ANA CATARINA TAVARES DE ARAÚJO ELIAS

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

Volume 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

2005

ANA CATARINA TAVARES DE ARAÚJO ELIAS

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

Volume 1

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

ORIENTADOR: *PROFESSOR DOUTOR JOEL SALES GIGLIO.*
(Professor Associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas / UNICAMP).
CO-ORIENTADORA: *PROFESSORA DOUTORA CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA.*
(Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo / USP).

UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS

2005

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

E42p

Elias, Ana Catarina Tavares de Araújo
Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. / Ana Catarina Tavares de Araújo Elias. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientadores: Joel Sales Giglio; Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta.
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Terapias alternativas. 2. Espiritualidade. 3. Técnicas de relaxamento. 4. Morte. 5. Dor. 6. Assistência paliativa. I. Giglio, Joel Sales. II. Pimenta, Cibele Andrucioli de Mattos. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

(CT/Fcm)

Título em inglês: ***Training program about therapheutical intervention Relaxation, Mental Images and Spirituality (RIME) for re-signify the spiritual pain of terminal patients***

Keywords: Complementary therapy; Spirituality; Relaxation techniques; Death; Pain; Palliative care.

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Titulação: Doutorado

Banca examinadora: Dr. Joel Sales Giglio; Drª Elizabeth Rainer Martins do Valle; Dr. Wihelm Kenzler; Drª Nancy Mineko Koseki; Drª Ana Regina Borges Silva.

Data da defesa: 19 / 12 / 2005

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Professor Doutor Joel Sales Giglio

Membros:

1. **Professor Doutor Joel Sales Giglio – UNICAMP**
2. **Professora Doutora Elizabeth Rainer Martins do Valle - USP/RP**
3. **Professor Doutor Wilhelm Kenzler – UNISA**
4. **Professora Doutora Nancy Mineko Koseki – UNICAMP**
5. **Professora Doutora Ana Regina Borges Silva – UNICAMP**

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 19/12/2005

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

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

FAMILIARES

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

ORIENTADORES

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

PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE PARTICIPARAM DESTE ESTUDO

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

PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE

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

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

PACIENTES E ALUNOS

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

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

Carl Gustav Jung

PÁG.

RESUMO..... *xxix*

ABSTRACT..... *xxxiii*

CAPÍTULOS..... 37

1- INTRODUÇÃO..... 39

2- REVISÃO DA LITERATURA..... 47

2.1- Estudos sobre espiritualidade no Brasil..... 47

2.2- Espiritualidade e morte no cenário internacional da área médica..... 56

2.3- Estudos sobre intervenções terapêuticas com aspectos semelhantes à Intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME). 75

3- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA ESPIRITUALIDADE ADOTADOS NO PRESENTE ESTUDO..... 93

3.1- Dor Espiritual..... 93

3.2- Bases teóricas para estruturação da Espiritualidade..... 94

4- OBJETIVOS..... 107

4.1- Objetivo geral..... 107

4.2- Objetivos específicos..... 107

5- SUJEITOS E MÉTODOS..... 109

5.1- Local e período..... 109

5.2- Sujeitos..... 109

5.3- Bases teóricas metodológicas..... 111

5.4- Procedimentos do Programa de Treinamento..... 119

5.5- Análise dos resultados..... 126

6- ASPECTOS ÉTICOS..... 131

7- RESULTADOS FASE 1 / CURSO DE CAPACITAÇÃO..... 135

7.1- Cronograma do Curso de Capacitação..... 135

7.2- Conteúdo das aulas..... 137

8- RESULTADOS FASE 2 / SUPERVISÕES..... 213

8.1- Compreender a experiência do profissional na utilização da Intervenção RIME..... 216

8.2- Ampliar a compreensão da natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME..... 275

9- DISCUSSÃO..... 295

9.1- Discussão sobre as categorias relacionadas à compreensão da experiência do profissional no uso da RIME..... 295

9.2- Discussão sobre a compreensão da Dor Espiritual e a experiência de re-significação desta Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME..... 308

9.3- Razões que levaram uma enfermeira a não aplicar a Intervenção RIME..... 313

10- CONCLUSÕES..... 317

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 321

ANEXOS..... 341

Anexos 1 até 10..... 343

Anexo 11 (Volume 2)..... 365

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

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

Quadro 12- Mapa que indica como a Categoria "A aplicação da Intervenção RIME, algumas vezes, desperta sensações, emoções e sentimentos negativos no profissional de saúde" foi encontrada... 254

Quadro 13- Mapa que indica como a Categoria "A Intervenção RIME é uma proposta concreta, clara, viável e que apresenta resultados positivos em Cuidados Paliativos" foi encontrada..... 259

Quadro 14- Categorias encontradas em relação à Dor Espiritual e número de Pacientes que apresentaram Dor Espiritual em cada uma das Categorias, no mínimo uma vez..... 277

Quadro 15- Mapa que indica como a Categoria "Medo da morte por negação da gravidade do quadro clínico" foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação..... 278

Quadro 16- Mapa que indica como a Categoria "Medo da morte por percepção da gravidade do quadro clínico" foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação..... 281

Quadro 17- Mapa que indica como a Categoria "Medo do pós-morte por vivências ou sonhos espirituais negativos" foi encontrada e como se deu seu processo e re-significação..... 285

Quadro 18- Mapa que indica como a Categoria "Medo do pós-morte pelo sentimento de desintegração, de inexistir, de ser afetivamente esquecido" foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação..... 286

Quadro 19- Mapa que indica como a Categoria "Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida pela ausência deste sentido e vazio existencial" foi encontrada e como seu processo de re-significação..... 288

Quadro 20- Mapa que indica como a Categoria "Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade por experiências de abandono afetivo projetado na Espiritualidade" foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação..... 290

Quadro 21- Escore de Bem-Estar manifestado pelos pacientes (n=8) utilizando a Escala Visual Analógica (EVA) antes e após a Intervenção RIME..... 292

Quadro 22- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente E.O.G. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 367

Quadro 23- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para o paciente P.M. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 394

Quadro 24- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente T.A.L. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 426

Quadro 25- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.S.S. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 458

Quadro 26- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente N.J. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 486

Quadro 27- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente Z.B.O. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 504

Quadro 28- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente R.A.O. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 527

Quadro 29- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.L.C.I. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 545

Quadro 30- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.A.S. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 556

Quadro 31- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente S.G. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar..... 580

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

PÁG.

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

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

CAPÍTULOS

1- INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2- REVISÃO DA LITERATURA

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

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

2.1- Estudos sobre espiritualidade no Brasil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Os itens e subitens discutidos nos grupos foram:

1) Transcendência: conexão com Ser ou Força Espiritual; sentido da vida; admiração; totalidade / integração; amor divino; paz interior / serenidade / harmonia; força interior; morte e morrer; apego / desapego; esperança / otimismo; controle sobre sua vida.

2) Relações pessoais: bondade com os outros / abnegação / renúncia; aceitação dos outros; perdão.

3) Código para se viver: código para se viver; liberdade para praticar crenças e rituais; fé.

4) Crenças religiosas específicas: crenças religiosas específicas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- medo da morte e do pós–morte, descrito na sensação de desligamento do corpo;

- perda do sentido da vida (e da morte) frente às limitações impostas pelo câncer;

- medo da morte e do pós-morte descrito no pavor de ser enterrada viva;

- idéia da espiritualidade como algo sufocante e tenebroso, vinculada à culpa que sentia perante Deus;

- medo da morte e do pós-morte relacionando-a com solidão e tristeza;

- medo da morte e do pós-morte relacionando-a com experiências anteriores permeadas de muito sofrimento;

- medo da morte e do pós-morte frente à percepção da iminência da mesma;

- sensação de fracasso frente ao sentido da vida e da morte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LOURDES e REUS (2002) estudaram a natureza das perspectivas de nove educadores aposentados, de diferentes profissões de saúde, em relação à sua própria instrução. O método de entrevistar com profundidade se mostrou um adequado mecanismo para reconstrução das experiências da vida diária dos participantes e para a construção das categorias de sentido destas experiências. Os autores aplicaram o método de análise indutiva na identificação dos temas e das edições, e na construção das categorias. Nove categorias emergiram a partir da reconstrução das entrevistas dos participantes. 1) A legitimidade da aposentadoria. 2) Entendimento do que cercou sua própria educação. 3) Entendimento do processo de envenlhecimento do ser humano. 4) Legitimidade da morte. 5) As relações humanas como elemento fundamental da realidade humana. 6) O objetivo dos papéis vivenciados na atividade humana. 7) A legitimidade da religião e o

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 'Relacional': ouvir, visitar, encorajar, conversar, compartilhar, cantar, ler, escrever, falar, discutir.

- 'Profissional': avaliar, encaminhar, ensinar, assistir, resolver problemas, acompanhar, oferecer informações, consultar, refletir, fazer curativos.

- ter um relacionamento conflitante ou não manter relacionamento com os seus diferentes aspectos internos.

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

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

- **Espiritualidade e visualização.**

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

- **Espiritualidade e relaxamento mental.**

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

- **Morte e imagens mentais.**

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

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

- **Morte e relaxamento mental.**

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

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

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

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

- **Espiritualidade e terapia complementar.**

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

- **Relaxamento mental e terapia complementar.**

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

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

- **Visualização e terapia complementar.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Imagens, relaxamento e morte.

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

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

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

- **Imagens e espiritualidade.**

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

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

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

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

- **Psicoterapia breve e paciente terminal.**

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

- **Espiritualidade e relaxamento.**

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

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

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

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

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

3- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA ESPIRITUALIDADE ADOTADOS NO PRESENTE ESTUDO

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

3.1- Dor Espiritual.

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

SAUNDERS (1991), falecida em julho de 2005, e que iniciou nas últimas décadas do século XX, o movimento de criação dos "Hospices" na Inglaterra, locais onde eram e são oferecidos Cuidados Paliativos aos pacientes Fora de Possibilidade de Cura, formulou o conceito de Dor Total que inclui a Dor Física (sensação dolorosa associada a lesões reais), a Dor Psíquica (medos do sofrimento, da morte, do desconhecido, tristezas, raiva, revolta, perdas, inseguranças, incertezas, desespero, depressão), a Dor Social (isolamento, rejeição, abandono, mudanças de papéis, dependência, inutilidade) e a Dor Espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, do submeter-se, das culpas perante Deus, busca de fé, de conforto espiritual). Posteriormente acrescentou as dimensões da Dor Financeira e Mental do paciente, incluindo também a Dor dos Familiares e da Equipe Médico-Hospitalar nos seus cuidados.

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

1) Oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento.

2) Considerar a morte como um processo natural da vida.

3) Não apressar ou adiar a morte.

4) Integrar aspectos psíquicos e espirituais nos cuidados paliativos.

5) Oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente o quanto possível até a morte.

6) Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e em seu próprio processo de luto.

7) Manter uma equipe que possa atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo consultas de luto, se necessárias.

8) Ampliar a qualidade de vida de forma a influenciar positivamente a evolução da doença.

9) Aplicar desde o início da doença, em conjunto com as outras terapias que pretendem prolongar a vida como a Quimioterapia e a Radioterapia, e incluir as investigações necessárias para se melhor compreender e trabalhar as complicações clínicas dolorosas.

3.2- Bases teóricas para estruturação da Espiritualidade.

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

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

- **Carl Gustav Jung.**

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

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

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

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

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

- **Celso Charuri.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ *Capacidade de se deslocarem na velocidade do pensamento, para o local que desejassem.*

- ✓ *Capacidade de ouvir o que os médicos e os familiares estavam falando de uma perspectiva que não teriam, se estivessem em seus corpos, deitados.*

- ✓ *Mover-se em um túnel e ser atraído por uma luz brilhante branca, dourada, azul ou visualização de bonitas pontes ou portas ornamentadas e belas, por onde atravessavam para uma outra dimensão, para o mundo espiritual.*

- ✓ *Encontro com parentes ou amigos já falecidos.*

- ✓ *Contato com Seres Espirituais, denominados por estes pacientes como Seres de Luz (Comunicação com a Luz) que irradiam amor incondicional, amparo, conforto, proteção.*

- ✓ *Entrada em lugares muito bonitos, como jardins floridos, bosques, lagos e envolvidos por uma luz muito brilhante.*

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

- ✓ *Reestruturação positiva da personalidade através do contato com a "Luz" (Comunicação com a Luz).*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Carla Penrod Hermann.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4- OBJETIVOS

4.1- Objetivo Geral.

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

4.2- Objetivos Específicos.

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

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

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

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

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

5- SUJEITOS E MÉTODOS

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

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

5.1- Local e Período.

- Fase 1 - Curso de Capacitação.

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

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

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

5.2- Sujeitos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3- Bases Teóricas Metodológicas.

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

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

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

- Fenomenologia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) Pesquisa fenomenológica como filosofia. O esquema desta pesquisa seria: dado imediato da consciência (em geral) – redução fenomenológica (transcendental) - elucidação do conhecimento (mundo / homem).

2) Fenomenologia eidética. O esquema desta pesquisa seria: dado imediato da consciência (como experiência comum ou de doentes mentais) - redução fenomenológica (eidética) - elucidação de vivências específicas.

3) Fenomenologia hermenêutica. O esquema desta pesquisa seria: objetivação do vivido - interpretação - conclusão.

4) Pesquisa fenomenológica empírica. O esquema desta pesquisa seria: depoimentos - elementos do significado vivido - estrutura do vivido.

5) Pesquisa fenomenológica de tipo experimental, a qual é uma derivação da fenomenológica empírica. O esquema desta pesquisa seria: vivido - intervenção (fenomenológica) - novo vivido.

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

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

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

1) Envolvimento experiencial: o pesquisador sai de uma atitude intelectualizada, e busca uma compreensão global intuitiva, pré-reflexiva da vivência; busca não um entendimento conceitualizado, mas um contato.

2) Distanciamento reflexivo: depois do envolvimento experiencial, o pesquisador se afasta reflexivamente, buscando explicitar o sentido ou o significado da vivência que é objeto da investigação.

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

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

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

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

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

- Pesquisa-ação.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4- Procedimentos do Programa de Treinamento.

- Fase 1 - Curso de Capacitação.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- <u>Instrumentos.</u>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5- Análise dos Resultados.

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

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

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

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

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

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

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

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

1) <u>Unidade de registro</u>: Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" / RIME.

Unidades de contexto:

- Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.

- Colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade.

- Sintonia com o paciente compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as.

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

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

Unidades de contexto:

- Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.

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

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

Unidades de contexto:

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

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

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

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

Unidades de contexto:

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

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

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

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

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

Unidades de contexto:

- Medo da morte e sua re-significação.

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

- Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.

- Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e sua re-significação.

- Culpas perante Deus e sua re-significação.

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

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

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

- Análise pelo Método Descritivo Quantitativo.

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

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

6- ASPECTOS ÉTICOS

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

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

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

Os critérios são:

- Informação ao paciente sobre a temática de trabalho a ser desenvolvido: Relaxamento Mental motivado por músicas suaves e respiração lenta e profunda e orientação de Visualização de Imagens Mentais para paisagens belas e para os elementos que compõem a Espiritualidade, baseados nos relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte.

- Observação sobre a crença do paciente na vida espiritual pós-morte, que é critério para a aplicação desta Intervenção Terapêutica.

- Respeito à religião do paciente.

- Informação ao paciente que este método já foi previamente operacionalizado, descrito e publicado e, portanto, validado.

- Informação ao paciente, que ele, profissional, está fazendo parte de um estudo onde o Treinamento da técnica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME) está sendo validado e que ele, profissional, está em treinamento, participando deste processo.

- Concordância do paciente em se submeter à Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), caso não se adapte a esta modalidade de atendimento, sem nenhum prejuízo ao seu tratamento clínico.

- Informação ao paciente que ele poderá interromper o trabalho através da Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), caso não se adapte a esta modalidade de atendimento, sem nenhum prejuízo ao seu tratamento clínico.

- Compromisso do profissional em responder pessoalmente para a pesquisadora os temas propostos na Entrevista Semi-Estruturada e responder por escrito as perguntas do Questionário Estruturado, após a aplicação da Intervenção Terapêutica nos pacientes terminais, para coleta do material a ser analisado.

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

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

termos da Resolução 196 (de 10/10/1997) do Conselho Nacional da Saúde (Inf. Epidem. do SUS Brasil, ano V, n^{o}.2, 1996), na presente pesquisa intitulada "Programa de Treinamento para re-significar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais através da Intervenção Terapêutica: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME)".

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

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

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

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

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

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

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

7.1- Cronograma do Curso de Capacitação.

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

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

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

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

10h30 às 11h00 – "Coffee Break".

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

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

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

12h30 às 13h30 – Almoço.

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

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

15h30 às 16h00 – "Coffee Break".

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

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

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

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

10h30 às 11h00 – "Coffee Break".

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

12h30 às 13h30 – Almoço.

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

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

15h00h às 15h30 – "Coffee Break".

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

7.2- Conteúdo das Aulas.

- Dinâmica para apresentação dos participantes.

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

- Apresentação do Programa do Treinamento.

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

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

Relaxamento Mental.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Minimizar distrações e ficar confortável.

- Diminuir ou eliminar temporariamente a tagarelice mental.

- Resolver problemas que possam impedir a prática das técnicas da resposta de relaxamento como falta de tempo, aumento da percepção da dor, problemas para ficar quieto e relaxar.

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

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

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

Visualização de Imagens Mentais.

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

> Philippus Aureolus Bombast Von Hohenheim, conhecido como Theophrastus Paracelsus, nasceu a 10 de novembro de 1493. Aos trinta e oito anos apareceram, em seus escritos, mudanças características. Ao lado do médico surgiu o filósofo. Na verdade, filosófica não é bem o termo para esta manifestação espiritual. Talvez fosse melhor chamá-la gnóstica. A enfermidade significava para ele um desenvolvimento natural, algo espiritual, vivo, uma semente. Podemos mesmo afirmar que Paracelso encarava a enfermidade como uma constituinte própria e necessária da vida humana e não um odioso *corpus 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 (1986e), em 1948, estudou os conceitos fundamentais da teoria da energia psíquica. Afirmou que o mecanismo psicológico mediador entre a energia e a ação é o símbolo. Refere-se ao símbolo real, e não ao seu sinal. Assim, por exemplo, o buraco feito pelos "Watschandis" no chão não é um sinal do órgão genital da mulher, mas um símbolo que representa a mulher-terra a ser fecundada. Confundi-lo com uma fêmea humana seria interpretar semioticamente o símbolo e isto fatalmente perturbaria o valor desse ritual simbólico.

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

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

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

> Encontramos ao longo da história da medicina, relatos da utilização de Imagens Mentais desde a mais remota Antiguidade. Na medicina primitiva, nos feiticeiros ou xamãs, o uso de Imagens Mentais para cura era comum e freqüente. Também são encontrados relatos da utilização dessa técnica desde as mais remotas informações sobre curas. Na China no século XVIII aC, no antigo Egito, no 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 cientifica das visualizações foram fundamentais os estudos de Selye, analisando o mecanismo do estresse e o seu efeito no sistema hormonal e no sistema imunológico. E a técnica de "biofeedback" mostrando que mudanças fisiológicas eram acompanhadas de mudanças emocionais e, inversamente, mudanças emocionais eram acompanhadas por modificações fisiológicas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

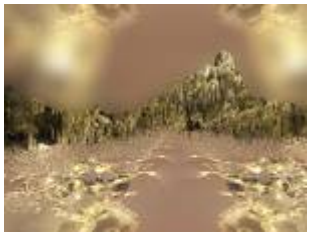
Cristo, símbolo do arquétipo do Si Mesmo, representa uma totalidade de natureza divina ou celeste... Constitui uma equivalência do primeiro Adão antes da queda original, isto é, quando este possuía ainda a pura semelhança com Deus, e a respeito do qual diz Tertuliano (+222): "quanto a esta imagem de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

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

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

- Vivência: 'Relaxamento e Imagens Mentais'.

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



Orientações durante o exercício:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mergulhe novamente. Brinque.

Saia do mar.

Visualize a luz dourada do sol aquecendo seu corpo.

Visualize o céu azul.

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

- Fundamentos Teóricos da Espiritualidade adotados no presente estudo.

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

- <u>Estudos Sobre as Experiências de Quase Morte (E.Q.M.).</u>

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

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

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

- Não são todos os indivíduos que vivenciam uma morte clínica e depois voltam a viver naturalmente, que apresentam uma E.Q.M..

- Os relatos sobre as E.Q.M. das crianças que não possuem condicionamento cultural em relação à morte, são muito semelhantes ao padrão de relato dos adultos.

- Uma E.Q.M. integra a personalidade de forma saudável e construtiva e uma alucinação ou delírio, ao contrário, desintegra a personalidade.

- Pacientes trazem observações e relatos sobre seus parentes, sobre lugares ou mesmo fatos que irão acontecer no futuro, e que, posteriormente, podem ser comprovados, cujas informações não poderiam obter do leito em que se encontravam.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

> **1 - A Sensação de estar morto:** Muitas pessoas não se dão conta de que a Experiência de Quase-Morte que estão tendo nada tem a ver com a morte. Elas descobrem-se flutuando acima de seus próprios corpos, olhando para ele de uma certa distância, sentindo um súbito medo e/ou confusão. Nesse ponto da experiência as pessoas geralmente sentem medo; mas, depois isso dá lugar a uma perfeita compreensão do que está acontecendo. Elas podem compreender o que os médicos e as enfermeiras estão dizendo uns para os outros (mesmo quando não possuem nenhum treinamento médico formal, o que é mais freqüente), mas quando procuram falar com eles, ou com outros presentes, ninguém é capaz de vê-Ias 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 consistência diferente do físico, alguns descrevem-no como uma nuvem colorida, outros como um campo de energia.

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

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

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

de ficar junto dele para sempre, mas, são informados, geralmente pelo próprio Ser de Luz, que devem retornar para seus corpos terrestres. Antes, porém, deste retorno, este Ser de Luz os conduze 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 ressurge instantaneamente. Nesta situação, a pessoa não apenas vê todas as ações por ela perpetradas, mas, também e de imediato, percebe os efeitos de cada uma delas sobre a vida dos demais. Todos aqueles que passaram por esta experiência retornaram acreditando que a coisa mais importante de suas vidas é o amor e, conhecimento. Afirmaram que ambos, amor e conhecimento, podem ser levados pelo espírito, na morte.

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

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

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

Quanto à noção de tempo, MOODY JR (1989) observou que as pessoas que passam por uma E.Q.M. dizem que a mesma nada tem a ver com o tempo cronometrado por nossos relógios. Em geral, relatam que se sentiram na eternidade. No curso desta experiência, quando desejam ir para algum lugar, é suficiente apenas pensar neste lugar ou, em determinada pessoa e imediatamente 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 MOODY JR (1989), constituem, talvez, a melhor resposta para aqueles que pensam que uma E.Q.M. é uma peça que o cérebro prega em si mesmo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Adultos que sobreviveram a doenças graves quando crianças, mas não descreveram qualquer tipo de E.Q.M.

- Adultos que tiveram vívidas experiências com a Luz Amorosa e Acolhedora, quer quando crianças, quer quando adultos.

- Adultos que se identificam como Místicos ou Espiritualizados.

- Adultos que tiveram Experiências Fora do Corpo quando crianças.

Procurou responder quatro perguntas e obteve os seguintes resultados:

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

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

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

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

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

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

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

KÜBLER ROSS (2003,1998) concluiu que não há porque ter medo da morte. A experiência de morrer pode ser a mais deslumbrante de toda a vida: depende de como a pessoa viveu. Afirmou que a morte é apenas uma transição da vida para outra existência e que, para se viver dignamente o processo de morrer, deve-se viver verdadeiramente até a

hora da morte. Viver verdadeiramente, segundo essa médica psiquiatra, é fazer o que se gosta de fazer e aprender a mais difícil das lições: o amor incondicional.

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

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

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

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

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

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

- <u>Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal.</u>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Primeira paciente:

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

-Sonho da Paciente:

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

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

-Sonhos dos Familiares após o óbito da Paciente:

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

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

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

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

Segunda paciente:

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

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

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

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

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

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

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

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

Terceira paciente:

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

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

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

Quarta Paciente:

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

-Sonho da Paciente:

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

-Vivências de Natureza Espiritual dos Familiares:

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

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

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

Quinta Paciente:

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

-Vivências de Natureza Espiritual da Paciente:

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

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

-Vivências de Natureza Espiritual desta Psicóloga-Pesquisadora:

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

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

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

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

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

-Síntese do dia (1° dia).

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

-Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME).

1a. sessão: Principais aspectos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observamos que é muito importante que o terapeuta tenha em sua personalidade características como: suporte para acolher a angústia de morte do paciente, sensibilidade para compreendê-la, estrutura emocional para não se deixar invadir por ela, conhecimento para manejá-la e uma boa resolução pessoal em relação a perdas e à morte em si.

Estrutura da intervenção terapêutica.

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

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

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

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

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

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

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

Elementos Simbólicos para orientação da Visualização de Imagens Mentais.

Os elementos simbólicos na Intervenção Terapêutica RIME são orientados por dissociação, sugestão indireta e sugestão direta. Segundo CARVALHO (1999), a dissociação permite ao paciente focar seu pensamento em um tempo e um espaço diferente do real tridimensional em que ele está inserido. Através da sugestão indireta pode-se induzir o paciente a focar sua atenção em imagens mentais tranqüilas, prazerosas, positivas e revigorantes, de acordo com suas preferências e escolhas prévias e através da sugestão direta pode-se fazer afirmações aos pacientes, através de citações ou de imagens, que o ajudem a abolir a dor, o sofrimento, o medo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relaxamento Mental.

Respiração lenta e profunda.

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

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

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

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

Sessões de Orientação Familiar.

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

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

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

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

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

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

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

Primeira paciente: C.A.S.F, sexo feminino, 48 anos, casada, dois filhos, (um adulto recém-casado e uma adolescente), residente no interior paulista em cidade distante de Campinas, portadora de neoplasia maligna, carcinoma de mama, com metástase na medula, metástase óssea generalizada e fratura no fêmur. Foram realizados quatro Atendimentos Hospitalares para a paciente, duas Sessões de Orientação Familiar, um Contato por Telefone com a Paciente e Familiares e uma Correspondência com Familiares em substituição a Sessão Pós-Óbito.

Os atendimentos foram realizados no início da fase Fora de Possibilidade de Cura quando a paciente ainda estava clinicamente bem. A paciente passou o período final desta fase, até o óbito, em sua cidade de origem, distante de Campinas e o contato, para orientação, com a psicóloga-pesquisadora, foi realizado por telefone. Quando iniciamos a aplicação da Intervenção Terapêutica RIME, a paciente, apesar de Fora de Possibilidade de Cura, estava clinicamente bem, ainda nutria esperanças de se curar e não havia sido informada que estava no estado denominado Fora de Possibilidade de Cura. Seus familiares, representados por seu filho e por sua nora, por sua vez, estavam orientados sobre esse estado clínico da paciente.

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

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

Observamos que frente às fases propostas por KÜBLER-ROSS (1996) - negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – esta paciente encontrava-se de forma predominante na fase depressão.

Frente a Dor Simbólica da Morte foram identificados e trabalhados os seguintes aspectos.

Dor Psíquica:

- **Humor Depressivo: Tristeza pela perda da mãe na adolescência**, trabalhada de forma simbólica através da Imagem de Nossa Senhora, pela identificação da paciente com este Ser Espiritual, como mãe-protetora. (Sugestão indireta).
- **Humor Depressivo: Angústia pela perda da disposição pela vida**, trabalhada por dissociação e sugestão indireta, observando-se que seu corpo estava doente, mas seu espírito poderia sentir-se livre e, através do método proposto, ela, paciente, poderia focar seu pensamento em um mundo espiritual belo.
- **Humor Depressivo: Angústia por não poder cuidar mais dos filhos e dos familiares**, trabalhada de forma simbólica, por sugestão indireta, com a imagem de passarinhos-pais ensinando um filhote a voar e verificando seu aprendizado. Após o exercício a paciente comentou, fazendo uma associação da metáfora com a sua vida, que havia percebido que já tinha ensinado tudo para os seus filhos e agora eles poderiam caminhar sozinhos. Essa angústia também foi trabalhada através de orientação aos familiares, para que eles ajudassem, nesse sentido, a paciente.
- **Medo do Sofrimento: porque a Radioterapia e a Quimioterapia não estavam mais surtindo efeito e centralização do sofrimento em si mesma, pelo medo de fazer seus familiares sofrerem por causa dos seus sofrimentos frente à doença, trabalhados das seguintes formas:** Orientação do pensamento da paciente, por dissociação e sugestão indireta, para desfocar sua mente do sofrimento frente à doença e foca-Ia em mundos belos e tranqüilos. Orientação para os familiares conversarem com a paciente e mostrarem para a mesma, que eram capazes de suportar o sofrimento por vê-Ia doente. Orientação para os familiares quebrarem o 'pacto do silêncio' e formarem uma rede de apoio mútuo.

Dor Espiritual:

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

Abordagem para a paciente, a partir dos relatos dos pacientes que passaram por uma E.Q.M. e voltaram a viver normalmente, sobre a possível existência de um mundo espiritual belo e permeado de Seres que transmitem amor e paz.

Afirmação, para a paciente, do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. que, ao se imaginar cenários belos, pode-se, através do pensamento, estar visualizando possíveis mundos espirituais, permeados de amor e paz. (Sugestão direta).

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

Segunda Paciente: M.I.F., sexo feminino, 38 anos, casada, dois filhos, (crianças), residente no interior paulista em cidade próxima a Campinas, portadora de neoplasia maligna, câncer de ovário com metástase disseminada e colostomizada. Foram realizados com a paciente quatro Atendimentos Hospitalares, um Ambulatorial e seis Domiciliares. Com os familiares foram feitas quatro Sessões de Orientação e uma Sessão Pós-Óbito. Os atendimentos foram realizados na Fase Fora de Possibilidade de Cura completa desde o período inicial, quando a paciente ainda estava clinicamente bem, até o período final e óbito.

Quando iniciamos a aplicação da Intervenção RIME a paciente, apesar de Fora de Possibilidade de Cura, estava clinicamente bem. Ainda não havia sido informada pela Equipe Médica que estava Fora de Possibilidade de Cura, mas esta questão foi abordada e trabalhada pela psicóloga-pesquisadora, no decorrer das sessões, de forma gradativa.

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

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

Estabeleceu um bom vínculo terapêutico com esta psicóloga- pesquisadora.

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

Frente a Dor Simbólica da Morte foram identificados e trabalhados os seguintes aspectos.

Dor Psíquica:

- **Medo do sofrimento físico associando-o à punição**. Este medo foi trabalhado das seguintes formas:

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

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

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

- **Humor Depressivo: tristeza, preocupação, culpa, por não poder mais criar seus filhos e morrer; deixar seus familiares e fazê-los sofrer**. Esses aspectos foram trabalhados das seguintes formas:

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

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

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

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

Orientações para V., marido da paciente, sobre as preocupações desta, em relação ao seu comportamento de ingerir bebida alcoólica em excesso, atrapalhando os cuidados e a educação das crianças.

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

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

- **Humor Depressivo: tristezas, mágoas, sentimentos de abandono, esvaziamento, porque sua mãe morreu e não lhe deu o 'último copo de leite', que simboliza os aspectos acima.** Para trabalhar estes aspectos, orientamos M.I. para visualizar:

Uma casa onde moram muitas crianças e ela, M.I., carrega um recém-nascido, cuidando de forma simbólica de sua 'criança interna' que se sentiu abandonada.(Dissociação e sugestão indireta).

A imagem de uma vivência feliz do passado: sentir-se criança, protegida, nos braços da mãe. (Dissociação e sugestão indireta).

A imagem de uma vivência feliz do passado associada ao momento presente: ver-se adulta, na idade atual, nos braços da mãe, protegida; esta imagem foi induzida com o objetivo de condensar (sentido analítico do termo: integrar vários significados a um único símbolo), a proteção vivida no passado com o momento presente. (Dissociação e sugestão indireta).

Uma casinha acolhedora com flores e varanda, onde ela, confortavelmente, senta-se, com o objetivo de ajudá-la a sentir-se protegida. (Dissociação e sugestão indireta).

A imagem de uma árvore frondosa e frutífera onde a paciente senta-se e saboreia os frutos, obtendo uma sensação de preenchimento, sustentação, amparo e contato com sua natureza espiritual. (Dissociação e sugestão indireta).

- **Humor Depressivo: culpa frente às perdas, subdividida em dois aspectos: Culpa-se por ter perdido a oportunidade de ter tido uma vida mais feliz. Culpa-se por sua doença, entende-a como uma punição e culpa-se por não conseguir curar-se.**

Ambos os aspectos foram trabalhados, pela psicóloga, das seguintes formas:

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

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

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

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

Dor Espiritual:

- **Medo da Morte e do Pós-Morte descrito no pavor de ser enterrada viva**.

- **Idéia da Espiritualidade como algo sufocante e tenebroso, vinculada à Culpa que sentia perante Deus**. Estes aspectos da Dor Espiritual foram trabalhados da seguinte forma:

Orientação para a paciente, por dissociação e sugestão indireta, para a idéia que podemos desfocar nossa atenção das tristezas oriundas do sofrimento causado pela doença, e foca-Ia em pensamentos que despertem sensações de paz e tranqüilidade, através das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integradas à Espiritualidade. O processo foi explicado através de uma metáfora, comparando-se a mente humana a um aparelho de TV: da mesma forma que podemos sintonizar um aparelho de TV a vários canais, também podemos focar nossa atenção em um "canal" de pensamentos tristes, relacionados ao sofrimento e à doença ou em um "canal" de pensamentos tranqüilos, motivados por imagens mentais belas.

Informação para M.I. sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma E.Q.M. e voltaram a viver; sobre o mundo espiritual que estes pacientes visualizaram e os Seres de Luz que contataram. (Sugestão direta).

Afirmação para M.I. do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma E.Q.M., que, ao se imaginar cenários belos, pode-se, através do pensamento, estar visualizando possíveis mundos espirituais, permeados de amor e paz. (Sugestão direta).

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

Orientação para a paciente visualizar um caminho dourado como o sol e Seres de Luz, emissários de Cristo, Ser Espiritual escolhido pela paciente, protegendo-a, amparando-a, envolvendo-a em amor universal, bondade, carinho. (Sugestão direta).

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

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

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

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

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

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

Observamos que frente às fases propostas por KUBLER -ROSS (1996) -negação, raiva, barganha, depressão e aceitação - esta paciente encontrava-se de forma predominante na fase negação.

Os aspectos que compõem a Dor Simbólica da Morte desta paciente não foram identificados, porque ela não aceitou ser atendida por este método e conseqüentemente não houve re-significação de sua Dor Psíquica e de sua Dor Espiritual.

O dado que esta paciente nos trouxe foi não aceitar o atendimento, o que inviabilizou o trabalho. Podemos inferir que a recusa de I. ao método proposto neste estudo, pode estar ligada a sua dinâmica intrapsíquica. Conforme relato da psicóloga que a atendeu na época do diagnóstico, I. demonstrava utilizar-se do mecanismo de defesa negação, para não entrar em contato com a enorme angústia que sentia, frente à realidade. Talvez, para esta paciente, atendimentos significassem uma grande ameaça porque favorecem contato com o mundo interno. "A aceitação de um trabalho psicoterapêutico pressupõe, como requisito básico, uma disponibilidade psíquica do paciente para estabelecer uma aliança terapêutica com o profissional. A aliança terapêutica, segundo ETCHEGOYEN (1989), reproduz aspectos pré-genitais, reproduz a relação diádica com a mãe e com o pai, as quais quando solucionadas de forma adequada possibilitam a resolução da confiança básica (D' ANDRÉA, 1991) e também sustentam a possibilidade do indivíduo vir a distinguir a realidade externa, da interna. Não sabemos do histórico de vida desta paciente e por esta razão não podemos afirmar que a recusa de I. em ser atendida, esteja vinculada a uma

solução inadequada da confiança básica que favorece a aliança terapêutica, mas, podemos constatar, que a recusa da paciente em ser atendida é o limite deste trabalho.

Observamos também que, além da condição interna do paciente para estabelecer uma aliança terapêutica com o profissional, neste trabalho específico de "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), querer, aceitar, permitir-se relaxar e visualizar é opção e tarefa única do paciente. Só o próprio paciente pode efetivamente direcionar sua imaginação para mundos belos e positivos. Mesmo sendo o terapeuta quem sugestiona e orienta, é sempre o paciente que quer, aceita e permite-se adentrar, com sua imaginação, além da doença, do sofrimento, do seu mundo físico percebido pelos cinco sentidos.

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

Observamos que esta paciente, com a qual não foi possível trabalhar a re-significação da Dor Simbólica da Morte, apresentou uma péssima Qualidade de Morte. Segundo nos relatou a Auxiliar de Enfermagem da Oncologia do CAISM - UNICAMP que acompanhou o óbito da paciente, I. estava com muito medo de morrer e por esta razão solicitava a Enfermagem a "todo instante". Foi a óbito com dispnéia intensa, desespero, angústia e aflição.

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

Quarta Paciente: R.M.F.F.A., sexo feminino, 40 anos, casada, dois filhos, (adolescentes), residente em Campinas, portadora de neoplasia maligna, carcinoma de mama direita, com metástase cerebral e metástase na outra mama. Foram realizadas uma

Sessão de Atendimento Hospitalar com a paciente, duas Sessões de Atendimento Domiciliar Familiar e uma Sessão Familiar Domiciliar Pós-Óbito.

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

R. na primeira sessão, hospitalar, interessou-se pelo método proposto e afirmou ter gostado da postura da psicóloga-pesquisadora e da forma de abordagem. Na segunda sessão, domiciliar, apresentou ambivalência, por um lado participou do atendimento, afirmou ter gostado do método e mostrou beneficiar-se com ele e por outro, mostrou resistência em se deixar cuidar. Afirmou, falando sobre ter empregada em casa, que não gostava muito de ajuda porque se sentia limitada na sua autonomia, invadida na sua privacidade. Pareceu a esta psicóloga-pesquisadora que R. estava também se referindo, de forma ambivalente, ao atendimento. As tias de seu marido e este confirmaram esta hipótese, quando afirmaram que o comportamento de não aceitar ajuda era típico da personalidade de R. Na véspera de sua morte recusou o atendimento com a psicóloga-pesquisadora, afirmando que desejava, apenas, ser cuidada por seu marido. Como R. tinha aceitado, interessado-se e beneficiado-se com o método RIME, nos atendimentos anteriores, demos continuidade à aplicação do método através de M. (marido).

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

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

Frente a Dor Simbólica da Morte foram identificados e trabalhados os seguintes aspectos.

Dor Psíquica:

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

Orientação do pensamento da paciente, por dissociação e sugestão indireta, para a idéia que seu corpo estava doente, mas seu espírito poderia sentir-se livre e, através das técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais integradas à Espiritualidade, ela, paciente, poderia alcançar um mundo espiritual belo.

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

Esta Dor Psíquica foi parcialmente minimizada, pois, após o exercício mental da segunda sessão, ela comentou que este foi bom, mas seria melhor se ela estivesse usufruindo destas sensações no plano físico, ou seja, seria melhor se não tivesse adoecido e perdido a saúde. Por outro lado, esclarecemos que trabalhamos esta mesma temática, acima descrita, para re-significar a Dor Espiritual: medo da morte e do pós-morte e, em relação a este aspecto da Dor Simbólica da Morte, alcançamos bons resultados, pois a paciente se acalmava com a música que induzia ao relaxamento e morreu escutando-a. No momento do óbito estava tranqüila e serena, segundo o marido.

- **Humor Depressivo: culpa por fazer seus familiares sofrerem.** Não foi possível trabalhar esse aspecto.

A paciente mostrou muita dificuldade para entrar em contato com esta Dor Psíquica. Sempre que se aproximava desse assunto tinha ânsias de vômito e mostrava o desejo de interromper a conversa. Mudado o rumo do assunto a paciente voltava a falar. Dada sua fragilidade e a gravidade de seu estado clínico, optamos por respeitar esse limite

que R. sinalizou e não trabalhamos esta dor: "culpa por fazer seus familiares sofrerem". Trabalhamos o sofrimento do seu marido e dos seus filhos através das Sessões de Orientação Familiar.

Dor Espiritual:

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

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

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

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

Resgate da culpa dessas experiências. (Sugestão direta).

