KÜBLER – ROSS (1996a), (negação, raiva, barganha, depressão, e aceitação), a primeira e a quinta paciente encontravam – se

predominantemente na fase da depressão, a terceira encontrava - se predominantemente na fase negação, e a segunda e a quarta oscilavam entre raiva, barganha e depressão. Observamos que o método proposto favoreceu a entrada na fase aceitação das quatro pacientes que concordaram em ser atendidas pelo método proposto neste estudo.

As informações sobre as pesquisas com pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte, a partir das quais construímos **o conceito de Espiritualidade foi aspecto muito importante para a re - significação da Dor Simbólica da Morte** das quatro pacientes que consentiram em participar deste estudo e para a aceitação, dos familiares, da morte iminente da parenta.

De forma geral, as sessões de Orientação Familiar contribuíram para a re - significação da Dor Simbólica da Morte da paciente e favoreceram um melhor enfrentamento dos parentes, frente à morte iminente da mesma.

No período final da Fase Fora de Possibilidade de Cura até o óbito, a **Dor Espiritual é prevalente à Dor Psíquica, principalmente no que se refere ao medo da morte e do pós – morte.**

Frente a esta observação fechamos nossa pesquisa com uma nova pergunta. A Dor Espiritual, principalmente relacionada ao medo da morte e do pós - morte, estaria também presente nas muitas mortes e pós – mortes que sofremos na vida, desde que nascemos? Se presente ao longo da vida, qual o seu grau de prevalência e relevância no sofrimento humano? Qual o método para sua re - significação?

Não temos, ainda, enquanto acadêmicos, respostas para estas perguntas, e, por esta razão, acreditamos que a integração entre Espiritualidade e Ciência está ainda nos primórdios de seu desenvolvimento. Entretanto, considerando – se os resultados de nossa pesquisa, afirmamos que é um processo que deve ser estudado, com "prudencia", "justitia", "moderatio", "virtus", "sapientia" e disciplina os quais, segundo JUNG (1986), são as manifestações da imagem divina no homem.

SUMMARY

This qualitative research, based in the biopsychosocial and spiritual conception of human being, studied if the specific Terminal Patient' s Psychotherapy, composed by the integration of the techniques of Mental Relaxation and Mental Images with the conception of Spirituality, re – signify or not the Death Symbolic Pain, with is represented by the Psychic Pain and Spiritual Pain.

Took part in this study, five women with cancer, without cure' s possibility.

The method used in this research was Case' s Study Clinical Longitudinal.

The results indicated that in the beginning of the stage without cure' s possibility the Psychic Pain and the Spiritual Pain are in the same level and in the finale of this stage, before the imminent death, the Spiritual Pain is more important of the Psychic Pain and is enough its re – significance to a good death.

We concluded that the patients acquired Quality of Life in the dying process and a good death with dignity and serenity through this specific kind of Terminal Patient' s Psychotherapy: Mental Relaxation, Mental Images and Spirituality.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHTERBERG, J. – **A Imaginação na Cura: Xamanismo e Medicina Moderna.** São Paulo, Summus Editorial, 1996. 236p.
- ALVES, R. – **Filosofia da Ciência.** São Paulo, Ars Poética Editora, 1996. 191p.
- ANDRADE, H.G. – **A Transcomunicação Através dos Tempos.** São Paulo, Editora Jornalística Fé, 1997. p.282 – 287.
- BERZON, R. - Understanding and using health – related quality of life Instruments within clinical research studies. **In: STAQUET, M.; HAY, R.; FAYERS, P. - Quality of Life Assessment in Clinical Trial – Methods and Practice.** Oxford, Oxford University Press, 1998. p.3 – 6
- BOWLBY, J. – **Formação e Rompimento de Laços Afetivos.** 3ª ed. São Paulo, Editora Martins Fontes, 1997. 228p.
- BRADY, M.J.; PETERMAN A.H.; FITCHETT G.; MO M.; CELLA D. – A Case for including Spirituality in Quality of Life measurement in Oncology. **In: Psychooncology, 8 (5): 417 – 28, 1999.**
- BRENNER, C. - **Noções Básicas de Psicanálise.** 5º ed. São Paulo, Imago Editora, 1987. 260p.
- BROMBERG, M.H. – Luto: A Morte do Outro em Si. **In: ----- – Vida e Morte: Laços de Existência.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996. p.99 - 121.
- BUDA – **O Pensamento Vivo.** São Paulo, Martin Claret Editores, 1985. 110p.
- BURTON, L.A. – The Spiritual Dimension of Palliative Care. **In: Semin. Oncol. Nurs. 14 (2): 121 – 8, 1998.**
- CAPRA, F. - **O Ponto de Mutação.** 20º ed. São Paulo, Editora Cultrix, 1982. 447p.