Orientação para a paciente imaginar-se mergulhando no mar e sentindo as ondas batendo em seus ombros, na sua cabeça, levando, simbolicamente, toda tristeza, toda mágoa para a areia. (Dissociação e sugestão indireta).

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

Foram realizados dois Atendimentos Hospitalares para a paciente, uma Sessão de Orientação Familiar e uma Correspondência por "e-mail" com a sobrinha em substituição à Sessão com Familiares Pós-Óbito.

Quando iniciamos a aplicação da Intervenção Terapêutica RIME, a paciente apresentava quadro clínico muito ruim, o qual evoluiu para óbito no dia seguinte.

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

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

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

Observamos que frente às fases propostas por KÜBLER-ROSS (1996) - negação, raiva, barganha, depressão e aceitação - esta paciente encontrava-se de forma predominante na fase depressão.

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

Dor Psíquica:

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

Observamos que frente à morte iminente, esta Dor Psíquica apresentou-se secundária em relação a Dor Espiritual. Visando otimizar a re-significação desta última, trabalhamos o Humor Depressivo: tristezas e culpas frente às perdas, incluindo a perda do

filho, através de sugestão direta, durante o exercício mental. Afirmamos que seus sofrimentos foram vivências difíceis pelas quais ela passou, mas estes fatos não aconteceram para castiga-Ia ou por culpa dela. A paciente frente a esta afirmação suspirou e mostrou-se mais relaxada.

Dor Espiritual:

- **Medo da Morte e do Pós-Morte perante a percepção da iminência da mesma,** trabalhado através dos seguintes aspectos:

Orientação do pensamento da paciente, por dissociação e sugestão indireta, para a idéia que podemos desfocar nossos pensamentos das tristezas oriundas do sofrimento causado pela doença, e foca-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 para a paciente, através de uma metáfora, comparando-se a mente humana a um aparelho de TV, conforme citado anteriormente.

Informação para D. sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma E.Q.M. e voltaram a viver normalmente, incluindo a descrição do mundo espiritual que visualizaram e os Seres de Luz que contataram. (Sugestão direta).

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

Orientação para a paciente visualizar um cenário imaginário belo, com imagens escolhidas por ela própria e acrescidas de elementos simbólicos que representassem alegria, ternura, doçura e uma "ponte entre o céu e a terra", introduzidos por esta psicóloga-pesquisadora (crianças, flores e arco -íris), pelos símbolos de transformação citados por JUNG (1986a) -arvores e água - que haviam sido escolhidos pela própria D. e por elementos descritos pelos pacientes que vivenciaram uma E.Q.M. (caminho dourado e Seres de Luz ligados a Cristo, que irradiam amor e paz). (Dissociação e sugestão indireta).

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

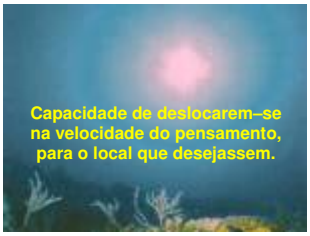
- **Sensação de fracasso frente ao Sentido da Vida e da Morte**, trabalhado através dos seguintes aspectos:

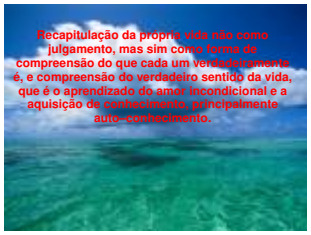
Resgate das culpas e das tristezas acima citadas na Dor Psíquica. (Sugestão direta).

Orientação para D. visualizar-se entrando na parte rasa de um lago azul, visualizar-se brincando na água, mergulhando e sentindo todas as tristezas e mágoas sendo levadas embora. Esclarecemos que através da água, que pode ser um elemento de transformação segundo JUNG (1986a), procuramos orientá-Ia para simbolicamente re-significar o seu sentido da vida e da morte, que nos pareceu permeado de tristezas, perdas e mágoas. (Dissociação e sugestão indireta).

-<u>Exercício de Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade: Paisagens Belas e Seres de Luz com troca de experiências</u>.

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





Orientações durante o Exercício:

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

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

Acompanhe os slides e imagine:

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

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

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

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

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

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

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

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

Vamos continuar trilhando o caminho da Imaginação.

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

Vamos fechar os olhos e imaginar:

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

- No topo desta escadaria visualizamos uma luz dourada e, somos atraídos para ela. Visualize a luz dourada no topo da escadaria.

- Chegamos nesta luz dourada e nos deparamos com um bosque florido cortado por um rio com águas límpidas e na cor azul. Visualize-se envolvido por esta luz dourada e, visualize um bosque florido cortado por um rio com águas límpidas e na cor azul. Neste rio existe uma ponte branca em forma de arco. Visualize a ponte branca em forma de arco e veja como ela é bonita.

- Nesta ponte somos recebidos por um Ser de Luz que nos envolve em Amor. Visualize o Ser de Luz. Sinta o Amor, a Luz amorosa, protetora que Ele irradia.

- Este Ser nos informa que não podemos atravessar esta Ponte porque não é nossa hora de ir para o mundo espiritual e nos mostra nossos pacientes. Vemos muito doentes. Os que já foram nossos pacientes, os que estão sob nossos cuidados e os que ainda vão chegar para nós. Veja quantos pacientes, quantas pessoas precisam dos seus cuidados.

- O Ser de Luz nos envolve, mais uma vez, em uma Luz amorosa, protetora, acolhedora, repleta de compaixão. Sinta esta Luz, esta energia de amor, de proteção, de compaixão. Visualize esta Luz Dourada de amor, de proteção, de compaixão se intensificando no seu coração.Visualize seu coração brilhando com esta Luz Dourada de amor, de proteção, de compaixão.

- Este Ser de Luz nos diz para voltar ao próprio corpo e transmitir para todos os nossos pacientes esta luz de amor, proteção, acolhimento e compaixão.

- Sinta-se voltando para seu corpo.Sinta a Luz que você traz e que, aliada ao seu conhecimento técnico, será uma benção para todos os que vierem em busca dos seus cuidados.

- Visualize esta luz aquecendo seu corpo.

- Visualize o céu azul.

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

- <u>Apresentação e explicação dos instrumentos utilizados no estudo</u>.

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

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

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

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

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

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

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

Além dos conteúdos teóricos também foram propostas vivências para que os profissionais pudessem experimentar a Intervenção RIME da perspectiva de um paciente. Em relação a estas vivências, todos os profissionais seguiram as orientações propostas, mas também relataram visualizações individualizadas, ou seja, experiências pessoais e específicas frente às mesmas orientações, com conteúdos de natureza transcendental, semelhantes aos conteúdos relatados pelos doentes durante a aplicação da RIME. Todos referiram sensações de bem estar e sentimentos de paz, de amor, de integração com o universo e com a dimensão espiritual. Relataram ter se sentido envolver pelos "Seres de Luz" em bondade e amor. Uma participante sentiu melhora em relação a uma dor física que sentia. Uma outra participante afirmou ter avançado no processo de elaboração do luto pela morte de seu pai, ocorrida há seis meses.

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

8- RESULTADOS da FASE 2 – SUPERVISÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 7- Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUBCATEGORIAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUBCATEGORIAS:

- 2.1. Sentimentos: Confiança. Responsabilidade. Realização. Doação de amor. Empatia. Privilégio por sentir que conseguiu ajudar. Ampliação da auto-estima.

- 2.2. Percepções: Aprendizagem psicoespiritual. Ser como um farol que ilumina e guia. Missão cumprida.

- 2.3. Emoções: Alegria por sentir que conseguiu ajudar. Alegria por perceber a transformação do paciente. Alegria por não ser identificado como "Profissional da Morte" e sim "Profissional da Paz". Gratificação pelo reconhecimento dos familiares. Entusiasmo frente aos resultados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CATEGORIA N^{O} 3 – OS PROFISSIONAIS QUE APLICARAM A RIME MANIFESTARAM SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DE NATUREZA ESPIRITUAL / TRANSCENDENTAL QUE REFLETIRAM AMOR E PAZ, E ALGUMAS VEZES SONHOS INTUITIVOS.

SUBCATEGORIAS:

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

3.2. Vivências:

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

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

- Sentir-se envolvido por um amor incondicional.

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

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

- 3.3. Sonhos:

- Sonhos antecipatórios. (MATTOON, 1980).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUBCATEGORIAS:

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

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

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

Quadro 12- Mapa que indica como a Categoria "A APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME, ALGUMAS VEZES, DESPERTA SENSAÇÕES, EMOÇÕES E SENTIMENTOS NEGATIVOS NO PROFISSIONAL DE SAÚDE" foi encontrada.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado.**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª.Entrevista	Sentimento de angústia ao vivenciar simbolicamente sua própria morte, em sincronia com a morte da paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente / 2ª.Entrevista	Revisão da sua própria vida, desde a infância, em sincronia com a morte da paciente, causando-lhe sentimento de perda de controle, de medo e de irritação.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado.**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª.Entrevista	Sentimento de impotência diante das resistências do paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª.Entrevista	Sentimento de invasão da intimidade do paciente, quanto a uma possível opção deste, de não querer o bem-estar.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª.Entrevista	Sentimento de frustração diante da resistência do paciente em aceitar os benefícios advindos do estado de relaxamento alcançado através da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Identificação com a tristeza da paciente e do marido pela separação de um grande amor e, por isto, sentir-se uma intrusa, uma megera, por estar trabalhando com a RIME a morte da paciente, que levará à separação do casal.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Angústia frente ao sofrimento da paciente, no processo de morrer.

Unidades De registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado.**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	A princípio, um pouco de medo de se perder nestes sentimentos, pela profundidade deles, e porque a experiência estava se tornando muito real.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Medo de perder o controle porque a experiência, com os procedimentos de visualização da RIME, estava sendo muito verdadeira. Percepção de que tinha Luz mesmo. Não era fruto da sua imaginação.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 2ª.Entrevista	Tristeza, angústia, dúvida se paciente estava em paz, conectada com a Luz, porque não a tinha atendido, mais uma vez, antes do óbito.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 1ª.Entrevista	Sentimento de agonia, medo de morrer, vontade de chorar, após o 1º atendimento da RIME, entendido pela psicóloga como uma identificação sua com a intelectualização desta paciente. (Pelos métodos convencionais da psicologia, não tinha vivenciado este tipo de sentimento).

Unidades De registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado.**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 2ª.Entrevista	Angústia de morte no início dos atendimentos.
Sonhos e Vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde.	Vivências de natureza espiritual/ transcendental.	Questionário estruturado.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE.	2º. Paciente Questão 4 (Anexo 7).	Insônias, pesadelos e forte angústia de morte, no início do trabalho, nas duas primeiras sessões de RIME, atribuídos ao contato com a energia de pavor da morte da paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Sensação de cansaço após a aplicação da 1ª. sessão e necessidade de dormir na volta para o Hospital. Cansaço derivado do acolhimento da angústia de morte da paciente.

CATEGORIA nº 5 - A INTERVENÇÃO RIME É UMA PROPOSTA CONCRETA, CLARA, VIÁVEL E QUE APRESENTA RESULTADOS POSITIVOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.

SUBCATEGORIAS:

5.1. Procedimentos da RIME: Re-significam a Dor Espiritual dos doentes terminais. Aproximam tanto os pacientes como os profissionais de sua própria essência. Facilitam o manejo terapêutico com o paciente e com a família. Favorecem a elaboração do luto dos familiares e dos profissionais. Viabilizam o trabalho com a espiritualidade dentro de uma perspectiva acadêmica, proporcionando sentido e segurança para o trabalho com a morte, o qual não acaba mais no vazio. Favorecem a conexão do profissional com o sofrimento do paciente. Oferecem subsídios para que os profissionais e os pacientes possam expressar suas vivências espirituais. Induzem percepções agradáveis de natureza transcendental no profissional que aplica e no paciente.

5.2. Aplicar a RIME: É uma experiência gratificante. Seus resultados podem ser claramente observados. Amplia a possibilidade de se alcançar resultados positivos em relação ao tratamento convencional clínico. Contribui para o crescimento psicoespiritual na esfera pessoal e profissional. Existem diferenças pertinentes a cada categoria profissional no desenvolvimento deste trabalho. A motivação dos profissionais para aplicação, despertou o interesse de outros profissionais.

5.3. Sensação de amparo espiritual: Profissionais perceberam-se amparados espiritualmente nas sessões e tiveram a sensação de estar iluminados, o que se manteve após o término das mesmas.

Quadro 13- Mapa que indica como a Categoria A INTERVENÇÃO RIME É UMA PROPOSTA CONCRETA, CLARA, VIÁVEL E QUE APRESENTA RESULTADOS POSITIVOS EM CUIDADOS PALIATIVOS foi encontrada.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente.	A RIME deu um sentido organizador à sua atividade terapêutica junto aos doentes terminais, funcionando como um fio condutor.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente.	Sentimento de estar mais à vontade no trabalho com pacientes terminais, pois agora tem uma forma adequada de abordar questões espirituais.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	1º. Paciente.	Sentimento de estar mais fortalecida para trabalhar com pacientes terminais, uma vez que, de forma ordenada, observou que é possível perceber os efeitos da aplicação de uma intervenção para estes doentes e controlá-los.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 1ª.Entrevista	Percepção de que aprendeu junto com o paciente, em relação à questão de intelectualizar menos e sentir mais.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª.Entrevista	Compreensão da prática espiritual como uma possibilidade de expressão de ternura, de amor incondicional.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª.Entrevista	Aquisição de elementos para assumir suas vivências de natureza espiritual / transcendental e, em conseqüência necessidade de relatar e tornar pública estas experiências.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 2ª.Entrevista	Compreensão da prática espiritual através da aplicação da RIME, não como uma questão de fé, mas sim de opção.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª.Entrevista	Encontro de sentido no atendimento ao paciente terminal, através do uso da RIME.
Manejo do Vínculo Terapêutico.	Receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ªEntrevista	Aprendizagem da paciência, pela percepção de que o resultado final, a re-significação da Dor Espiritual, acontece no ritmo e tempo do paciente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª.Entrevista	Observação de que o trabalho de aplicação da RIME, a ajudou também a crescer; ensinou a lidar com a sua ansiedade e aprender a ter paciência.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª.Entrevista	Aprendeu, ao aplicar a RIME, a observar que nem sempre temos o entendimento do que realmente está acontecendo com o outro; este re-significa sua Dor Espiritual no seu ritmo.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª.Entrevista	Compromisso de tornar a questão da espiritualidade uma coisa pública e sem máscaras.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente / 3ª.Entrevista	Percepção de que é possível trazer um pouco de paz na hora da morte através da RIME; re-significar a dor que a pessoa atravessou a vida carregando e morrer encontrando um pouco de paz.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente.	Adquiriu uma nova perspectiva no seu trabalho, devido a uma concentração de energia sentida na conexão com os Seres de Luz.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente.	A aplicação constante da RIME pode ajudar a limpar os "canais" do profissional, para que ele possa ser um condutor menos bloqueado do Amor, da Compreensão e da Compaixão.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente.	Através deste trabalho que contempla a conexão psíquica com Seres de Luz, sentiu um novo alento para viver o "rame rame" de todo dia, que passou a ser bem mais permeado pelo Amor. Percebeu que o "convívio" mais próximo com uma dimensão mais sutil, fortifica nossos 'eus' para viver nesta dimensão mais grosseira (o que não é brinquedo), e também faz com que haja maior valorização de muitos aspectos simples e maravilhosos da vida.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	TERAPEUTA MARA WIEGEL	2º. Paciente.	Necessidade de comprometimento, de expor mais sua vivência espiritual.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 1ª. Entrevista	Grande motivação interna para aplicar a RIME, que se expandiu no setor onde trabalha, mobilizando e envolvendo toda a enfermagem em relação aos aspectos da intervenção como a música e as imagens.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Perceber-se como uma multiplicadora em relação aos aspectos da RIME, tanto no meio profissional, como no meio familiar.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Percepção da experiência de aplicar a RIME como um presente, pelo contato que foi viabilizado com a paciente e seus familiares.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Percepção da aplicação da RIME como um presente, pela possibilidade que teve de resgatar aspectos, da prática profissional, bons, positivos, que tinha perdido por ter vivenciado, anteriormente, algumas situações negativas.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Percepção da RIME como um trabalho lindo e que lhe faz muito bem
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Percepção que a RIME permitiu à família despedir-se da paciente de forma tranqüila.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	A Intervenção RIME facilita o manejo terapêutico com os familiares. Sentia-se bem-vinda pela família.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos**.**	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Sensação intuitiva, após o óbito da paciente, que ela estava bem; sensação de que realmente conseguiu ajudá-la.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Sentiu, durante os atendimentos, muita paz e tranqüilidade. Teve a certeza de que estava fazendo a coisa certa.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em C.P.	Melhoria do trabalho com pacientes terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Sentimento gratificante porque o marido da paciente agradeceu as intervenções com aplicação da RIME.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	1º. Paciente.	Sentiu-se gratificada por ter a certeza de que ajudou a paciente a ter uma morte digna e em paz.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Facilidade para elaboração pessoal do luto, frente à iminência da morte da paciente.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente.	Considerou a aplicação da RIME como uma experiência maravilhosa.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente.	Ficou impressionada com os resultados positivos alcançados, em relação à qualidade de vida no processo de morrer, como por exemplo, o estado de tranqüilidade da paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente.	Ficou impressionada com os resultados positivos alcançados, em relação à melhora da capacidade dos familiares para enfrentar a iminência da morte da paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	PSICÓLOGA GENECI MARIA MORETI	2º. Paciente.	No aspecto pessoal, considerou que o aprendizado e a aplicação da RIME lhe proporcionou um crescimento muito bom tanto na esfera profissional, como na pessoal.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Vivência de um turbilhão de sentimentos positivos e, por esta razão, dificuldade de expressá-los em palavras.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 2ª.Entrevista	Entendimento da aplicação da RIME como um presente porque conseguiu integrar internamente a psicologia com a questão da espiritualidade.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Aprendizagem de como trabalhar a questão da espiritualidade em uma perspectiva acadêmica o que resultou em conforto e tranqüilidade para trabalhar com doentes terminais.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente / 2ª. Entrevista	Ampliação das possibilidades de obter bons resultados no trabalho com doentes terminais através da RIME, em relação à psicologia convencional.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente.	Possibilidade de ampliar a qualidade de vida do paciente, por se trabalhar a questão da espiritualidade, percebida como talvez a única forma de transformar e re-significar o sofrimento.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente.	Encontro de sentido no trabalho com pacientes terminais, não o vendo mais como terminando no vazio, frente à possibilidade de trabalho com a espiritualidade.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho.	Melhoria do trabalho com pacientes terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente.	Possibilidade de trabalhar o próprio luto em relação ao óbito do paciente através da RIME.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	1º. Paciente.	Referência a RIME como uma experiência "ímpar", pois ter a possibilidade de aprendê-la foi uma experiência valiosa.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente / 2ª. Entrevista	Compreensão maior do sentido do seu trabalho com pacientes terminais.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Percepção de que a RIME aproxima as pessoas de sua essência. a Intervenção RIME não muda a personalidade do paciente, mas sim, a forma de lidar com o sofrimento; modifica o sentimento.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Somente o Amor Incondicional trabalhado nos procedimentos da RIME é capaz de transformar os sentimentos de medo e necessidade de controle.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Encontro de um sentido mais profundo no seu trabalho, porque descobriu que não somos impotentes e realmente temos o que fazer pelos doentes.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Maior integração com a própria essência através da aplicação da RIME.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGA CRISTIANE DE PAULA FELIPE	2º. Paciente.	Aprendizagem da identificação da Dor Espiritual junto aos doentes terminais.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Grande motivação interna para aplicar a RIME, que se expandiu no setor onde trabalha, despertando o interesse de outros profissionais.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª.Entrevista	Desejo de aplicar a RIME, por sentir-se bem ao vivenciar o processo desta Intervenção.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente / 2ª.Entrevista	Percepção de ter se fortalecido com a aplicação da RIME porque percebeu seu próprio potencial, suas qualidades e observou que precisa acreditar mais em si mesma.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente.	Possibilidade de ajudar o paciente a ir a óbito em um clima de muita tranqüilidade.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente.	Observação de ter favorecido com a RIME uma aproximação do filho que não tinha um bom relacionamento com a mãe e, cuja questão, era um dos elementos da Dor Espiritual da paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	1º. Paciente.	A RIME proporciona serenidade e confiança para o paciente, fato também percebido pelos familiares, através das expressões não verbais do doente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Percepção de que pode fazer mais pelos pacientes, além de medicá-los e seguir apenas as prescrições médicas.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Percepção de que sua ação profissional se estende além dos cuidados físicos. Inclui também o campo de proporcionar alívio psíquico e espiritual. Inclui também a aplicação de uma técnica que leve paz ao paciente, espiritual e psiquicamente.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Percepção de que é uma enfermeira não só voltada para o corpo, mas também voltada para a mente e o espírito.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente / Entrevista única.	Grande motivação interna para aplicar a RIME, que se expandiu no setor onde trabalha, despertando o interesse de outros profissionais.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente.	Perante os benefícios alcançados, a profissional e o marido da paciente afirmam que a RIME deve ser estendida e aplicada em todos os doentes.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente.	Aprendizagem de que a enfermagem não deve atender apenas às necessidades físicas dos pacientes, mas também suas necessidades espirituais.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho.	Melhoria do trabalho com pacientes terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente.	Diante dos resultados alcançados, afirmou que tem a intenção de continuar aplicando a RIME.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	ENFERMEIRA EDINAURA PEREIRA DE SOUZA	2º. Paciente.	Concluiu que, após a aprendizagem e a aplicação da RIME, não se sente mais satisfeita em só cuidar das necessidades físicas do doente terminal.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª.Entrevista.	Percepção de que cuidar da espiritualidade do paciente não atrapalha o papel convencional do médico.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Observação de que a participação psíquica profunda do profissional, este profundo acolhimento, envolvimento com o sofrimento do doente, melhora a atuação clínica convencional do médico.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Observação da necessidade de intimidade entre o profissional e o paciente para aplicação da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Percepção de ampliação do vínculo terapêutico através da RIME.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Observação de que foi importante aplicar a RIME em uma paciente com a qual já tinha um vínculo como médica, para perceber que incluir a questão da espiritualidade, nos cuidados médicos convencionais, não atrapalha o tratamento clínico e a confiança no médico, ao contrário, fortalece esta confiança.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente / 1ª.Entrevista	Observação de que para a aplicação desta intervenção é necessário ser empático, pois aplicar a RIME implica em uma entrega de amor ao paciente.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente.	Elaboração do luto (a morte da paciente doeu menos) com a aplicação da RIME, mesmo sendo esta uma paciente querida.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente.	Lembrou-se de outros doentes igualmente queridos e que não foram atendidos através da RIME e a ferida ficou maior.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente.	Observação de que o luto do profissional é real e espiritual e que a RIME também é uma porta para a cura do luto profissional.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente	Sentimento de missão cumprida com os resultados obtidos pela aplicação da RIME.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	1º. Paciente.	Observação do limite, da dificuldade do médico para aplicar várias sessões de RIME, pelo acúmulo de outras tarefas que desempenha e que tem que cumprir. Considera que para o médico, o ambiente domiciliar é melhor que o hospitalar. Mas, mesmo diante dos limites, considera que o médico, assim como todos os profissionais de Cuidados Paliativos, deve aprender a aplicar a RIME, para utilizá-la sempre que for necessário e possível, mas o profissional principal responsável pela aplicação da RIME deve ser o psicólogo.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Visualização, acompanhada de sentimento de bem-estar, do paciente vivenciando as suas orientações.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	A aplicação da RIME favorece uma aproximação mais inconsciente entre terapeuta e paciente, de alma para alma, algo superior.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da Intervenção RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente / Entrevista única.	Percepção de que os pacientes da Enfermaria que foram atendidos através da RIME tiveram mortes mais bonitas, o ambiente ficou diferente, "iluminado", devido à espiritualidade.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Grande aprendizagem para a vida. Sentimento de estar como um fio entre a vida e a vida maior, espiritual. No entanto, sem se sentir ameaçada.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Aprender a aplicar a Intervenção RIME também ajudou a se preparar para a própria morte.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Observação de que a RIME a instrumentalizou, não só em relação aos pacientes, mas também em relação à vida pessoal.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Observação de que na aplicação da RIME, o profissional nunca está só. Os Seres de Luz ajudam e iluminam, ensinando como conduzir as experiências com os pacientes.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Sentimento de estar iluminada após a aplicação da RIME.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que a RIME suavizou não só a partida do paciente, mas também deu muita segurança para os seus familiares, cujo desejo expresso era apenas o do alívio do sofrimento e que o Sr S.G. tivesse uma passagem aliviada. O objetivo foi alcançado.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Observação de que o quadro deste paciente se encaixa muito bem com o perfil do médico – o socorro e alívio imediato – sem o comprometimento de suas funções específicas.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho.	Melhoria do trabalho com pacientes terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que a RIME aborda a essência do profissional e do paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que o profissional precisa estar bem para aplicar esta Intervenção e que, se o ambiente do entorno do paciente estiver "muito pesado", o profissional deve começar a RIME devagar e com cuidado.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que a RIME parece simples, mas não é, porque conecta o profissional diretamente com o sofrimento do paciente.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Percepção de que o profissional precisa abrir seu coração para sentir a presença dos Seres de Luz e ajudar o paciente.

Unidades de registro.	**Unidades de contexto.**	**Fonte do recorte das unidades de significado**	**Profissional**	**Paciente/ Instrumento**	**Unidades de significado**
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos**.**	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	MÉDICA MARIA GORETTI SALES MACIEL	2º. Paciente	Constatação de que teve vários outros pacientes, os quais não sabia como ajudar e agora, com a RIME, sabe exatamente o que deveria ou poderia ter sido feito.
Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional.	Emoções e sentimentos experimentados na aplicação da RIME.	Entrevistas semi-estruturadas.	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente / 2ª.Entrevista	Aprendizado da paciência; de acompanhar o processo de re-significação da Dor Espiritual no tempo do paciente.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	Grande contribuição para o seu desenvolvimento como pessoa e como profissional.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	Sentimento de tranqüilidade, segurança e relaxamento ao aplicar a RIME.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	A aplicação da RIME favoreceu o fortalecimento do vínculo com paciente e familiares.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	A RIME favoreceu ao psicólogo, um posicionamento mais inteiro, na esfera pessoal e na esfera profissional.
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais**.**	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	A RIME favoreceu ao psicólogo, um sentimento de segurança e serenidade diante do binômio morte – vida.

Unidades de registro.	Unidades de contexto.	Fonte do recorte das unidades de significado	Profissional	Paciente/ Instrumento	Unidades de significado
Contribuições da RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho com pacientes portadores de doenças graves e terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	Aprendeu a não ter preconceito em sentir compaixão.
Contribuições da Intervenção RIME para a melhoria de seu trabalho em Cuidados Paliativos.	Melhoria do trabalho do profissional na área de Cuidados Paliativos, com pacientes terminais.	Diário	PSICÓLOGO RAÚL MARQUES	1º. Paciente	Observou que se fortaleceu espiritualmente frente às vivências que experimentou no acompanhamento deste paciente através da RIME.

8.2- Ampliar a compreensão da natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.

Este objetivo específico foi analisado através de dois métodos: Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática (Qualitativo) e Descritivo Quantitativo.

A Dor Espiritual e o processo de re-significação desta Dor foram identificados de forma qualitativa pelos profissionais nos atendimentos, transcritos no Questionário Estruturado e analisados junto com a pesquisadora nas Entrevistas de Supervisão. (Método da Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática).

A intensidade da Dor Espiritual também foi avaliada pelos próprios doentes através da Escala E.V.A. de Bem-Estar no início e final de cada sessão para aplicação da RIME. (Método Descritivo Quantitativo).

- **Análise Qualitativa da Dor Espiritual.**

O nosso objeto de estudo "Dor Espiritual e o processo de re-significação desta Dor " foi trabalhado pelo método Análise de Conteúdo através da técnica Análise Temática, tendo como unidade de registro a Dor Espiritual, delimitada pelas unidades de contexto medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida, idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e culpas perante Deus. Nos atendimentos aos pacientes, os profissionais identificaram os núcleos de sentido, com supervisão da pesquisadora. Estes núcleos de sentido foram agrupados de forma analógica em Categorias. Observamos que as Categorias foram identificadas pela pesquisadora, com base no relato e transcrição dos profissionais.

Foram encontradas **06 categorias** e **11 subcategorias** a partir das 28 unidades de significado descritas nas questões 2 e 3 dos Questionários Estruturados relacionadas a seguir neste capítulo.

Apresentamos a seguir um Quadro Resumo das 06 categorias e 11 subcategorias encontradas e do número de pacientes que apresentaram Dor Espiritual em cada uma das Categorias, ao menos uma vez.

Quadro 14- Categorias encontradas em relação à Dor Espiritual e número de Pacientes que apresentaram Dor Espiritual em cada uma das Categorias, no mínimo uma vez.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Pacientes	Número de Pacientes que apresentaram Dor Espiritual nesta categoria, no mínimo uma vez. (n=11)
1º) Medo da morte por negação da gravidade do quadro clínico.	- Dificuldade em aceitar o diagnóstico e os cuidados clínicos. - Apego ao mundo concreto e material.	E.O.G.; P.M.; Z.B.O.; R.A.O.; M.A.S.	05
2º) Medo da morte por percepção da gravidade do quadro clínico.	- Preocupação importante com o sofrimento físico. - Expressões não verbais de tensão, medo e pavor. - Exacerbação dos sintomas clínicos.	N.J.; M.L.C.I.; R.A.O.;S.G.; M.V.C.S.	05
3º) Medo do pós-morte por vivências ou sonhos espirituais negativos.	- Visualização de imagens apavorantes ou muito assustadoras.	M.S.S.; Z.B.O.	02
4º) Medo do pós-morte pelo sentimento de desintegração, de inexistir, de ser afetivamente esquecido.	- Estado de alerta exacerbado. - Angústia de separação. - Dúvidas sobre o Amor Divino.	M.A.S.; E.O.G.; P.M.; T.A.L.; N.J	05
5º) Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida pela ausência deste sentido e sentimento de vazio existencial.	- Experiências anteriores negativas, de ordem afetiva ou produtiva.	E.O.G.; M.S.S.; R.A.O.; M.V.C.S.	04
6º) Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade por experiências de abandono afetivo projetado na espiritualidade.	- Dificuldade de transcendência. - Dificuldade em confiar na espiritualidade.	E.O.G.; M.S.S.	02

Apresentamos a seguir um Quadro para cada uma das Categorias encontradas, contendo o aspecto da Dor Espiritual a que se refere, o paciente que a manifestou, a natureza desta Dor e a expressão pelo doente da re-significação da mesma.

CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 1: MEDO DA MORTE POR NEGAÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO CLÍNICO.

SUBCATEGORIAS: Dificuldade em aceitar o diagnóstico e os cuidados clínicos. Apego ao mundo concreto e material.

Quadro 15- Mapa que indica como a Categoria MEDO DA MORTE POR NEGAÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO CLÍNICO foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente P.M. (Masculino, 76, Câncer de Próstata com Metástase e Compressão Medular, Católico, Técnico Metalúrgico).	Resistência em aceitar o estado terminal, representada pela crença de que voltaria a caminhar e a negação de que este quadro era irreversível.	Nas primeiras intervenções o paciente relatou melhora de bem- estar após a aplicação da RIME. Na penúltima sessão o paciente disse não ter encontrado alívio, apesar de ter relaxado durante a sessão (observado estado REM), de ter dormido tranqüilamente após a RIME e também durante a noite. Perante a sua postura dramática durante as sessões, esperava-se que este paciente fosse a óbito com muito "choro e ranger de dentes", o que não ocorreu, ele morreu de forma silenciosa.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Expresso pela dificuldade em aceitar os cuidados da Enfermagem.	A paciente passou a ser mais cordial com a Enfermagem e morreu tranqüila. Entrou em apnéia, depois de uma crise de vômito.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Expresso pela dificuldade em aceitar a realidade "doença fora de possibilidade terapêutica de cura".	Melhora de humor e atitudes que demonstravam emoções positivas, no final das sessões.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente Z.B.O. (Feminino, 52, Câncer de Pulmão, Católica, Professora e Advogada).	Expresso pela dificuldade em aceitar o diagnóstico fora de possibilidades de cura.	Pediu para a psicóloga, que a atendia através da RIME, fazer logo todo o trabalho porque achava que não iria agüentar muito tempo. No dia anterior a sua morte a paciente chamou a sua cunhada e explicou que iria fazer uma viagem no dia seguinte e que queria seu sapato branco e seu vestido colorido.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente Z.B.O. (Feminino, 52, Câncer de Pulmão, Católica, Professora e Advogada).	Necessidade exacerbada de controlar, de apegar-se ao racional, ao intelectual, ao material, defendendo-se de sua afetividade, isolando seus sentimentos e não pensando em Deus ou em Anjos.	Demonstrou afetividade para com a psicóloga e o médico que cuidavam dela, pedindo para a cunhada preparar uma refeição para eles. Também deixou para a psicóloga o Anjo da Guarda que se lembrou de ter ganhado de um aluno, como um sinal da ajuda recebida através da RIME, no processo de morrer.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente R.A.O. (Feminino, 54, Câncer de Colo de Útero, Evangélica, Do Lar).	Negação da gravidade da doença e esforço contínuo para viver e curar-se. Mesmo fora de possibilidade de cura alimentava a esperança de viver por muito tempo.	Não foi possível conversar com a paciente para que ela relatasse o que sentia, dado seu estado clínico, porém, ao término de cada sessão, manifestava simbolicamente aceitação aos procedimentos da RIME tomando a água que a enfermeira que estava aplicando esta Intervenção lhe oferecia, acenava com olhares e às vezes verbalizava que estava bem.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente M.A.S. (Feminino, 63, Patologia Meta Hepática (Tumor Primário Oculto), Evangélica, Auxiliar de Serviços da Secretaria da Fazenda).	Negação da possibilidade de morrer em breve e ausência de uma experiência espiritual profunda que a levava a se angustiar ao perceber a gravidade de sua doença.	Na segunda sessão a médica que aplicou a RIME nesta paciente só conseguiu realizar a mesma após, literalmente, niná-la com uma criança que precisa da mãe e fazê-la dormir por alguns minutos. Quando começou a sessão da RIME propriamente, a paciente suspirou profundamente por duas vezes e a partir daí, a sua expressão e o seu comportamento mudaram muito. Ela ficou muito tranqüila, aparentemente, até a hora da sua morte. Não conversou mais, mas serenou e morreu dormindo!

CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 2: MEDO DA MORTE POR PERCEPÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO CLÍNICO.

SUBCATEGORIAS: Preocupação importante com o sofrimento físico. Expressões não verbais de tensão, medo e pavor. Exacerbação dos sintomas clínicos.

Quadro 16- Mapa que indica como a Categoria MEDO DA MORTE POR PERCEPÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO CLÍNICO foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente N.J. (Feminino, 55, Câncer de Útero, Católica, Professora).	Relato insistente sobre seu sofrimento e mal-estar físico.	Na última sessão de RIME, a paciente verbalizou que seu corpo estava na EVA vermelha, mas ela estava se sentindo na EVA azul. Fez uma passagem muito tranqüila e apesar da falta de ar, no momento da morte, somente deu um suspiro profundo.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente M.L.C.I. (Feminino, 57, Câncer de Mama, Católica, Do Lar).	Semblante assustado, o que preocupava muito os familiares.	A paciente estava com muito desconforto respiratório e os familiares perguntaram aos médicos se não havia mais nada que pudesse aliviá-la; a equipe médica respondeu que já estava sendo feito tudo o que era possível. Na tarde deste mesmo dia foi aplicada a RIME e a nora da paciente disse que havia sim, mais alguma coisa para fazer e essa "mais alguma coisa" era esta Intervenção, pois a paciente melhorou da dispnéia e suavizou seu semblante em expressão de serenidade.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente M.L.C.I. (Feminino, 57, Câncer de Mama, Católica, Do Lar).	Angústia respiratória importante e imobilidade no leito.	Após os primeiros trinta minutos da RIME, a paciente, que não estava conseguindo movimentar-se no leito, virou-se e procurou sozinha uma posição de conforto e com uma expressão alegre no rosto, continuou o relaxamento. Nesse momento pareceu à enfermeira que os Seres de Luz estavam segurando nas mãos da paciente.
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente R.A.O. (Feminino, 54, Câncer de Colo de Útero, Evangélica, Do Lar).	Comportamentos de muita agitação, aflição e angústia, indicando sofrimento espiritual intenso, visto que a paciente estava adequadamente medicada.	Na 1ª sessão, a paciente foi modificando seu semblante, minimizando a agitação. No final da sessão "acordou" e jogou um beijo para a enfermeira, que a deixou calma, junto aos filhos. Este comportamento de tranqüilidade após a aplicação da RIME continuou a manifestar-se nas sessões subseqüentes. No final da quinta sessão apresentou-se ainda mais tranqüila que nas sessões anteriores; nesta sessão a orientação para o contato com os Seres de Luz foi feita de forma mais intensa, assim como o caminhar pela ponte e atravessá-la, como símbolo de passagem entre a vida física e a vida espiritual.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente S.G. (Masculino, 62, Câncer de Mediastino + Síndrome de Compressão de Veia Cava Superior (SCVCS), Espírita de Umbanda, Eletricista).	Fisionomia pesada e que transparecia angústia antes da aplicação da Intervenção RIME.	Quando a médica, Dra Goretti, se aproximou do paciente e o convidou para um passeio de barco no mar, ele teve uma pequena crise de aflição, como se quisesse falar algo. Aos poucos, foi se acalmando. Apesar dos roncos respiratórios, a respiração ficou mais calma. Mas, a maior mudança foi no semblante, que expressava serenidade e paz durante e após a aplicação da RIME, fato que também foi percebido pelos familiares presentes (irmã, filho mais velho e nora). O paciente parou de respirar na presença da médica, 12 minutos após ela ter encerrado a aplicação da RIME. O coração parou de bater em torno de três minutos após a parada respiratória. Imediatamente, a irmã do paciente percebeu o quanto sua expressão era absolutamente serena.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Medo da morte e sua re-significação.	Paciente M.V.C.S. (Masculino, 30, Câncer Testicular com Metástase de Pulmão, Evangélico da Assembléia de Deus, Motoqueiro).	Gritos de dor e comportamentos de agressividade e ansiedade. Alguns dias antes do óbito disse que "estava batendo as botas".	Após cada aplicação da RIME, o paciente relaxava e conseguia dormir; a sua aparência de tensa mudava para serena. Ás vezes ligava para o psicólogo, solicitando antecipação do atendimento. Verbalizava que tanto o exercício da RIME, quanto às conversas, lhe faziam bem e relaxavam. Após o início da aplicação da RIME, o paciente que referia dor física insuportável, melhorou. A mãe do paciente, na primeira internação deste, teve uma visão de um Ser de branco iluminado que, com um jarro, ungia a cabeça do filho e nessa mesma cena seus antepassados (já falecidos) estavam ao redor de seu filho. Quando o paciente estava na UTI, sedado, próximo ao óbito, ela viu sobre sua cabeça um Ser de Luz que o abençoava; estes fatos foram entendidos pela família como uma morte amparada e digna e agradeceram ao psicólogo todo o trabalho realizado, incluindo a aplicação da RIME. Importante observar que a mãe que já foi Espírita, atualmente é Testemunha de Jeová.

CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 3: MEDO DO PÓS-MORTE POR VIVÊNCIAS OU SONHOS ESPIRITUAIS NEGATIVOS.

SUBCATEGORIA: Visualização de imagens apavorantes ou muito assustadoras.