- CAPRA, F. - **A Teia da Vida**. 7º ed. São Paulo, Editora Cultrix, 1996. 256p.
- CARRAMASCHI, F.; GEMPERLI, R.; SPERANZINI, M.; FERREIRA, M.C.; –
Reconstrução Mamária Imediata e Tardia com Expansores de Tecidos. **In: Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 50: 6 - 9, 1995.**
- CARVALHO, M.M.J. - A Hipnoterapia no Tratamento da Dor. **In: ----- - DOR, Um Estudo Multidisciplinar.** São Paulo, Summus Editorial, 1999a. p.222 - 47.
- CARVALHO, M.M.J. - Palavras Finais. **In: ----- – DOR, Um Estudo Multidisciplinar.** São Paulo, Summus Editorial, 1999b. p.338 - 9.
- CARVALHO, M.M.J. – O Sofrimento da Dor no Câncer. **In: ----- - Introdução a Psiconcologia.** Campinas, Editorial Psy II, 1994a. p.103 – 18.
- CARVALHO, M.M.J. – Visualização e Câncer. **In: ----- – Introdução a Psiconcologia.** Campinas, Editorial Psy II, 1994b. p.161 – 72.
- CARVALHO, V. - A Vida que há na Morte. **In: BROMBERG, M.H. (org.) – Vida e Morte: Laços de Existência.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996. p.35 – 75.
- CASSILETH, B.; ABRAHM, J.; ALAVI J.B.; BOLWELL, B.; CASSILETH, P.A.; DALY, J.M.; DAVITT, M.; DOYLE, B.; FOX, K.; GLICK, J.H.; GRUGAN, K.; DUPONT, G.; HALLER, D.G.; LAWLOR, R.CCC.; MC CORKLE, R.; POLOMANO, R.; TORRI, SPONSOR; TURRISI, A.T. – **Câncer. Cuidando do Paciente em Casa. Um Guia para Doentes e seus Familiares.** São Paulo, Fundação Oncocentro, 1994. p.59 - 60.
- CAUDILL, M. – **Controle a Dor antes que Ela Assuma o Controle: Um Programa Clinicamente Comprovado.** São Paulo, Summus Editorial, 1998. p.48 - 66.

- CELLA, D. & BONOMI, A. – Measuring quality of life. **In:** PAZDUR, R.; COIA, R.R.L.; HOSKINS, N.J.; WAGMAN, L.D.; – **Cancer Management: A multidisc. approach medical, surgical and radiation oncology.** New York, PRR - Huntington, 1996. p.773 - 802.
- COPPLESTONE, T. – **Vida e Obra de Hieronymus Bosch.** Rio de Janeiro, Editora Publicações, 1997. 79p.
- D' ANDREA, F. F. - **Desenvolvimento da Personalidade.** 10° ed. Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil, 1991. 185p.
- DEL PORTO, J.A. – Conceito de Depressão e seus Limites. **In:** LAFER, B.; ALMEIDA, D.P.; FRÁGUAS JR, R.; MIGUEL, E.C. – **Depressão no Ciclo de Vida.** Porto Alegre, Artes Médicas, 2000. p.20 - 36.
- DENZIN, N. & LINCOLN, Y.S. – Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. **In:** ----- - **Handbook of Qualitative Research.** London, SAGE Publications, 1994. p.1 - 17.
- DESCARTES - **Vida e Obra.** São Paulo, Nova Cultural, 1996. 431p. (Os Pensadores).
- DOHERTY, C.H. – **O Silêncio de Deus.** São Paulo, Edições Paulinas, 1985. p.106 - 7
- ELKIND, D. - **Crianças e Adolescentes. Ensaio Interpretativo sobre Jean Piaget.** 2° ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975. p.25 - 42.
- ELIAS, A.C.A.– A Criança e a Morte. **In: Vídeo sobre a mesa redonda Morte e Luto no V Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar.** São Paulo, TV Med – Instituto de Vídeo Medicina. 2000.
- ELIAS, A.C.A. - Um Jeito mais Brando de Enfrentar a Morte. **In: Revista VIVER Psicologia, 80:** 14 - 16, 1999.
- ELIAS, A.C.A. & GIGLIO, J.S. – O Estado Real da Nova Ciência. **In: Revista VIVER Psicologia, 86:** 30 - 31, 2000.