Quadro 17- Mapa que indica como a Categoria MEDO DO PÓS-MORTE POR VIVÊNCIAS OU SONHOS ESPIRITUAIS NEGATIVOS foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Medo do pós-morte morte e sua re-significação.	Paciente M.S.S. (Feminino, 27, Câncer de Colo Uterino com Invasão de Vértebras e Bexiga, Evangélica Quadrangular, Auxiliar de Limpeza).	Manifestado pela visualização de imagens negativas e assustadoras as quais tinha antes da aplicação da Intervenção RIME. Ela via cobras na parede, dizia que pessoas queriam matá-la, muitas coisas ruins.	Após o início da aplicação da RIME a paciente começou a ver uma pessoa muito iluminada do lado dela à noite, uma presença de uma Luz muito forte e também crianças; segundo ela, a sensação era muito boa. Antes da psicóloga chegar para começar a sessão, ela começava a ver crianças, ela dizia que tinha uma senhora sempre perto desta psicóloga.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente Z.B.O. (Feminino, 52, Câncer de Pulmão, Católica, Professora e Advogada).	Visualização, nos primeiros atendimentos através da RIME, de uma paisagem morta e envergada e pelos pesadelos que costumava ter com monstros e mosquitos (abelhas) gigantes.	A paciente conseguiu visualizar uma paisagem bonita e agradável onde se sentiu bem, assim como visualizou um Anjo da Guarda, a quem deu o nome de Gabriel, se encontrando com ela e se lembrou que havia ganhado um Anjo da Guarda de um aluno. Também relatou que estava tendo visões com seus pais já falecidos e que não sentia medo, apesar de não ter tido um bom relacionamento com estes familiares.

CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 4: MEDO DO PÓS-MORTE PELO SENTIMENTO DE DESINTEGRAÇÃO, DE INEXISTIR, DE SER AFETIVAMENTE ESQUECIDO.

SUBCATEGORIAS: Estado de alerta exacerbado. Angústia de separação. Dúvidas sobre o Amor Divino.

Quadro 18- Mapa que indica como a Categoria MEDO DO PÓS-MORTE PELO SENTIMENTO DE DESINTEGRAÇÃO, DE INEXISTIR, DE SER AFETIVAMENTE ESQUECIDO foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Medo do pós-morte morte e sua re-significação.	Paciente M.A.S. (Feminino, 63, Patologia Meta Hepática (Tumor Primário Oculto), Evangélica, Auxiliar de Serviços da Secretaria da Fazenda).	Medo de fechar os olhos e dormir, como extensão ou amplificação da carência afetiva em que parecia viver.	Na 1ª sessão, M.A.S. modificou muito a sua expressão e emitia sons, como pequenos gemidos ou como cantarolasse para si própria. Ao término da sessão sentiu-se encantada com o que vivenciou na visualização; deixou claro que havia entendido como era a experiência espiritual e que depois da morte restaria vida.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Expresso pela dificuldade de aceitação das imagens que aludiam à passagem entre a vida física e a espiritual.	Gesto de benção para a terapeuta alternativa na despedida da sessão, a qual havia conectado-se, através da visualização com o túnel de Luz.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente P.M. (Masculino, 76, Câncer de Próstata com Metástase e Compressão Medular, Católico, Técnico Metalúrgico).	Medo de ser abandonado, esquecido, possivelmente reativo ao fato de ter abandonado a esposa e os filhos repetidas vezes durante a vida e também abandonado a mãe na hora da morte desta.	Em seguida à última aplicação da RIME, as véspera de sua morte, sentou-se, observou o vácuo e escreveu: "A caminho do descanso eterno, registrei para os que ficam o que se segue: Estamos unidos por toda a eternidade. O destino é assim...".

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente T.A.L. (Feminino, 76 Anos, Câncer Endométrico, Católica, Do Lar)	Angústia de separação, preocupação em deixar o marido e os filhos. Em entrevista com o marido, ele relatou que os dois, a esposa e ele, sempre se preparam para que ele morresse primeiro, já que tinha mais idade que ela.	1ª. sessão: A paciente mostrou-se receptiva, fez bom contato visual, mas falava com dificuldade. Durante o exercício da RIME T. segurou a mão da psicóloga e em alguns momentos aumentou a pressão exercida. A Psicóloga percebeu que a face da paciente se suavizou durante a RIME e às vezes sorriu. No final deste primeiro atendimento referiu sentir-se mais tranqüila e agradeceu com palavras, um sorriso e um beijo. Nos outros atendimentos como a paciente não conseguia falar, durante a aplicação da RIME, a Psicóloga pedia um sinal para a paciente, de que esta a estava entendendo e T., nesses momentos, apertava os olhos ou pressionava levemente sua mão e a do filho ou do marido, que também seguravam sua mão durante os atendimentos. Foi a óbito de forma muito serena, rodeada pelos familiares e com o filho massageando os seus pés; os familiares não perceberam que a paciente tinha morrido; informaram à enfermagem que ela estava muito tranqüila.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Medo do pós-morte e sua re-significação.	Paciente N.J. (Feminino, 55, Câncer de Útero, Católica, Professora).	Necessidade de se sentir conectada com um mundo espiritual belo, protetor e acolhedor.	Durante a aplicação da Intervenção RIME a paciente não só visualizou os Seres de Luz e se sentiu envolvida em amor por eles, como também relatou ter visto estes Seres no quarto em que se encontrava, aos quais ela interpretou como Arcanjos crianças. Neste momento relatou para a psicóloga que aplicava a RIME que não estava com medo.

CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 5: IDÉIAS E CONCEPÇÕES NEGATIVAS EM RELAÇÃO AO SENTIDO DA VIDA PELA AUSÊNCIA DESTE SENTIDO E SENTIMENTOS DE VAZIO EXISTENCIAL.

SUBCATEGORIA: Experiências anteriores negativas, de ordem afetiva ou produtiva.

Quadro 19- Mapa que indica como a Categoria IDÉIAS E CONCEPÇÕES NEGATIVAS EM RELAÇÃO AO SENTIDO DA VIDA PELA AUSÊNCIA DESTE SENTIDO E VAZIO EXISTENCIAL foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Afirmação que nunca fez nada de bom para ninguém.	Sorriso ao reconhecer sua influência na decisão da escolha profissional da acompanhante.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.	Paciente M.S.S. (Feminino, 27, Câncer de Colo Uterino com Invasão de Vértebras e Bexiga, Evangélica Quadrangular, Auxiliar de Limpeza).	Pessimismo pela vivência de abandono e solidão que experimentava.	Após as sessões de RIME, a paciente sempre verbalizava que se sentia mais tranqüila. Sua face ficava sempre mais suave e algumas vezes referiu melhora da dor física. Morreu amparada pela mãe, que através da RIME, perdeu o medo de ficar no hospital.
Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.	Paciente R.A.O. (Feminino, 54, Câncer de Colo de Útero, Evangélica, Do Lar).	Experiência negativa com um dos filhos que lhe tinha dado muito trabalho e estava ausente.	Em relação a este filho, no final da aplicação da Intervenção RIME, foi muito interessante segundo a enfermeira, pois a paciente pareceu não mais se importar com o sofrimento que este filho lhe havido causado.
Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e sua re-significação.	Paciente M.V.C.S. (Masculino, 30, Câncer Testicular com Metástase de Pulmão, Evangélico da Assembléia de Deus, Motoqueiro).	Culpa que demonstrava em seu discurso quando se referia ao rumo que deu à sua própria vida, principalmente no que se refere à vida familiar.	A questão da família foi trabalhada tanto verbalmente, quanto nas visualizações da RIME. O psicólogo pedia para o paciente visualizar sua família toda iluminada (filhos, pais, todos os que amava); estavam felizes porque o amor de Deus também estava chegando até eles e assim, ia preparando-o para despedir-se dos seus familiares. Próximo ao óbito o paciente conversou com sua ex-esposa, finalizou tarefas inacabadas, fez uma revisão e conclusão de sua vida fantástica, segundo o psicólogo.

CATEGORIA DA DOR ESPIRITUAL nº 6: IDÉIAS E CONCEPÇÕES NEGATIVAS EM RELAÇÃO À ESPIRITUALIDADE POR EXPERIÊNCIAS DE ABANDONO AFETIVO PROJETADO NA ESPIRITUALIDADE.

SUBCATEGORIAS: Dificuldade de transcendência. Dificuldade em confiar na espiritualidade.

Quadro 20- Mapa que indica como a Categoria IDÉIAS E CONCEPÇÕES NEGATIVAS EM RELAÇÃO À ESPIRITUALIDADE POR EXPERIÊNCIAS DE ABANDONO AFETIVO PROJETADO NA ESPIRITUALIDADE foi encontrada e como se deu seu processo de re-significação.

Unidades de contexto.	**Paciente.**	**Unidades de significado. / Dor Espiritual.**	**Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.**
Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e sua re-significação.	Paciente E.O.G. (Feminino, 74, Carcinoma, Católica, Do Lar).	Apetite voraz, apesar da impossibilidade de se alimentar.	Entendimento da impossibilidade de se alimentar fisicamente, após ter conectado-se, através da visualização com o túnel de Luz, simbolicamente como um alimento espiritual.
Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e sua re-significação.	Paciente M.S.S. (Feminino, 27, Câncer de Colo Uterino com Invasão de Vértebras e Bexiga, Evangélica Quadrangular, Auxiliar de Limpeza).	Visualização na primeira sessão de RIME, de uma mulher que poderia ampará-la do afogamento, mas não fez nada para salvá-la.	A paciente passou a visualizar as imagens que escolheu como: bosque muito verde, cachoeira, rio, caminho iluminado. A psicóloga sempre usou imagens que a paciente acreditava: a presença de Anjos; o amor que Deus tinha por ela e que também era perdão; que não a estava julgando e sim a acolhendo. Falou muito para ela se ligar a Luz, se sentir amada; a paciente mostrou conseguir porque se transfigurava quando a psicóloga começava a falar a respeito disso; era como se ela realmente soltasse o corpo e se deixasse fluir de uma forma impressionante.

Unidades de contexto.	Paciente.	Unidades de significado. / Dor Espiritual.	Unidades de significado. / Re-Significação da Dor Espiritual.
Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e sua re-significação.	Paciente M.S.S. (Feminino, 27, Câncer de Colo Uterino com Invasão de Vértebras e Bexiga, Evangélica Quadrangular, Auxiliar de Limpeza).	Idéias negativas ou dúbias em relação à espiritualidade, pois manifestava necessidade de se assegurar que poderia confiar em Deus e que seria feliz na próxima vida, na vida espiritual.	Relato que durante o relaxamento sentia uma paz muito grande, como se estivesse diante de Deus, mas sem necessidade de palavras, como se comunicassem com a mente ou com o coração. Como se Deus soubesse tudo o que ela sentia e isto lhe proporcionava uma sensação de segurança.

- Resultados quantitativos

Em relação aos Resultados quantitativos obtidos na análise da "Dor Espiritual e o processo de re-significação desta Dor " através do método Descritivo Quantitativo, os doentes avaliaram seu bem-estar por meio da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar (Anexo 8), no início e final de cada sessão de RIME. A escala tem seis faces coloridas que expressam desde a ausência de sofrimento até o sofrimento insuportável. A face azul (10) expressa nenhum sofrimento; a face azul esverdeado (8) expressa sofrimento leve; a face verde (6) expressa sofrimento moderado; a face amarela (4) expressa sofrimento incômodo; a face laranja (2) expressa sofrimento intenso; a face vermelha (0) expressa sofrimento insuportável

A seguir apresentamos os resultados obtidos.

Os resultados que derivaram da observação de familiares ou do próprio profissional, porque o paciente encontrava-se impossibilitado de se comunicar, foram desconsiderados nesta análise.

Os dados sobre o "Bem-Estar" manifestado pelos doentes antes e após as sessões da RIME estão apresentados na Quadro 21 e na Figura 1. Foram calculadas as medianas e médias por doente e o número de sessões em que houve melhora de "Bem Estar" .

A comparação da diferença dos escores no final e no início de cada sessão foi feita, a partir das medianas, utilizando-se o Teste de Wilcoxon, pois os dados foram considerados não paramétricos. Observamos diferença estatisticamente significativa ($p<0,0001$), isto é, no final das sessões de RIME os doentes relataram maior nível de Bem-Estar do que no início da sessão.

Quadro 21- Escore de Bem-Estar manifestado pelos pacientes (n=8) utilizando a Escala Visual Analógica (E.V.A.) antes e após a Intervenção RIME.

Paciente	**Número de sessões em que o bem-estar foi avaliado**	**EVA – Bem-estar INÍCIO da sessão**	**EVA – Bem-estar FINAL da sessão**	**Número de sessões em que houve melhora do bem-estar.**
E.O.G.	03	escore 4,2, 2 total=8 Média = 2,6 Mediana = 2	escore 8,8,10 total=26 Média = 8,6 Mediana = 8	03
P.M.	05	escore 0+0+0+0+0=0 Média = 0 Mediana = 0	escore 4+4+8+4+0=20 Média = 4 Mediana = 8	04
M.S.S.	04	escore 4+2+0+2=8 Média = 2 Mediana = 0	escore 6+6+6+10=28 Média=7 Mediana = 6	04
N.J.	03	escore 2+8+10=20 Média = 6,6 Mediana = 8	escore 10+10+10=30 Média=10 Mediana = 10	02
Z.B.O.	04	escore 5+5+6+6=22 Média=5,5 Mediana = 5,5	escore 5+5+6+7=23 Média=5,75 Mediana = 5,5	01
M.L.C.I.	01	escore 0 Média = 0 Mediana = 0	escore 10 Média=10 Mediana = 10	01
M.A.S.	02	escore 6+2=8 Média= 4 Mediana = 4	escore 8+8=16 Média= 8 Mediana = 8	02

Paciente	Número de sessões em que o bem-estar foi avaliado	EVA – Bem-estar INÍCIO da sessão	EVA – Bem-estar FINAL da sessão	Número de sessões em que houve melhora do bem-estar.
M.V.C.S.	11	escore 6+6+6+6+6+6+ 6+6+6+6+6=66 Média=6 Mediana = 6	escore 10+10+10+10+10+10+ 10+10+10+10+10=110 Média=10 Mediana = 10	11
Total sessões	**33**	**escore total 132** Média = **4** Mediana = 5	**escore total 263** Média=**7,96** Mediana = 10	**28**

Teste de Wilcoxon - p<0,0001

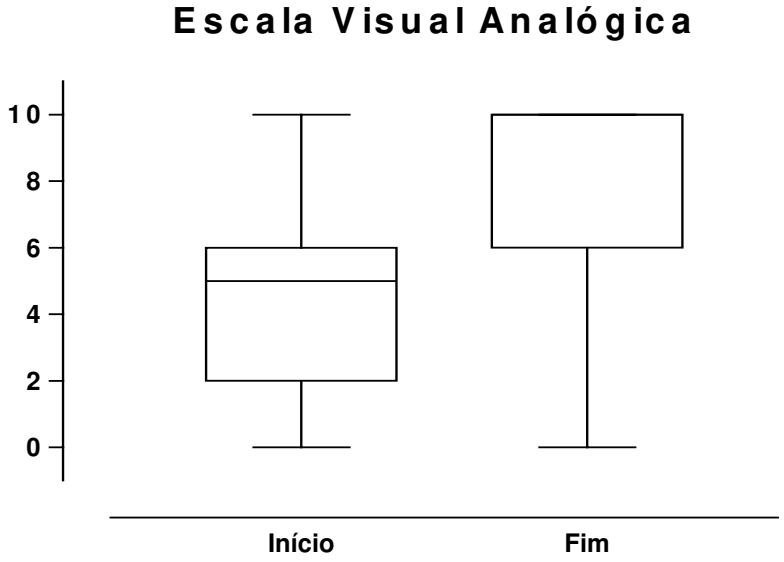


Figura no. 1- Gráfico Blox Plot. Escores de Bem-Estar relatados pelos doentes utilizando a Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar, antes e no final das sessões de RIME.

PERCENTIL:

Início: 25% 2 6

Final: 75% 6 10

MEDIANAS:

Início: 5

Final: 10

9- DISCUSSÃO

Em continuação ao nosso estudo de mestrado, nesta tese disponibilizamos um Programa de Treinamento para profissionais de saúde para o uso da Intervenção RIME com o objetivo de re-significar a Dor Espiritual dos doentes terminais. Este Programa de Treinamento foi operacionalizado em duas fases.

Na fase 1 propusemos, elaboramos e operacionalizamos um Curso de Capacitação para profissionais da área de saúde sobre a Intervenção RIME. Na fase 2 supervisionamos os profissionais capacitados nos atendimentos aos pacientes terminais, o que nos permitiu analisar este Programa de Treinamento através de duas vertentes: compreender a experiência do profissional de saúde na utilização da RIME, assim como também compreender a natureza da Dor Espiritual e a experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação desta Intervenção. A seguir discutimos os resultados alcançados.

9.1- Discussão sobre as categorias relacionadas à compreensão da experiência do profissional no uso da RIME.

1ª CATEGORIA: A INTERVENÇÃO RIME FACILITA O MANEJO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO.

Em relação à primeira entrevista FIORINI (1991) afirma que o desempenho do terapeuta pode ter uma influência decisiva para a adesão do paciente ao tratamento assim como na eficácia que o processo terapêutico possa vir a alcançar. Para tanto é muito importante que sua ação terapêutica não se exerça meramente pelo efeito placebo do contato inicial e sim que o terapeuta possa realizar intervenções adequadas, capazes de potenciar esse efeito. Isto significa, no caso específico de pacientes terminais, desde a primeira entrevista, poder receber e conter as angústias, medos, culpas do paciente e oferecer em retorno, para alívio desses sintomas, além de uma proposta terapêutica (RIME), oferecer-se como porto seguro, ou seja, colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade. Para tanto é fundamental que o profissional estabeleça uma sintonia com o

paciente, compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar 'contaminar' por elas e sim, decodificando-as, e favorecendo, através do método proposto, uma possibilidade de re-significação da Dor Espiritual. FERREIRA (2003) afirma que o manejo correto da afetividade do paciente facilita a aceitação das sugestões. Observamos pelos dados colhidos nesta Categoria que os profissionais encontraram recursos nos procedimentos da RIME para realizar intervenções adequadas, favorecendo e facilitando a vinculação do paciente, assim como a aceitação da família ao trabalho.

VAN LOMMEL (2004) em referência às relações ou diferenças entre a mente e o cérebro e também sobre a continuidade da consciência após a morte, escreveu, utilizando-se de uma metáfora, que a voz que ouvimos ao telefone não está dentro do telefone; o concerto que ouvimos no rádio apenas é transmitido pelo rádio, mas não está no rádio; os programas que assistimos pela televisão são o resultado de uma determinada freqüência de transmissão. A Internet não está localizada dentro do computador. Ao desligarmos o rádio, a televisão, ou o computador, fechamos nosso canal de recepção, mas a transmissão continua. Dentro desta linha de raciocínio a Intervenção RIME é oferecida aos pacientes terminais; é proposto ao doente que seu corpo está doente, mas sua alma pode libertar-se através dos procedimentos da RIME, ou seja, sua alma pode se situar em estados de serenidade, paz, amor, harmonia, beleza, através da mudança no foco dos sentimentos e dos pensamentos, de negativos, ameaçadores, tristes, angustiantes, para os positivos. O cérebro pode "mudar o canal" das tristezas pela doença do corpo, para a serenidade sugerida pelos elementos da RIME, libertando a alma da angústia.

Desta forma, de acordo com os dados colhidos nesta categoria, os profissionais observaram que os procedimentos de oferecer ao paciente a escolha de imagens belas relacionadas à natureza, a audição de música, a visualização de lugares que sugerem paz, tranqüilidade e harmonia e a referência a Seres Espirituais que transmitem amor, bondade, serenidade, proteção favoreceram a sintonia do profissional com o paciente, e este se vincula com mais facilidade.

Foi observado, através desta categoria, que o doente vincula-se com mais facilidade ao receber uma proposta concreta e clara de um trabalho que sugere libertar sua alma do estado de sofrimento, apesar do seu estado clínico continuar a declinar.

O clima emocional no "setting" terapêutico, por sua vez, por se apresentar com traço transcendental / espiritual de proteção e amor (referências à presença de Seres de Luz, Anjos, etc) também favorece o vínculo.

A "escuta terapêutica" é um instrumento importante para os trabalhos desenvolvidos na área de saúde, e que pode ser potencializada através de intervenções adequadas por parte do profissional, conforme pontuou FIORINI (1991). Observamos que na aplicação da RIME a escuta terapêutica é viabilizada a partir da história pessoal de cada paciente e das escolhas que o paciente faz da música para o relaxamento e das imagens da natureza, Seres de Luz e demais símbolos que são orientados na visualização. O contexto da visualização parte da escuta terapêutica e é personalizado, de forma a re-significar a Dor Espiritual específica de cada doente, na forma e tempo particular de cada um.

Foi possível também observar que os dados particulares, para indução da RIME, dos pacientes que não podiam mais se comunicar, foram colhidos junto aos familiares e se mostraram eficazes na aplicação, com vinculação imediata do doente.

2ª CATEGORIA: A INTERVENÇÃO RIME DESPERTA, COM FREQÜÊNCIA, SENTIMENTOS, PERCEPÇÕES E EMOÇÕES QUE SUGEREM MATURIDADE PSICOESPIRITUAL NO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE A APLICA.

Perante percepções, emoções e sentimentos positivos referidos pelos profissionais como os sentimentos de confiança, responsabilidade, realização, doação de amor, empatia, privilégio por sentir que conseguiu ajudar, ampliação da auto-estima; as percepções de aprendizagem psicoespiritual, ser como um farol que ilumina e guia e de missão cumprida; as emoções de alegria por sentir que conseguiu ajudar, alegria por perceber a transformação do paciente; alegria por não ser identificado como "Profissional da Morte" e sim "Profissional da Paz"; gratificação pelo reconhecimento dos familiares; entusiasmo frente aos resultados, observamos que a Intervenção RIME, beneficiou não só os pacientes, mas também os profissionais que a aplicaram, no que se refere à maturidade psicoespiritual.

Segundo o relato dos pacientes que passaram por uma E.Q.M., o principal sentido da vida é o aprendizado do Amor Incondicional. Segundo CHARURI (2001) o Amor Incondicional é a expressão da Espiritualidade e é entendido como a vivência do

Amor Maior que, ao se manifestar no Respeito, resulta em atitudes de docilidade, meiguice e pureza. Observamos que os profissionais referiram ter tido estas atitudes propostas por CHARURI (2001) na aplicação da RIME junto aos doentes, o que não atrapalhou o procedimento acadêmico da Intervenção e mesmo a confiança na especialidade do profissional, que era, por exemplo, a princípio, o temor da médica participante. Os dados encontrados sugeriram que as atitudes relacionadas à afetividade, acolhimento, doçura, meiguice, compaixão, além de expressarem maturidade psicoespiritual, favoreceram o desenvolvimento do trabalho clínico de forma global.

Em outras palavras, a teoria psicanalítica também situa a fase genital (adulta) nestes termos, quando se refere à maturidade como a capacidade do indivíduo de resolver o conflito básico de fecundidade *versus* estagnação (D' ANDREA, 1991), expresso através dos impulsos de vida na ação fecunda, ou seja, a geração e a criação amorosa e responsável de filhos, e/ou a transmissão de experiências e novas idéias e/ou a produção de obras artísticas e/ou científicas, enfim uma ação que contribua para a construção de um mundo mais humano.

Segundo FREUD (1975) há uma constante luta entre a vida e a morte. Nesta luta o organismo acaba sucumbindo, reduzindo–se a matéria inorgânica, entretanto, os impulsos de vida (amorosos) saem vitoriosos sempre que houver uma ação fecunda. Observamos que a Intervenção RIME favoreceu a expressão da fecundidade, identificada nos sentimentos, percepções e emoções referidos pelos profissionais.

3ª CATEGORIA: OS PROFISSIONAIS QUE APLICARAM A RIME MANIFESTARAM SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DE NATUREZA ESPIRITUAL / TRANSCENDENTAL QUE REFLETIRAM AMOR E PAZ, E ALGUMAS VEZES SONHOS INTUITIVOS.

Nesta categoria observamos sentimentos, vivências e sonhos referidos pelos profissionais participantes que sugerem espiritualidade e transcendência. Em relação aos sentimentos, os profissionais referiram paz, muita serenidade, tranqüilidade, plenitude e harmonia na aplicação da RIME. As vivências foram relatadas como a percepção intuitiva da presença de "Seres de Luz" ou de parentes falecidos do paciente, acompanhada de

sensações de mudanças agradáveis no ambiente; a sensação de renovação das energias e/ou sono relaxante, após a aplicação da RIME; o sentimento de ser envolvido por um amor incondicional; eventos percebidos como sincrônicos e que foram interpretados como mensagens simbólicas sobre a boa qualidade de morte do paciente; transformação da angústia de morte vivenciada pelo profissional no início dos atendimentos, em estados de tranqüilidade.

Os pacientes que passaram por uma E.Q.M. com freqüência fazem referência a sentimentos e sensações semelhantes a estes relatados pelos profissionais. Segundo VAN LOMMEL (2004) os eventos de uma E.Q.M. são vivenciados e relatados não só por pessoas que foram dadas como clinicamente mortas por seus médicos, mas também por pacientes que estiveram em coma profundo, por pacientes em fase terminal e por pessoas que passaram por situações de grande risco em que a morte parecia inevitável e das quais saíram totalmente ilesas, ou seja, por pessoas que, por alguma razão, estiveram no limiar entre a vida e a morte.

Ao concebermos a Intervenção RIME, ainda no projeto piloto de nosso estudo de Mestrado, viabilizamos nosso objetivo de induzir uma E.Q.M. nos doentes terminais para favorecer uma morte mais serena e digna, porque observamos que os indivíduos que haviam vivenciado uma E.Q.M. haviam perdido ou minimizado o medo da morte.

Frente aos achados citados nesta Categoria, observamos que não só os pacientes terminais, mas também os profissionais que aplicaram a RIME, vivenciaram elementos referentes a uma E.Q.M., o que integrou suas personalidades de forma saudável e construtiva.

Esta psicóloga pesquisadora (ELIAS, 2001, ELIAS e GIGLIO, 2002b) também vivenciou sentimentos e sensações semelhantes a estes referidos pelos profissionais, quando aplicava a RIME, mas não sabíamos até então, se era uma questão particular da sensibilidade da pesquisadora ou uma decorrência da aplicação da RIME. Como agora, neste estudo de Doutorado, os seis profissionais que aplicaram a RIME referiram estas vivências, observamos que, possivelmente, esta Intervenção induza aos aspectos transcendentais de uma E.Q.M. tanto em quem se submete a ela, como em quem a aplica.

Através da simbologia proposta, a RIME remete tanto o profissional, como o paciente, ao limiar entre o mundo físico e o "mundo espiritual", que pressupomos existir.

Em relação ao limiar entre o mundo físico e o "mundo espiritual" observamos que PAPATHANASSOGLOU e PATIRAKI (2003) ao estudarem a experiência vivida por indivíduos após a hospitalização em uma Unidade de Cuidado Intensivos, com foco em seus sonhos, consideraram a doença crítica como uma fase que conduz a transformações no "self", ao despertar da espiritualidade e ao crescimento pessoal.

A intervenção desenvolvida no Alaska por BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004), psicólogos de Israel, desenvolvida em um trabalho de grupo com sobreviventes de tentativa de suicídio e profissionais de saúde mental e que também compreende o relaxamento e a meditação concentrada, acrescida da meditação dirigida na busca da sabedoria interna, em muito se assemelha com a RIME, tanto no que se refere aos procedimentos, como aos resultados. Os participantes relataram experiências positivas importantes, experimentadas como provenientes de uma parte mais profunda do seu próprio "self" (fonte interna), ou de um guia espiritual ou uma presença espiritual (fonte externa) e que sugeriram, em resumo, crescimento pessoal e aquisição de sabedoria interna.

JUNG (2001) afirmou que "só aquilo que somos realmente tem o poder de curar-nos". Observamos que a vivência da espiritualidade, que se manifesta em um limiar de consciência entre o mundo físico e o "mundo espiritual", seja de forma espontânea como nas E.Q.M. ou nos sonhos de pacientes gravemente enfermos, ou induzida como na RIME ou na intervenção proposta por BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004), remete tanto profissionais como pacientes à sua própria sabedoria interna, o que se mostra, frente aos resultados, como fonte de cura ou de crescimento.

Através destas vivências relatadas pelos profissionais e que também foram experimentadas pela psicóloga pesquisadora (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b) observamos que na aplicação da RIME, além desta inserção psíquica do profissional no limiar entre o mundo físico e o "mundo espiritual", ocorre também uma aproximação da "essência" ou "alma" do profissional com a "essência" ou "alma" do paciente, ou em termos psicanalíticos, uma aproximação inconsciente entre terapeuta e doente. Por esta

razão consideramos que a RIME não é uma intervenção fácil de ser aplicada, pois ela, ao unir terapeuta e doente em um único sentimento, requer disponibilidade interna e entrega por parte do terapeuta.

Em relação aos sonhos de natureza transcendental e espiritual observamos que duas profissionais, entre os participantes, tiveram-nos. Estes sonhos, de natureza antecipatória e pré-cognitiva (MATTOON, 1980), contribuíram para que tanto uma das psicólogas como a médica que os tiveram, pudessem ter uma melhor compreensão de como encaminhar os procedimentos da RIME, para re-significar a Dor Espiritual dos pacientes.

Os sonhos constituem um dos canais que o inconsciente encontra para, em sua linguagem simbólica, atingir o consciente e ajudá-lo, ou seja, os sonhos são um dos possíveis canais simbólicos de comunicação entre o Arquétipo do 'Si Mesmo' ou "Self' e o Ego. (JUNG, 1974).

Para que este recurso seja viabilizado, na aplicação da RIME, é necessário que o terapeuta tenha uma aptidão pessoal prévia, o que nem sempre é comum, fato observado em nossa amostra, onde, além desta pesquisadora (ELIAS, 2001; ELIAS e GIGLIO, 2002b), dos seis profissionais participantes, apenas duas apresentaram esta capacidade.

Os sonhos antecipatórios ocorrem quando a atitude consciente é insatisfatória e o inconsciente produz um sonho que impulsiona o sujeito a alcançar uma adaptação, interior e exterior, em seu "nível autêntico". Os sonhos antecipatórios são aqueles que preparam, anunciam ou advertem acerca de determinadas situações, normalmente, antes que estas aconteçam na realidade. O sonho antecipatório é a fusão de percepções, pensamentos e sentimentos subliminares que não foram decodificados pelo Ego. Os sonhos pré-cognitivos, por sua vez, são aqueles que refletem percepções extra-sensoriais; são sonhos de natureza telepática que advertem sobre determinadas situações que estão acontecendo ou irão acontecer envolvendo o indivíduo que sonha e *I* ou terceiros. Quando o terapeuta apresenta aptidão para sonhos desta natureza, estes se mostram como importante fonte de recursos para o encaminhamento do processo de aplicação da RIME.

4A CATEGORIA: A APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME, ALGUMAS VEZES, DESPERTA SENSAÇÕES, EMOÇÕES E SENTIMENTOS NEGATIVOS, NO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

VAN LOMMEL *et al* (2001) observaram que dos 62 pacientes (n=344) que relataram ter passado por uma E.Q.M., nenhum paciente relatou ter sentido aflição, angústia ou medo durante a E.Q.M. Este dado é congruente com os resultados apresentados pelos outros médicos que estudam E.Q.M. (GREYSON, 2000, 2003; KÜBLER–ROSS, 1998, 2003; MOODY JR, 1989, 1992; MORSE e PERRY, 1997; PARNIA e FENWICK, 2001; VAN LOMMEL, 2004; VAN LOMMEL et al, 2001; WEISS, 1998, 1999).

Por outro lado, o filósofo e teólogo BERMAN (2000) escreveu que as E.Q.M.negativas ocorrem, embora sejam mais raras. Ponderou que, por serem negativas, muitas vezes elas não são relatadas por quem as vivencia. Além de que, eventualmente, elas também revertem para uma E.Q.M. clássica (positiva). Segundo este autor, o que motiva uma E.Q.M. negativa é justamente a ausência de conexão psíquica do indivíduo com os aspectos transcendentais de amor e de abertura para a espiritualidade. Assemelha-se à imagem dos Seres de Luz aguardando a aceitação ou abertura psíquica do indivíduo, para que possam emitir auxílio, conforto, amparo e proteção; como o médico que espera permissão de seu doente para prosseguir com determinado tratamento.

Os pacientes que relataram uma E.Q.M. negativa, referiram-se a lugares cinzentos, escuros, ou a seres dispostos a atormentá-los, justamente o inverso das E.Q.M. positivas. Os indivíduos que, no curso da experiência negativa, sintonizaram seus pensamentos na busca de ajuda e conforto espiritual, a transformaram em positiva. Podemos citar como exemplo a E.Q.M. do psicólogo russo George Rodonaia, o qual relatou que antes desta experiência só acreditava no materialismo histórico; surpreendeu-se existindo (pensando) fora de seu corpo; estava muito escuro e ele disse ter sentido medo, mas, neste momento, refletiu que poderia pensar positivamente e procurou concentrar-se na luz; a partir desta mudança de foco de pensamento e sentimento, sua E.Q.M. tornou-se clássica (positiva).

Observamos, através das subcategorias, que alguns profissionais relataram sentimentos de angústia intensa ao acolher a Dor Espiritual no início dos atendimentos; contra-identificação com a Dor Espiritual do paciente; sensações de cansaço, insônia, pesadelos após a aplicação da RIME no início dos atendimentos de paciente com profundo medo da morte e também relataram emoções de impotência e frustração frente às resistências do doente.

Frente ao dado observado na 3ª Categoria, que na aplicação da RIME terapeuta e doente unem-se em um único sentimento, que há uma aproximação inconsciente entre ambos, é perfeitamente esperado que quando a Dor Espiritual do doente está exacerbada e este ainda não vivenciou os elementos da RIME como a conexão psíquica com os Seres de Luz, o profissional, ao aplicar esta Intervenção, entre em contato e também vivencie estes sentimentos, sensações e emoções negativos.

A médica Maria Goretti, na sua experiência ao aplicar a RIME, afirmou que o profissional precisa estar bem física e/ou emocionalmente para o uso desta Intervenção. Relatou que no quarto ao lado do segundo paciente por ela atendido através da RIME, tinha um outro doente que, no dia seguinte ao óbito do Sr S., entrou em processo de morte; ela sabia que ele estava para morrer em algumas horas. Esse outro paciente estava completamente apavorado e manifestava o que comumente chamamos delírio, mas que tem um fundo espiritual. Ele relatava estar vendo coisas apavorantes, gritava mesmo. Parecia simples, entrar lá e aplicar a RIME para ele se acalmar, mas não era, disse a médica; reconheceu que precisava estar bem e naquele momento estava exausta e sem almoçar. Era o seu limite. Ela não tinha forças, energia, para interferir naquele momento. A RIME parece simples, mas não é. Ela nos envolve com o paciente, mexe com a nossa essência, conecta-nos com o sofrimento do paciente para podermos ajudar, concluiu a médica. Por esta razão, naquele momento, atendeu o doente pelos métodos convencionais.

Observamos que, quando a Dor Espiritual do doente é exacerbada, o processo de re-significação desta Dor assemelha-se a uma E.Q.M. negativa que muda o seu curso para positiva, através da mudança do foco do pensamento e sentimento do paciente para os aspectos da espiritualidade, através dos procedimentos da RIME.

Diante dos dados colhidos nesta categoria, o processo de re-significação da Dor Espiritual do paciente também pode ser experimentado pelo profissional, pela aproximação inconsciente que acontece entre ambos no uso da RIME.

Os outros aspectos negativos relatados pelos profissionais, como a sensação de invasão da intimidade do paciente, frustração porque a paciente teve alta e não pôde fazer mais um atendimento antes do óbito, medo por sentir as vivências advindas dos procedimentos da RIME como muito reais e angústia por vivenciar simbolicamente a própria morte, embora pertinentes e possíveis de acontecer, parecem-nos aspectos particulares da experiência clínica no uso da RIME.

5ª CATEGORIA: A INTERVENÇÃO RIME É UMA PROPOSTA CONCRETA, CLARA, VIÁVEL E QUE APRESENTA RESULTADOS POSITIVOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.

Em nossa Dissertação de Mestrado, por questões éticas, optamos por não trabalhar com um grupo controle de pacientes terminais e estabelecemos o desenho da pesquisa por Estudo de Caso.

Nesta Tese de Doutorado, para estudarmos as contribuições da Intervenção RIME para a área de Cuidados Paliativos e a viabilidade do seu uso por outros terapeutas, convidamos profissionais com experiência prévia nesta área, para que estes pudessem fazer um paralelo entre a RIME e as suas referências anteriores.

A intervenção RIME, por utilizar-se das Técnicas de Relaxamento e Visualização, pode ser considerada como uma Terapia Alternativa, de acordo com os termos-chave encontrados na nossa revisão da literatura, citada no Capítulo 2. Essas técnicas (Relaxamento e Visualização) são utilizadas desde a mais remota antiguidade (CARVALHO, 1994b). A RIME inova ao induzir os elementos das E.Q.M. através destas técnicas.

Com os achados desta Categoria, podemos observar que as sugestões dos elementos das E.Q.M. induzem imagens mentais nos pacientes e também nos profissionais que as sugerem, mas a visualização destas imagens toma curso próprio e personalizado,

muito além de um simples imaginar por sugestão, pois contata o indivíduo com uma área mais transcendental de sua psique, criativa e curativa, assim como, segundo os relatos dos doentes e dos terapeutas, com Seres Espirituais que transmitem sentimentos afetuosos e paisagens que inspiram paz.

DOUGLAS (1999) afirma que a sugestão hipnótica e o estado hipnótico são diferentes. O estado hipnótico pressupõe ampliação da consciência, um maior contato com o mundo simbólico e inconsciente. No intuito de melhor preparar os profissionais para a aplicação da RIME, no Curso de Capacitação, além dos conteúdos teóricos, também foram propostas vivências para que eles pudessem experimentar a Intervenção RIME em uma perspectiva emocional e espiritual, favorecendo a ampliação da disponibilidade interna. Em relação a estas vivências, todos os profissionais seguiram as orientações propostas, mas também relataram visualizações individualizadas, ou seja, experiências pessoais e específicas frente às mesmas orientações, com conteúdos de natureza transcendental, semelhantes aos conteúdos relatados pelos pacientes que vivenciaram uma E.Q.M., e que sugeriram o emergir da sabedoria interna, da cura espiritual e da criatividade.

De acordo com BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004) a meditação pode ser usada como intervenção terapêutica, principalmente porque promove a auto-observação. Nas terapias cognitivas, a auto-observação é utilizada para auto-monitorar ou identificar pensamentos negativos ou crenças errôneas, com o objetivo de ajudar o paciente a lidar com o conteúdo destes pensamentos e crenças, alterando seu padrão e minimizando generalizações. Porém, na meditação, a auto-observação não é usada para modificar o pensamento em si, mas sim para alterar a relação ou a atitude do paciente em relação a ele. A RIME é uma forma de meditação e a Psicóloga Cristiane definiu muito bem este aspecto, quando observou que esta Intervenção não muda a forma de pensar no que se refere a aspectos da personalidade do paciente, mas sim, a forma deste lidar com o sofrimento; modifica o sentimento do doente.

MC GRATH (2003) observou que pacientes terminais não se mostraram motivados para a conversão religiosa, mas sim para práticas espirituais, que é justamente a proposta da Intervenção RIME.

BARHAM (2003), em estudo de caso, concluiu que a prática do Budismo relacionada à espiritualidade, à serenidade, à paz e ao amor foi muito importante para que uma paciente em estado terminal se sentisse segura de que faria uma boa passagem para o mundo espiritual. Observamos que o Programa de Treinamento sobre a Intervenção RIME embora não tenha nenhuma base budista, assemelha-se a esta no que se refere às questões da prática de meditação na busca de uma conexão com a sabedoria e a iluminação interna para a re-significação do sofrimento, pois, conforme acima citado, as técnicas de relaxamento e visualização são uma forma de meditação.

KENNEDY e CHESTON (2003) fizeram referência à importância de profissionais de saúde aprenderem a distinguir uma experiência espiritual genuína de um episódio psicótico no processo físico de morrer. Observamos, no uso da Intervenção RIME, que os pacientes terminais visualizam algumas vezes imagens e seres assustadores e a partir da aplicação desta intervenção passam a visualizar imagens belas e seres amorosos e acolhedores, o que sugere que o Programa de Treinamento sobre a Intervenção RIME capacita os profissionais para fazerem a distinção proposta pelos autores.

PAPATHANASSOGLOU e PATIRAKI (2003) estudaram os sonhos de pacientes gravemente enfermos e observaram uma rica experiência simbólica no que se refere aos símbolos de transformação, à transcendência e ao renascimento. A partir destas experiências simbólicas espontâneas, a doença crítica foi conceituada como uma fase que conduz a transformações no 'self', ao despertar da espiritualidade e ao crescimento pessoal. Observamos que o Programa de Treinamento para uso da Intervenção RIME prepara os profissionais para induzirem estas experiências simbólicas visando a alcançar os mesmos resultados encontrados na experiência onírica espontânea dos pacientes gravemente enfermos.

Segundo SATTERLY (2001) o recurso para o tratamento da Dor Religiosa ou Espiritual é a expressão de amor incondicional no trabalho dos profissionais de saúde, o que favorece ao paciente conseguir lidar com o seu próprio ódio e com a dureza de sua autocrítica. A Dor Espiritual, para este autor, está enraizada na culpa que conduz à punição e é experimentada como medo; e também está enraizada na vergonha que conduz um paciente a abandonar a esperança no amor de Deus. Embora a Dor Espiritual em nosso

estudo seja entendida de forma mais ampla, no nosso Programa de Treinamento para o aprendizado da Intervenção RIME enfatizamos a importância da atitude de Amor Incondicional por parte do profissional de saúde, justamente porque consideramos este aspecto como um fator necessário para o manejo terapêutico dos procedimentos da RIME.

Observamos também que o Programa de Treinamento sobre a Intervenção RIME, ao ensinar a indução dos elementos descritos pelos pacientes que passam por uma E.Q.M. através do Relaxamento e da Visualização, se assemelha, de certa forma, à terapia para pacientes suicidas proposta por BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004), em que, através da imaginação dirigida, são experimentadas introspecções, as quais são entendidas como provenientes de uma parte mais profunda do próprio "self" do paciente (fonte interna), ou de um guia espiritual ou uma presença espiritual (fonte externa). Esta semelhança entre nosso estudo e o de BIRNBAUM e BIRNBAUM (2004) sugere que podemos investigar a possibilidade de desenvolvermos o Programa de Treinamento para a aplicação da Intervenção RIME em outras clínicas.

A Intervenção RIME, por ser considerada de natureza breve e focal, pode ser aplicada por diferentes profissionais da área da saúde e não só por psicólogos ou médicos psicoterapeutas.

Convidamos para participar de nosso estudo enfermeiros, médicos, psicólogos e profissionais com formação acadêmica superior, que praticassem atividades espirituais junto aos doentes terminais, o que resultou na participação de uma terapeuta alternativa. Frente aos resultados, observamos a viabilidade do uso da RIME por todas as categorias de profissionais citadas, observando-se que os psicólogos estão mais capacitados, naturalmente por sua formação, para aplicar a RIME em pacientes que vivenciam processos mais longos de morrer, e que enfermeiros, médicos e terapeutas alternativos encaixam-se melhor nos atendimentos através da RIME em doentes que estão mais próximos da morte, ou mesmo na sua iminência.

A terapeuta Mara relatou que a RIME deu um sentido organizador à sua atividade terapêutica alternativa junto aos doentes terminais, pois esta funciona como um fio condutor; afirmou também que agora se sente mais à vontade neste trabalho porque tem uma forma adequada de abordar questões espirituais. A psicóloga Geneci afirmou que ficou

impressionada com os resultados positivos alcançados quanto à qualidade de vida da paciente no processo de morrer e também com a melhora na capacidade dos familiares de enfrentarem a iminência da morte da parente; sentiu grande motivação interna para aplicar a RIME, que se expandiu no setor onde trabalha, mobilizando e envolvendo toda a enfermagem em relação aos aspectos da intervenção como a música e as imagens. A psicóloga Cristiane afirmou que ampliou a possibilidade de obter bons resultados no trabalho com doentes terminais através da RIME em relação à psicologia convencional, e que também aprendeu como trabalhar a questão da espiritualidade em uma perspectiva acadêmica, o que resultou em conforto e tranqüilidade para atender esta categoria de doentes. A enfermeira Edinaura observou, através da RIME, que pode fazer mais pelos pacientes, além de medicá-los e seguir apenas as prescrições clínicas; observou que a sua ação profissional se estende além dos cuidados físicos, pois inclui também o campo de proporcionar alívio psíquico e espiritual, ou seja, inclui a aplicação de uma técnica que traz paz ao paciente. A médica Maria Goretti Sales Maciel observou que o profundo envolvimento psíquico com o sofrimento do doente e o acolhimento que a RIME proporciona, melhora a atuação clínica convencional do médico; observou também que incluir a questão da espiritualidade nos cuidados médicos convencionais, não atrapalha o tratamento clínico e a confiança do paciente no médico, ao contrário, fortalece esta confiança. O psicólogo Raúl Marques afirmou que a aplicação da RIME viabilizou o atendimento a um doente que sentia muita angústia ao contatar seu mundo interno e também lhe permitiu um posicionamento profissional mais inteiro, tanto na esfera pessoal, como na profissional, assim como um sentimento de segurança e serenidade diante do binômio morte – vida.

9.2- Discussão sobre a compreensão da Dor Espiritual e a experiência de re-significação desta Dor, manifestada pelos Doentes, durante a aplicação da Intervenção RIME.

A Dor Espiritual dos doentes terminais e a experiência de re-significação desta Dor durante a aplicação da Intervenção RIME foi analisada através das respostas do profissional de saúde no questionário estruturado, com supervisão das sessões pela psicóloga pesquisadora.

O medo da morte, o medo do pós-morte, as idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e ao sentido da vida e as culpas diante de Deus representam a Dor Espiritual.

- Medo da morte.

Em relação ao medo da morte foram encontradas duas categorias: medo da morte por negação da gravidade do quadro clínico e medo da morte por percepção da gravidade do quadro clínico. Observamos que a negação se manifestou pela dificuldade do paciente em aceitar o diagnóstico e os cuidados clínicos e também no apego ao mundo concreto e material. A percepção se manifestou através de preocupação importante do paciente com seu sofrimento físico, nas expressões não verbais de tensão, medo e pavor e na exacerbação dos sintomas clínicos.

- **Medo do pós-morte.**

Em referência ao medo do pós-morte foram encontradas duas categorias: medo do pós-morte por vivências ou sonhos espirituais negativos, tendo como subcategoria a visualização de imagens apavorantes ou muito assustadoras e o medo do pós-morte pelo sentimento de desintegração, de inexistir, de ser afetivamente esquecido, representado pelas subcategorias estado de alerta exacerbado, angústia de separação e dúvidas sobre o Amor Divino.

- Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida.

No que se refere à expressão da Dor Espiritual quanto às idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida, encontramos uma categoria representada pela ausência deste sentido e por sentimentos de vazio existencial, que se ramificou na subcategoria: experiências negativas anteriores, de ordem afetiva ou produtiva.

- Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade.

No que se refere à expressão da Dor Espiritual quanto às idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade, encontramos uma categoria representada por experiências de abandono afetivo projetado na espiritualidade, que se ramificou nas subcategorias dificuldade de transcendência e dificuldade em confiar na espiritualidade.

Observamos que nove pacientes (n=11) apresentaram medo da morte, caracterizando-se este aspecto da Dor Espiritual como o sofrimento prevalente e mais relevante diante do processo terminal, o que é congruente com nosso estudo de mestrado. Um dos pacientes apresentou-se em um estágio intermediário da negação / percepção, pois oscilava entre ambos, apresentando aspectos do medo da morte nas duas categorias. Como segundo aspecto mais importante que representa a Dor Espiritual, observamos o medo do pós-morte referido por sete pacientes (n=11), incluindo os dois que não apresentaram o medo da morte.

Consideramos que entender as representações da Dor Espiritual é muito importante, pois muitas vezes os profissionais, principalmente técnicos em enfermagem, relacionam as atitudes dos pacientes que expressam esta Dor, à esfera pessoal, o que gera estresse profissional desnecessário, além do atendimento insatisfatório às necessidades do doente.

Não foram encontradas referências, nesta amostra, sobre a expressão da Dor Espiritual "culpas diante de Deus", mas consideramos importante mantê-la como expressão possível, visto que PIMENTA e PORTNOI (1999) afirmam que se a dor for vista como punição divina, os indivíduos tentarão experimentá-la sem queixas, a fim de se transformar em uma forma de expiação para aliviar sentimentos de culpa e SAUNDERS (1991) considerou este aspecto no seu conceito de Dor Espiritual.

Tanto na análise qualitativa como na análise quantitativa observamos que a Intervenção RIME favoreceu a re-significação da Dor Espiritual.

Na análise quantitativa observamos diferença estatisticamente significativa ($p<0,0001$), isto é, no final das sessões de RIME, os doentes relataram maior nível de Bem-Estar do que no início da sessão.

Na análise qualitativa observamos que os procedimentos da RIME favoreceram a re-significação da Dor Espiritual de forma personalizada, de acordo com a manifestação específica de cada doente. Recomendamos a leitura do Anexo 11 (2^o volume), onde, através das entrevistas de supervisão, o processo de re-significação de cada doente pode ser entendido, pelo método estudo de caso.

Observamos também que a re-significação da Dor Espiritual acontece de maneira processual e, embora não exista uma regra sobre o intervalo que deve ser dado entre as sessões, observamos que o paciente refere piora de bem-estar neste intervalo e por esta razão recomendamos que eles sejam breves, dentro das possibilidades de atendimento ao doente. A psicóloga Geneci, por exemplo, aplicou duas sessões da Intervenção RIME em um mesmo dia, na segunda paciente, o que se mostrou producente.

No que se refere ao tempo de duração das sessões, houve, no tempo mínimo, uma aplicação de quinze minutos e, no tempo máximo, uma aplicação que durou três horas e, na maioria das vezes, as sessões duraram em torno de sessenta minutos. Observamos que não há uma regra fixa sobre o tempo de duração da sessão de aplicação da RIME, sendo que o profissional deve observar a necessidade do paciente.

Em relação à idade, religião e profissão, em doentes de ambos os sexos portadores de algum tipo de câncer, os dados sociodemográficos indicaram que a Intervenção RIME apresentou bons resultados para minimizar o sofrimento no processo de morrer de uma população diversificada.

Foram atendidos pacientes entre vinte e sete e setenta e seis anos, o que indicou a possibilidade do uso da RIME tanto para adultos jovens, como adultos na meia idade e também idosos. No nosso Projeto Piloto trabalhamos com crianças e adolescentes e também obtivemos bons resultados. (ELIAS, 2003).

As profissões dos pacientes de nossa amostra requeriam desde nível mínimo de educação até a graduação superior, o que sugeriu a possibilidade de aplicação da RIME para qualquer nível de escolaridade.

No que se refere à religião, os pacientes participantes professavam diferentes crenças religiosas como a católica, a espírita e modalidades diversas da evangélica, o que indicou a possibilidade de se trabalhar a questão da espiritualidade através da RIME, independente da religião que o paciente professe.

CHOCHINOV *et al* (2004) afirmaram que poucas pesquisas empíricas sobre intervenções terapêuticas para pacientes terminais têm sido feitas. Entre as intervenções possíveis relacionaram a "terapia de apoio" (suporte para minimizar reações de medo e ansiedade e para favorecer mecanismos de adaptação e enfrentamento); "terapia para

orientação de insight" (a qual consideram de aplicação limitada para pacientes terminais, porque a resolução de conflitos através de processos que envolvem interpretação, catarse e ampliação da capacidade de produzir "insight" requer tempo, energia e comprometimento com um árduo processo psicológico, o que freqüentemente é incômodo para um paciente próximo à morte); "terapia pessoal" (para pacientes com HIV positivo, através de dezesseis sessões semanais para ajudá-los quanto à educação dos sintomas da depressão, assim como identificação e posicionamento diante de problemas pessoais que podem ser resolvidos); "psicoterapia de apoio grupal" (inclui grupos de auto-ajuda e oferece um espaço para pacientes com doenças semelhantes trocarem informações, com o objetivo de reforçar as estratégias de enfrentamento e minimizar o isolamento e o estigma); "psicoterapia de grupo para suporte e expressão existencial" (desenvolvida para mulheres com metástases de câncer de mama com foco nos problemas da fase terminal, visando a melhora dos relacionamentos com os familiares, amigos e médicos, assim como o incentivo a viver da maneira mais completa possível até a morte); "terapia cognitiva comportamental" (favorecer a correção de distorções cognitivas com ênfase nas resistências anteriores, mobilizar recursos internos e ampliar as estratégias de enfrentamento); "logoterapia" (psicoterapia existencial que explora caminhos onde o sentido do sofrimento pode ser entendido em uma perspectiva mais positiva); "terapia do pesar" (procura ajudar o paciente, durante o processo de morrer, a refletir sobre o sentimento de perda de identidade, a possibilidade de continuar a existir após a morte do corpo físico e também sobre aos relacionamentos atuais); "revisão da vida" (favorece ao paciente examinar as experiências passadas e realizações visando a busca de sentido, a resolução de velhos conflitos, assim como a resolução de pendências familiares ou profissionais); "narrativa da vida" (desenvolvida para criar uma nova perspectiva de convivência com a doença, para enfatizar formas de enfrentamento e para ampliar a auto-estima).

CHOCHINOV *et al* (2004) desenvolveram a "terapia da dignidade", cujas principais preocupações são o nível de independência cognitiva e funcional e o controle dos sintomas físicos e psicológicos; os conteúdos trabalhados se referiram à conservação de perspectivas que sugerem dignidade (senso de existência, manutenção das funções, respeito a si mesmo, esperança, autonomia, aceitação e resiliência) e a prática de ações que sugerem dignidade (viver o momento, manutenção da normalidade e a busca por conforto espiritual).

As sessões desta modalidade de terapia são gravadas, sendo que são fornecidas cópias das fitas para os pacientes, assim como eles também respondem a um inventário de dignidade social com temas relacionados aos limites da privacidade, ao apoio social, aos métodos de tratamento, à sobrecarga emocional frente ao sofrimento de outros e às conseqüências do trabalho com estes interesses.

O desenho deste nosso estudo não permite a comparação da RIME com outras intervenções, de forma a analisar se ela apresenta uma melhor ou pior eficácia junto aos doentes terminais. Citamos as Intervenções acima, apenas no sentido de apontar que há outras possibilidades de se atender ao doente terminal, principalmente porque a aplicação da Intervenção RIME limita-se aos pacientes que acreditam na vida espiritual pós-morte. Por outro lado apontamos que a grande maioria dos brasileiros professa esta crença; segundo dados do IBGE 74% dos brasileiros declaram-se católicos (fonte: Revista VEJA "on line", 11/05/2005; http://veja.abril.com.br/110505/p_112.html), além das outras opções religiosas que também pressupõem a existência de vida após a morte.

Observamos também que os profissionais que participaram deste estudo, todos eles experientes ou estudiosos em Cuidados Paliativos, referiram que o aprendizado da Intervenção RIME contribuiu de forma importante para a sua prática profissional junto aos doentes terminais.

9.3- Razões que levaram uma enfermeira a não aplicar a Intervenção RIME.

A enfermeira Eloísa (nome fictício) embora tenha conhecido a Intervenção RIME antes do Curso de Capacitação em uma apresentação da pesquisadora no Serviço de Atendimento Domiciliar em que trabalha e tenha, no decorrer da Capacitação propriamente, referido identificação com a RIME, não conseguiu atender nenhum paciente, dentro do prazo previsto, por meio desta modalidade de Intervenção.

Na entrevista que realizamos para conhecer as suas dificuldades, observamos que, em um primeiro momento, a enfermeira atribuiu suas dificuldades às questões administrativas, explicando que ficou na coordenação da equipe e não pôde ir a campo.

Mas, no decorrer da conversa explicou que apesar do fator administrativo ter interferido, este não foi o motivo mais importante.

A enfermeira relatou que razão verdadeira foi que ela se sentiu sozinha para enfrentar a crítica das pessoas que acham que a enfermagem tem que trabalhar apenas com os aspectos biológicos e não trabalhar com os aspectos psicológicos e espirituais. Afirmou que todos da equipe assistiram à exposição da pesquisadora, mas poucos realmente aproveitaram a aula e levaram algo de bom para os pacientes, a partir destes ensinamentos; disse que a maioria dos integrantes da equipe não quer pensar em morte e nem em sofrimento; não quer ter o trabalho de lidar com a dor do paciente, porque lidar com os aspectos psicológicos e espirituais, demanda uma ação da própria pessoa, não é um ato mecânico. Concluiu que se a fisioterapeuta da equipe, que é favorável ao uso de procedimentos que trabalhem aspectos psicológicos e espirituais, tivesse também participado do Programa de Treinamento, ela teria encontrado forças e apoio para lidar com as críticas dos não adeptos a estes procedimentos.

A ciência, definida por KUHN (1996) como um processo pelo qual vamos juntando pedaços de informações que são, por sua vez, somados isoladamente ou em combinação ao grande e sempre crescente estoque de técnicas e conhecimentos científicos, é fundamentada em paradigmas. Paradigma é um conjunto de crenças que são aceitas durante um determinado período de tempo pela comunidade científica. Os pesquisadores, mesmo sem perceberem, são influenciados pelos paradigmas vigentes da sua época. Uma mudança de paradigmas inclui uma grande e profunda modificação no nível de idéias e percepções do mundo. O autor afirmou que vivemos um período de transição, de mudanças quanto aos paradigmas que norteiam o conhecimento científico e pontuou que a emergência de um novo paradigma afeta a estrutura do grupo que atua nesse campo.

Consideramos pertinentes as considerações da enfermeira. A aplicação da Intervenção RIME requer coragem por parte do profissional para enfrentar as resistências, próprias de períodos de mudanças de paradigmas; a Intervenção RIME, através de seus procedimentos, situa o paciente em uma perspectiva biopsicossocial e espiritual e requer do profissional, não só o adequado manejo tecnológico concebido pelo modelo mecanicista, mas também comprometimento psicoespiritual, o que implica em capacidade para o cuidar.

Entendemos por estes termos as seguintes características: preparo para poder receber e conter as angústias, medos e culpas do paciente; capacidade de colocar-se em uma postura ativa, que expresse acolhimento afetivo, continência, compreensão, doçura, serenidade e solidariedade; capacidade de estabelecer uma sintonia com o paciente, compreendendo e acolhendo suas comunicações verbais e não verbais, sem se deixar contaminar excessivamente por elas e sim, decodificando-as e também sensibilidade e coragem para trabalhar com os elementos que compõem a questão da espiritualidade, de forma a possibilitar, através do método proposto, uma possibilidade de re-significação da Dor Espiritual.

10- CONCLUSÕES

Concluímos que o Programa de Treinamento proposto, que incluiu um Curso de Capacitação e Supervisões aos atendimentos, mostrou-se eficaz para preparar profissionais de saúde para o uso da Intervenção RIME, capacitando-os para o cuidar.

A análise qualitativa e quantitativa da re-significação da Dor Espiritual dos doentes terminais indicou que a Intervenção RIME promoveu qualidade de vida no processo de morrer, assim como mais serenidade e dignidade perante a morte.

Como a re-significação da Dor Espiritual acontece de forma processual, recomendamos que os intervalos entre as sessões sejam breves, dentro das possibilidades de atendimento ao doente.

Foram observados como aspectos mais relevantes da Dor Espiritual o medo da morte e o medo do pós-morte. Profissionais de saúde mais preparados para prestar assistência espiritual podem contribuir para a melhora do atendimento a pacientes terminais, o que significa, no caso específico desta Intervenção RIME, favorecer uma aceitação mais serena do doente frente à iminência da morte; re-significar o sentido da desintegração do corpo físico e a visão negativa sobre a espiritualidade e o pós-morte; estimular a conexão psíquica do paciente com paisagens que simbolizem paz e serenidade e com Seres Espirituais amorosos, bons, acolhedores e protetores; e também facilitar o contato do doente com sentimentos positivos em relação ao sentido de sua própria vida.

Os resultados indicaram que é viável a aplicação da RIME por enfermeiros, médicos, psicólogos e terapeutas que tenham afinidade com os fundamentos teóricos que norteiam esta intervenção. Recomendamos aos psicólogos os atendimentos para os doentes em processos mais longos de morrer, e aos enfermeiros, médicos e terapeutas alternativos, os atendimentos para doentes que estão mais próximos da morte, ou mesmo na sua iminência.

Indicamos a possibilidade de aplicação da RIME por cuidadores, de forma a ampliar o número de pacientes que possam vir a ser beneficiados por esta Intervenção.

Observamos também que todos os profissionais referiram sentir-se muito bem na aplicação da RIME, apresentaram melhor enfrentamento do luto pessoal e crescimento psicoespiritual tanto na esfera profissional, como na pessoal, o que indicou que esta modalidade de intervenção proporcionou benefícios, não só aos pacientes, mas também aos profissionais; frente a este achado, consideramos viável a possibilidade de se estudar a aplicação da Intervenção RIME em profissionais de saúde que não façam uso dela, com o objetivo de re-significar a própria Dor Espiritual destes profissionais, preparando-os psicoespiritualmente para o cuidar.

Consideramos também viável a possibilidade de se estudar a aplicação da RIME em outras clínicas, como no pré, intra e pós-operatório, oncologia desde a fase do diagnóstico, tratamento de doenças psicossomáticas, pacientes que tentaram suicídio, etc.

Observamos que a RIME induz vivências semelhantes às descritas pelos doentes que passaram por uma E.Q.M., tanto no profissional que a aplica, como no paciente que se submete a esta Intervenção. Consideramos, por outro lado, que, devido ao número de nossa amostra, nossos resultados ainda não são suficientes para generalizações, e por esta razão, recomendamos que novos estudos sejam realizados sobre a aplicação da Intervenção RIME, principalmente no que se refere à compreensão das vivências de natureza espiritual.

Ponderamos que os procedimentos da Intervenção RIME são baseados na visão do ser humano como um ente biopsicossocial e espiritual e, por esta razão, para a sua aplicação, o profissional necessita coragem para enfrentar as resistências próprias de períodos de mudanças de paradigmas.

Ressaltamos que a aplicação da Intervenção RIME limita-se tanto aos profissionais, como aos pacientes que acreditam na vida espiritual, independente de qual seja a religião proferida.

Em relação às limitações desta pesquisa observamos que o desenho de nosso estudo não permitiu a utilização de grupo controle para que os resultados da RIME fossem comparados com os resultados de outras intervenções. A segunda limitação referiu-se ao tamanho de nossa amostra, pois embora os resultados tenham sido significativos e colhidos

dentro de rigorosa metodologia acadêmica, os mesmos não podem ser generalizados. Novos estudos deverão ser desenvolvidos para que estas limitações sejam trabalhadas.

Frente às categorias encontradas observamos que a Intervenção RIME favorece o autoconhecimento, atitude que foi considerada por Sócrates, filósofo grego do séc V aC, como fundamental para a felicidade e o desenvolvimento pessoal.

Finalizamos esta Tese com as palavras de CHARURI (2001):

> Existe um Amor Maior. Existe uma Bondade Maior. Existe um Poder Maior. A nossa Mente está ligada com o Universo. Nós não somos uma parte isolada do Universo. Nós estamos juntos com todas as partes. Nós fazemos parte da mesma respiração – a Grande Respiração. A nossa pequena respiração pulmonar é apenas ilusória. O nosso movimento é apenas ilusório. O nosso real movimento é mental, espiritual. É até onde nós conseguimos ver do todo que nos cerca e do qual fazemos parte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

AI, A.L.; BOLLING, S.F. - The use of complementary and alternative therapies among middle-aged and older cardiac patients. **Am J Med Qual**, 17 (1):21-7, 2002.

AMATUZZI, M. M. – Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. **Estud. Psicol. (Campinas)**,13 (1):5–10, 1996.

ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. - Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **Am Fam Physician**, 63 (1):81-9, 2001. (Review).

ARNOLD, W.; EYSENCK, H.J.; MEILI, R. – **Dicionário de Psicologia**. São Paulo. Edições Loyola. 1982. vol 2. p. 26 –7.

ARNSTEIN, P. - Chronic neuropathic pain: issues in patient education. **Pain Manag Nurs**, 5 (4 Suppl 1):34-41, 2004.

ASHTON, C.; WHITWORTH, G.C.; SELDOMRIDGE, J.A.; SHAPIRO, P.A.; WEINBERG, A.D.; MICHLER, R.E. et al – Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized trial. **J Cardiovasc Surg (Torino)**, 41 (2):335-6, 1997.

BALDACCHINO, D; DRAPER, P. – Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. **West J. Nurs Res**, 23 (1):90–104, 2001.

BARDIN, L. – **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1994.

BARHAM, D. - The last 48 hours of life: a case study of symptom control for a patient taking a Buddhist approach to dying. **Int J Palliat Nurs**, 9 (6):245-51, 2003.

BARNES, P.M.; POWELL-GRINER, E.; MCFANN, K.; NAHIN, R.L. - Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. **Adv Data**, 27 (343):1-19, 2004.

BARREIRA, C.R.A.; MASSIMI, M. - As idéias psicopedagógicas e a Espiritualidade no karate-do segundo a obra de Gichin Funakoshi. **Psicol. reflex. crit**, 16 (2):379-88, 2003.

BENKO, M.A.; SILVA, M.J. - Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Rev Lat Am Enfermagem**, 4 (1):71-85, 1996.

BERGER, M.V. B. – **Educação Transpessoal: Integrando o Saber ao Ser no Processo Educativo**. Campinas, 2001. Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas.

BERMAN, P. L. – **Experiências de Quase Morte e o Dom da Vida**. Rio de Janeiro, Editora Nova Era, 2000.

BIRNBAUM, L.; BIRNBAUM, A. - In search of inner wisdom: guided mindfulness meditation in the context of suicide. **Scientific World Journal**, 18 (4):216-27, 2004.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. – **Investigação Qualitativa em Educação**. Portugal, Porto, 1994.

BORRIE, R.A. – The use of restricted environmental stimulation therapy in treating addictive behaviors. **Int J Addict**, 25 (7A-8A):995-1015, 1990-91.

BRANDÃO, M.L.R. - Saúde e fé cristã: um ensaio ético-teológico. **Mundo Saúde**, 24 (6):515-23, 2000.

BRENNER, C. - **Noções Básicas de Psicanálise**. 5. ed. São Paulo, Imago Editora, 1987.

BROWN-SALTZMAN, K. - Replenishing the spirit by meditative prayer and guided imagery. **Semin Oncol Nurs**, 13 (4):255-9, 1997.

BULKELEY, K. - Dreaming as a Spiritual Practice: A Workshop. **In**: **Abstracts of onference XII.** U.S.A., New York, Association for The Study of Dreams, 1995.

BURNS, S.J.; HARBUZ, M.S.; HUCKLEBRIDGE, F.; BUNT, L. – A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. **Altern Ther Health Med**, 7 (1):48-56, 2001.

CAPRA, F. - **O Ponto de Mutação**. 20° ed. São Paulo, Editora Cultrix, 1982.

CARVALHO, M.M.J. - A Hipnoterapia no Tratamento da Dor. **In**: CARVALHO, M.M.J. - **DOR, Um Estudo Multidisciplinar**.São Paulo, Summus Editorial, 1999. p.222-47.

CARVALHO, M.M.J. – O Sofrimento da Dor no Câncer. **In**: CARVALHO, M.M.J. - **Introdução a Psiconcologia**.Campinas, Editorial Psy II, 1994a. p.103–18.

CARVALHO, M.M.J. – Visualização e Câncer. **In**: CARVALHO, M.M.J. – **Introdução a Psiconcologia**. Campinas, Editorial Psy II, 1994b. p.161–72.

CASSILETH, B.; ABRAHM, J.; ALAVI J.B.; BOLWELL, B.; CASSILETH, P.A.; DALY, J.M. et al – **Câncer. Cuidando do Paciente em Casa. Um Guia para Doentes e seus Familiares**. São Paulo, Fundação Oncocentro, 1994.

CAUDILL, M. – **Controle a Dor antes que Ela Assuma o Controle: Um Programa Clinicamente Comprovado**. São Paulo, Summus Editorial, 1998.

CHARURI, C. – **Como Vai a Sua Mente?**. 3. ed. São Paulo, PC Editorial, 2001.

CHIBNALL, J.T..; JERAL, J.M.; CERULLO, M.; KNORP J.F.; DUCKRO, P.N. – Medical school exposure to spirituality and response to a hypothetical cancer patient. **J Cancer Educ**, 17 (4):188–90, 2002a.

CHIBNALL, J.T.; VIDEEN, S.D.; DUCKRO, P.N.; MILLER, D.K. – Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. **Palliat Med**, 16 (4):331-8, 2002b.

CHOCHINOV, H.M.; HACK, T.; HASSARD, T.; KRISTJANSON, L.J.; MC CLEMENT, S.; HARLOS, M. - Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. **J Palliat Care**, 20 (3):134-42, 2004.

CLARK, P.A.; DRAIN, M.; MALONE M.P. - Addressing Patients' Emotional and Spiritual Needs. **Jt Comm J Qual Saf**. 29 (12):659-70, 2003

CORBELLINI, V.L.; COMIOTTO, M.S. – Hoje eu me sinto em paz, eu deito agradecendo a Deus, se nós não temos fé, nós não somos ninguém. **Mundo Saúde, 24** (6):510-14, 2000.

CORRÊA, C.F.; PIMENTA, C.A.M. – Princípios do Tratamento da Dor. **In**: FIGUEIRÓ, J.A.B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C.A.M. – **Dor e Saúde Mental**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte, Editora Atheneu, 2005. p. 41-50.

D' ANDREA, F. F. - **Desenvolvimento da Personalidade**. 10. ed. Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil, 1991.

DAVID, H.M.S.L. - **Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares**. Rio de Janeiro, 2001. Tese - Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y.S. – Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. **In**: DENZIN, N.; LINCOLN, Y.S. - **Handbook of Qualitative Research**. London, SAGE Publications, 1994.

DOLLANDER, M. – Etiologies of adult insomnia. **Encephale**, 28 (6 Pt 1):493-502, 2002.

DOUGLAS, D.B. – Hypnosis: useful, neglected, available. **Am J Hosp Palliat Care**, 16 (5):665:70, 1999.

EFFICACE, F.; MARRONE, R. – spiritual Issues and quality of life assessment in cancer care. **Death Stud**, 26 (9):743-56, 2002.

ELIAS, A.C.A. - Um Jeito mais Brando de Enfrentar a Morte. **Revista VIVER Psicologia**, 80: 14-6, 1999.

ELIAS, A.C.A. – **Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re–significação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais**. Campinas, 2001. Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas.

ELIAS, A.C.A. - Intervenção Psicoterapêutica para Pacientes Graves e Terminais **In**: GIGLIO, Z.G; GIGLIO, J.S. – **Anatomia de uma época: olhares junguianos através do binômio Eficiência / Transformação**. Campinas, Instituto de Psicologia Analítica de Campinas, IPAC, 2002. p.191-202.

ELIAS, A.C.A - Re–significação da Dor Simbólica da Morte: Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade. **Psicologia Ciência e Profissão**, 23 (1):92–7, 2003.

ELIAS, A.C.A. - Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade para o Alívio da Dor Simbólica da Morte. **In**: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M**. Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. Barueri, Editora Manole, 2006. p.333-46.

ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. – A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar: O Psicólogo e a Dimensão Espiritual do Paciente. **Estud. Psicol. (Campinas)**, 18 (3):23-32, 2001a.

ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. – Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re–significação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, 16: 14–22, 2001b.

ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. – Interveção Psicoterapeutica na área de Cuidados Paliativos para re-significar a Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais através de Relaxamento Mental, Imagens e Espiritualidade. **Rev. Psiquiatr. Clín**, 29 (3):116–29, 2002a.

ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. - Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal – **Mudanças**, 10 (1):72–92, 2002b.

EPSTEIN, G. - **Imagens que Curam**. 6. ed. Rio de Janeiro, Xenon Editora, 1990.

ETCHEGOYEN, R.H. – **Fundamentos da Técnica Psicanalítica**. 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

FERNANDEZ, A.A. – Persona: Mathilde Neder. **Revista VIVER Mente e Cérebro**, 147: 22-4, 2005.

FERNANDEZ, C.V.; STUTZER, C.A.; MAC WILLIAM, L.; FRYER, C. – Alternative and complementary therapy use in pediatric oncology patients in British Columbia: prevalence and reasons for use and nonuse. **J Clin Oncol**, 16 (4):1279-86, 1998.

FERREIRA, A.B.H. - **Novo Aurélio - Dicionário da Língua Portuguesa – Século XXI**. 3. ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, M.V.C. – **Hipnose na Prática Clínica**. São Paulo, Editora Atheneu, 2003.

FIGUEIREDO, J.H.; GIGLIO, J.S.; BOTEGA, N.J. – Tratamentos Psicológicos: Psicoterapia de Apoio, Relaxamento, Meditação. **In**: BOTEGA, N.J. – **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. Porto Alegre, Artmed Editora, 2002. p.405–18.

FIORINI, H.J. – **Teorias e Técnicas de Psicoterapias**. 9. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1991.

FISCH, M.; ZICHI COHEN M.; RUTLEDGE C.; CRIPE L.D. - Teaching patients how to improve communication with their health care providers: a unique workshop experience. **J Cancer Educ**, 18 (4):188-93, 2003.

FLECK, M.P.A.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N.S. – Desenvolvimento do WHOQOL, Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais. **Rev. Saúde Pública**, 37 (4):446–55, 2003.

FORGHIERI, Y. C. – **Psicologia fenomenológica – fundamentos, método e pesquisas**. São Paulo, Editora Pioneira, 2004.

FORTUNE, M.; PRICE, M.B. - The spirit of healing: how to develop a spiritually based personal and professional practice. **J N Y State Nurses Assoc.**, 34 (1):32-8, 2003.

FRANÇA, C. – **Psicologia Fenomenológica: uma das maneiras de se fazer**. Campinas, Editora da UNICAMP, 1989. (Série Teses).

FREIRE JÚNIOR, R.C.; TAVARES, M.F.L. – A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecimento e valorizando sua opinião. **Interface comun. saúde educ**, 9 (16):147-58, 2004-2005.

FREUD, S. - **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975. **vol. XXIII**.

FREUD, S. - **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1987a. **vol. XXI**.

FREUD, S. - **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1987b. **vol. V**.

FRIEDEMANN, M.L.; MOUCH, J.; RACEY,T. - Nursing the spirit: the Framework of Systemic Organization. **J Adv Nurs**, 39 (4):325-32, 2002.

GARFIELD, P. - Do Dreams Foretell Illness and Death? In Can Dreams Predict The Future? A Panel Discussion. **In**: **Abstracts of Conference XII**. U.S.A., New York, Association for The Study of Dreams, 1995.

GERARD, S.; SMITH, B.H.; SIMPSON, J.A. - A randomized controlled trial of spiritual healing in restricted neck movement. **J Altern Complement Med**, 9 (4):467-77, 2003.

GIGLIO, J.S.- **Jornal O Comunitário**. Edição no. 55: ano VIII, 1996.

GIGLIO, J.S. - **Psicoterapia e Espiritualidade** – Monografia apresentada a Associação Junguiana do Brasil para conclusão do Curso de Formação de Analistas Junguianos. Campinas, Associação Junguiana do Brasil, 1997.

GIGLIO, J.S.; GIGLIO, Z.G. - A Religiosidade na prática psico-terapêutica: uma leitura contemporânea. **In**: **Desafios da prática: O paciente e o continente. Anais do III Congresso Latino-Americano de Psicologia Junguiana**. Salvador, Brasil, 2003.

GOOD, P.D. – Advances in palliative care relevant to the wider delivery of healthcare. **Med J Aust**, 179 (6 Suppl): S44–6, 2003.

GREYSON, B. – Near-Death Experiences in a Psychiatric Outpatients Clinic Population. **Psychiatric Services**, 54(12):1649-51, 2003. Available from: URL: http://ps.psychiatryonline.org,

GREYSON, B. – Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds? **The Lancet**, 355 (9202):460-463, 2000.

GRUNBERG, G.; CRATER, S.W.; GREEN, C.L.; SESKEVICH, J.; LANE, J.D.; KOENIG, H.G. et al - Correlations between preprocedure mood and clinical outcome in patients undergoing coronary angioplasty. **Cardiol Rev**, 11 (6):306-8, 2003.

HALSTEAD, M.T.; HULL, M. - Struggling with paradoxes: the process of spiritual development in women with cancer. **Oncol Nurs Forum**, 28 (10):1534-44, 2001.

HAWKS, S.R.; HULL, M.L.; THALMAN, R.L.; RICHINS, P.M. - Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. **Am J Health Promot**, 9 (5):371-8, 1995.

HEINTZ, L.M.; BARUSS, I. - Spirituality in late adulthood. **Psychol Rep**, 88 (3 Pt 1):651-4, 2001.

HENDERSON, J.W.; DONATELLE, R.J. – Complementary and alternative medicine use by women after completion of allopathic treatment for breast cancer. **Altern Ther Health Med**, 10 (1):52-7, 2004.

HENSE, D.S.S. – **Tendo que operar– se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade**. Florianópolis,1987. Dissertação – Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina.

HERMANN, C.P. – Spiritual Needs of Dying Patients: A Qualitative Study. **Oncol Nurs Forum**, 28 (1):167–72, 2001.

HESSIG, R.E.; ARCAND, L.L.; FROST, M.H. - The effects of an educational intervention on oncology nurses' attitude, perceived knowledge, and self-reported application of complementary therapies. **Oncol Nurs Forum**, 31 (1):71-8, 2004.

HILLIARD, R.E. - Music Therapy in Hospice and Palliative Care: a Review of the Empirical Data. **Evid Based Complement Alternat Med**, 2 (2):173-8, 2005.

HOLBECHE, S. - **Como os Sonhos podem nos Ajudar**. São Paulo, Cultrix. 1997.

HOULDIN A.D.; MC CORKLE, R.; LOWERY, B.J. - Relaxation training and psychoimmunological status of bereaved spouses. A pilot study. **Cancer Nurs**, 16 (1):47-52, 1993.

HOLT-ASHLEY, M. – Nurses pray: use of prayer and spirituality as a complementary therapy in the intensive care setting. **AACN Clin Issues**, 11 (1):60-7, 2000.

HOSAKA, T.; SUGIYAMA, Y.; HIRAI, K.; SUGAWARA, Y. - Factors associated with the effects of a structured psychiatric intervention on breast cancer patients. **Tokai J Exp Clin Med**, 26 (2):33-8, 2001.

INGLIS, B. - **O Poder dos Sonhos**. 10. ed. São Paulo, Editora Pensamento. 1994.

JUNG, C.G. – **Memórias, Sonhos, Reflexões**. 21. ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 2001.

JUNG, C. G. – Chegando ao Inconsciente. **In**: JUNG, C. G. - **O Homem e seus Símbolos**. 12. ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1993. p.18–103.

JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986a. **vol. XI**.

JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986b. **vol. IX/2**.

JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986c. **vol. XII**.

JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986d. **vol. XV**.

JUNG, C.G. -**Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986e. **vol. VIII**.

JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986f. **vol. V**.

JUNG, C.G. - **Dreams**. New Jersey, Princeton University Press, 1974.

KAASA, S.; LOGE, J.H. – Quality of life in palliative care: principles and practice. **Palliat Med**, 17 (1): 11-20, 2003.

KAMIENESKI, R.; BROWN, C.M.; MITCHELL, C.; PERRIN, K.M.; DINDIAL, K. - Health benefits achieved through the Seventh-Day Adventist Wellness Challenge program. **Altern Ther Health Med**, 6 (6):65-9, 2000.

KENNEDY, C.; CHESTON, S.E. - Spiritual distress at life's end: finding meaning in the maelstrom. **J Pastoral Care Counsel**, 57 (2):131-41, 2003.

KENNEDY, J.E.; ABBOTT, R.A.; ROSENBERG, B.S. – Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. **Altern Ther Health Med**, 8 (4):64-6, 68-70, 72-3, 2002.

KISSANE, D.W.; LOVE, A.; HATTON, A.; BLOCH, S.; SMITH, G.; CLARKE, D.M. et al – Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. **J Clin Oncol**, 22 (21):4244-6, 2004.

KNEIER, A.W. - Coping with melanoma--ten strategies that promote psychological adjustment. **Surg Clin North Am**, 83 (2):417-30, 2003.

KOENIG, H.G. – **Espiritualidade no Cuidado com o Paciente. Por quê, como, quando e o quê**. São Pulo, FE Editora Jornalística, 2005.

KOENIG, H.G. – Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. **Southern Medical Journal**, 97 12):1194-200, 2004a.

KOENIG, H.G. – Taking a Spiritual History. **JAMA** 291 (23):2891, 2004b.

KOVÁCS, M.J. – Notícia: Wilma da Costa Torres (1934-2004): Pioneira da Tanatologia no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 20 (1):95-6, 2004.

KOVÁCS, M.J. – **Educação para a Morte. Temas e Reflexões**. São Paulo, Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003.