- ELIAS, A.C.A.; MASTELARO, M.J.; CAMPANARO, C.M.; LOGGETTO, S.R. – Relaxamento Mental, Imagens Mentais e a Dor Simbólica da Morte. In: SIMBIDOR – SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR, 4, São Paulo, 1999. **Temas Livres**. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1999. p. 399.
- EPSTEIN, G. - **Imagens que Curam**. 6º ed. Rio de Janeiro, Xenon Editora, 1990. 239p.
- ETCHEGOYEN, R.H. – **Fundamentos da Técnica Psicanalítica**. 2º ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.19 - 20.
- FARIAS, M. – As práticas alternativas do cuidar. O ceticismo posto à prova. In: **Revista Nursing**, 2: 4, 1998.
- FIGUEIRÓ, J.A.B. – Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos da Experiência Dolorosa. In: CARVALHO, M.M.J. (org.) - **DOR, Um Estudo Multidisciplinar**. São Paulo, Summus Editorial, 1999. p.140 – 158.
- FIORINI, H.J. – **Teorias e Técnicas de Psicoterapias**. 9ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1991. 233p.
- FREUD, S. - **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975. **vol. XXIII**, p.165 – 237.
- FRYBACK, P.B. & REINERT, B.R. – Spirituality and People with Potentially Fatal Diagnoses. In: **Nurs Forum**, 34 (1): 13 – 22, 1999.
- GASPARINI, L. – **Vídeo: A História de Lourdes**. Barueri, Flashstar Home Vídeo, 120', 2000.
- GIOIELLA, M.E.; BERKMAN, B.; ROBINSON M. – Spirituality and Quality of Life in Gynecologic Oncology Patients. In: **Cancer Pract**, 6 (6): 333 – 8, 1998.
- HESTER, N. - Avaliação da Dor Aguda. In: TINDALL, B. – **Estresse e Dor na Lactância e Infância**. Rio de Janeiro, Interlivros, 1995. **vol. 3**, p.557-572. (Clínicas Pediátricas: Atividade e Pesquisa Internacional).

- JASPER, K. – **Psicopatologia Geral**. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1973. **vol. 1**, p. 20.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986. **vol. V**, p.204 - 7.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986. **vol. VIII**, p.44.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986. **vol. IX/2**, p.21, p.35.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986. **vol. XI**, p.4.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986, **vol. XII**, p.286.
- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986. **vol. XV**, p.1– 4, p.10 – 27.
- KOVÁCS, M.J. - Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. **IN:** CARVALHO, M.M.J. (org.) - **DOR, Um Estudo Multidisciplinar**. São Paulo, Summus Editorial, 1999. p.318 – 337.
- KÜBLER - ROSS, E. - **Morte: Estágio Final de Evolução**. Rio de Janeiro, Editora Record, 1996b. 220p.
- KÜBLER - ROSS, E. - **A Roda da Vida**. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998. 319p.
- KÜBLER - ROSS, E. - **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo, Martin Fontes, 1996a. 299p.
- KNOBEL, M. - **Psicoterapia Breve**. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária. 1986. **vol.14**, 110p. (Temas Básicos de Psicologia).
- KOSEKI, N.M. – O Programa de Cuidados Paliativos do CAISM. O Alcance da Medicina. **In:** REZENDE, V.L. (org.) – **Reflexões sobre a Vida e a Morte: Abordagem Interdisciplinar do Paciente Terminal**. Campinas, Editora da Unicamp, 2000. p.23 – 31.