KRONENWETTER, C.; WEIDNERG, G.; PETTENGILL, E.; MARLIN, R.; CRUTCHFIELD, L.; MC CORMAC, P. et al - A qualitative analysis of interviews of men with early stage prostate cancer: the Prostate Cancer Lifestyle Trial. **Cancer Nurs**, 28 (2):99-107, 2005.

KRUCOFF, M.W.; CRATER, S.W.; GREEN, C.L.; MAAS, A.C.; SESKEVICH, J.E.; LANE, J.D. et al - Integrative noetic therapies as adjuncts to percutaneous intervention during unstable coronary syndromes: Monitoring and Actualization of Noetic Training (MANTRA) feasibility pilot. **Am Heart J**, 142 (5):760-9, 2001.

KÜBLER-ROSS, E. – **O Túnel e a Luz**. Campinas, Verus Editora, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. - **A Roda da Vida**. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998.

KÜBLER-ROSS, E. - **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo, Martin Fontes, 1996.

KUHN, T.S. – **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 4. ed. São Paulo, Editora Perspectiva, 1996. (Coleção Debates).

KVALE, S. – **InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing**. Thousand Oaks, California, SAGE Publications, 1996.

LA GRAND, L.E. – Reduncing burnout in the hospice and death education movement. **Death Educ**, 4 (1):61-75, 1980.

LANG, E.V.; BENOTSCH, E.G.; FICK, L..J; LUTGENDORF, S.; BERBAUM, M.L.; LOGAN, H. et al – Adjunctive non – pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. **The Lancet**, 355 (9214):1486–90, 2000.

LAURENTIIS, V. R.; DANTAS, A. M. - Percurso profissional da profª drª Maria Margarida Moreira Jorge de Carvalho: diário de bordo. **Available from**: URL: http://www.crpsp.org.br/a_acerv/pioneiros/magui/fr_magui_artigo.htm

LINDOP, E. – A complementary therapy approach to the management of individual stress among student nurses. **J Adv Nurs**, 18 (10): 1578-85, 1993.

LOURDES, C.; REUS, V. - Emergent topics of educators' perspectives on their own education for retired health care professionals. **P R Health Sci J**, 21 (3):241-51, 2002.

LOWIS, M.J.; HUGHES, J. - A comparison of the effects of sacred and secular music on elderly people. **J Psychol**, 131 (1):45-55, 1997.

LUCINI, D.; COVACCI, G.; MILANI, R.; MELA, G.S.; MALLIANI, A.; PAGANI, M.; A controlled study of the effects os mental relaxation on autonomic excitatory responses in healthy subjects. **Psychosom Med**, 59 (5):541-52, 1997.

LUSKIN F.M.; NEWELL, K.A.; GRIFFITH, M.; HOLMES, M.; TELLES, S.; DINUCCI, E. et al – A review of mind / body therapies in the treatment of musculoskeletal disorders with implications for the elderly. **Altern Ther Health Med**, 6 (2):46-56, 2000.

LUZARDO, A.; WALDMAN, B. F. - Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta sci., Health sci**, 26 (1):135-145, 2004.

MAC LEAN, C.D.; SUSI, B.; PHIFER, N.; SCHULTZ, L.; BYNUM, D.; FRANCO, M. et al – Patients preference for physician discussion and practice of spirituality. **J Gen Intern Med**, 18 (1):38–43, 2003.

MAC LEOD, R. D.; PARKIN, C.; PULLON, S.; ROBERTSON, G. – Early clinical exposure to people who are dying: learning to care at the end of life. **Med Educ**, 37, (1):51–8, 2003.

MAMTANI R.; CIMINO A. – A primer of complementary and alternative medicine and its relevance in the treatment of mental health problems. **Psychiatr Q**, 73 (4):367-81, 2002.

MARINI, E. – **Cromoterapia**. Rio de Janeiro, Nova Era, 2002.

MARR, J. - The use of the Bonny Method of Guided Imagery and Music in spiritual growth. **J Pastoral Care**, 55 (4):397-406, 2001.

MATTHEES, B.J.; ANANTACHOTI, P.; KREITZER, M.J.; SAVIK, K.; HERTZ, M.I.; GROSS, C.R. – Use of complementary therapies, adherence, and quality of life in lung transplant recipients. **Heart Lung**, 30 (4):258-68, 2001.

MATTOON, M.A. - **El Analisis Junguiano de Los Sueños**. Buenos Aires, Editorial Paidos, 1980.

MATZO, M.L.; SHERMAN, D.W.; MAZANEC, P.; BARBER, M.A.; VIRAN, R.; MCLAUGHLIN, M.M. - Teaching cultural considerations at the end of life: end of life nursing education consortium program recommendations. **J Contin Educ Nurs**, 33 (6):270-8, 2002.

MAYOL, R. – **Câncer, Corpo e Alma**. São Paulo, Editora Os Magos, 1992.

MC CARTHY, K. – Early alcoholism treatment: the Emmanuel Movement and Richard Peabody. **J Stud Alcohol**, 45 (1):59-74, 1984.

MC CLAIN, C. S.; ROSENFELD, B.; BREITBART, W. – Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. **Lancet**, 361(9369):1603-7, 2003.

MC GRATH, P. - Religiosity and the challenge of terminal illness. **Death Stud**; 27 (10):881-99, 2003.

MC GRATH, P. – Creating a language for 'spiritual pain' through research: a beginning. **Support Care Cancer**, 10 (8):637–46, 2002.

MELLO, E.K.N. - Família: a doença que somos nós. **Mundo Saúde**, 23 (1):32-5, 1999.

MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A.; FERRAZ, C.A.; FÁVERO, N. - The re-humanization of the executive nurse's job: a focus on the spiritual dimension. **Rev Lat Am Enfermagem**, 10 (3):401-7, 2002.

MILLER, S. – **Depois da Vida: Desvendando a Jornada Pós Morte**. São Paulo, Summus Editorial, 1997.

MILLER, W.R.; THORESEN, C.E. – Spirituality, religion and health. An emerging research field. **Am Psychol**, 58 (1):24–35, 2003.

MILLISON, M.; DUDLEY, J.R. - Providing spiritual support: a job for all hospice professionals. **Hosp J**, 8 (4):49-66, 1992.

MINAYO, M.C.S. – **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7. ed. São Paulo - Rio de Janeiro, Editora Hucitec-Abrasco, 2000.

MONTAGU, A. - **Tocar: O Significado Humano da Pele**. São Paulo, Summus Editorial, 1988.

MOODY, JR R. - **A Luz do Além**. 3. ed. Rio de Janeiro, Editora Nórdica, 1989.

MOODY, JR R. – **Vídeo: Vida após a Morte**. São Paulo, NCA Forever, 60', 1992.

MONEY, M. – Shamanism as a healing paradigm for complementary therapy. **Complement Ther Nurs Midwifery**, 7 (3):126-31, 2001.

MORSE, M.; PERRY, P. – **Transformados pela Luz**. Rio de Janeiro, Editora Nova Era, 1997.

MOSS, K. - Dream Precognition and Possible Futures. **In**: **Abstracts of Conference XII**. U.S.A., New York, Association for The Study of Dreams. 1995.

MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. – Fadiga em pacientes com câncer Avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 48 (4):577–83, 2002.

O' CONNOR, C.I. – Characteristics of Spirituality, Assessment, and Prayer in Holistic Nursing. **Nurs Clin North Am**, 36 (1):167-72, 2001.

O' HARA, D.P. – Is there a role for prayer and spirituality in health care?. **Med Clin North Am**, 86 (1):33–46, 2002.

PAPATHANASSOGLOU, E.D.; PATIRAKI, E.I. - Transformations of self: a phenomenological investigation into the lived experience of survivors of critical illness. **Nurs Crit Care**, 8 (1):13-21, 2003

PARNIA, S.; FENWICK, P. – Near death experiences in cardiac arrest: visions of a dying brain or visions of a new science of consciousness. **Resuscitation**, 52: 5-11, 2002. www.elsevier.com/locate/resuscitation

PATTERSON, S.; BALDUCCI, L.; MEYER, R. – The Book of Job: a 2,500-year-old current guide to the practice of oncology: the nexus of medicine and spirituality. **J Cancer Educ**, 17 (4): 237-40, 2002.

PEACE, G.; MANASSE A. – The Cavendish Centre for integrated cancer care: assessment of patients' needs and responses. **Complement Ther Med**, 10 (1):33-41, 2002.

PESSINI, L. – A Presença do Sagrado no Hospital. **In**: **Vídeo sobre a mesa redonda A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar no V Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar**. São Paulo, TV Med – Instituto de Vídeo Medicina. 2000.

PIERSON, C.M.; CURTIS, J.R.; PATRICK, D.L. - A good death: a qualitative study of patients with advanced AIDS. **AIDS Care**, 14 (5):587-98, 2002.

PIMENTA, C.A.M.; PORTNOI, A.G. – Dor e Cultura. **In**: CARVALHO, M.M.J. (org.) - **DOR, Um Estudo Multidisciplinar**. São Paulo, Summus Editorial, 1999. p.159 – 173.

PINCHAROEN, S.; CONGDON, J.G. – Spirituality and health in older Thai persons in the United States. **West J Nurs Res**, 25 (1):93-108, 2003.

PINTO, O.P. – Técnicas de Aprendizagem em Ação. **In**: BOOG, G.G. (coord) – **Manual de Treinamento e Desenvolvimento**. 2. ed. São Paulo, MAKRON Books do Brasil, 1994. p.285–308.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1995.

POPE, C.; MAYS, N. – Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. **British Medical Journal**, 311: 42-5, 1995.

POWE, B.D.; FINNIE, R. - Cancer fatalism: the state of the science. **Cancer Nurs**, 26 (6):454-65, 2003.

POWELL, L.H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C.E. – Religion and spirituality. Linkages to physical health. **Am Psychol**, 58 (1):36-52, 2003.

RANCOUR, P. - Guided imagery: healing when curing is out of the question. **Perspect Psychiatr Care**, 27 (4):30-3, 1991.

RICHARDS, K.; NAGEL, C.; MARKIE, M.; ELWELL, J.; BARONE, C. – Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients. **Crit Care Nurs Clin North Am**, 15 (3):329-40, 2003.

ROLNIAK, S.; BROWNING, L.; MACLEOG, B.A.; COCKLEY, P. – Complementary and alternative medicine use among urban ED patients: prevalence and patterns. **J Emerg Nurs**, 30 (4):318-24, 2004.

ROSEN, S. - **Minha Voz Irá Contigo!**. Campinas, Editora PsyII, 1994.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. – Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, 8 (3): 107–12, 2001.

SAD, I. - Revisão de vida, autoconhecimento e auto-aceitação: tarefas da maturidade. **In**: NERI, A.L. **Maturidade e velhice: trajetórias. individuais e socioculturais**. Campinas, Papirus, 2001. p.53-69.

SAMANO, E.S.T.; GOLDENSTEIN, P.T.; RIBEIRO, L.M.; LEWIN, F.; VALESIN FILHO, E.S.; SOARES, H.P. et al – Praying correlates with higher quality of life: results from a survey on complementary/alternative medicine use among a group of Brazilian cancer. **São Paulo Med J**, 122 (2):60-3, 2004.

SAMUELS, A.; SHORTER B.; PLAUT, F.– **Dicionário Crítico de Análise Junguiana**. Rio de Janeiro, Imago. 1988.

SATTERLY, L. – Guilt, shame, and religious and spiritual pain. **Holist Nurs Pract**, 15 (2): 30–9, 2001.

SAUNDERS, C. – **Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach**. London. Edward Arnold, 1991.

SCHERWITZ, L.W.; MC HENRY, P.; HERRERO, R. - Interactive Guided Imagery therapy with medical patients: predictors of health outcomes. Interactive Guided Imagery therapy with medical patients: predictors of health outcomes. **J Altern Complement Med.**, 11 (1):69-83, 2005.

SHANNON, S.E.; TATUM, P. – Spirituality and end-of-life care. **Mo Med**, 99 (10):571–6, 2003.

SHIN, Y.I.; LEE, M.S. – Qi therapy (external qigong) for chronic fatigue syndrome: case studies. **Am J Chin Med**, 33 (1):139-41, 2005.

SHIRAHAMA, K.; INOUE, E.M. – Spirituality in nursing from a Japanese perspective. **Holist Nurs Pract**, 15 (3):63–72, 2001.

STUTTS, A.; SCHLOEMANN, J. - Life-sustaining support: ethical, cultural, and spiritual conflicts. Part II: Staff support--a neonatal case study. **Neonatal Netw**, 21 (4):27-34, 2002.

SIEGEL, B.S. - **Viver Bem Apesar de Tudo**. São Paulo, Summus Editorial, 1989.

SIEGEL, B.; TENENBAUM, A. J.; JAMANKA, A.; BARNES, L.; HUBBARD, C.; ZUCKERMAN, B. – Faculty and resident attitudes about spirituality and religion in the provision of pediatric health care. **Ambul Pediatr**, 2(1):5–10, 2002.

SILVA, A.L. - Relação médico-paciente. **Rev. Assoc. Med. Bras**, 51(3):132, 2005.

SIMONTON, O.C.; MATTHEWS - SIMONTON, S.; CREIGHTON, J.L. – **Com a Vida de Novo. Uma Abordagem de Auto – Ajuda para Pacientes com Câncer**. 6. ed. São Paulo, Summus Editorial, 1987.

SMITH, I.W.; AIREY, S.; SALMOND, S.W. - CE feature. Part 2. Nontechnologic strategies for coping with chronic low back pain. **Orthop Nurs**, 9 (4):26-34, 1990.

SPIEGEL D.; MOORE R. – Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. **Oncology (Huntingt)**, 11 (8):1179-89; discussion 1189-95, 1997.

STRANAHAN, S. – Spiritual Perception, Attitudes about Spiritual Care, and Spiritual Care Practice among Nurse Practitioners. **West J. Nurs Res**, 23 (1):90–104, 2001.

TAYLOR, E.J. - The story behind the story: the use of storytelling in spiritual caregiving. **Semin Oncol Nurs**, 13 (4):252-4, 1997.

TEIXEIRA, J.J.; LEFÈVRE, F. - Humanização nos cuidados de saúde e a importância da espiritualidade: o discurso do sujeito coletivo – psicólogo. **Mundo Saúde**, 27 (3):362-8, 2003.

THIOLLENT, M. - **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo, Cortez Autores Associados, 1986.

THOMAS, S.A. - Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. **Holist Nurs Pract**, 3 (3):47-55, 1989.

TRIVINÕS, A.N.S. - **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo, Editora Atlas, 1987.

TUCK, I.; WALLACE, D.; PULLEN, L. – Spirituality and Spiritual Care Provided by Parish Nurses. **West J Nurs Res**, 23 (5): 441-53, 2001.

TUCKER, J.B. – Modification of attitudes to influence survival from breast cancer. **The Lancet**, 354 (9187):1320, 1999.

TURNER, R.P.; LUKOFF, D.; BARNHOUSE, R.T.; LU, F.G. - Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. **J Nerv Ment Dis**, 183 (7):435-44, 1995.

VAN PRAAGH, J. – **Conversando com os Espíritos**. 8. ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998.

VASSALO, B. M. – The spiritual aspects of dying at home. **Holist Nurs Pract**, 15 (2):17–29, 2001.

VAN DER RIET, P. - Ethereal embodiment of cancer patients. **Aust J Holist Nurs**, 6 (2):20-7, 1999.

VAN LOMMEL P, WEES R, MEYERS V, ELFFERICH I. - Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. **The Lancet**, 358 (9298):2039–45, 2001.

VAN LOMMEL P. About The Continuity of our Consciousness. **In**: MACHADO, C. e SHEWMON, D.A. **Brain Death and Disorders of Consciousness.** New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic/ Plenum Publishers; 2004. p. 115-32.

VOLCAN, S.M.A.; SOUSA, P.L.R,; MARI, J.J.; HORTA, B.L. – Relação de bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos. **Rev. Saúde Pública**, 37 (4): 440–5. 2003

VON FRANZ, M.L. - **Os Sonhos e a Morte: Uma Interpretação Junguiana**. 10. ed., São Paulo, Editora Cultrix, 1995.

WALSH, K.; KING, M; JONES L.; TOOKMAN, A.; BLIZARD, R. – Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. **BMJ**, 324 (7353):1551, 2002.

WALTON, J. – Discovering meaning and purpose during recovery from an acute myocardial infarction. **Dimens Crit Care Nurs**, 21 (1): 36–43, 2002.

WEISS, B.L. – **Muitas Vidas, Muitos Mestres**. 31. ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998.

WEISS, B.L – **A Divina Sabedoria dos Mestres**. 2. ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. WHO Definition of Palliative Care. **Available from**: URL: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

WRIGHT, M. C. – The essence of spiritual care: a phenomenological enquiry. **Palliat Med**, 16 (2):125–32, 2002.

WYATT, G.K.; FRIEDMAN, L.L.; GIVEN, C.W.; GIVEN, B.A.; BECKROW, K.C.- Complementary therapy use among older cancer patients. **Câncer Pract**, 7 (3): 136-44, 1999.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Pós-Informação e Compromisso dos Profissionais da área de saúde para participar do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME) e atender dois pacientes terminais.

Eu,_____
Profissional da área de saúde, _____
CR_____ RG_____, residente na Rua / Av_____no. _____, Cidade_____,Estado_____,Telefone(0xx___)_____ Celular (0xx___)_____, E-mail_____, vinculado ao Hospital _____ aceito participar do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), a ser realizado em duas fases, representado na fase um por um Curso de Capacitação e na fase dois por atendimentos a dois pacientes terminais e quatro supervisões com a psicóloga pesquisadora.

Comprometo-me a atender os dois pacientes terminais no período de seis meses após o término do Curso de Capacitação, ou seja, de agosto de 2004 até janeiro de 2005 e a cumprir os critérios éticos pertinentes a esta Intervenção Terapêutica:

- Informar ao paciente sobre a temática de trabalho a ser desenvolvido: Relaxamento Mental motivado por músicas suaves e respiração lenta e profunda e orientação de Visualização de Imagens Mentais para paisagens belas e para os elementos que compõem a Espiritualidade, baseados nos relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte.
- Observar se o paciente acredita na vida espiritual pós–morte, porque esta crença é critério para a aplicação desta intervenção terapêutica.
- Respeitar a religião do paciente.
- Informar ao paciente que este método já foi previamente operacionalizado, descrito e publicado e, portanto validado.

- Informar ao paciente, de que estou fazendo parte de um estudo onde o Treinamento da técnica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME) está sendo validado e, por esta razão, estou em treinamento para aplicação desta Intervenção Terapêutica.
- Informar ao paciente que ele pode interromper o trabalho através da Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), caso não se adapte a esta modalidade de atendimento, sem prejuízo a continuidade do seu tratamento clínico.
- Obter, por escrito, concordância do paciente em se submeter à Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Declaro que sei que este Programa de Treinamento refere-se à Tese de Doutorado da Profa Ana Catarina de Araújo Elias, Psicóloga, CRP 06 9777, orientada pelo Prof. Associado Joel Sales Giglio, ambos da Pós–Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, co–orientada pela Profa Associada Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta, da Escola de Enfermagem da USP e por esta razão me comprometo a responder pessoalmente a Entrevista Semi–Estruturada e a responder por escrito o Questionário Estruturado e o Diário, propostos pela pesquisadora, para coleta de dados, no decorrer dos atendimentos aos dois pacientes.

Declaro também que recebi um livreto com o conteúdo das aulas do Curso de Capacitação (fase um do Programa de Treinamento) e que representa parte da Tese de Doutorado da pesquisadora.

Assinatura do Profissional da área de saúde

Assinatura da Psicóloga Pesquisadora

Data: _____

Telefones e e-mail da Psicóloga Ana Catarina de Araújo Elias

019 – 3294 9184 ou 019 – 9705 2579

acatarina@fcm.unicamp.br ou anacatarinaelias@uol.com.br

ANEXO 2

Termo de Consentimento de Participação Pós-Informação.

Eu,_____
RG_____, e/ou meu Cuidador_____
_____,RG_____, aceito ser atendido através da Intervenção Terapêutica denominada "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), desenvolvida pelo profissional_____CR_____
Fone _____,

Informo ter ciência dos seguintes aspectos:

- Que a temática de trabalho a ser desenvolvido é: Relaxamento Mental motivado por músicas suaves e respiração lenta e profunda e orientação de Visualização de Imagens Mentais para paisagens belas e para os elementos que compõem a Espiritualidade, baseados nos relatos dos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte e voltaram a viver normalmente.
- Que estou participando de uma pesquisa científica para ampliação do conhecimento sobre esta Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), mas tenho a informação que está Intervenção Terapêutica já foi cientificamente validada. Estou ciente que esta pesquisa, da qual consinto em participar, visa apenas ampliar o conhecimento sobre a aplicação desta Intervenção Terapêutica RIME.
- Também tenho ciência que os resultados da pesquisa serão publicados, mas a identidade dos pacientes e familiares participantes será preservada e mantida em sigilo absoluto.
- Que acredito na vida espiritual, porque esta crença é critério para a aplicação desta Intervenção Terapêutica.
- Que terei minha religião respeitada pelo profissional.
- Que poderei interromper o tratamento através da Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), caso não me

adapte a esta modalidade de atendimento, sem nenhum prejuízo a continuidade do meu tratamento clínico.

- Que sei que o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa é: (019) 3788 8936 (FCM UNICAMP) ou _____.

Assinatura do Paciente:

_____

e/ou

Assinatura do Cuidador:

_____

Assinatura do Profissional

_____

Data: _____

Telefones e e-mail do Profissional que atenderá os pacientes

_____

ANEXO 3

Estudiosos na área de Cuidados Paliativos convidados para o Programa de Treinamento da Intervenção Terapêutica para re-significar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais: "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME).

Os profissionais contatados foram:

1) Hospital Universitário da USP - Divisão de Enfermagem.
   Diretora: Enfermeira Beatriz Gutierrez.
2) Escola de Enfermagem da USP – Programa de Pós-Graduação
   Doutoranda Dálete Faria
3) Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
   Dra Maria Goretti Maciel. Coordenadora do Programa de Cuidados Paliativos.
4) Hospital Albert Einstein
   Enfermeira Lúcia Giunta. Coordenadora da área de oncologia.
5) Hospital Pérola Byington
   Psicóloga Alcina Meirelles. Diretora do Serviço de Psicologia.
6) Serviço de Psicologia do CAISM
   Psicóloga Vera Lúcia Rezende. Chefe do Serviço de Psicologia.
7) Serviço de Enfermagem da Oncologia do CAISM
   Enfermeira Meire Celeste Cardoso Del Monte. Diretora.
8) Serviço de Capelania do CAISM
   Prof Dr Lizwaldo Mario Ziti
9) Hospital Celso Pierro / PUC Campinas
   Psicóloga Diana Tosello Laloni – Diretora do Serviço de Psicologia
10) Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria / Programa de Residência
   Profa Dra Heloisa Helena Rubello Valler Celeri – Preceptora dos Residentes
11) Faculdade de Psicologia da USP – Disciplina de Psicologia da Morte
   Profa Dra Maria Júlia Kovacs

12) Cuidados Paliativos do INCA / Divisão Técnico Científica do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico do INCA (CSTO)

Enfermeira Maria de Fátima Batalha

13) Hospital Público / Serviço de Atendimento Domiciliar.

Enfermeira Eloísa (nome fictício).

14) Hospital Municipal Mário Gatti. Centro de Atenção Integrada em Oncologia.

Dra Jane Márcia de Moura Rocha Lima – Médica Coordenadora

15) Hospital Celso Pierro – PUC Campinas.

Enfermeira Luciana de Carvalho Martins – Enfermeira Responsável pela Quimioterapia.

16) Hospital dos Plantadores de Cana / Setor de SUS – Piracicaba.

Psicólogo Raul Marques

17) Equipe Multidisciplinar de Cuidados Paliativos do setor de Cuidados Paliativos da Disciplina Médica da EPM/UNIFESP.

Psicóloga Vera Anita Bifulco

ANEXO 4

Carta convite para participação no Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica para Pacientes Terminais "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME) enviada para os profissionais da área de saúde por e-mail.

Campinas, outubro de 2003

Prezado(a) Prof(a) Dr(a) _____,

Faculdade ou Hospital_____.

Assunto: Treinamento na área de Cuidados Paliativos

Sou Psicóloga, Doutoranda em Ciências Médicas na UNICAMP, tendo como orientador o Prof. Dr. Joel Giglio do Depto de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM UNICAMP e como co-orientadora a Profa. Dra. Cibele Andrucioli da Mattos Pimenta da Escola de Enfermagem da USP.

Em nossa Dissertação de Mestrado, realizada na FCM UNICAMP, desenvolvemos uma Intervenção Terapêutica para Pacientes Terminais integrando as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com os elementos que compõem a questão da Espiritualidade, com base nos estudos sobre as Experiências de Quase Morte.

Denominamos o sofrimento dos pacientes terminais como Dor Simbólica da Morte, representada pela Dor Psíquica e pela Dor Espiritual. Operacionalizamos o conceito de Dor Psíquica como medo do sofrimento e humor depressivo frente às tristezas, angústias e culpas frente às perdas e o conceito de Dor Espiritual como medo da morte, medo do pós–morte, idéias e concepções negativas em relação à Espiritualidade e ao sentido da vida e culpas perante Deus.

Observamos, em nosso estudo de mestrado, que é possível re–significar a Dor Simbólica da Morte durante o processo de morrer, ou seja, proporcionar melhor Qualidade de Vida no processo de morrer e morte mais serena, através da Intervenção Terapêutica por nós desenvolvida.

Observamos, que no período final da fase 'Fora de Possibilidade de Cura' até o óbito, a Dor Espiritual é prevalente em relação à Dor Psíquica, principalmente no que se refere ao medo da morte e ao medo do pós–morte.

Observamos também que a re–significação apenas da Dor Espiritual foi aspecto suficiente para que o paciente pudesse morrer de forma mais serena, sem medo e sem desespero, vivenciando desta maneira uma boa Qualidade de Morte.

Frente às conclusões acima citadas nos propusemos, no Doutorado, a operacionalizar um Programa de Treinamento para esta Intervenção Terapêutica que desenvolvemos no Mestrado: "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), de forma a aprofundar nossos estudos sobre a aplicação desta forma de abordagem ao paciente terminal, viabilizando a sua utilização por outros profissionais da área de saúde e aprofundando, também, nossas pesquisas sobre a Dor Espiritual.

Deverão participar desse Programa de Treinamento sobre a intervenção terapêutica para doentes terminais "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), em torno de dez profissionais da área da saúde (enfermeiros e/ou médicos e/ou psicólogos e/ou capelães com formação acadêmica e/ou voluntários que prestem serviços espiritualistas com formação acadêmica) que deverão atender, cada um, dois pacientes terminais no período final da fase 'Fora de Possibilidade de Cura'.

Caso as inscrições excedam o número de vagas manteremos no mínimo um profissional inscrito de cada área e efetuaremos a seleção priorizando a experiência profissional anterior e a qualidade de interesse pessoal.

Analisando os resultados obtidos pelos profissionais da área de saúde que participarem do Programa de Treinamento, na aplicação desta Intervenção Terapêutica, compreenderemos a experiência e a habilidade de outros profissionais na utilização desta técnica e aprofundaremos nossa compreensão sobre a experiência dos doentes quanto a re–significação da Dor Espiritual no processo de morrer, através desta forma de abordagem ao paciente terminal.

O Programa de Treinamento da intervenção terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME) terá como foco o período final da fase 'Fora de Possibilidade de Cura', para que o estudo sobre a Dor Espiritual possa ser aprofundado.

Poderão participar do Programa de Treinamento, além de psicólogos e médicos psiquiatras, os seguintes profissionais da área da saúde: enfermeiros, médicos de outras especialidades, capelães que tenham formação acadêmica e voluntários que prestem serviços espiritualistas com formação acadêmica porque iremos trabalhar apenas com a Dor Espiritual e também, porque queremos ampliar a utilização desta Intervenção Terapêutica para os principais profissionais da área de saúde que acompanham diariamente os pacientes terminais.

Pelas razões acima citadas queremos convidar um profissional da sua equipe para participar do nosso Treinamento.

O Programa de Treinamento acontecerá em duas etapas:

1° etapa: Aulas e vivências, totalizando uma carga horária de 16hs.

2° etapa: Supervisões desenvolvidas através de Entrevista Semi– Estruturada e Questionário Estruturado.

A 1° etapa do treinamento acontecerá nas dependências da Faculdade de Ciências Médicas, totalizando uma carga horária de 16 horas, em data conveniente para todos os participantes ou em um Hotel, onde os participantes ficarão hospedados, se o Projeto receber Bolsa–Auxílio da FAPESP.

Os profissionais voluntários, ao participarem do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME), assumirão o compromisso de atender dois pacientes terminais no período aproximado de seis meses após o término do Treinamento e a cumprir os critérios éticos pertinentes a esta Intervenção Terapêutica.

A 2° etapa, que corresponde às Supervisões, será realizada observando–se os seguintes critérios:

- Uma Supervisão, através de Entrevista Semi–Estruturada, no início dos atendimentos (preferencialmente após o primeiro atendimento) ao primeiro paciente terminal.
- Uma Supervisão, através de Entrevista Semi–Estruturada, após o óbito do primeiro paciente, ou seja, após o término do trabalho com este paciente.
- Preenchimento pelos profissionais de um Questionário Estruturado após cada atendimento ao primeiro paciente.

- Uma Supervisão, através de Entrevista Semi–Estruturada, no início dos atendimentos (preferencialmente, após o primeiro atendimento) ao segundo paciente terminal.
- Uma Supervisão, através de Entrevista Semi–Estruturada, após o óbito do segundo paciente, ou seja, após o término do trabalho com este paciente.
- Preenchimento pelos profissionais de um Questionário Estruturado após cada atendimento ao segundo paciente.

Encaminhamos também, anexo, para seu conhecimento, os Termos de Consentimento, que tanto os Profissionais como os pacientes deverão assinar.

Pretendemos realizar o Treinamento no início do próximo ano, em data conveniente para todos.

Nos sentiremos honrados se o(a) senhor(a) indicar um profissional de sua Equipe para participar de nosso Programa de Treinamento e, conseqüentemente, de nosso estudo.

Caso deseje conhecer um pouco mais sobre nosso estudo incluímos a seguir as Referências Bibliográficas de nossas publicações:

ELIAS, A.C.A. – **Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re – significação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais.** Dissertação de Mestrado apresentada a Pós – Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 2001. 331p. (consulta eletrônica: www.unicamp.br/bc - clicar e acessar a biblioteca digital - clicar em dissertações e teses – clicar na Faculdade de Medicina e localizar a dissertação por ordem alfabética).

ELIAS, A.C.A & GIGLIO J.S. – A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar: O Psicólogo e a Dimensão Espiritual do Paciente. **In: Revista Estudos de Psicologia, 18** (3): 23 - 32, 2001a. (resumo disponível na Bireme).

ELIAS, A.C.A & GIGLIO J.S. – Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re – significação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais. **In: Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia,16:** 14 – 21, 2001b.

(artigo completo no endereço www.rsbcancer.com.br/rsbc - revista no. 16.)

ELIAS, A.C.A. - Intervenção Psicoterapêutica para Pacientes Graves e Terminais In: GIGLIO, Z.G.& GIGLIO, J.S. – **Anatomia de uma época: olhares junguianos através do binômio Eficiência / Transformação. Campinas**, Instituto de Psicologia Analítica de Campinas, IPAC, 2002. p.191 – 202.

ELIAS, A.C.A & GIGLIO J.S. – Interveção Psicoterapeutica na área de Cuidados Paliativos para re-significar a Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais através de Relaxamento Mental, Imagens e Espiritualidade. **In: Revista de Psiquiatria Clínica da USP**, **29** (3): 116 – 129, 2002a. (artigo completo disponível na Bireme).

ELIAS, A.C.A & GIGLIO J.S. - "Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal" – **Revista Mudanças – Psicologia da Saúde / UMESP**, 10 (17), 77 – 100, 2002b. (resumo disponível no endereço http://editora.metodista.br/revista_psico_10_1.htm)

ELIAS, A.C.A - Re – significação da Dor Simbólica da Morte: Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade. **In: Revista Psicologia Ciência e Profissão, 21** (3): 92 – 97, 2003. (no prelo).

Os contatos deverão ser feitos diretamente comigo por este e-mail: acatarina@fcm.unicamp.br ou pelo e-mail: anacatarinaelias@uol.com.br ou pelos fones (19) 9705 2579 ou (19) 3294 9184.

Aguardo sua resposta e agradeço antecipadamente sua atenção.

Atenciosamente,

Psicóloga Ana Catarina de Araújo Elias".

ANEXO 5

Roteiro de Entrevista Semi–Estruturada com o Profissional de Saúde no início dos Atendimentos.

- Relato da sessão inicial. Enfoque:

1)Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME).

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

2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME).

Com base na Identificação da Dor Espiritual, observar qual padrão de imagens escolhido através dos seguintes elementos simbólicos:

- Cenário de base. - Lembranças de vivências felizes anteriores.
- Túnel ou caminho luminoso dourado e/ou azul.
- Seres de Luz. - Símbolos de transformação.
- Imagens simbólicas diversas.
- Afirmações para o paciente integrar-se com a beleza do Universo, da Natureza. Afirmações para o paciente observar sua própria beleza interior, suas qualidades.
- Afirmações sobre os aspectos relatados pelos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte.
- Filmes ou histórias pertinentes, enquanto metáforas, ao histórico de vida do paciente.
- Favorecimento positivo para a elaboração do luto dos familiares.

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta.

ANEXO 6

Roteiro de Entrevista Semi–Estruturada com o Profissional de Saúde após o óbito do

- Relato do conjunto de sessões, após o óbito do paciente. Enfoque:

1)Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME).

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

2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME).

Com base na Identificação da Dor Espiritual, qual o padrão de imagens escolhido através dos seguintes elementos simbólicos:

- Cenário de base. - Lembranças de vivências felizes anteriores.
- Túnel ou caminho luminoso dourado e/ou azul.
- Seres de Luz. - Símbolos de transformação.
- Imagens simbólicas diversas.
- Afirmações para o paciente integrar-se com a beleza do Universo, da Natureza. Afirmações para o paciente observar sua própria beleza interior, suas qualidades.
- Afirmações sobre os aspectos relatados pelos pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte.
- Filmes ou histórias pertinentes, enquanto metáforas, ao histórico de vida do paciente.
- Favorecimento positivo para a elaboração do luto dos familiares.

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta.

ANEXO 7

Questionário Estruturado para o Profissional de Saúde.

Paciente_____

Sexo_____ Idade _____Patologia_____

Religião _____ Profissão _____

Estado civil _____ Filhos (sexo e idades) _____

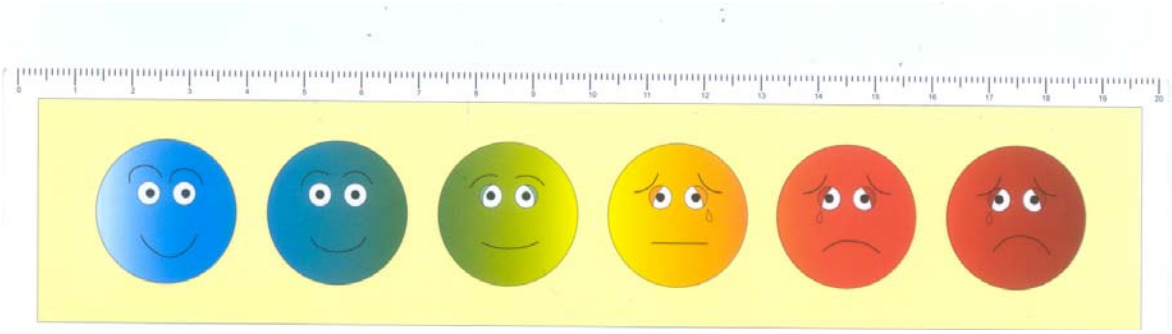
Sessões	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
Tempo de duração									
EVA início									
EVA final									

1) Histórico Clínico: aspectos relevantes.
2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).
3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais)
4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.
5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

Observações:

ANEXO 8

Escala Visual Analógica (EVA) de Bem-Estar modelo Expressões Faciais Coloridas.



CORES IDENTIFICADAS:

1ª Face: Azul (nenhum sofrimento). Escore 10

2ª Face: Azul Esverdeado (sofrimento leve). Escore 08

3ª Face: Verde (sofrimento moderado). Escore 06

4ª. Face: Amarela (sofrimento incômodo). Escore 04

5ª. Face: Laranja (sofrimento intenso). Escore 02

6ª. Face: Vermelho (sofrimento insuportável). Escore 00

ANEXO 9

Diário.

Contribuições do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME) para a melhoria do seu trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.

Anotações após o óbito do paciente.

ANEXO 10

Capa do Livreto entregue para os Profissionais de Saúde.

PROGRAMA de DOUTORADO
Pós–Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
Área de Concentração: Saúde Mental

Curso de Capacitação para Profissionais da área de saúde sobre a Intervenção Terapêutica para re-significar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME)

Profa Ms Ana Catarina Tavares de Araújo Elias

UNICAMP
2004

PROGRAMA de DOUTORADO

Pós–Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Área de Concentração: Saúde Mental

Pesquisadora: Profa Ms Ana Catarina Tavares de Araújo Elias

Orientador: Prof. Associado Joel Sales Giglio

Co–orientadora: Profa. Livre Docente Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta

Profissional participante_____

UNICAMP

2004

Este livreto corresponde à parte da Tese de Doutorado “Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para re–significar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais, de Ana Catarina Tavares de Araújo Elias, e representa os resultados da fase 1 do Programa de Treinamento proposto, que é a operacionalização de um Curso de Capacitação para profissionais da área de saúde sobre esta Intervenção Terapêutica.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, transmitida, transcrita ou traduzida para qualquer língua, em qualquer forma e por qualquer meio, sem autorização prévia e escrita da pesquisadora.

É livremente permitido o estudo e a aplicação desta intervenção terapêutica, por profissionais da área de saúde, no atendimento a pacientes terminais.

SUMÁRIO

TÓPICOS	**PÁG.**
- Cronograma do Curso de Capacitação.....	1
Técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais: Aspectos Teóricos	
- Relaxamento Mental.....	2
- Visualização de Imagens Mentais.....	6
- Vivência (Relaxamento e Visualização).....	14
- Fundamentos Teóricos da Espiritualidade Adotados no Presente Estudo.....	15
- Estudos Sobre as Experiências de Quase Morte.....	24
- Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal.....	41
- Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME): 1ª sessão - Principais Aspectos.....	54
Estrutura da Intervenção Terapêutica.....	56
- Dor Simbólica da Morte *I* Dor Espiritual: Relato de Casos.....	61
- Exercício de Relaxamento, Visualização e Espiritualidade.....	78
Referências Bibliográficas.....	81

ANA CATARINA TAVARES DE ARAÚJO ELIAS

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

Volume 2 (Anexo 11)

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

ORIENTADOR: *PROFESSOR DOUTOR JOEL SALES GIGLIO.*
(Professor Associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas / UNICAMP).
CO-ORIENTADORA: *PROFESSORA DOUTORA CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA.*
(Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo / USP).

UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS

2005

ANEXO 11

TRANSCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS: ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS, QUESTIONÁRIOS ESTRUTURADOS E DIÁRIOS

Transcrevemos a seguir, na íntegra, os dados colhidos no Questionário Estruturado, na Entrevista Semi-Estruturada e no Diário.

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

Através do **QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO** (Anexo 7) respondido pelos profissionais após os atendimentos aos pacientes, obtivemos dados específicos sobre o número e o tempo de duração das sessões, os resultados do bem-estar identificado na E.V.A. (Anexo 8), aspectos relevantes do histórico clínico do paciente atendido, a Dor Espiritual identificada, a experiência de re-significação da mesmo e os sonhos e vivências de natureza espiritual / transcendental do profissional, do paciente ou de algum familiar.

A **ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE BEM-ESTAR – E.V.A. modelo "expressões faciais coloridas"** (Anexo 8) foi apresentada pelos profissionais aos pacientes, no início e no final de cada sessão. Escolhermos o modelo "faces com expressões coloridas" porque como estamos medindo questões subjetivas relacionadas a Dor Espiritual, talvez o modelo numérico seja mais "frio" para avaliar estes propósitos. Faces com cor e expressões podem permitir melhor identificação para o doente expressar intensidade de medo, idéias, culpas, sentimentos e emoções. Observamos também que talvez as faces, por terem um formato lúdico na sua apresentação, atendem melhor ao momento do paciente terminal, que, diante de suas circunstâncias clínicas, apresenta-se, em geral, emocionalmente regredido.