- KVALE, S. – **InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing.** Thousand Oaks, California, SAGE Publications, 1996. p.101 – 2.
- KUHN, T.S. – **A Estrutura das Revoluções Científicas.** 4ª ed. São Paulo, Editora Perspectiva, 1996. 257p. (Coleção Debates).
- LANG, E.V.; BENOTSCH, E.G.; FICK, L.J.; LUTGENDORF, S.; BERBAUM, M.L.; LOGAN, H.; SPIEGEL, D. – Adjunctive non – pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. **In: The Lancet**, **355** (9214): 1486 – 90, 2000.
- MAC NEED MAN, D. – **Curso de Formação em Reiki, nível 1. TETRAGRAMA,** Instituto de Estudos Holísticos, 26 de agosto de 2000.
- MARTY, P. - **A Psicoterapia do Adulto.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 87p.
- MASERA, G.; SPINETTA, J.J.; JANKOVIC, M.; ABLIN, A.R.; D'ANGIO, G.J.; VAN DONGEN – MEIMAN, J.; EDENT, T.; MARTINS, A.G.; MULHERN, R.K.; OPPENHEIM, D.; TOPF, R.; CHESLER, M.A. – Guidelines for Assistance to Terminally Ill Children with Cancer: A Report of SIOP Working Committee on Psychosocial Issues. **In: Ped. Oncology. In Medical and Ped. Oncology**, **32** (1): 44 – 48, 1999.
- MAYOL, R. – **Câncer, Corpo e Alma.** São Paulo, Editora Os Magos, 1992. 189 p.
- MELLO FILHO, J. - **Concepção Psicossomática: Visão Atual.** Rio de Janeiro, Editora Tempo Brasileiro, 1979. p.1 - 19.
- MERSKEY, H.; ALBE – FESSARD, D.G.; BONICA, J.J.; CARMON, A.; DUBNER, R.; KERR, F.W.L.; LINDBLOM, V.; MUMFORD, J.M.; NATHAN, P.W.; NOORDENBOS, W.; PAGNI, C.A.; RENAER, M.J.; STERNBACH, R.A.; SUNDERLAND, S. – Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on Taxonomy. **In: Pain**, **6**: 249 - 52, 1979.

- MILLER, S. – **Depois da Vida: Desvendando a Jornada Pós Morte**. São Paulo, Summus Editorial, 1997. 221p.
- MONTAGU, A. - **Tocar: O Significado Humano da Pele**. São Paulo, Summus Editorial, 1988. 427p.
- MOOD, JR R. - **A Luz do Além**. 3º ed. Rio de Janeiro, Editora Nórdica, 1989. 159 p.
- MOOD, JR R. – **Vídeo: Vida após a Morte**. São Paulo, NCA Forever, 60’, 1992.
- MYTKO, J.J. & KNIGHT, S.J. – Body, Mind, Spirit: Towards the Integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Life Research. **In: Psychooncology**, **8** (5): 439 – 50, 1999.
- N.T. Lucas, Bíblia Sagrada**. Tradução dos Originais mediante a versão dos Monges de Maredsons (Bélgica) pelo Centro Bíblico Católico, São Paulo, Editora Ave Maria, 1996. Capítulo 18: 15 - 17.
- N.T. Mateus, Bíblia Sagrada**. Tradução dos Originais mediante a versão dos Monges de Maredsons (Bélgica) pelo Centro Bíblico Católico, São Paulo, Editora Ave Maria, 1996. Capítulo 5: 1 – 12.
- 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.
- PIMENTA, C.A.M. – Fundamentos Teóricos da Dor e de sua Avaliação. **In: CARVALHO, M.M.J. (org.) - DOR, Um Estudo Multidisciplinar**. São Paulo, Summus Editorial, 1999. p.31
- 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.

- PLATÃO - **Diálogos**. 4º ed. São Paulo, Nova Cultural, 1987. 261p. (Os Pensadores).
- PUCHALSKI, C.M. & LARSON, D.B. – Developing Curricula in Spirituality and Medicine. **In: Acad. Med.**, **73**: 970 – 4, 1998.
- REZENDE, V.L. & BOTEGA, N.J. – Grupo de Apoio Psicológico a Mulheres com Câncer de Mama: Principais Fantasias Inconscientes. **In: Revista Estudos de Psicologia – PUC Campinas**, **15** (1): 39 – 48, 1998.
- ROSEN, S. - **Minha Voz Irá Contigo!**. Campinas, Editora PsyII, 1994. 268p.
- SAUNDERS, C. – **Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach**. London. Edward Arnold. 1991.
- SCHILER, E. - O Conceito de Dor Total no Câncer. **In: SCHULZE, C. (org.) – Dor no Câncer**. São Paulo, Robe Editorial, 1997. p.59.
- SIEGEL, B.S. - **Viver Bem Apesar de Tudo**. São Paulo, Summus Editorial, 1989.186p.
- SIMONTON, O.C.; MATTHEWS - SIMONTON, S.; CREIGHTON, J.L. – **Com a Vida de Novo. Uma Abordagem de Auto – Ajuda para Pacientes com Câncer**. 6º ed. São Paulo, Summus Editorial, 1987. 238p.
- SÓCRATES – **O Pensamento Vivo**. São Paulo, Martin Claret Editores, 1987. p. 82.
- STEVENSON, I. – Past lives of twins. **In: The Lancet**, **353** (9161): 1359 – 60, 1999. (Letter).
- THOMSEN, R.J. – Spirituality in Medical Practice. **In: Arch Dermatol**. **134**: 1443 – 1446, nov 1998.
- TOLSTÓI, L. – **A morte de Ivan Ilitch**. São Paulo, Publifolha, 1998.
- TRIVINÕS, A.N.S. - **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo, Editora Atlas, 1987. p.16 - 175.

- TUCKER, J.B. – Modification of attitudes to influence survival from breast cancer. **In: The Lancet**, 354(9187): 1320, 1999.
- VAN PRAAGH, J. – **Conversando com os Espíritos**. 8ª ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998. 224 p.
- VASCONCELLOS, E.G. – Psiconeuroimunologia: uma História para o Futuro. **In: ANGERAMI – CAMON, V.A. – Psicologia da Saúde. Um Novo Significado para a Prática Clínica**. São Paulo, Editora Pioneira, 2000. p.24 – 5.
- VON FRANZ, M.L. - **Os Sonhos e a Morte: Uma Interpretação Junguiana**. 10º edição, São Paulo, Editora Cultrix, 1995. 215p.
- WEISMAN, A.D. - **Coping with Câncer**. New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1979. p.7 – 13.
- WEISS, B.L. – **Muitas Vidas, Muitos Mestres**. 31ª ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998. 185p.
- WEISS, B.L – **A Divina Sabedoria dos Mestres**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1999. 244p.

ROTEIRO DE ANAMNESE DA PACIENTE

A. Diagrama Familiar:

A.1. Família de Origem

A.2. Família Atual

B. Escolaridade / Profissão

C. Religião

D. Doença – (Visão do Paciente)

ROTEIRO DE ENTREVISTA

SEMI – ESTRUTURADA COM A PACIENTE

- Dor Psíquica

Tema: Medo do sofrimento e humor depressivo (tristezas, angústias e culpas frente às perdas).

- Dor Espiritual

Tema: Idéias e concepções em relação à espiritualidade, medo da morte e do pós – morte, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus.

***ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA COM O
FAMILIAR CUIDADOR DA PACIENTE***

- Dor Psíquica da Paciente na Visão do Cuidador;

Tema: Medo do sofrimento e humor depressivo (tristezas, angústias e culpas frente às perdas).

- Dor Espiritual da Paciente na Visão do Cuidador

Tema: Idéias e concepções em relação à espiritualidade, medo da morte e do pós – morte, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus.

***ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA COM O CUIDADOR APÓS
O ÓBITO DA PACIENTE***

- Re - significação da Dor Psíquica da Paciente na Visão do Cuidador

Tema: Medo do sofrimento e humor depressivo (tristezas, angústias e culpas frente às perdas).

Pesquisar se houve ou não, na visão do cuidador, melhora da paciente, em relação aos referidos aspectos, através da intervenção psicoterapêutica com Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, durante o processo de morrer.