O **DIÁRIO** (Anexo 9), que corresponde a uma lauda escrita pelos Profissionais após o óbito do paciente atendido, colhe os dados sobre as contribuições do Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME) para a melhoria do seu trabalho na área de Cuidados Paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.

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

1. PROFISSIONAL MARA WIEGEL (Voluntária que ministra Terapias Alternativas / Serviços Espiritualistas no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo).

A voluntária / terapeuta alternativa Mara Wiegel iniciou a aplicação da RIME no dia subseqüente ao término do Curso de Capacitação: 30 de julho de 2004.

Os dois pacientes atendidos através da RIME por esta profissional, foram escolhidos porque apresentavam sofrimento importante diante da morte.

1.1. - 1^{O}. PACIENTE E.O.G.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: Feminino Idade: 74 Patologia: Carcinoma

Religião: Católica Profissão: Do lar

Estado civil: não respondido pela profissional.

Filhos (sexo e idades): 2 (1 homem e 1 mulher)

Quadro 22- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente E.O.G. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	**1** Hospitalar	**2** Hospitalar	**3** Hospitalar	**4** Hospitalar	**5** Hospitalar
Tempo de duração	65'	35'.	30'	40'	30'
EVA início (cor)	amarelo (4)	laranja (2)	não foi apresentada	laranja (2)	não foi apresentada
EVA final (cor)	azul esverdeado (8)	azul esverdeado (8)	não foi apresentada	azul (10)	não foi apresentada

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: Carcinoma. Colostomia.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Medo do pós-morte expresso pela dificuldade de aceitação das imagens que aludam à passagem.

– Idéia negativa, em relação ao sentido da vida, expressa pela afirmação que nunca fez nada de bom para ninguém.

– Medo da morte expresso pela dificuldade em aceitar os cuidados da Enfermagem.

– Medo da morte expresso pela dificuldade em aceitar a realidade "doença fora de possibilidade terapêutica de cura".

– Idéia negativa, em relação à espiritualidade, expressa pelo apetite voraz, apesar da impossibilidade de se alimentar.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

- Gesto de benção para a Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara na despedida da sessão, a qual havia conectado-se, através da visualização com o túnel de Luz.

- Sorriso ao reconhecer sua influência na decisão da escolha profissional da acompanhante.

- A paciente morreu tranqüila, segundo a Enfermagem. Entrou em apnéia, depois de uma crise de vômito.

- Melhora de humor e atitudes que demonstravam emoções positivas, no final das sessões.

- Entendimento da impossibilidade de se alimentar fisicamente, após ter conectado-se, através da visualização com o túnel de Luz, e sentido esta experiência como um alimento espiritual.

A voluntária / terapeuta alternativa Mara escreveu as considerações abaixo relacionadas no instrumento Diário, mas que são pertinentes à compreensão da re-significação da Dor Espiritual da paciente.

A evolução do quadro clínico ou das reações físicas da paciente foi inversamente proporcional à modificação do "estado de espírito" dela: passou da agitação à aceitação.

Houve uma transformação na relação angustiante da paciente com a comida.

O vínculo terapêutico foi intensificado de forma afetiva, no decorrer das sessões que tiveram "eu te amo" pelo meio.

A paciente apresentou sentimento de plenitude quando percebeu que podia, mesmo acamada e fraca, cumprir uma boa obra.

A morte tranqüila da paciente ocorreu depois dela vivenciar a imagem do túnel de Luz, de ser envolvida pelo amor do Ser de Luz e saber que seria uma opção sua ultrapassar os limites deste túnel.

A paciente se sentiu em estado de tranqüilidade por ter conseguido re-significar a questão do alimento.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual / transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

A Voluntária / Terapeuta Alternativa relata que a partir do dia 06.08.2004 *percebeu a aproximação da Equipe Espiritual que, segundo sua intuição e percepção extra-sensorial, assiste os pacientes no 12º. andar na Enfermaria de Cuidados Paliativos Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, durante os atendimentos a esta paciente, Dona E.. Nomeia esta Equipe Espiritual de Zênon.*

A Voluntária / Terapeuta Alternativa também relata que no dia 13.08.2004 *percebeu a presença dos irmãos da paciente, já falecidos, sendo que nesta sessão a paciente "voltou" mentalmente a sua infância, recordando esta época, repleta de brincadeiras junto a estes irmãos.* Também neste dia, *por intuição, a Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara disse para a Dra Goretti que a paciente acharia um atalho e morreria em breve, fato que ocorreu dois dias depois.*

No dia 15.08.2004 a Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara relata que acordou dez minutos antes do falecimento da Dona E. e teve uma vivência emocional profunda sobre o processo de morrer. Relata que esta vivência teve início no sábado à noite, quando sentiu que a "força da vida" estava se escoando dela.

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

Não houve contato com os familiares, mas sim com as cuidadoras. O vínculo com as cuidadoras mostrou-se efetivo, pois uma delas ligou para o Hospital para informar aos profissionais que acompanharam o caso, sobre o enterro.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELA PACIENTE.

- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.

- **1ª. ENTREVISTA** (após o 1º. atendimento realizado pela Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara).

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Vamos começar nossa entrevista conversando sobre o vínculo terapêutico.

1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).

Voluntária Mara: *Esta sintonia foi rica e muito afetiva*. A própria paciente, a gente sente que tem uma necessidade afetiva e ela se coloca disponível para aquilo que ela identifica como carinho, uma atenção. É *muito interessante a gente poder acolher esta fraqueza, poder acolher esta rejeição*. O paciente está indefeso no leito do hospital e meio sem saber o que está acontecendo com ele e tudo isso. Eu acho que *a gente também funciona como um farol de sinalização, pelo rumo, pelo fluxo que a coisa vai tomar*".

Pesquisadora Ana Catarina Então você se sentiu como um farol para estar acolhendo e poder estar direcionando."

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: È como *'por aqui senhores passageiros'*.

2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).

Voluntária Mara mostra seu Álbum de Imagens. Este álbum eu montei na seqüência, quando eu saí do Treinamento, eu fui para casa e descobri que eu tinha tudo a mão, eu montei e no dia seguinte a gente encadernou.

A paciente vinha olhando as fotografias e dizendo que bonito, que bonito. Em um determinado ponto, quando chegou essa fotografia que não foi a que ela escolheu, mas ela se fixou, ela parou e falou: Isso é um caminho, um caminho que leva para algum lugar e lá do outro lado está iluminado e daí ela começou a fazer este movimento em volta dos olhos como se fosse uma luneta para poder enxergar melhor.

Pesquisadora Ana Catarina: Que interessante. Nesta foto que parece um portal iluminado.

Voluntária Mara: Daí ela começou este trabalho. Foi interessante que, apesar de depois ela ter escolhido uma outra foto para eu fazer o trabalho com ela, este foi o momento diferencial.

Pesquisadora Ana Catarina: O momento que ela entendeu a metáfora da proposta do trabalho.

Voluntária Mara: Foi.

Pesquisadora Ana Catarina: Você já tinha conversado sobre a proposta do trabalho com ela.

Voluntária Mara: Não. Primeiro eu cheguei e fui conversando com ela; nós já nos conhecíamos. Disse que ao trabalhar em hospital a gente vê muita coisa e introduzi a questão das Experiências de Quase Morte. Depois disto nós comecemos a ver as fotos (Álbum de Imagens). Quando ela se interessou pelo Portal eu peguei outro gancho e falei da passagem que o Ser de Luz pode estar nos esperando do outro lado, como nas Experiências de Quase Morte.

Pesquisadora Ana Catarina: Então você já deu para ela uma oportunidade de associação: 'esta minha passagem pode ser com Luz'.

Voluntária Mara: Na realidade, devido ao quadro dela e às informações que ela deu pela outra foto, eu acho que realmente nessa primeira sessão, o diferencial, o trabalho foi aqui nesse momento.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela viu a possibilidade de fazer esta passagem com Luz.

Pesquisadora Ana Catarina folheia o Álbum de Imagens.

Voluntária Mara: Esta foi à foto que ela escolheu por causa da pescaria.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela gosta de pescar?

Voluntária Mara: Ela gosta de pescar e ela tem uma experiência afetiva com o filho através da pescaria. É o momento que ela tem para ficar com o filho. Só que para fazer o trabalho com esta foto entrou outro componente, que é o componente da fome que ela sente porque não pode comer.

Pesquisadora Ana Catarina: E ela não pode comer por quê?

Voluntária Mara: Ela não pode porque ela desenvolveu um tumor que está fazendo uma obstrução e não se pode fazer nada em relação a este tumor, a cirurgia não é mais viável e ela não pode comer. Ela é uma paciente 'fortinha' que deve ter canalizado a ansiedade para a comida. Quando a gente fez o Relaxamento e eu usei como partida, o ponto da pesca, e depois a dirigi para um lago que era coberto por uma ponte e daí para poder ultrapassar esta ponte; quando ela voltou, disse que neste lago que ela ia normalmente pescar, tinha um restaurante ali perto, que quando dava fome ela podia ir ao restaurante e também tinha árvores frutíferas; quer dizer que neste Relaxamento ela manteve este vínculo de tensão com a questão da alimentação.

Pesquisadora Ana Catarina: Como uma maneira de satisfazer este desejo de uma forma Imaginária. É o que ela está podendo fazer agora.

Voluntária Mara: Exato. Não sei se no decorrer do trabalho ela vai amenizar esta ansiedade, gostaria muito de poder ajudá-la a amenizar. Vamos ver como ela vai conseguir trabalhar isto.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela está recebendo alimentação parenteral?

Voluntária Mara: Não. Ela toma muito líquido. Ela toma sopinha, que ela odeia. A médica permitiu que ela mastigasse a comida para sentir o sabor, mas ela não pode engolir. Ela mastiga e regurgita.

Pesquisadora Ana Catarina olhando a foto observa que há um castelo ao lado do lago e pergunta se a paciente não se ateve ao castelo.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Não. Ela se ateve a pesca que é uma coisa afetiva.

Pesquisadora Ana Catarina: Pelo que pude observar, logo na primeira sessão você conseguiu levar a paciente para uma Visualização. Conta para mim como foi esta experiência.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi uma experiência interessante. Eu já conhecia a paciente, já tinha trabalhado com ela uma técnica "reflexologia" e na segunda-feira, antes do Treinamento, eu pensei que através da RIME, nós iríamos poder amenizar um pouco a questão desta forma compulsiva e desesperadora, enfim, que ela sente.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela sente fome mesmo, orgânica, ou é uma questão de ansiedade, emocional, a questão de sentir esvaziada, de se sentir abandonada?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Aquela questão do compulsivo, preencher com a comida aquela questão do vazio. Ela já era uma pessoa assim e agora, neste estado todo, aumentou mais. Se ela conseguir controlar isto, baixar esta ansiedade, ela pode voltar para casa.

Pesquisadora Ana Catarina: É algo que ela já tinha e agora se agravou porque ela não está podendo compensar na comida, substituir na comida.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Quanto à questão do Relaxamento em si, sem esta questão de imagens de forma específica eu já tive uma experiência anterior quando dei aulas para Executivos depois das sete horas da noite. Se eu não fizesse um Relaxamento com eles, não conseguiria ir em frente. Mas, com outras características que não essa de condução, de uma técnica, de imagens para serem vivenciadas. O interessante foi que realmente, no processo daquela avaliação da escala, quando eu comecei a conversar com ela, aliás era bem visível que ela estava naquele dia mais "down", ela foi na "carinha" amarela (sofrimento incômodo) e quando ela terminou, ela voltou para a azul esverdeado (sofrimento leve).

Pesquisadora Ana Catarina: Melhorou bastante. A carinha azul esverdeado está sorrindo.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ela melhorou bem. Ela tem uma aceitação muito legal, e quando eu introduzi realmente a técnica, depois que ela viu a fotografia e tudo, mas, eu perguntei para ela, a senhora quer ir agora para o pesqueiro? Eu

vou levar a senhora pela mão para o pesqueiro. Vamos até lá? Vamos passear um pouco? Daí que a gente começou e eu disse para ela como ela deveria fazer e daí que nós fomos ao pesqueiro.

Pesquisadora Ana Catarina: O que eu estou entendentendo, é que esta paciente, pelo que você está me trazendo, da dor dela, que esta dor gera uma necessidade nela de se preencher com algo primitivo, que é a questão do alimento. Ela se sente vazia, aquela questão de abandono, perda, esvaziamento e ela tem que fazer uma compensação através do alimento. Esta compensação neste momento não está sendo possível, então ela está mais fragilizada ainda, além da doença propriamente, dada a esta condição de não poder se alimentar. Então isto que você coloca está muito correto. Ela vai aprender a se preencher não com algo externo, mas com o interno, vai se preencher com as próprias imagens, ela vai direcionar o pensamento dela para um preenchimento oriundo dela mesmo, ela vai encontrar autonomia através desta Intervenção Terapêutica, me parece que ela deu um passo em direção a isto, visto a escolha das faces na E.V.A.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Tem um outro detalhe que quando você falou, eu lembrei. Ela disse que está assim porque fez uma cirurgia. Por causa da anestesia ela teve que colocar uma sonda nasogástrica e na outra cirurgia não foi assim. Eu expliquei que cada momento nós estamos em um ponto da vida, são todos diferentes, como ela gosta de pescar ela sabe que a água não passa da mesma maneira duas vezes pelo mesmo ponto de um rio. Ela está agora em uma situação que é nova. Ela tem uns laivos. Falou que depois da colostomia está colocando sangue, está começando a achar estranho. É aquela coisa subliminar e isto deve gerar ainda mais ansiedade. Se ela soubesse, talvez fosse um outro tipo de ansiedade, de dor, talvez esta fome ou este desejo de comer abrandasse um pouco.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela está entrando em contato com a questão da terminalidade. Ela está percebendo que o tratamento não deu certo, mas mesmo assim ela ainda não conseguiu trazer isto para a consciência, plenamente. Provavelmente os exercícios vão facilitar. Como ela conseguiu ver que do outro lado tem luz, isto já é um indício, de que ela possa fazer esta passagem de uma maneira melhor. Ela já viu uma porta digamos assim, uma perspectiva de uma passagem com luz.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Uma outra coisa que eu achei muito interessante, é que no final, depois de todo o trabalho com imagens, depois que ela fez todo o Relaxamento, sabe aquela meia lágrima, no cantinho do olho, daí eu fui lá passei a mão e ela falou que foi do esforço que ela fez para ver.

Pesquisadora Ana Catarina: O que você entendeu deste 'esforço que eu fiz para ver?'.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu achei que nesse ponto, ela deu uma aliviada, ela quis associar este esforço para ver, com aquele esforço que a partir daquela foto ela começou a fazer, um esforço físico mesmo. Ela não admitiu que entrou em contato com algo muito dolorido, muito profundo, muito sensível. Mas como ela vem dentro deste quadro que a gente tem que estar na superfície. Tanto que no ato de pescar, eu pergunto o que é mais gostoso. Ela disse que o mais gostoso é quando o peixe frita. É a sensação do peixe fritar. Para ela não é tirar o peixe da água. Este algo que está abaixo da superfície, ela ainda não chega a resgatar. Esse momento de fritar para ela, ainda é o mais importante.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você conduziu o Exercício?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu ofereci a música de relaxamento depois que eu conversei com ela, que eu contei sobre as Experiências de Quase Morte, mostrei as fotos, nós paramos naquela que tem o caminho, o portal, daí ela continuou vendo, daí ela parou na do pesqueiro, depois ela viu a do Cristo e disse "Cristo é tudo" , porque ela tem esta abertura. Daí eu pedi para ela escolher de todas as fotos aquela que ela achou mais bonita. Ela me deu estas três e mais a das flores. Eu falei que se a senhora pudesse escolher para onde ir agora, onde a senhora gostaria de ir? Ela falou que era para o pesqueiro. Expliquei que ela precisaria prestar muita atenção na própria respiração, deixar que a respiração e a música se tornassem uma única coisa e o que observei é que ela não conseguia manter o estado alfa por muito tempo, ela oscilava.

Pesquisadora Ana Catarina: Isto é natural.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: É. É o começo da experiência. Depois que eu terminei a sessão inteira da Visualização, quando eu fui convidá-la para ela voltar, ela cedeu. Acho que ela estava se sentindo confortável. Deixei que ela ficasse mais um

pouco, depois eu realmente pedi para ela voltar, não me pareceu que fosse bom deixá-la sem um fechamento. Eu precisava fechar. Ela acordou com uma cara mais 'mansinha'. Ela disse que a experiência foi muito gostosa. Ela é muito receptiva, qualquer gesto de carinho ela aceita. Eu acho que ela aproveitou bem a sessão, tanto que mostrou esta mudança.

Pesquisadora Ana Catarina: Você conduziu muito bem a Intervenção Terapêutica. Introduziu a questão das Experiências de Quase Morte. Trabalhou com as imagens escolhidas por ela. Conseguiu lidar com a Dor Espiritual, que é não poder se preencher com seus sentimentos, precisar se preencher com o externo, com o concreto, e agora, ela tem que aprender de qualquer maneira a se preencher com seus sentimentos, entrar em contato com sua tarefa inacabada, como disse a Kübler-Ross. Ela vai resolver a Dor Espiritual visualizando a Luz; o que ela ainda não tinha percebido, como possibilidade. Entrar no mundo espiritual com Luz.

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 5).

Pesquisadora Ana Catarina: Agora me conte como foi a sua experiência, quais foram os sentimentos que você viveu ao atender esta paciente.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Tudo para mim é muito intenso. *Eu fiquei bem tocada, no momento em que eu vi que ela estava tentando se aproximar daquela Luz, da fotografia, aquilo me tocou profundamente porque eu acho meio mágico o momento em que a gente pode interferir beneficamente na compreensão da morte.* O que me levou realmente a entrar neste caminho foi a questão da solidão humana, então *me comove realmente e me move, até na técnica, é o fato de que você tenta fazer um orifício neste bloco de paralelepípedo que é a solidão, para sair um som, para iluminar este paralelepípedo. Então no momento em que ela abriu o buraquinho, ela viu a Luz, isto para mim é assim muito emocionante. Justifica o fato da gente estar vivo. O fato de se poder dar a mão e tirar algum ponto do sofrimento. Eu tinha esta ansiedade realmente de poder aliviar sofrimento*. Então é uma possibilidade concreta de poder aliviar o sofrimento, a gente dá ao paciente estes vinte minutos, essa uma hora de conversa, entre exercício e conversa. Se a gente dá uma hora para o paciente, de bem-estar, de confiança, de segurança e de aconchego. *Tudo isso abre aquele buraquinho, para sair a pressão do sofrimento,*

nossa, eu acho que é um privilégio uma dádiva que a gente tem. Justifica o fato da gente respirar.

Pesquisadora Ana Catarina: Um sentido de poder estar iluminando esta passagem.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: *Eu trabalho com outras técnicas, eu sempre trabalhei com a questão da iluminação, através do laiser mental, dos toques, enfim, mas eu vejo nesta Intervenção Terapêutica RIME uma possibilidade da gente fechar tudo.Com esta paciente mesmo eu comecei com toques, reflexologia, e um pouco de Reiki e depois passei para a aplicação desta Intervenção Terapêutica RIME. É uma possibilidade mais concreta ainda da gente trabalhar.*

Pesquisadora Ana Catarina: Então foi uma experiência de sentido e de sentimento mesmo. Rica em sentimentos.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu acho que sim. Se a gente conseguir fazer mil vezes essa mesma coisa, mil vezes conseguir um movimento mínimo, este movimento mínimo vai no outro, porque é de gota em gota que o mar se compõe, é de grão em grão que o deserto se compõe. Eu acho que o fato de você acreditar que, naquele momento, você fez uma interferência, que a tua intervenção vai trazer bem-estar em um momento tão solitário, tão único e tão importante da vida, então você passa a saber que isto é importante. Transcende ao que vai acontecer depois da morte como no Budismo, que reconstrói a vida, muito embora eu acredite nisso, mas é uma coisa assim, que eu acredito. Mas, eu sei que a Intervenção é uma coisa benéfica.

- Dúvidas da Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara.

Pesquisadora Ana Catarina: Tem alguma outra coisa que você gostaria de me perguntar?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Embora você já tenha perguntado no Treinamento, quero perguntar qual o intervalo entre uma sessão e outra.

Pesquisadora Ana Catarina: Não existe uma regra. Se você sentir que pela necessidade da paciente, pelo momento que ela está vivenciando, você pode atendê-la três vezes por semana, quatro vezes, duas vezes, é uma questão da possibilidade de atendimento desta paciente.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Uma outra pergunta em relação ao paciente em estado de sedação. Nós sabemos que o último sentido que ele perde é o da audição. É benéfico que se oriente uma visualização para a Luz , que o conduza para a Luz.

Pesquisadora Ana Catarina: A minha experiência me mostrou que sim. Eu já atendi criança sedada e entubada e a criança chorava e depois se acalmava durante a aplicação da Intervenção. Já atendi paciente em coma que me reconheceu depois que voltou do coma. De alguma maneira estes pacientes nos escutam. Nós estamos nos baseando no que os pacientes que passam por uma Experiência de Quase Morte nos colocam e eles dizem que mesmo sem funcionamento do cérebro, eles conseguem ver e ouvir o que está acontecendo através do corpo espiritual. Esta é uma das questões que os médicos que pesquisam as Experiências de Quase Morte levantam, a diferença entre cérebro e mente. O cérebro está danificado, mas a mente não. Através da mente eles conseguem ouvir, ver o que está acontecendo. É muito benéfico, sim. Você pode colocar uma música e orientar o paciente. De alguma maneira ele vai te ouvir. A adolescente que eu atendi me reconheceu quando voltou do coma.

Pesquisadora Ana Catarina: Em relação às cores, quais que você usou?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu utilizei as flores com a graduação do vermelho para o rosa, acrescentei as amarelas e as azuis, coloquei uma árvore cor-de-rosa no meio do pesqueiro, no caminho para o lago, para que ela pudesse sentar e sentir as flores cor-de-rosa iluminadas, caindo sobre ela, trazendo uma sensação de bastante conforto. Eu usei os elementos todos que ela escolheu para compor uma cena só. Primeiro eu fiz um relaxamento de dez a zero, da cabeça aos pés, depois que relaxei o corpo, com música, eu voltei à visualização para o coração e iluminei o coração dela com dourado, para que o sangue espalhasse o dourado por todos os órgãos do corpo dela. Depois iniciei a visualização do portal de Luz e do lago. O dourado foi escolhido em função dos cristais e dos minerais que trabalho nas Terapias Alternativas, porque o que se aconselha é que se use sempre a pirita (dourada) com pacientes, porque esta pedra tem a função de transformar e purificar energias.

- **Dúvidas da Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara após esta primeira entrevista, explicitada e respondida por e-mail.**

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara (por e-mail): Hoje tive a segunda sessão com a paciente. O fato é que me veio uma dúvida; apesar dela ter escolhido a mesma imagem da sessão anterior, quero saber se há necessidade de trabalhar sempre a mesma imagem. O que acontece é que no exercício acabo mesmo mesclando as imagens, principalmente as que chamaram a atenção da paciente.

Pesquisadora Ana Catarina (por e-mail): Em primeiro lugar não precisa ser apenas uma imagem escolhida. Podem ser várias (2, 3, 4). Só uma das minhas pacientes escolheu uma única imagem. Uma escolheu duas imagens, outras duas escolheram quatro imagens, etc. Em segundo, fazemos mesmo esta mescla. A(s) imagem(ns) escolhida(s) é (são) a base de onde partimos. Acrescentamos a esta base os símbolos de transformação (água, árvore com ou sem flores ou frutos, trigo) e outros símbolos que possam ser adequados ao paciente em questão. Por exemplo, golfinhos para quem gosta de mar, para trazer alegria, ou crianças correndo, para quem está em um parque ou bosque, etc. As cores claras (azul, branca, verde, rosa), o violeta, o dourado, também devem sempre ser introduzidos. Os elementos das E.Q.M. também devem sempre ser introduzidos sempre: caminho dourado ou azul, Seres de Luz que emanam amor, bondade, ternura, compaixão, etc. Beleza do Universo. Beleza interna da paciente. No caso da sua preencha-a sempre de LUZ. É NA LUZ QUE ELA DEVE AGORA ENCONTRAR APOIO E PREENCHIMENTO E NÃO MAIS NA COMIDA. Colocar o paciente na água é muito indicado, desde que água não seja um elemento aversivo para ele. No rio, na cachoeira, no mar, lavando as mágoas, as tristezas. Não esqueça de aquecê-la ao sol depois, à luz dourada, como eu fiz com vocês no Exercício do primeiro dia do Curso de Capacitação. Sempre no final do exercício leve a paciente para a luz e mande-a voltar para o quarto com esta luz ou deixe-a na luz. Explique para sua paciente e sugira durante o exercício, de forma direta, que ela está aprendendo a se preencher da LUZ QUE EXISTE NELA E NO UNIVERSO. Integre a paciente na LUZ do UNIVERSO.

- 2ª. ENTREVISTA (APÓS O ÓBITO DO PACIENTE).

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Senti, ao chegar, que você está querendo, precisando falar sobre as suas vivências na relação com a paciente. Vou começar por esta razão pelo item 3.

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 6).

Pesquisadora Ana Catarina: Como foram as emoções e sentimentos que você vivenciou, tanto em relação ao conjunto das sessões, como em relação ao óbito.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Realmente podemos dividir as emoções em dois grandes grupos. A minha perspectiva sempre, de estar junto ao paciente, além desta tentativa de ser um instrumento de alguma coisa amorosa para o paciente, é de aprender. E, eu acho realmente que as coisas que mais mexem com a gente, que mais incomodam, são as coisas que mais a gente precisa aprender. A Dona E. era percebida como uma paciente difícil, pelo pessoal da enfermagem. Eu tive uma boa interação com ela. Ela se abria muito para mim e houve um momento em uma das sessões inclusive que eu tentar re-significar aquela fome que, em algum ponto, eu havia comentado com você e plenificar isto com as boas obras. Neste dia eu fiquei assim, estonteada porque quando eu introduzi a questão das boas obras ela virou para mim com um olhar muito perdido e disse "Mas eu nunca fiz nada de bom para ninguém". Eu disse está bem e por aí que nós vamos. Falei dos cuidados que ela teve com os filhos e sabe-se lá quantas dificuldades ela teve na vida. Foi muito bonito porque na sessão seguinte, uma das pessoas que a acompanhava e que não é da família, uma mocinha, e falou para mim que quer fazer enfermagem e eu usei isto na conversa com a Dona E. Veja que coisa maravilhosa, a senhora está fraquinha, na cama, mas a senhora conseguiu interferir de uma maneira muito bonita na vida de uma pessoa, a senhora despertou uma vocação. *Ela deu um sorriso muito grande, a gente conseguiu realmente dar um significado, chamar a atenção. Isto foi muito bonito. E foi muito bonito também que ela, toda seca, com este quadro que a gente conhece, em um dos últimos dias que eu a visitei, exatamente o penúltimo dia que eu a visitei, quando eu saí do quarto ela fez o sinal da benção.*

Pesquisadora Ana Catarina: Que lindo.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi maravilhoso. Saí do quarto emocionada com o gesto dela comigo, (neste momento da entrevista, a profissional emociona-se novamente), e por ela ter desenvolvido a potencialidade do sentimento, de forma simbólica, mas ela desenvolveu esta possibilidade.

Pesquisadora Ana Catarina: A possibilidade de dar algo de bom de dentro dela, a partir do que você colocou para ela.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Exato. Isto foi muito, muito, muito importante. Ela, claro, veio vindo naquele quadro que a gente espera, enfraquecendo.

Pesquisadora Ana Catarina: Esta questão da bênção, você já tinha trabalhado com ela várias sessões?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi a penúltima, antes do óbito. Nesta da benção, eu havia trabalhado com as imagens e foi o primeiro momento que ela aceitou o túnel.

Pesquisadora Ana Catarina: Nesta sessão ela aceitou o túnel!

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi uma sessão difícil. Na primeira tentativa ela não se entregou ao relaxamento, ficou muito ligada, muito na superfície, se mexendo.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você estava se sentindo neste momento?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Estava bem tranqüila. Aí eu baixei mais o tom da minha voz, bem baixinha, e eu não fiz o processo de contar de dez a zero, que sempre faço. Fui lentamente introduzindo as imagens, inclusive a imagem de praia, que ela havia dito que gostava muito de praia, e lá na ponta da praia tinha uma passagem para um castelo, só que tinha que passar pela ponte e ela encontrou ali um túnel de luz.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela encontrou por ela o túnel de luz ou você orientou a visualização?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu orientei a visualização.

Pesquisadora Ana Catarina: Mas ela visualizou?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Sim. Eu perguntei, quando ela voltou.Daí eu orientei assim: a imagem de um Anjo com as asas envolvendo-a em Amor. Ela me pareceu assim, seca, por ter que sobreviver. Sufocou as emoções durante as vidas para ter que ir em frente. Então eu dei este momento dela receber amor do Anjo e o Anjo "falou" para ela, que a hora que ela quisesse ver o que tinha do outro lado, ela não ia precisar ter medo, ela ia ter o conforto para chegar até o outro lado do túnel. Quando ela voltou, eu perguntei, a senhora viu o túnel? Ela disse que viu o túnel, o Anjo e a possibilidade de ver o que tinha lá. Nesta sessão também, antes da visualização, eu usei a palavra medo para ela e no primeiro momento ela perguntou 'medo, medo do que?', como se ela não tivesse motivo para ter medo, um mecanismo de negação.

Pesquisadora Ana Catarina: Você introduziu a palavra medo, como assim?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu falei você está muito fraquinha, vamos ver se a gente trabalha um pouco para tirar estas sensações que você tem dentro de você e transformar em coisas bonitas. Pegar este medo que você tem, você não está sentindo medo? Ela falou, medo, medo do que? Eu disse: do hospital, da cama, da doença e do que pode vir a acontecer. Este medo a gente precisa dar um outro sentindo para ele. Ela falou: é, eu tenho um pouco de medo. Admitiu. Foi nesta sessão que ela encontrou o Anjo e deu a benção. *Eu estava saindo, no limiar da porta e daí ela olhou para mim e fez o gesto da bênção.*

Pesquisadora Ana Catarina: Isto para você foi um sinal de missão cumprida?

Mara: Foi. Foi emocionante. Eu saí de lá chorando, porque mexeu demais comigo a possibilidade de ser um veículo que há muito tempo, há muito tempo, eu procuro o caminho de ser um veículo de Cristo, com a consciência de que eu só sou um veículo. Mas quando a gente é um veículo é meio um privilégio e então isto mexeu muito com a minha sensibilidade.

Quando eu falei que ela tinha despertado a vocação da menina e ela abriu um sorriso... até então ela tinha que ser provocada para sorrir, 'e aquele sorriso bonito', e ela fazia aquele esforço para dar um sorriso, não sei onde ela juntava as forças para dar um

arremedo de sorriso, mas neste dia ela deu um sorriso verdadeiro. Foi aquele presente mesmo que ela estava recebendo. Ela disse que não tinha feito nada de bom e, eu senti que deveria preencher este vazio. De repente aparece o presente para ela, no aqui agora, algo que ela fez de bom.

Pesquisadora Ana Catarina: *Então, você se sentiu um canal de integração com uma Força Maior?*

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Me senti um canal, com certeza. Depois cheguei em casa, fui mexer nos meus alfarrábios e fui buscar o sentido do sinal da bênção e vi que quando ele é feito na luz ele tem um significado, se não for feito na luz pode ser a maldição, ele tem que ser feito na luz para ser a bênção e tudo isto foi uma coisa que me plenificou. Junto a isto vinha eu lendo o Jung, apesar de eu já ter tido muitos sonhos, muitas vidências, coisas muito importantes para mim, eu não sei porque me veio o pensamento, nossa eu nunca tive essa coisa toda.

Pesquisadora Ana Catarina: Como assim Mara, 'essa coisa toda'?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Esta vivência que o Jung tinha dos fatos, essa intensidade.

Pesquisadora Ana Catarina: Essa coisa de dizer eu vivo e não conheço, eu sei!

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: É. Então eu pensei nisso. Ele tinha levantado uma paciente ou um paciente dele que tinha dado um tiro, se matado, e ele sentiu exatamente a sensação naquele dia. Eu falei, nossa, que coisa, que coisa profunda! Eu não sei se eu me arrependi ou não de ter dito isto, porque dizem que a gente tem que ter cuidado com o que pede e o que vem. Com certeza eu aprendi a ter cuidado com o que eu peço. *Eu acordei no domingo, exatamente às 9h30 da manhã. Domingo foi o dia que a Dona E. morreu. Ela morreu às 9h40 da manhã. Eu acordei às 9h30 reclamando que eu tinha que fazer comida, que eu tinha que fazer compra, que eu tinha que fazer, eu estava cansada e aquela sensação de irritação foi crescendo dentro de mim. Eu tive uma crise de choro e aquilo foi crescendo. Eu passei o domingo inteiro, completamente descontrolada.*

Pesquisadora Ana Catarina: O que você estava sentindo Mara, irritada?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Irritada. *Eu vivi toda a minha vida, sabe aquele processo do registro akásico, da volta de imagens, sei lá o que, eu vivi esta coisa. Eu revi a minha vida inteirinha, desde que eu era criança, sabe, e tudo com muita*

intensidade, tudo o que me aconteceu, eu passei a minha vida inteira em um estado de oscilação.Foi uma coisa tão intensa e eu estava assustada porque eu não sabia o que estava acontecendo comigo, eu nunca perdi assim o controle, como eu perdi neste dia, eu senti medo, eu senti irritação.

Pesquisadora Ana Catarina: Isto o dia inteiro?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: O dia inteiro, eu passei o dia inteiro em um estado de torpor. Dormia, sonhava e acordava com um medo premente. O dia inteiro, inteiro. Até a hora que eu cheguei aqui, no Servidor. Quando eu cheguei aqui a Goretti perguntou o que tinha acontecido comigo porque hoje eu estava assim. Daí ela falou que a Dona E. tinha morrido. Aí eu entendi.

Pesquisadora Ana Catarina: Você estava completamente acabada?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Isso. Foi interessante porque eu vivi o processo.

Pesquisadora Ana Catarina: Explica para mim o que você vivenciou. Como você entendeu esta experiência?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi assim: a Dona E. tinha morrido. Quando na sexta-feira eu fiz o último atendimento com ela, eu falei para a Goretti ela vai achar um atalho porque realmente ela não precisava morrer neste momento. Ela arranjou um jeito de morrer. Ela tinha chegado no limite e desistiu de viver. Já tinha desistido de comer e depois eu acho que ela realmente abriu mão dessa coisa de lutar, de teimar, de controlar, de ir em frente.

Pesquisadora Ana Catarina: Na verdade ela entrou em um processo de aceitação. Ela não tinha mais o que lutar.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu acho que ela abreviou, porque ela poderia viver mais tempo, o físico tinha condição de suportar mais uma semana.

Pesquisadora Ana Catarina: Você entende que o fato dela ter contatado o Plano Espiritual ajudou ela a perder o medo?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Com certeza.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi uma coisa positiva?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi positiva porque a partir deste momento que ela entrou na aceitação. Quando ela chegou na aceitação ela já não quis mais a comida, aquela coisa ansiosa de por na boca e ter que regurgitar e também além desta questão, foi a questão dela se entregar mesmo, neste fluxo e se soltar daquele pontinho de controle. Eu acho que a técnica teve esse grande mérito do ponto de vista dela. Do meu ponto de vista, deu sentido.

Pesquisadora Ana Catarina: Com assim?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: *Deu sentido para o que eu faço. Não é só chegar e fazer um Reiki, fazer uma Reflexologia, tem um objetivo, tem um significado, um sentido, um objetivo para o trabalho ao qual eu me propus. Hoje eu tenho um sentido realmente. Eu posso pegar tudo aquilo que eu vinha fazendo canalizar dentro de um fluxo com sentido.*

Pesquisadora Ana Catarina: Então foi uma experiência maravilhosa?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi. Para mim foi uma experiência profunda, rica, cheia de sentido, e por mais absurdo que se possa falar, por ser espiritualidade, foi objetivo.

Pesquisadora Ana Catarina: Sim claro. Você conseguiu canalizar uma visão clara e lógica, para esta questão da passagem do mundo físico para o mundo espiritual. Você visualizou um caminho viável.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Viável. E esta questão de ser o canal de uma Força Maior, de ser um canal desse Conjunto de Arquétipos, de ser um canal do Todo, fiquei bem patente para mim através desta experiência que eu vivenciei, que foi assim, viver junto com ela o processo da morte.

Pesquisadora Ana Catarina: Esse ponto que eu quero voltar. Pareceu-me, estou perguntando, que a partir do momento que você preparou a Dona E. para o óbito, para ela fazer esta passagem, no momento em que ela fez a morte dela, que ela fez a passagem assim, concreta, do mundo físico para o mundo espiritual, você

inconscientemente estava ligada com ela, mas aí você se desligou do processo dela e começou a entrar no processo interno seu. Você passou por um processo, durante o domingo, de uma morte interna, nada mais a ver com a Dona E., uma coisa sua.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Exato.

Pesquisadora Ana Catarina: Você vivenciou com ela. A partir do momento em que ela foi, você começou a viver a sua morte interna. Começou a rever sua vida. Gostaria que você falasse um pouquinho sobre isto.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: A gente volta naquela história que eu havia dito do começo, do aprendizado. Porque a Dona E. tinha uma coisa minha, que era a questão da voracidade essa coisa da vida, que você junta as forças e vai, junta as forças e vai. É uma faceta minha e isto mexeu muito comigo. *Então eu acho que aí foi um gancho para que eu vivenciasse uma morte. E foi muito interessante porque antes de ontem eu sonhei que eu estava em um cemitério judaico e este cemitério tinha três etapas e eu tinha que chegar em uma das etapas e pegar uma folha, uma determinada folha, de uma textura tal e um desenho tal, que era a folha da vida.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você tinha que entrar no cemitério para encontrar a folha da vida? Você está encontrando a vida através da morte. Uma questão interna sua. Você sonhou justamente com o simbolismo do que você viveu no domingo, quando a Dona E. morreu.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Exatamente. E os três estágios, o cemitério tinha três estágios definidos. Estágios mesmos, com portão. Três estágios diferentes. Tem todo um significado esotérico. Eu acho que este processo foi não só intenso para ela, como sempre a morte é um processo intenso, mas ela teve esta oportunidade de aprender alguma coisa e, eu realmente já com o propósito de aprender mesmo, consegui vivenciar alguma coisa e estar pronta para mexer dentro de mim.

Pesquisadora Ana Catarina: Que coisa linda. Enquanto você a ajudou a crescer, você cresceu também.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi muito profundo. Foi uma experiência, olha, eu já passei por muita coisa, eu já vivi assim, coisas, maravilhosas, já vi

coisas lindas, mas apesar de ter sido muito dolorido, muito pesado, acho que foi sem dúvida alguma, de longe, a experiência mais profunda que eu passei.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu posso te ajudar em alguma coisa, em relação a esta experiência? A vivência está tranqüila par você?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Domingo foi difícil. Eu perdi o controle. Eu só vi que não tinha perdido o controle, quando eu cheguei aqui e soube que ela havia morrido.

Pesquisadora Ana Catarina: Nesse momento você conseguiu entender o que estava acontecendo.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi. O processo começou ás 9h30 e ela morreu ás 9h40. Eu peguei o fluxo de energia, o vínculo porque naquele momento ela deve ter visto a Luz e o registro dela, o gancho fui eu. E nesse gancho eu peguei e desencadeei o meu processo. Foi bem difícil mas foi a minha vida que foi saindo, saindo, mexeu com as minhas coisas. Tanto que de repente esta semana eu mudei. Pela primeira vez na vida eu me coloquei em primeiro lugar. Eu tinha que levar minha tia ao médico hoje, mas era o dia que você podia vir a São Paulo e eu precisava fechar esta experiência, para não misturá-la com outras coisas. Disse não e vim para a entrevista. Foi muito importante para mim. Foi uma das coisas mais ricas que eu vivi.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi como se você tivesse dado um presente e um presente tivesse sido dado para você.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Com certeza. Você falando, lembrei de uma experiência com uma guru indiana. Já tive esta imagem de eu dar um presente e o presente voltar para mim. É minha sina eu dar o presente e o presente voltar para mim.