- Re - significação da Dor Espiritual da Paciente na Visão do Cuidador

Tema: Idéias e concepções em relação à espiritualidade, medo da morte e do pós – morte, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus.

Pesquisar se houve ou não, na visão do cuidador, uma re - significação da paciente quanto a estes aspectos, através da intervenção psicoterapêutica com Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e Espiritualidade, durante o processo de morrer.

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO PÓS -
INFORMAÇÃO**

Eu, Paciente da Divisão de Oncologia do CAISM / UNICAMP, -
_____, RG _____, SSP/ _____ e
eu, Cuidador (a) dessa paciente, _____
RG _____, SSP/ _____, declaramos consentir em participar da pesquisa
científica intitulada “Relaxamento Mental, Visualização de Imagens Mentais e
Espiritualidade” uma Pesquisa sobre Intervenção Psicoterapêutica em Estudo de Caso
Clínico Longitudinal, de autoria da Psicóloga, Mestranda em Ciências Médicas, área Saúde
Mental, Ana Catarina de Araújo Elias e sob orientação do Prof. Dr. Joel Giglio, ambos da
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

Declaramos também ter conhecimento dos aspectos éticos considerados:

- Informação sobre os Resultados Específicos e Gerais que foram alcançados com os outros pacientes, e que constam como Estudo - Piloto dessa pesquisa.
- Respeito ao Credo Religioso e / ou Religião da paciente e de seus familiares.
- Ciência sobre a possibilidade da Paciente sair do estudo e interromper as sessões psicoterapêuticas em qualquer tempo que queira, se não identificar – se com as técnicas propostas.
- Informação que este estudo tem, entre seus pressupostos, a crença na existência da vida espiritual, e que ter essa crença é critério para inclusão nessa pesquisa.

Os Resultados da melhora na Qualidade de Vida das pacientes através da intervenção psicoterapêutica, utilizando – se as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integradas ao conceito de Espiritualidade, serão

publicados, mantendo – se em sigilo o nome e a identidade das pacientes e de seus familiares.

Assinatura da Paciente:

Assinatura do (a) Cuidador (a):

Assinatura da Psicóloga / Pesquisadora:

Data: _____/_____/_____

Declaração para Comitê de Ética da F.C.M. UNICAMP

Eu, Ana Catarina de Araújo Elias, aluna da Pós Graduação em Ciências Médicas, área de Saúde Mental, da F.C.M. UNICAMP, e meu orientador, Prof. Dr. Joel Giglio, nos comprometemos a cumprir os termos da Resolução 196, de 10 / 10 / 1997, do Conselho Nacional de Saúde (Inf. Epidem. do SUS – Brasil, Ano V, nº 2, 1996), na presente pesquisa intitulada “Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re – significação da Dor Simbólica da Morte”.

Ana Catarina de Araújo Elias

Prof. Dr. Joel Giglio

IMAGENS DE 1 A 40



Imagem 01



Imagem 02

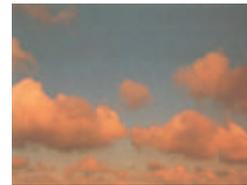


Imagem 03



Imagem 04



Imagem 05



Imagem 06



Imagem 07



Imagem 08

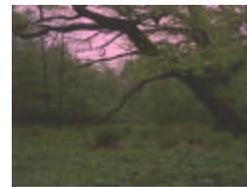


Imagem 09



Imagem 10



Imagem 11



Imagem 12



Imagem 13



Imagem 14

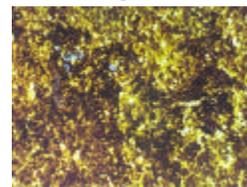


Imagem 15



Imagem 16



Imagem 17



Imagem 18



Imagem 19



Imagem 20



Imagem 21



Imagem 22



Imagem 23



Imagem 24



Imagem 25



Imagem 26



Imagem 27



Imagem 28



Imagem 29



Imagem 30



Imagem 31



Imagem 32



Imagem 33



Imagem 34



Imagem 35



Imagem 36



Imagem 37



Imagem 38



Imagem 39



Imagem 40