Pesquisadora Ana Catarina: Com certeza. Isto é uma Lei do Universo.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Par mim isto tem um significado muito grande.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você está agora? Está organizada, está bem, está tudo tranqüilo? É como se você tivesse renascido?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Bem tranqüila. Tanto que eu estou sendo capaz de tomar outras atitudes.

Pesquisadora Ana Catarina: Mudou o comportamento. Mudou sua maneira de lidar com a vida.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Mudou. Meio assim "problema que é seu, é seu, eu não posso fazer nada". Estou me organizando, assim, espontaneamente, as coisas estão começando a se acertar. Para mim foi muito bom.

Pesquisadora Ana Catarina: Você se centralizou, me parece. Você não precisa tanto da aprovação externa, se desdobrar para que os outros te aceitem. Você passou a gostar mais de você.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Passei a gostar mais de mim e daí ver que eu tenho valor.

Pesquisadora Ana Catarina: Isto também aconteceu comigo. A partir do momento que eu comecei a fazer este trabalho, eu comecei a gostar muito mais de mim.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Esta coisa da gente dar uma re-significação para vida e até que meio que lógica, trabalhando com a morte, é meio que lógico que você passe a dar sentido para as coisas da vida e para o seu bem-estar físico. Comigo foi avassalador. Eu fiquei assustada, com medo.

Pesquisadora Ana Catarina: Com você aconteceu de uma maneira muito profunda, muito brusca e pela qual você não estava esperando. Surpreendeu-te.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Me surpreendeu. Até eu falar na sexta-feira, ela vai arrumar um atalho e vai antes do que a gente está esperando, foi uma coisa. Eu também não sei da onde eu tirei esta idéia que ela iria arrumar um atalho. Mas, daí eu pegar o atalho junto com ela. Uma pessoa muito querida já tinha me passado à idéia de que nenhum esforço consciente que você faz na vida é inútil, e sim, te leva para algum lugar e você vai usar.

Pesquisadora Ana Catarina: É como o seu potencial tivesse se descortinado. A sua essência aflorou e renasceu junto com a passagem que a Dona E. fez.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Interessante, você falando, eu não tinha pensado nisso antes. E um desses dias que peguei um endereço da biblioteca nacional onde eu vou registrar o meu livro, e é nos Campos Elíseos, o lugar onde os mortos ficavam numa boa, tipo o Paraíso. Minha filha foi para a Chapada Diamantina e além desta coisa de crescer, tem também a questão das pedras, da vibração do cristal. Dizem que Jerusalém está sobre uma bancada de rubi. E o rubi é a pedra da transformação, e simboliza o coração de Cristo. Quando trabalhamos com o elixir dos cristais, todos os tratamentos teoricamente deveriam começar com esta pedra, para depois passar para outras porque o rubi é a pedra da transformação e o símbolo do coração de Cristo, assim como nós temos o azul como o símbolo de Maria, o símbolo do amor da mãe, do manto da mãe. Então o Sagrado Coração de Jesus é aquele bem vermelho, bem brilhante, bem vivo. E também uma outra relação ainda nesta linha de Cristo, esta coisa dos três estágios do cemitério, Cristo ficou três dias no mundo dos mortos. O interessante, o mais rico que fechou assim, para a Dona E., legal, foi que ela teve uma crise de vômitos, entrou em apnéia.

Pesquisadora Ana Catarina: Vomitou tudo de ruim e foi.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Esse era o processo dela, devido ao carcinoma, ela não podia mais engolir, aquela história toda, então tudo voltava, e, ela reclamava de tudo, ela era rabugenta mesmo, e dentro da rabugice dela, até esperava-se alguma morte assim, apoteótica, colérica, aquela coisa assim, sofrida, e não, ela teve vômito, vômito, vômito, apnéia e morreu. Uma morte tranqüila, serena.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela foi para a Luz.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Exatamente ela foi para a Luz. Foi muito, muito profundo. Quero agradecer você, quem te deu a oportunidade do caminho e a oportunidade de eu estar no caminho.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu sou quem agradeço a sua participação.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi maravilhoso.

Pesquisadora Ana Catarina: A oportunidade de estar ampliando meus estudos através da sua experiência e dos outros e também observando que estas experiências em relação à técnica não ocorrem somente comigo.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Isto me dá o gancho para lembrar o que estávamos discutindo no Curso de Capacitação, que estas experiências subjetivas, estas "loucuras" acontecem com várias pessoas, o que me dá um suporte, para não me senti uma estranha, pois na minha família todos são muito "normais".

Pesquisadora Ana Catarina: O que você chama de "loucura" é esta capacidade de se transitar entre os dois mundos, objetivo e subjetivo, físico e espiritual, sem se desorganizar, e sim, ao contrário, se enriquecendo. Uma pessoa realmente louca se desorganiza e não se enriquece.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: O importante é que em relação a esta "loucura", ou melhor, a esta capacidade, eu não digo mais que acredito, eu digo que eu sei, que ela faz a diferença. Por que tivemos o caso típico de uma pessoa difícil que atingiu uma tranqüilidade através de todo este processo e pode morrer tranqüilamente, então faz a diferença. Eu digo e repito, não creio que ela faz a diferença, parafraseando Jung, eu sei, ela faz realmente a diferença. E, deu significado, não apenas para a passagem da Dona E., mas encheu de sentido o meu trabalho.

Pesquisadora Ana Catarina: Que lindo! Bem, você já falou bastante sobre as outras questões, mas eu vou voltar para a primeira questão, apenas para formalizá-la e verificar se você tem algo a acrescentar.

1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu acho que deu para verificar nela, este processo de desamor em que ela vivia, e, a estas alturas, não era mais uma coisa para se saber se ela plantou isto ou não plantou. *No primeiro momento eu fiquei muito assustada com ela, em relação ao fato dela ter querido comer o golfinho que eu orientei para ela visualizar. Orientei esta visualização para trazer alegria para ela e, ela quis devorar a alegria, devorar a vida. Aquilo me deixou muito assustada e então eu fui passando por vários processos, mas a coisa que eu mais fiz e mais repeti para ela foi o famoso NEQAV (Não se Esqueça Que Amo Você), do Raúl (o psicólogo Raúl contou uma história com esta sigla simbólica, no Curso de Capacitação). E ela gostou e isto ficou como um código secretíssimo entre nós duas, porque ela precisava desta alimentação amorosa. Ela precisava de muito amor, como qualquer ser humano. Era terapêutico para ela.*

Pesquisadora Ana Catarina: Significava sintonia com você e acolhimento.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: É. *Mas eu confesso para você que no começo eu fiquei muito assustada com ela. Eu havia começado atendê-la através das Terapias Alternativas dois dias antes do Curso de Capacitação, mas se não fosse com a aplicação desta técnica RIME, nós, não teríamos obtido este resultado tão rico e proveitoso*. Eu consegui trabalhar melhor as minhas ansiedades em relação a ela, a partir realmente deste gancho da Luz, dos Seres de Luz, e até para mim foi assim, neste meio tempo, *eu passei a me sentir mais próxima da Equipe Espiritual, da qual acredito que faço parte. Eu passei a sentir a Equipe, a ponto de eu falar para um paciente que eu sentia um Anjo atrás de mim e para ele se conectar com este Anjo.* Também isto aconteceu no processo dela. No último dia que eu via a Dona E., eu vi claramente, *eu intuí, que os irmãos dela estavam próximos*. Eu perguntei, Dona E., e os seus irmãos. Ela disse que tinha doze. Perguntei quantos tinham morrido. Ela disse que cinco. Havia ali aquela presença. Eu "percebi" a presença deles. E nesse dia eu a conduzi a infância e conversamos muito sobre as brincadeiras infantis, enquanto eu fazia massagem nos pés, principalmente porque senti a presença amorosa dos irmãos.

Pesquisadora Ana Catarina: Em relação à voracidade dela, em que momento você sentiu que ela começou a deixar de lado esta voracidade, de, por exemplo, querer comer os golfinhos.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi um processo, mas o marco foi no dia em que ela visualizou a Luz. Quando ela estava olhando para as imagens ela chegou a murmurar, 'passagem', mas isto era uma coisa que ela não queria admitir; a partir do momento que ela visualizou a Luz, e pensou que iria fazer a passagem quando ela quisesse, quando não tivesse mais medo, ela se acalmou. Eu disse isto para ela no exercício, e ela se acalmou. Parou inclusive de precisar colocar a comida na boca e regurgitar.

Pesquisadora Ana Catarina: Parou de precisar se preencher com comida.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi quando eu a levei até a ponte, ela viu a Luz, voltou e fez o sinal da benção. O gancho positivo também, quando eu mostrei o álbum para ela e ela viu a imagem do Cristo, ela disse 'Cristo é tudo. Nós não somos nada sem o nosso espírito'. Então quando ela falou isto eu vi que havia espaço para este trabalho.

Pesquisadora Ana Catarina: Apesar de toda a voracidade, a raiva que ela apresentava, na penúltima sessão ela entrou em contato com a Luz e na última entrou em contato com os irmãos e em seguida, morreu.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Também durante os atendimentos houve um certo entrave porque as acompanhantes da Dona E. eram evangélicas e achavam que, o que eu estava fazendo era bobagem. Na sessão seguinte conversei com as acompanhantes e procurei explicar o trabalho dentro da terminologia desta religião. As resistências se dissolveram.

Pesquisadora Ana Catarina: De uma forma bem objetiva, vou passar para a segunda questão, pois, de certa forma já entramos nela.

2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).

Pesquisadora Ana Catarina: Cenário de base.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Sempre relacionado com água. No começo o rio, a pesca, sem conseguir transcender, mas quando nós fomos para a coisa ampla do mar, aí ela conseguiu transcender.

Pesquisadora Ana Catarina: Lembranças de vivências felizes anteriores, você já colocou, a questão da infância.

Pesquisadora Ana Catarina: Seres de Luz?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: A partir de Cristo e um Anjo envolvendo-a em suas asas em amor. Isto eu senti que foi bem definitivo para ela.

Pesquisadora Ana Catarina: Símbolos de Transformação, você já colocou, a água. Imagens Simbólicas diversas, também você já colocou, a principal que foi esta da passagem. Sobre as afirmações para ela se integrar com a Beleza do Universo e com a sua própria beleza?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Afirmar que ela é brilhante, que ela é Luz.

Pesquisadora Ana Catarina: Sobre as Experiências de quase Morte?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu contei para ela sim e a partir daí eu introduzi a Luz, a passagem.

Pesquisadora Ana Catarina: Histórias?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: As que eu fiz ela contar sobre a infância e as da NEQEAV.

Pesquisadora Ana Catarina: Família

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Um contato mínimo, pois eles pouco vinham e negavam a proximidade da morte da Dona E. O contato maior foi com as Cuidadoras, que eram contratadas. Uma delas disse que tinha medo em relação à morte e eu orientei sobre se ligar à luz do Senhor.

Pesquisadora Ana Catarina: Está ótimo.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi uma experiência riquíssima.

- DIÁRIO

A Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara relatou que a experiência da prática desta Intervenção RIME deu *um sentido organizador à sua atividade terapêutica junto aos doentes terminais, que é como agora houvesse um fio condutor.* Escreveu que após o aprendizado da RIME *sente-se mais à vontade no trabalho com pacientes terminais, pois agora tem uma forma adequada de abordar questões espirituais.* Relatou também *se sentir mais fortalecida, uma vez que, de forma ordenada, observou que é possível perceber os efeitos da aplicação de uma intervenção para doentes terminais e controlá-los.*

1.2. – 2^{O}. PACIENTE P.M.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: Masculino Idade: 76

Patologia: Câncer de próstata com metástase e compressão medular

Religião: Católica Profissão: Técnico Metalúrgico

Estado civil: casado

Filhos (sexo e idades): 3 homens e 3 mulheres com idade entre 38 e 50 anos

Quadro 23- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para o paciente P.M. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	1 hospitalar	**2** hospitalar	**3** hospitalar	**4** domiciliar	**5** domiciliar	**6** domiciliar
Tempo de duração	40'	45'	45'	60'	60'	50'
EVA início	vermelha (0)	vermelha (0)	vermelha (0)	vermelha (0)	vermelha (0)	não foi possível aplicar.
EVA final	amarela (4)	amarela (4)	azul esverdeado (8)	amarela (4)	vermelha (0)	não foi possível aplicar.

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: Paciente impossibilitado de caminhar, fato que representou para ele um grande problema emocional. Comunicou sentir dores intensas, generalizadas e difusas.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Medo da morte representado pelo sofrimento de não poder mais caminhar e negação de que este quadro era irreversível.

- Medo do pós-morte representado pelo medo de ser abandonado, esquecido, possivelmente reativo ao fato de ter abandonado a esposa e os filhos repetidas vezes durante a vida e também abandonado a mãe na hora da morte desta.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

Nas primeiras intervenções o paciente relatou melhora de bem-estar após a aplicação da RIME. Na penúltima sessão o paciente disse não ter encontrado alívio, apesar de ter relaxado durante a sessão (observado estado REM), de ter dormido tranqüilamente após a aplicação da RIME e também durante a noite.

Foi realizada a Intervenção RIME com este paciente em torno de quarenta e oito horas antes de sua morte. Frente à sua postura dramática durante as sessões, esperava-se que este paciente fosse a óbito com muito "choro e ranger de dentes", o que não ocorreu, ele morreu de forma silenciosa. Em seguida a última aplicação da Intervenção RIME, às véspera de sua morte, sentou-se, observou o vácuo e escreveu: "A caminho do

descanso eterno, registrei para os que ficam o que se segue: Estamos unidos por toda a eternidade. O destino é assim...".

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

A Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara relata que vem trabalhando a idéia - "Somos Todos Um" - relacionada a nossa eternidade com Deus e entendeu a idéia ou o sentir do paciente de que estamos unidos por toda a eternidade como uma sincronicidade com a idéia citada, a qual vem trabalhando.

Relata também que o Sr P. a chamava de Rama e não Mara, e que Rama se relaciona à realização do "Self" no Sahaja Yoga, processo que vem buscando.

Na visita de pêsames para a família do Sr P. referiu-se ao filme "Cidade dos Anjos" e voltou para a casa pensando nele. A noite, por sincronicidade, o filme passou na TV.

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

Depois da morte do Sr P. sua filha sonhou que ela mesma havia morrido, viu seu próprio corpo e uma voz lhe dizia para ela não se preocupar, que tudo estava bem.

Em torno de doze horas antes do óbito do Sr P. uma das cuidadoras relatou que lhe pareceu ver um distanciamento entre o corpo físico e o "corpo espiritual" do Sr P.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELO PACIENTE.

- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1ª. ENTREVISTA (após o 2º. atendimento realizado pela Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara)

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Vamos começar nossa entrevista do segundo paciente, me fala um pouco deste paciente e do manejo do vínculo terapêutico. **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: O Sr P. antes de qualquer coisa, de qualquer vínculo, ele me lembra um tio muito querido, não só na aparência, mas no jeito dele ser, pelas coisas que ele fala, me lembra este tio. Então se estabelece, assim, um vínculo muito sutil e houve uma empatia também legal entre a gente.

Pesquisadora Ana Catarina: Quantos anos ele tem?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Sr P. tem setenta e dois anos. Ele é boliviano ou colombiano, tem um domínio intelectual muito grande e permeado com sensibilidade. O que eu sinto é que precisamos dar um trato na questão do sentimento. Eu acho que é por aí que nós vamos conseguir fazer aquele filminho para soltar o medo, a ansiedade, tudo isso.

Pesquisadora Ana Catarina: Você acha que ele está intelectualizando os sentimentos?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele deve ter sido uma pessoa que passou a vida meio se defendendo deste sentimento. Essa é a forma dele, precisa achar uma outra forma, para dar conta desse momento todo. Isto me veio porque como ele é latino - americano, eu trouxe alguns Cds latino-americanos, coloquei para tocar e fui cuidar de outras coisas aqui. Quando eu voltei, ele me disse: a senhora me lavou o coração com essas músicas.

Pesquisadora Ana Catarina: Você entendeu que abriu um espaço para entender o emocional dele através das músicas?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: São músicas muito passionais, muito românticas. Eu falei para ele, que quantos corações ele não tinha rasgado pela vida. Eu tenho o direito de rasgar o seu também, deixa alguém rasgar o seu. Ele estava chorando, muito emocionado. O primeiro Relaxamento que a gente fez, ele estava com um desconforto que ele classifica como máximo, mas ele, por conta desta coisa racional, é teatral também.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele dramatiza tudo?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Tudo. Ele apontou o desconforto máximo e passou para um ponto brando no final da primeira sessão da RIME. Quando eu mostrei as imagens ele olhou assim muito atentamente para cada uma, foi entrando em cada uma delas e três imagens ficaram bem marcadas para ele, a árvore cor-de-rosa, a imagem da cordilheira, dos picos altos, e tem uma também da ponte.

Pesquisadora Ana Catarina: Que implica em uma saída.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele vê nesta imagem da ponte, o navio. Temos também um outro ponto de contato. Ele gosta de caminhar e eu sou uma pessoa que caminho muito, adoro caminhar. Então ele descreve a questão do caminhar e esse gancho do caminhar foi bom para o vínculo. Então eu faço um caminho com ele, que tem aquela árvore, ele passa e depois por um rio e daí a gente vai subir a cordilheira. Com todas as sensações, canto dos pássaros e os odores, enfim, assim, o mais vivo possível. Nesse primeiro momento o relaxamento dele não foi muito profundo.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele estava um pouco tenso? Ele fica desconfortável?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele fica desconfortável e muito excitado com tudo isto. Inclusive eu conversei com ele, eu procuro sempre fazer uma abordagem assim "hospital é uma coisa que é chata mesmo".

Pesquisadora Ana Catarina: Brincando?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Brincando. Hospital é chato com todo esse barulho. Vamos usar este barulho para poder relaxar e tudo o mais, mas ele estava muito excitado naquela primeira internação.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele estava internado por quê?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele sente muito medo.

Pesquisadora Ana Catarina: Medo da morte?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele tem os batimentos cardíacos bem acelerados, bem assim, vibrantes, digamos. Ele tem o medo da morte, tanto que a imagem que ele mais gostou, realmente foi essa, a de Cristo.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele depois também escolheu esta?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele foi passando por todas elas e quando ele contemplou a imagem de Cristo, ele é católico, ele fez uma oração.

Pesquisadora Ana Catarina: Espontânea?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Espontânea. Nessa oração ele pedia para que Cristo abrisse os olhos do amor, que Cristo desse uma morte confortável para ele, e que mostrasse aos inimigos dele a sabedoria. O que nos leva a deduzir que ele tem alguns inimigos. Também pediu que os inimigos fossem conduzidos para um caminho de paz.

Pesquisadora Ana Catarina: Você chegou a conversar sobre esta questão dos inimigos com ele depois?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Não porque logo depois dessa sessão eu fiquei uma semana sem voz. No início do relaxamento ele não queria deitar, estava muito excitado, mas eu insisti para que ele pudesse aproveitar melhor e guardar as sensações. *Tenho um pouco de vergonha de falar, mas quando eu estou em contato com o paciente, parece que sai das minhas costas, como se fosse uma asa, e envolve as pessoas.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você sente a sua energia envolvendo as pessoas. Como se fosse uma energia angelical protegendo, envolvendo de amor?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Exato. Isto é uma coisa que me emociona, mas também me envergonha de contar.

Pesquisadora Ana Catarina: Você deve colocar. É a sua vivência.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Quando ele abriu os olhos. Ele abre os olhos assim, de repente. Ele está em um estado de sonolência profunda e de repente estatela os olhos. Quando ele abriu os olhos, ele ficou olhando para mim, olhando fixamente. Ele falou assim, sabe que coisa, aí onde você está eu estava vendo um anjo.

Pesquisadora Ana Catarina: Que lindo!

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: E no dia seguinte eu amanheci sem voz e fiquei assim uma semana.

Pesquisadora Ana Catarina: A que você atribuiu esta perda de voz?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Não sei. Fiquei sem voz. Como se fosse assim, não resta mais nada a dizer.

Pesquisadora Ana Catarina: Você teve que entrar em contato com você mesma.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu pensei que não é necessário falar tanto.

Pesquisadora Ana Catarina: É necessário ficar mais em contato com o sentimento, com o Anjo, seu Anjo interno e o Anjo que te acompanha.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Provavelmente. Foi um momento muito sensível, muito bonito.

Pesquisadora Ana Catarina: Como foi ver um Anjo para o paciente? O que ele sentiu?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Para ele foi ver a Luz. Principalmente porque na vivência que a gente fez , quando a gente chega no alto da cordilheira, eu falo da luz branca.

Pesquisadora Ana Catarina: Você conduz o exercício começando pela árvore cor-de-rosa?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Em seguida passa por um caminho, passa por um rio.

Pesquisadora Ana Catarina: Você o coloca no navio?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Não, ainda não o coloquei no navio porque ainda ontem ele estava muito, muito "largadinho", eu falei para ele só quando ele tiver vontade, então essa travessia, neste rio ele só faz o seguinte na visualização: ele entra, tem uma cachoeira na frente, ele se sente melhor, sente mais aliviado.

Pesquisadora Ana Catarina: Você orienta para ele visualizar-se tomando um banho de cachoeira para "lavar" as tristezas, mágoas?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Sim. Daí a gente continua subindo a cordilheira, subindo e lá em cima ele encontra Cristo e Cristo sugere para ele que existe um túnel e que ele só vai passar pelo túnel no alto da cordilheira quando ele quiser, com toda a tranqüilidade, sentindo todo o Amor, o Amor incondicional. Faço este movimento mesmo,

como ele estivesse se envolvendo com a água e depois o deixando dentro de um canal de amor, de luz, de paz e oriento para a hora que ele quiser ver o que existe neste túnel.

Pesquisadora Ana Catarina: Você coloca o túnel bem no alto da cordilheira?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Bem no alto da cordilheira. Ele se refere muito às cordilheiras, aos rios, tem uma saudade muito grande.

Pesquisadora Ana Catarina: Lembranças da infância?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Lembranças da infância. Ontem inclusive quando eu fiz a RIME, foi muito interessante, ele estava quietinho; uma médica acompanhou a aplicação porque ela queria ver. Depois que eu acabei de aplicar a RIME, o deixei quietinho e troquei o CD. Eu estava com um da Enya e coloquei o CD da Mercedes Soza que ele tanto ama, quando chegou na música *Graçias a La Vida,* ele acordou. Eu estava fazendo massagem no pé dele, que estava muito inchado. Ele fez um movimento de cantar a música junto com o CD e fechou os olhos novamente. Eu coloquei a música para repetir, ele despertou e bem, perguntou que dia era do mês, que horas eram, se ele já tinha tomado o café da manhã.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele perdeu a noção de tempo e espaço?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Perdeu. Ele estava com fome e pediu para comer. Dei iogurte e mamão, mas depois ele não queria deixar eu sair de perto dele. Para eu conseguir sair foi uma história.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele não queria deixar você sair por quê?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele queria que eu ficasse lá, acompanhando. A Dra Goretti (Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor e também participante da equipe de profissionais desta Tese) falou que ele fez um depoimento para ela dizendo que gostou do meu trabalho, falou coisas que me comoveram. Que eu trouxe muita paz para ele, muito conforto. Então ele quer que eu seja propriedade dele. O que também é uma pista das relações dele como são, bem possessivas. É um outro problema para ele neste processo de desligamento.

Pesquisadora Ana Catarina: E a acompanhante? Onde estava?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Estava neste dia a mulher. No primeiro dia estava a filha que fez o exercício da RIME junto e gostou muito. Eu falei para ele que quando ele estivesse com esta dor intensa, que ele poderia fazer este mesmo caminho, ou com a filha ou sozinho, ele poderia fazer esta visualização. Ele poderia dar uma aliviada nesta dor intensa e se concentrar nesta viagem mental, no Amor de Cristo, ele poderia se aliviar um pouco. Depois ele reclamou que tudo é muito bom, mas é só na hora e que não dá para estender isto para o dia inteiro, mês inteiro, é uma coisa de momento. Até por isto ele quer que eu fique do lado dele. Agora, quando cheguei para nossa entrevista, passei para dar Bom Dia para ele, que já pediu um CD, que eu colocasse uma música para ele e ficasse lá, junto com ele. Eu expliquei que iria fazer uma entrevista e depois viria aqui para a gente conversar. *Ele estabeleceu assim um vínculo muito forte, que eu vejo também, meio como uma coisa perigosa pelo apego. Ocorreu-me também agora que como ele me lembra também o meu tio, pode ser que a ternura que eu passo para ele pode ser que crie esta vinculação afetiva mais forte*.

Pesquisadora Ana Catarina: Pelo que pude observar, você, normalmente, é afetiva com todos os pacientes. Talvez este apego seja uma questão do paciente. Vamos trabalhar alguns pontos que eu gostaria de conversar com você, em relação a RIME. **2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Pesquisadora Ana Catarina: Você já conversou com ele sobre as Experiências de Quase Morte?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Já. Quando eu vou introduzir a técnica eu sempre conto que as pessoas que trabalham em hospitais ouvem muitas coisas, relato sobre as Experiências de Quase Morte e digo que isto indica que nos hospitais existe a presença dos Seres de Luz. Apesar do barulho, da medicação, etc, temos um lado bom que a proteção espiritual.

Pesquisadora Ana Catarina: O que eu percebo é que esta vinculação forte dele em relação a você, pode até ser um manejo dele, uma maneira dele se relacionar no decorrer da vida, mas eu penso que isto se acentua neste momento pelo medo muito grande

de encarar a própria doença, a própria possibilidade de morte. Como você é uma pessoa que transmite muita paz para ele e ele está com muito medo de morrer, então quando ele fala que é só naquele momento, eu penso que é o medo dele morrer e você não estar lá para ajudá-lo a fazer a passagem. Então é uma manifestação do medo de morrer. Como está muito difícil para ele entrar em contato com a morte iminente, por isto que ele fica nesta tensão, nessa excitação, e ao mesmo tempo com culpa, quando ele pede para Deus iluminar o caminho dos inimigos, dar sabedoria para os inimigos, eu não sei o que ele fez para estes inimigos também. Então, eu penso que a questão principal é, em primeiro lugar, lidar com o medo da morte e com esta culpa em relação às idéias negativas em relação ao sentido da vida, e principalmente a culpa perante Deus, pedindo perdão, pedindo para ajudar os inimigos. Então, eu penso que você pode retomar essa colocação dele de falar que é só nesse momento. Você vai sugestioná-lo durante o exercício da RIME que, ele vai trazer essa paz para dentro dele. Você vai ter que abordar explicitamente essa questão. Perguntando para ele, o que acha da própria doença, com acha que ela está evoluindo, como ele está se sentindo, e então, você vai falar para ele que o seu corpo está doente, não está bem realmente, mas o seu espírito é livre. O que eu quero neste momento é que o senhor comece a aprender a dissociar o corpo, do espírito, para a gente começar a libertá-lo desta angústia. O espírito precisa se libertar de tudo isso. Então você fala, o senhor já perdoou, já pediu para Cristo ajudar seus inimigos e todos nós temos inimigos, todos nós temos pessoas difíceis, ligue-o com a luz de forma que ele se liberte destas culpas. Então, vamos ter que começar a fazer um parto ao contrário. O corpo fica neste mundo e o espírito se liberta. Eu acredito que essa é a Dor Espiritual dele: esse medo da morte e esse medo do pós-morte, aliados á culpa perante Deus, frente a experiências de rivalidade, brigas, etc. com os inimigos. Acredito que esse seja o ponto chave. Como você já falou das Experiências de Quase Morte, pode retomar dizendo que esses pacientes vêem justamente o seu corpo dissociado do corpo espiritual, percebem que corpo espiritual podem estar bem, iluminados, diferente de como estavam se sentindo no corpo físico. Acredito que sejam esses pontos chaves da Dor Espiritual dele. O que você sente frente ao que eu coloquei?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: É um caminho. Principalmente ele tem que cumprir. Esta coisa do sentimento. Esta seria a forma dele viver esse sentimento.

Pesquisadora Ana Catarina: O sentimento permanece no espírito dele, que temos como pressuposto que existe, e a doença fica no corpo que está se desestruturando. Ele está muito assustado e por isso ele quer você do lado dele. Você transmite paz, segurança, proteção. Esse medo é justamente porque ele não está sabendo desvincular o corpo, do espírito.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Hoje a Dra Goretti conversou com ele, porque teve umas intercorrências, ele está entrando em uma fase difícil, ele tem uma metástase óssea e que está atingindo a medula.

Pesquisadora Ana Catarina: Qual é o prognóstico?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Já transfundiu, vai ter que transfundir de novo. Pode ter hemorragias.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu penso que no momento que ele conseguir ver o que o seu corpo está doente, mas seu espírito pode se libertar e entrar em contato com a Luz, ele consegue se libertar de toda essa Dor. E pede para ele imaginar Luz nos inimigos. O que passou, passou. O que ele tinha a aprender, já passou. Ele precisa encontrar o sentimento de liberdade de toda esta Dor. O que resume, que você precisa trabalhar é o medo da morte, para ele conseguir entrar na Luz.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ok!

Pesquisadora Ana Catarina: Fala agora dos seus sentimentos, das suas emoções ao atender este doente utilizando a Intervenção RIME.

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 5).

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: *Ele me toca muito profundamente. Eu tenho essa coisa de me ver em cada um dos pacientes, da mesma forma que a paciente anterior, que eu me identificava com a questão da ansiedade, de devorar. Ele me faz ver essa questão de trabalhar com a cabeça, com o intelectual, com o racionalismo.* Eu sempre acabo achando que cada um dos pacientes tem mais a ensinar a gente do que a gente a oferecer. *Então eu acho que junto com o Sr P. eu vou poder abrir um pouco mais essa coisa do coração crístico, do sentimento profundo.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você falou essa questão do sentimento, além dessa questão da dissociação do corpo físico e do corpo espiritual, desculpa voltar um pouquinho, mas precisamos criar uma imagem para expandir esse sentimento. Talvez iluminar o coração dele.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu coloco um coração de rubi nele. De Cristo. Como aquela história que Jerusalém é uma bancada de rubi, esse rubi é o que eu levo para ele. Normalmente, com todos os pacientes, começo iluminando o coração, utilizando a luz dourada, passando para o corpo.

Pesquisadora Ana Catarina: Estou pensando. Trazendo algumas questões. O que ele precisa não é intelectualizar o exercício de relaxamento (RIME), por isso está ficando superficial. Ele está mais intelectualizando, do que sentindo. Ele não está sentindo profundamente, como outros pacientes. Talvez você deva conduzir a RIME mais devagar, fazendo ele sentir a natureza, fazer ele sentir a integração dele com a natureza. Ele já escolheu a árvore cor-de-rosa que é ideal para ele. O rosa inspira afetividade. Use muito a palavra sentir. Sentir a brisa, o perfume. Depois diga para ele sentir as qualidades dele. Sentir o amor que ele construiu nessa vida, para ele se desapegar das mágoas. Entender que não somos iguais. Se desligar em paz das pessoas com as quais ele não teve afinidade, fluir para o coração dele as pessoas que ele amou. Fazer ele entrar em contato, primeiro com a natureza, com a beleza da natureza e depois com os sentimentos. A partir daí você prossegue, fazendo a dissociação do corpo com o espírito. O corpo espiritual que é eterno e o corpo físico que está doente. Ele precisa estar sadio e iluminado no corpo espiritual. Pesquise também sobre lembranças felizes do passado, para que ele possa levar esses sentimentos, essas lembranças com ele.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ok!

Pesquisadora Ana Catarina: Agora vamos voltar nos seus sentimentos. Fala um pouco mais dessas asas de anjo. É uma vivência sua, mas que você retoma a ela ao aplicar a RIME.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Isso é uma coisa que eu já havia sentindo, mas esse dia com o Sr P., foi mais do que sentir, ele pode ver esse Anjo. De repente eu junto com aquele Anjo, lembra que eu contei no treinamento (curso de

capacitação) que eu estava na rua e aconteceu a morte de uma pessoa e que apareceu alguém. Tudo isso é muito misturado.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sempre sente a presença dos Seres de Luz?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Sempre.

Pesquisadora Ana Catarina: E aquele dia você parou na rua e ficou mentalmente ajudando a pessoa a se desligar da Terra.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi. Depois me apareceu por trás uma "pessoa" e ficou do meu lado, ela veio de trás, parou, e disse que o doente já tinha falecido e foi embora. A amiga que estava comigo ouviu, mas não conseguiu ver essa "pessoa", o ser que falou. Para mim fica um pouco aquela questão do filme "Cidades dos Anjos" , da percepção entre aqui e "lá".

Pesquisadora Ana Catarina: Você sente a sua natureza espiritual concreta. Então você já tinha essa vivência, não foi a RIME que despertou isso em você, pois você já tinha essa vivência, essa conexão mais concreta com o seu ser espiritual, com a RIME essa sensação de ser espiritual, de poder acolher os outros em amor angelical volta novamente.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Isso. É uma sensação, assim, indescritível. A sensação que eu tenho quando eu estou com o paciente é indescritível, não tenho referências para explicar, é muito diferente.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela te traz paz? Traz-te amor? Traz-te conexão com o plano espiritual? Transcendência?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Transcendência. É uma sensação de leveza. Aumenta muito a consciência de que eu sou um canal.

Pesquisadora Ana Catarina: Amplia sua integração com a consciência cósmica e você se sente um canal do Amor Universal. É isto?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Isto. Apenas um canal. Minha consciência é muito clara que durante um procedimento com um paciente me vem a necessidade de agradecer o fato de ser um canal.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Você quer falar mais alguma coisa?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Não. Agora é aguardar e continuar os atendimentos.

- 2ª. ENTREVISTA / INTERMEDIÁRIA (APÓS O 5º. ATENDIMENTO)

A Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara nos mandou um e-mail sobre os atendimentos para o Sr P. com estes dizeres: "*Estou desanimada, não pelo fato dele não querer relaxar, que é um direito dele, mas me parece estranho que uma família que está em Cuidados Paliativos (creio que o processo é mesmo familiar), ainda tenha tanto medo e tanta incompreensão face à crise que está enfrentando. Sinto uma certa responsabilidade neste fato e tenho pensado onde está a falha para que possamos resgatá-la não apenas no caso do Sr P., mas também com outros pacientes que vêm apresentando muito medo. Não sei muito bem o que fazer. Certo que vou continuar indo".*

Respondi explicando que medo da morte todos os pacientes e familiares têm. É natural e para isto trabalhamos. Também, frente ao apelo da Profissional, considerei necessário e propus uma supervisão intermediária, que foi aceita.

Breve "rapport".

Antes de começar a supervisão dos atendimentos do Sr P. a Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara quis relatar uma experiência na utilização da RIME no processo de óbito de uma paciente, que não tinha sido atendida por essa Intervenção Terapêutica anteriormente.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: A psicóloga Cristiane e eu fizemos esse atendimento juntas. Quando entramos no quarto a paciente estava com a respiração ofegante do desespero de quem está se sufocando e nós fizemos diretamente o trabalho. Coloquei uma música e começamos a falar dos Seres de Luz que estavam à volta dela, que se ela percebesse, ela poderia notar o Manto Azul de Nossa Senhora, aquela força a estava envolvendo, aquela força que envolve todas as mulheres e ela foi mentalmente se acalmando e deu um sorriso. Na medida em que ela foi se acalmando também, a Cristiane trouxe a família e nós continuamos esse trabalho com a RIME com a presença da família. Fomos explicando que os Seres de Luz iriam ajudá-la a fazer a passagem, que ela só iria

fazer a passagem, já tínhamos falado isso antes da família entrar, a partir do momento que ela se entregasse, que ela desse as mãos para aquela força de Nossa Senhora, com calma, com tranqüilidade, que ela aceitasse aqueles Seres de Luz apoiando mesmo a cabeça dela, o corpo dela e daí nós fizemos dentro dessa linha um trabalho com as duas netas e a filha. Interessante é que essas quatro mulheres são a família inteira.

Pesquisadora Ana Catarina: A família se compunha dessa senhora, a filha e as duas netas? Qual a idade delas?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Exato, a família toda era essas quatro mulheres. A idade dela era em torno de oitenta, oitenta dois anos. A filha tinha uns cinqüenta e seis, cinqüenta e oito anos e as netas jovens, em torno dos vinte quatro, vinte e cinco anos. Foi muito interessante porque elas também estavam naquele processo convulso e a gente conseguiu fazer com que elas se acalmassem, utilizando os elementos da RIME. Uma das últimas coisas que eu falei para elas, foi para imaginarem elas quatro em uma prisão e quem elas iriam querer que nesse momento saísse da prisão? E elas todas concordaram que seria a Dona N. Nós saímos do quarto e em seguida a família veio avisar que ela tinha acabado de morrer.

Pesquisadora Ana Catarina: Morreu tranqüila?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Tranqüilíssima. Mas foi assim: nós duas fomos ao quarto, era indescritível o frescor da energia dentro do quarto. Frescor! Frescor é uma forma que eu decodifico porque eu tenho um caminho por uma linha indiana que diz que a brisa do Espírito Santo é a brisa fresca. Então quando uma coisa está muito confortável eu decodifico com o frescor. Estava esse frescor, as três estavam absolutamente calmas, alguém telefonou e daí veio a resposta do trabalho que a gente faz. A filha disse "mamãe acabou de morrer, mas foi muito tranqüilo porque aqui no Hospital do Servidor Estadual eles fazem um trabalho de espiritualidade, que deu um conforto muito grande para ela, que morreu muito tranqüilamente e nós também estamos em um estado de conforto muito grande".

Pesquisadora Ana Catarina: Muito bom.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi um dia que, não posso dizer que gratificou, o objetivo não é esse, mas que plenificou. Foi uma sensação, muito, muito, muito boa.

Pesquisadora Ana Catarina: É exatamente esse o objetivo da RIME. Tirar esse sofrimento na passagem. Claro que a RIME pode e deve ser utilizada em todo o processo de morrer, mas a experiência de vocês nos mostra que até no momento da morte, se você usar a RIME, ou os elementos principais da RIME como o contato com Seres de Luz , se pode conseguir dignidade e serenidade no morrer. Eu já apliquei a RIME em paciente na véspera do óbito, mas não tinha tido essa experiência de aplicar essa intervenção no momento da passagem, somente.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: No momento da passagem. A gente fez com aqueles Seres de Luz que identificamos e nas mãos dos quais a gente a colocou. Foi assim tudo muito, impróprio falar, mas concreto. Concreto.

Pesquisadora Ana Catarina: Vocês colocaram a música e induziram o contato com os Seres de Luz. Não utilizaram nenhuma imagem?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Não. Não tinha condição mais. Ela não tinha mais resposta. Inclusive a Cris depois comentou que a Dra Goretti havia deixado um bilhetinho que ela já estava naquele processo que se chama sororoca, ela estava nesse processo, 'soluço no estertor da agonia', dentro dos estertores da morte, respiração ruidosa dos moribundos; agonia. Ela estava dentro da aflição, da angústia da morte. Ela estava dentro desse processo.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela estava dentro desse processo dos estertores da morte quando vocês aplicarem a RIME?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ela se acalmou. O último suspiro dela não foi dentro desta coisa convulsa. Foi uma coisa assim, que ela parou de respirar. Foi plenificante e outro dia eu estava escutando a palestra de um médico, na USP, talvez você o conheça, Sérgio Felipe, ele tem a preocupação de trazer a espiritualidade para dentro da medicina, e ele dizia que o materialismo diz que a gente não prova o que acontece, mas a gente também pode dizer que o materialismo também não prova o que acontece. Por que a gente pode aceitar o que eles dizem e que não é totalmente provado, e eles não podem aceitar o que a gente diz e que não é provado. *Eu sinto assim desde o Curso de Capacitação que você deu para a gente na UNICAMP, me parece que me vem*

sedimentando essa coisa de um compromisso, de colocar isso para fora, de trocar essa experiência, sabe, quanto mais eu sair desse velado e dar publicidade da coisa, eu acho que mais fundamental é. Esse ano (2004) para mim foi um ano voltado para esse tipo de apelo. Necessidade de tornar público. Relatar minhas experiências. Se os outros acharem que eu sou esquizofrênica ou não, o problema não é meu mais. O problema é do outro.

Pesquisadora Ana Catarina: Pelo que você está me dizendo, antes você tinha uma dificuldade, uma preocupação, que os outros te achassem um pouco estranha.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi uma coisa meio gradativa. De princípio eu mesma me achava assim, será que eu estou ficando demente. Bem assim.

Pesquisadora Ana Catarina: Você questionava a sua própria experiência espiritual?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Mediunidade, sanidade, integridade. Mesmo porque eu nunca passei por um processo muito formal de preparação para isso. Por mais que eu tenha feito alguns anos cursos dentro de um Instituto de Filosofia, por mais que eu tenha passado por períodos de Yôga e etc, eu nunca tinha chegado em um ponto meu.

Pesquisadora Ana Catarina: De você se sentir inteira na experiência?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Exato. Com a vida a gente vai aprendendo. De princípio eu parei de me achar muito louca.

Pesquisadora Ana Catarina: A partir do Treinamento (Curso de Capacitação) da RIME?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: A partir do Treinamento da Rime, depois dessa fase que eu passei, eu superei o que o outro está pensando de mim. Antes eu estava na fase "será que?", "será que?", e agora, nesse segundo semestre desse ano, veio essa necessidade de tornar mais pública essa experiência.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu tenho observado isso também com os outros profissionais. A RIME trouxe uma organização no trabalho dentro da área de Cuidados Paliativos. Trabalhar com a Espiritualidade de uma maneira organizada.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Organizada e desvinculada daquilo que é uma questão de fé. Não é uma questão de fé. É uma questão mental. De ternura, de amor incondicional, de uma intervenção amorosa de acolhimento, de intenção. Não é uma questão de fé. É uma questão consciente de opção.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Podemos agora falar dos atendimentos do Sr P., que parece estar começando a ficar difícil.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Dificílimo.

Pesquisadora Ana Catarina: Então vamos lá. Existem três pontos a serem investigados. Primeiro, como está o seu vínculo com ele e também como está o seu vínculo com a família. Segundo, como está sendo feito o manejo da técnica. Como você está usando a questão das imagens, vivências anteriores, da integração com o universo, da música, dos Seres de Luz, do túnel dourado. E o terceiro, como você está vivendo tudo isso, sentimentos e emoções que você está vivenciando.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Vamos começar pela segunda.

2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: A aplicação da RIME é completa e absolutamente satisfatória. Então ele relaxa tranqüilamente, a gente sempre trabalha as imagens, inclusive ele escolhe qual imagem vai ser trabalhada no dia.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele tem imagens fixas ou cada dia ele escolhe uma?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Não são aquelas mesmas. Mas a imagem que a gente tem trabalhado nas duas últimas sessões é a imagem do barco (ponte). Primeiro eu oriento a visualização para que ele caminhe mesmo e sinta embaixo dos pés, porque a obstinação dele é o caminhar. Então eu faço que, através da imaginação, ele caminhe, sinta as pedras, a umidade da terra, e depois que se sente sob aquela árvore cor-de-rosa, repouse, continue, chegue até a margem do rio, veja o barco e quando ele chega do outro lado da margem tem um Ser de Luz, que o acolhe, que mostra para ele que depois da margem tem um túnel e no final do túnel ele se identifica com a imagem de Cristo. Em todo o processo ele relaxa profundamente, apresenta movimento REM nos olhos.

Pesquisadora Ana Catarina: Os sinais indicam que ele entra em alfa, relaxa.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele entra em alfa. O rosto dele relaxa, ele esboça um sorriso. E eu sempre tenho o cuidado, eu tenho uma régua, que pelo mostrador você pode identificar a carinha da escala de dor, e no final, quando vou avaliar, ele continua do mesmo jeito, dizendo que a dor é insuportável, como estava no começo. Aí começa o meu estado de "meu Deus e agora?". Porque ele entra no relaxamento, ele esboça um sorriso, apresenta movimento REM nos olhos, isto cientificamente prova que ele está em alfa, e que o estado alfa dá um estado de bem-estar. Mas ele diz que está exatamente do mesmo jeito, que não modificou absolutamente nada.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você se sente frente a isso?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: *Eu me senti impotente perante o trabalho. Mas o que me machuca é o fato de que ele tem oportunidade de transformar e não consegue transformar. Eu já tive uma experiência semelhante, não com ele, mas com um outro paciente da enfermaria. Eu estava no meio de uma técnica e pensei, eu estou torturando essa pessoa, ela não quer o bem-estar. A* gente não sabe a história da pessoa. O Sr P., é necessário voltar para a primeira questão que são as questões familiares. O Sr P. abandonou a família em vários momentos da vida. Ele veio da Bolívia para a Argentina, onde ele ficou muitos anos, depois ele voltou, depois ele veio para o Brasil e só daí é que ele trouxe a mulher e os filhos.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele teve outras famílias nesse meio tempo, ou não?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Isso ninguém tocou no assunto, ainda. Mas, já se falou, assim, que ele era muito sedutor, então nesse caldeirão, nesse caldo todo também deve ter esse tempero, das traições, tudo o que gera a sensação de abandono realmente na família. Embora ele tivesse condições econômicas, a mãe dele quando morreu, morreu sozinha, sem a presença dele, ele se culpa disso, mas também ele não voltou para ir lá. Isso tudo deve gerar nele uma sensação de abandono em relação à mãe e agora ele está em um abandono punitivo. Ele entende assim: "isso tudo que está acontecendo comigo, bem feito para mim, problema meu". Mas, o que acontece, é que essa história fica muito pior, a medida em que ele imagina que os filhos podem a qualquer

momento fazer com ele, o que ele fez com a própria mãe. E a única forma que ele tem de manter os filhos por perto, é exercendo uma tirania, que ele sempre soube exercer. E a tirania que ele pode exercer é a tirania da dor. Até aqui entendo tudo muito bem, mas eu não sei como interferir para não causar estrago, porque eu não tenho formação em psicologia.

Pesquisadora Ana Catarina: Não é proposta da Intervenção RIME trabalhar com os aspectos psicológicos, e sim com a Dor Espiritual. A questão que está clara é que apesar dele relaxar muito, ele não pode dizer para você que ele melhorou, porque talvez, na fantasia dele, admitir isto, é correr o risco de ser abandonado pelos filhos. Mantendo-se com dor, mal, com sofrimento, ninguém vai abandoná-lo. Essa é a maneira dele se assegurar que a família vai ficar com ele. Isto que você acabou de falar. Pode também haver um traço sádico na personalidade dele de não querer dar o braço a torcer. Não admitir que você consegue ajudá-lo. *Nessa manipulação ele desperta em você um sentimento de impotência. Eu entendo a sua frustração. Ele mora extremamente longe; você perde meio período do seu fim de semana, para ir até a casa dele e não conseguir ajudá-lo. O importante a observar é que o fato dele não admitir que melhorou, não significa que efetivamente o seu trabalho não serviu para nada, porque ele demonstra melhoras através das expressões corporais.* Você pode perguntar a ele, como ele acha que não melhora, se ele quer continuar com os atendimentos.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele quer que eu continue. Ele quer o mundo em volta dele.

Pesquisadora Ana Catarina: Você já perguntou diretamente se ele quer que você continue aplicando essa técnica RIME?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu já perguntei e ele disse que quer. Ele diz que apesar de não ter nenhuma melhora, ele se sente bem. Quando ele abre os olhos ele diz que foi maravilhoso. Só que se eu pergunto, como ele está se sentindo, ele diz que está péssimo.

Pesquisadora Ana Catarina: Na hora de classificar, ele diz que está péssimo.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Mas existe a questão de que ele também pode estar relacionando este "péssimo" a obstinação dele de voltar a andar e voltar para a Bolívia. Ele quer ir para a Bolívia. Tem saudades da Bolívia. Uma das filhas dele, a

que mais controla as coisas, me disse que assim que ele melhorar um pouco, ele vai para a Bolívia. Eu perguntei para ela, o quanto eles sabem sobre a doença, porque a Dra Goretti já explicou para ele sobre o estado da coluna, já explicou toda a situação dele, a qual não tem volta, que ele só vai piorar. Essa fantasia, eu até entendo que isso pode ser uma barganha deles, se o pai ficar bom, vamos todos para a Bolívia. Cheguei no meio de feriado de 15 de novembro na casa dele, dois filhos e uma filha lá, eles arrumaram cama hospitalar, em um apartamento minúsculo de uma moça sozinha (filha), mais a cadeira de rodas. Ele foi para a casa da filha porque ele mora em um prédio sem elevador. Quando eu cheguei os filhos estavam com cuidado, subindo com ele no elevador, na cadeira de rodas e ficam lá o dia inteiro com ele. Uma coisa complicada, complicada. Ele é muito teatral, faz chantagem o tempo todo. Eu não me comovo mais com ele.

Pesquisadora Ana Catarina: Esse quadro dele, que você está contando, me parece ser um traço da personalidade dele. Não vamos interferir na personalidade dele. Quanto à questão de ir para a Bolívia, muitas vezes no caso de pacientes terminais e familiares, eles negam a terminalidade e começam a fazer planos. A minha postura sempre foi de nem incentivar a fantasia e nem ir contra.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi o que eu fiz. Pedi para eles conversarem com o médico, que iria explicar direitinho.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu pergunto o que a equipe médica já falou, qual a previsão de melhora. Questiono se vai haver uma melhora mesmo. E se não houver uma melhora, pergunto? O máximo que eu faço é isso. Normalmente eu deixo, porque é uma fantasia que vai se diluir por si mesma. É uma negação do momento, mas que vai se diluir. Eu não estimulo e vou questionando o que acontecerá se não houver a melhora. Às vezes naquele momento a fantasia é necessária para que eles tenham suporte para agüentar aquela dor imensa. Uma defesa para não haver uma desintegração total. Com o evoluir do quadro, eles vão se acostumando com a idéia da perda. Eu deixo evoluir naturalmente e vou acompanhando.

Eu penso que talvez seja melhor você fazer a pergunta de uma outra maneira porque na hora de quantificar é como se ele estivesse dando uma certidão que está melhor emocionalmente e espiritualmente, então não pode mais manipular os filhos. Pode

continuar usando a escala, mas não se apegue muito a esses dados. Vamos usar a verificação da melhora dele de uma outra maneira: você sempre vai perguntar se ele quer que você aplique a RIME, se ele quer fazer relaxamento, se ele quer que você venha atendê-lo. Essa angústia é que vamos ter que trabalhar. O que eu estou sentindo é que você está achando que não está cumprindo com o seu papel em Cuidados Paliativos frente à técnica RIME, com esse paciente. É isso?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Não. A partir do momento que eu vejo que ele relaxa, relaxado está.

Pesquisadora Ana Catarina: O que te angustia?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: É o fato dele estando relaxado, não aproveitar, não digerir, não trabalhar isso. Não respirar isso. Por eu não conseguir fazer com que ele, apesar de estar relaxado, usufrua disso. Talvez passe por uma coisa de onipotência minha. Eu sinto assim, que eu devo ter uma falha na comunicação mesmo. Mas eu sinto. Outro dia também ele estava falando essa questão de ir para a Bolívia, eu falei, vamos parar um pouquinho, no momento, o senhor pode andar? Ele arregalou os olhos e disse que "não". Então o que o senhor tem no momento? O senhor tem a oportunidade de se movimentar com a sua cadeira de rodas e aqui nós dois juntos, irmos, através da mente, para onde o senhor quiser. O meu objetivo é fazer com que, nas horas em que o senhor está mais deprimido, possa com a sua mente, ir para onde o senhor quiser. Pode escalar uma montanha, fazer aquilo que o senhor quiser, com a sua mente. O seu corpo está limitado, a sua mente vai para onde o senhor quiser. É isto que a gente está fazendo. Quando o senhor fica sozinho, esse é o exercício que pode ser feito. Mas a obstinação dele é andar.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele está brigando com a esperança de que ele vai levantar da cadeira de rodas.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ele está na fase da barganha?

Pesquisadora Ana Catarina: Nesse aspecto ele está na fase da negação. Na verdade os pacientes oscilam entre a negação, raiva, barganha, depressão. Ele está negando a gravidade da doença. Quanto tempo a Dra Goretti estima que ele tenha de vida?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Na verdade ela acha que está até demorando a acelerar o processo. Ele está resistindo bem.

Pesquisadora Ana Catarina: Talvez ele esteja resistindo em função dessa negação da gravidade da doença. Ele vai se apegando às questões materiais. O único jeito é ter paciência e ir acompanhando o processo dele. O que eu te oriento é não entrar nesta angústia de querer trazê-lo à realidade, mais depressa que o ritmo dele, à força. Um parto a fórceps. Arrancá-lo desse sonho que ele vai voltar a andar e assim, quando ele diz que não melhora concluo que tem duas questões: uma é a questão do traço de personalidade dele mesmo, de controlar e se disser que melhora, ele está se entregando. A segunda questão é que se ele diz que melhora com a RIME, ele está aceitando o desligamento aqui da Terra e subir para o plano espiritual. É isso para ele, ainda, não é possível. A única coisa que nós podemos fazer é acompanhá-lo. Você precisa ter paciência. É o amor incondicional, mesmo. A paciência de saber que você o está ajudando, mas ele não quer dar o braço a torcer. Se ele falou que ele quer a aplicação da RIME ele mostra uma contradição, uma ambivalência. Ele fala que não melhora, mas depois ele fala que quer a RIME e se sente bem. Então temos que acompanhar a evolução da passagem dele, porque, como ele está sendo acompanhado, naturalmente ele vai sair da negação e vai passar rapidamente pela barganha e entrar na depressão. Ele já passa pela barganha quando diz que vai para a Bolívia, etc. Esse processo não pode ser feito a fórceps. No momento que ele ficar mais debilitado, ele vai fazer isso naturalmente. Vai entrar em depressão e em seguida poderá entrar na aceitação.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Eu tenho a impressão que ele vai resistindo, resistindo e na hora que ele cansar de resistir vai se deprimir.

Pesquisadora Ana Catarina: Mas, nessa hora, ele já vai ter o amparo da RIME e o seu acompanhamento. Ele já vai saber o "caminho". Sabendo o "caminho" a aceitação é favorecida. Eu já tive pacientes assim, ambivalentes, mas eu ficava tranqüila porque eu sabia que na hora que ele parasse com a negação, ele saberia o caminho. Eu tive um paciente adolescente de dezessete anos que foi dificílimo. A mãe tratava esse paciente como um bebê. Eu comecei a tratar dois casos na Unidade de Oncologia com o mesmo tumor, mesmo estágio , mesma idade, mesmo sexo e para os quais foi prescrito o mesmo

protocolo. Um evoluiu para a cura e outro para o óbito. O que evoluiu para a cura tinha uma boa estrutura intrapsíquica e familiar. O que evoluiu para o óbito apresentava um quadro de negação total frente à evolução negativa do tratamento clínico e a família se apegou a um grupo religioso que afirmava que Deus iria curá-lo. O adolescente era tratado como um bebê recém-nascido. Na visualização eu o orientava para subir uma escada brilhante e se encontrar com anjos, durante aproximadamente quatro sessões. Ele começou a "tirar sarro" e dizer que não queria subir escada nenhuma e eu parei com a RIME. Mas, na hora que ele começou a piorar, recebeu uma sedação leve e estava sereno. Eu fiquei tranqüila. Por que apesar da dificuldade de aceitar a iminência da morte, ele tinha os elementos da RIME para fazer a passagem. Foi tão significativo que a mãe me ligou posteriormente dizendo que ele havia ido a óbito de forma tranqüila. Então veja, ele e a família negaram durante praticamente todo o período, mas eu atendi pacientemente até onde foi possível, até onde eles quiseram o atendimento. Foi uma rejeição que eu tive que suportar, frente à ambivalência.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Está certo.

Pesquisadora Ana Catarina: Procure suportar essa angústia da frustração, frente a essa ambivalência dele. Ele quer a técnica RIME. Ele quer que você vá. Ele relaxa e visualiza, mas não quer admitir que está morrendo. Ele está nessa briga. Vai ter uma hora que ele vai ter que abrir mão e aceitar. Mas, os seus olhos encheram-se de lágrimas?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: *Eu me lembrei que uma vez me disseram que, após os cinqüenta anos, eu teria a missão de ser um farol para iluminar o caminho dos outros. Ouvindo você falar assim, eu me lembrei desse fato. De ser um farol. É uma responsabilidade que estou assumindo.* Mas, e a família, quanto à questão da manipulação dele?

Pesquisadora Ana Catarina: A RIME não contempla uma terapia familiar nesse aspecto, que é estritamente psicológico e, por isso, ampliamos a utilização da RIME por outros profissionais da saúde, além de psicólogos. A RIME prevê a orientação familiar, quanto à elaboração do luto utilizando-se dos elementos da espiritualidade. No caso de trabalhar a manipulação e o controle familiar, a Cristiane, enquanto psicóloga da equipe, pode os atender através das técnicas psicológicas tradicionais. Agora, quanto ao fato dele

aceitar que está morrendo, só podemos acompanhá-lo através da RIME, dar este passo é uma questão dele, só ele pode dar. É um limite para nós. É um processo interno dele. Nós levamos o paciente a relaxar e sugerimos os elementos. Mas quem aceita, quem visualiza, quem se entrega, quem se liga com o plano espiritual através do seu mundo psíquico, através da sua imaginação, é o paciente. Então é dar um tempo para ele. E o tempo dele ninguém sabe. Ele já tem os elementos. Como ele quer a RIME, apesar da ambivalência, vamos com ele, no tempo dele. *Parece-me que você sente um vazio ao acolher a angústia de morte e achar que não está ajudando-o. Mas você está fazendo a sua parte, dentro do seu limite. É uma questão dele.*

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: É isso. Principalmente, quando vemos isso como uma missão. Não dei conta de cumprir o que o meu coração precisa, para se sustentar. É mais do que não dar conta. É não cumprir com a minha missão, com o meu dever. O que eu preciso fazer para preencher esse espaço para eu cumprir com o meu dever.

Pesquisadora Ana Catarina: O seu dever tem um limite. Aceitar e entrar no processo é opção do paciente. É o livre arbítrio do paciente. O que ficou para você do que conversamos hoje?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Essa visão que ele tem o tempo dele por mais que eu saiba disso, não estava me dando conta. Se a minha função é ajudar, ajudar é.

Pesquisadora Ana Catarina: Ter paciência com esse processo ambivalente dele. É o caminho que ele está aprendendo. É o que pode dar suporte para que ele chegue na aceitação da morte.

Observamos que os aspectos relacionados à questão 1- **Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME)** e à questão 3 - **Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta**, (Anexo 5), foram introduzidos de forma intercalada no decorrer dessa entrevista.

- 3ª. ENTREVISTA (APÓS O ÓBITO DO PACIENTE).

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Você acabou de me dar um papel com a mensagem que o Sr P. escreveu antes de morrer.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi muito bonito. Gostaria até de começar com a leitura dessa mensagem. "A caminho do descanso eterno, registrei para os que ficam o que segue: Estamos unidos por toda a eternidade. O destino é assim". Foi muito bonito. Ontem eu fiz uma visita de pêsames para a família e como é muito longe, me atrasei umas duas horas. *Quando eu estava voltando para minha casa, me veio a sensação que se eu tivesse ido de joelhos até lá, não a pé, de joelhos, mesmo assim teria valido a pena, frente ao retorno da família. Foi um trabalho difícil para mim, mas que deixou um aprendizado também muito grande, que a percepção da gente é realmente muito limitada, e que a gente nem sempre tem um retorno imediato, principalmente em relação a uma coisa tão sutil como essa que a gente tem trabalhado.* O processo foi o seguinte: a Cristiane (psicóloga) e eu estivemos lá, em torno das quarenta e oito horas finais. Quando nós chegamos, nós identificamos esse estado das quarenta e oito horas, por todos os sintomas, e enquanto a Cristiane conversava com o filho dele, eu apliquei a intervenção RIME com ele. Ele estava como que dormindo. Uma vez, em nossas conversas, ele falou de Nossa Senhora e eu trouxe este Ser de Luz para o trabalho nesse momento. Eu orientei o caminho até um cais, tomamos um barco, fomos até um outro cais, e nesse cais Nossa Senhora o esperava e mostrava para ele o túnel de luz e eu deixei bem claro para ele que Nossa Senhora estava pronta para tomá-lo pelas mãos e conduzi-lo até o outro lado do túnel, assim que ele se sentisse pronto. Falei dos Seres de Luz que estavam com ele, falei do perdão, falei que ninguém iria abandoná-lo, que era o grande problema dele, e a respiração que estava começando a ficar difícil, deu uma boa acalmada. A Cris conversou com o filho dele e ficou resolvido, junto com a Dra Goretti, que iriam mantê-lo em casa, só aumentando um pouco a dose de morfina. Ele morreu assim de uma forma totalmente não esperada, se é que nós podemos esperar a forma de alguém morrer, mas enfim, aquele temperamento dramático dele, me levava a imaginar uma morte um tanto histérica, conforme foi a vida dele. Só que não aconteceu isso, e ninguém tinha percebido sequer que ele estava morto.

Pesquisadora Ana Catarina: De tão tranqüilo e sereno que ele morreu? De tão silencioso que ele morreu?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Exatamente. A esposa dele levantou, foi fazer o café, o netinho dele veio para ajudar a avó, porque o filho dele não poderia vir, e quando o menino foi acordar o avô, ele estava morto. E assim o Sr P. foi, com muita tranqüilidade. Uma das filhas dele, a filha mais velha, que foi bem ativa e participante, telefonou para conversar comigo, e ela agradeceu a aplicação da Intervenção RIME porque ela tinha certeza que a Intervenção Terapêutica RIME é que tinha dado a tranqüilidade para o pai para conseguir fazer a passagem da forma como ele fez. Porque, até pelo próprio temperamento dele, ela não esperava que fosse uma coisa assim tão tranqüila.

Pesquisadora Ana Catarina: Que ótimo!

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi. *Eu não vou dizer gratificante porque não é uma questão de gratificação, mas é plenificante. Ela preenche de sentido o trabalho que a gente faz. A RIME, para mim, deu um sentido para o trabalho que eu fazia. Quando eu estava com ele, eu tive mesmo a sensação que eu já relatei uma vez para você, à do anjo carregando-o.* Depois uma outra moça, uma contra parente, que ajudava a tomar conta do Sr P. me disse que na tarde da sexta-feira (o último atendimento foi na quinta e o Sr P. foi a óbito na sábado), ele pediu para sentar, ela ajudou a sentá-lo, e, ela teve a sensação que o corpo dele estava sentado e ali na frente, a questão de um, dois metros, estava ele, o espírito dele.

Pesquisadora Ana Catarina: Como se o espírito estivesse saindo do corpo?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Exatamente. Foi a sensação que ela teve.

Pesquisadora Ana Catarina: O que ela relatou.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Ela também relatou que quando ele estava sentado, ele tinha um olhar no vácuo, como se estivesse procurando alguma coisa. Eu achei esse depoimento belíssimo.

Pesquisadora Ana Catarina: Essa é a nossa proposta. O corpo está se desintegrando, mas o espírito pode ser livre.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: O trabalho que fizemos para ensinar esta pessoa que era tão intolerante, tão difícil, tão resistente, não apareceu inteiro até tudo acontecer. No final deu para visualizar o resultado do trabalho.

Pesquisadora Ana Catarina: Estou vendo que você se emocionou.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi muito emocionante. Foi muito emocionante.

Pesquisadora Ana Catarina: Quais foram os sentimentos que você teve?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: *Primeiro de uma tranqüilidade muito grande. A tranqüilidade de ter sido um veículo para uma intervenção que trouxe paz. O outro é realmente o sentido de que é possível trazer um pouco de paz na hora da morte. Eu acho que isso é mais do que re-significar a dor da morte, de repente tudo isto re-significa a dor que a pessoa atravessou a vida carregando e encontrar um pouco de paz.* Então é uma coisa mais profunda, o momento da morte pode ser a re-significação da vida inteira de uma pessoa. *Plenificou-me* e me levou a pensar em algumas coisas como o tema daquela conversa que a gente teve na entrevista intermediária; *eu pude perceber que o resultado, ele acontece; é um viés da minha ansiedade, que a gente nunca tem a medida perfeita sobre o que acontece com o outro. Foi uma descoberta profunda e que mexe com a minha questão da ansiedade. Todo o trabalho que a gente faz mexe em algum ponto interno e faz a gente crescer.* Outra coisa que eu achei muito interessante foi o seguinte: eu conversando com os familiares, após o óbito do Sr P, citei aquele filme "Cidade dos Anjos" . Quando cheguei em casa, o filme estava passando na TV.

Pesquisadora Ana Catarina: Sincronicidade.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Entendi essa sincronicidade como um presente.

Pesquisadora Ana Catarina: Teve um processo que foi acontecendo durante os atendimentos do Sr P. e que nós conversamos na entrevista intermediária. Ele estava fazendo a elaboração da morte durante os atendimentos da forma dele, porque ele se

tranqüilizava nos exercícios da RIME. Ele só não queria admitir, dizendo que continuava na mesma, mas a impressão que ele passava era que ficava tranqüilo, sereno. Por isso eu te disse para dar um tempo para ele, para que ele pudesse verbalizar isso, pudesse expressar o que ele estava sentindo com a intervenção. É natural essa ambivalência. Depois da entrevista você fez mais um atendimento para ele. Como você sentiu essa transformação?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Depois daquela entrevista, o atendimento seguinte foi o atendimento que ele já não se expressava mais. Eu fiz a orientação com Nossa Senhora para ele entrar em contato com o amor maternal. Ele já não abria mais olhos, não se expressou mais durante o atendimento. A minha sensação é que ele não abriu os olhos porque ele não quis. Mas é uma sensação. Eu não posso dizer que ele continuou dormindo ou se ele não abriu os olhos porque não queria olhar para mim.

Pesquisadora Ana Catarina: Na última sessão você usou a técnica com ele dormindo? Ele estava dormindo ou em estado de sonolência e você foi aplicando a técnica RIME?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Fui orientando a técnica RIME com os elementos que já usava anteriormente, acrescido de Nossa Senhora. O que foi interessante realmente foi o depoimento dos familiares e a mensagem que ele deixou.

Pesquisadora Ana Catarina: E ele escreveu a mensagem quando?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Nessa tarde. Após o atendimento.

Pesquisadora Ana Catarina: Você aplicou a técnica RIME e depois que você foi embora ele escreveu a mensagem?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Sim.

Pesquisadora Ana Catarina: Ah! Então é também uma resposta à Intervenção RIME.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Sim. Acredito que como ele não abriu os olhos, escreveu a mensagem depois. Mesmo assim, ainda na quinta-feira, ele falou para os filhos aquela história toda que eles não poderiam abandoná-lo, que era a fantasia dele.

Pesquisadora Ana Catarina: Observamos assim, frente aos resultados, que não houve uma transformação completa e sim, uma minimização da Dor Espiritual dele. Como nós já tínhamos feito aquela entrevista intermediária e colhido os dados da aplicação da RIME e do seu vínculo com ele, me fala agora dos sentimentos e emoções que você vivenciou em todo o processo de atendimento do Sr P.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: No processo todo? *Eu comecei muito entusiasmada como sempre começo todo trabalho, e então comecei a me sentir impotente.*

Pesquisadora Ana Catarina: Impotente em que sentido?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: *No sentido que eu não estava conseguindo ajudar, na medida que ele dava aquelas respostas de que nada acontecia. Na primeira visita que eu fiz na casa dele, ele me deu um retorno que ele teve uma sensação de paz muito grande, e a partir daí ele começou a dizer que não acontecia nada. Que a dor insuportável, continuava insuportável. Isto gerou para mim uma situação de impotência muito grande, porque eu tenho dentro de mim uma necessidade muito grande de tirar o sofrimento das pessoas. Mas agora no final em percebi que existem mais coisas entre o céu e a terra que a nossa vã filosofia possa entender.*

Pesquisadora Ana Catarina: Pois é. Ele manteve a mesma carinha da escala de dor, mas por outro lado ele queria a aplicação da RIME.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Queria. Ele gostava de fazer os exercícios da RIME. A sensação que dá é que a RIME foi potencializando a morte serena no momento dele, a aceitação que estava morrendo e que a vida é eterna. A evolução do Sr P. foi com toda a certeza que alguns cuidados se manifestam no seu tempo. A outra confidência, nessa mensagem que ele deixou é uma resposta de algo que também trabalhei com ele, de que somos todos "um".

Pesquisadora Ana Catarina: Estamos todos interligados?

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Sim. Interligados.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu penso que nessa mensagem ele expressou a aceitação da morte da maneira dele, por não ser uma pessoa que dá o braço a torcer, e que a técnica o ajudou a chegar nessa aceitação.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Foi um trabalho muito bonito, tão intenso quanto o da primeira paciente, com as suas diferenças. Com certeza transformou não só o Sr P., *mas provocou uma transformação em mim também, em relação à paciência.*

Pesquisadora Ana Catarina: Em relação a esperar o momento que o paciente possa expressar a aceitação. Então eu quero te agradecer e saber se você quer perguntar mais coisa.

Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara: Não quero perguntar, quero dizer que foi uma oportunidade extraordinária essa, da gente poder fazer esse trabalho e por você ser o veículo que trouxe esse trabalho para nós. Ele é muito importante e para mim, dentre as modificações*, ele trouxe o compromisso de tornar a questão da espiritualidade uma coisa pública e sem máscaras.*

Pesquisadora Ana Catarina: Eu é que agradeço por você ter aceitado o convite.

Observamos que os aspectos relacionados às três questões: **1)** Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da Intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME); **2)** Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME); **3)** Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta, (Anexo 6), foram introduzidos de forma intercalada no decorrer dessa entrevista.

- DIÁRIO

A Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara relatou que todo o acompanhamento foi difícil, mas depois da visita de pêsames para a família o que ficou para ela foi:

- Nada é difícil frente ao resultado de ajuda obtido.
- Em nossa limitação podemos não entender os caminhos que o paciente percorre.
- Os julgamentos são disfuncionais.

A Voluntária / Terapeuta Alternativa Mara também relatou que *o aprendizado da aplicação da RIME trouxe para ela uma nova perspectiva dentro do trabalho com pacientes terminais, devido a uma concentração de energia sentida na conexão com os*

Seres de Luz, assim como também *sentiu um novo alento para viver o "rame rame" de todo dia, que passou a ser bem mais permeado pelo Amor.* Escreve que *o "convívio" mais próximo com uma dimensão mais sutil, fortifica nossos 'eus' para viver nesta dimensão mais grosseira (o que não é brinquedo), e faz com que haja maior valorização de muitos aspectos simples e maravilhosos da vida.* Acrescenta que *o contato com a dimensão da Luz também nos lembra que somos todos feitos de Luz e podemos refleti-la da forma que escolher. Afirma que de sua parte surgiu uma necessidade de comprometimento, de expor mais esta vivência espiritual, dando nome e sobrenome aos fatos.* Identificar para as pessoas aquilo que elas estão vivendo e o momento que o planeta está vivendo, se tornou muito importante para ela. *Acredita que o exercício constante da RIME pode mesmo ajudar a limpar os canais do terapeuta, para que ele possa ser um condutor menos bloqueado do Amor, da Compreensão e da Compaixão. É mesmo para ser estudado o efeito da RIME nos aplicadores.*

2. PROFISSIONAL GENECI MARIA MORETI (Psicóloga indicada pela Chefia do Serviço de Psicologia em Oncologia do Hospital CAISM - UNICAMP).

A Psicóloga Geneci Maria Moretti iniciou a aplicação da RIME um mês e meio após o término do Curso de Capacitação. Setembro de 2004.

Os dois pacientes atendidos através da RIME por esta profissional, foram indicados pela Enfermeira Edinaura (Enfermeira responsável pelos Cuidados Paliativos da Enfermaria de Oncologia do CAISM e também participante deste estudo) porque apresentavam sofrimento importante diante da morte.

2.1. – 1^{O}. PACIENTE T.A.L.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: Feminino Idade: 76 anos Patologia: Câncer endométrico

Religião: Católica Profissão: do Lar

Estado civil: casada Filhos (sexo e idades): 2 homens já casados

Quadro 24- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente T.A.L. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	**1** Hospitalar	**2** Hospitalar	**3** Hospitalar	**4** Hospitalar	**5** Hospitalar	**6** Hospitalar
Tempo de duração	55'	60'	60'	60'	60'	50'
EVA início	vermelha (6)	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.
EVA final	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes:

Patologia: Adeno carcinoma de endométrio com recidiva em pelve com extensão para a vagina. (Eliminando fezes pela vagina – com proposta de colostomia – que foi descartada no dia seguinte ao início do atendimento psicológico). Paciente grave, com anasarca, deprimida, dispnéica, usando máscara de cateter nasal de O_2 , com fortes dores abdominais.

No primeiro dia dos atendimentos recebia morfina 4/4/h e paracetamol nos intervalos. No dia seguinte M_1 – 80ml/h e nos atendimentos subseqüentes 100ml/h - M_1.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

Medo do pós-morte representado pela angústia de separação, preocupação em deixar o marido e os filhos. Em entrevista com o marido, ele relatou que os dois, a esposa e ele, sempre se preparam para que ele morresse primeiro, já que tinha mais idade que ela.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

1ª. sessão: A paciente mostrou-se receptiva, fez bom contato visual mas falava com dificuldade. Durante o exercício da RIME T. segurou a mão da Psicóloga Geneci e em alguns momentos aumentou a pressão exercida. A Psicóloga Geneci percebeu que a face da

paciente se suavizou durante a aplicação da RIME e às vezes sorriu. No final deste primeiro atendimento referiu sentir-se mais tranqüila e agradeceu não só com palavras, mas também com um sorriso e um beijo. A Psicóloga Geneci sentiu que naquele momento a paciente precisava de contato tátil e verbal.

Outros atendimentos: A paciente T. já não conseguia falar e mostrava-se bastante sonolenta. A Psicóloga Geneci, durante a aplicação da RIME, pedia um sinal para a paciente, de que esta a estava entendendo e T., nesses momentos, apertava os olhos ou pressionava levemente a mão da Psicóloga Geneci e a do filho ou do marido, que também seguravam sua mão durante os atendimentos.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

1º. sonho: Na noite em que a paciente morreu a Psicóloga Geneci foi assistir ao filme "O Terminal". Durante o filme lembra de ter pensado: "Dona T. lá morrendo e eu aqui vendo um filme", mas logo pensou: "mas se minha vida não continuar normal, não vou conseguir ajudar ninguém" e, em seguida conseguiu se concentrar no filme. Na mesma noite teve o seguinte sonhou: "Sonhei que Dona T. estava em uma fila com muitas malas ao seu redor. Havia duas mesas com dois atendentes homens. Ela entregou um bilhete ao da mesa da esquerda, ele leu, olhou para ela e disse: "Isto de trás para frente quer dizer: quero falar com o diabo". Eu estava próxima a T. (parada do lado direito dela), e me assustei quando ouvi isso e pensei: "Ela quer falar com ele para tentar um acordo, mas se ela viver mais que isso, será só dor e sofrimento". Ela estava muito triste por deixar a bagagem. De repente ela deu uma última olhada para as malas e foi para a mesa da direita, sem nem mesmo dirigir um olhar ao atendente da esquerda. Deixou as malas e seguiu sozinha pelo corredor da direita. Fiquei parada vendo-a seguir e também olhando para suas malas deixadas ali. Acordei e a sensação era que o sonho era muito vivo, parecia muito real. A sensação ao me lembrar dela entregando o bilhete para o homem da esquerda era horrível. Pensei: são apenas produções inconscientes, misturei tudo com o filme. Senti dificuldade em falar sobre o assunto, ou melhor, sobre o sonho durante a supervisão. Ao pensar nele sentia que tinha falhado no meu trabalho. Era como se o bilhete para o diabo – o caminho da esquerda - que para mim era algo ruim, demonstrava a minha falha. Como se eu não

tivesse "conseguido enxergar o caminho de Deus". **(Sonho entendido como antecipatório (MATTOON, 1980) e analisado no decorrer da supervisão).**

2º. sonho: No contato telefônico com o esposo da paciente pós-óbito, este questionou a Psicóloga Geneci, se ela se lembraria dele. Ela disse que sim, mas confessa que ficou em dúvida. Na véspera do atendimento teve o seguinte sonho: "Sonhei que estava na recepção esperando por ele e que a Dona T. estava ao meu lado para que eu o reconhecesse". Quando a psicóloga estava aguardando o marido da paciente na recepção, teve a impressão, frente às circunstâncias do encontro com ele, que estava sendo ajudada para reconhecê-lo. Durante a entrevista com o marido de T. a Psicóloga Geneci falou sobre os sonhos e disse que sentia que ela estava em paz. Em vários momentos ele mostrou-se mobilizado. **(Sonho entendido como de percepção extra-sensorial (MATTOON, 1980) e analisado no decorrer da supervisão).**

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

A Psicóloga Geneci relatou que uma semana antes dela iniciar os atendimentos, Dona T. viu um vulto branco numa cadeira em sua casa e soube que o irmão havia morrido; realmente ele tinha morrido naquele dia, segundo relatou o marido de T.

Segundo o marido da paciente não houve sonhos ou vivências de natureza espiritual dos familiares, nem durante o processo e nem depois da morte de T.

Observações: A Psicóloga Geneci escreveu que a equipe da Enfermaria relatou, no dia seguinte ao óbito de T., que a paciente morreu de forma tranqüila. O filho estava massageando os pés de T. e observou que ela tinha relaxado, ficado mais serena; em seguida foi até o balcão e avisou ao Enfermeiro que T. tinha relaxado depois da massagem e estava respirando mais tranqüila. O Enfermeiro foi até lá e verificou que ela tinha ido a óbito. Comunicou a família que ela tinha "partido em paz e tranqüila". Segundo a equipe, a família manteve-se tranqüila agradeceu e se despediu de toda a equipe.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELA PACIENTE.

- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1^{A}.ENTREVISTA (APÓS OS TRÊS PRIMEIROS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA PROFISSIONAL)

Breve "rapport".

A Psicóloga Geneci expressa para a Pesquisadora Ana Catarina que está em dúvida se fez tudo certo. A Pesquisadora pergunta se ela quer começar falando destas angústias. A Psicóloga responde preferir que a Entrevista seja conduzida normalmente e que, no decorrer desta, expressará suas dúvidas. Começamos, desta forma, com a primeira questão.

1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).

Psicóloga Geneci: Uma paciente de 76 anos que foi encaminhada pela Ednaura, Enfermeira da Equipe de Cuidados Paliativos da Oncologia CAISM. Quando cheguei no quarto ela estava deitada de olhos fechados, a chamei duas vezes em tom baixo, ela logo

abriu os olhos, me apresentei, expliquei o trabalho, perguntei se ela acreditava em Deus, ela disse que sim, que era católica. Primeiro eu fiz uma entrevista com ela, mas ela estava com muita dificuldade para falar, muito sonolenta, ela está tomando morfina de 4 em 4 horas e nesse intervalo tomava também paracetamol e dipirona. Eu percebia que ela estava se esforçando para ficar acordada, às vezes pedia para eu repetir o que tinha falado. Quando eu mostrei o álbum, ela chegou até o setor de praias e voltou em uma foto que ela já tinha passado e tinha observado, alisando a foto. (Psicóloga Geneci mostra foto da vegetação com flores vermelhas). Na sessão do outro dia é que eu entendi porque ela parou na praia e alisou as flores vermelhas. Logo ela fechou o álbum, eu coloquei o álbum e nós fizemos o Relaxamento. Ela estava muito preocupada com uma cirurgia que ela vai fazer, uma colostomia. Ela falou que não precisava desta cirurgia. Quando eu perguntei porque ela falou que não precisava e sorriu. Quando eu encerrei o atendimento, eu perguntei como ela estava, ela falou que estava mais tranqüila pedi para ela ver novamente a E.V.A., mas ela falou que não iria conseguir enxergar. Quando eu perguntei como ela estava se sentindo, ela falou, muito, muito triste. No começo ela também tinha se identificado como muito doente.

Pesquisadora Ana Catarina: O fato da paciente ter dito que não precisa da colostomia, indica que ela está sentindo a terminalidade.

Psicóloga Geneci: Teve um momento que ela falou que ela sentia muita dor por isso que ela estava tomando a morfina e outros medicamentos. Eu perguntei onde doía. Ela passou a mão na barriga até a região pélvica e falou que dói tudo. Perguntei dói tudo o que. Ela ficou me olhando bem fixo e disse que tudo. Eu perguntei, um tempo depois o que doía mais, se era no corpo ou era na alma.

Pesquisadora Ana Catarina: Bom. Isto mesmo.

Psicóloga Geneci: Ela respondeu que era casada há cinqüenta e cinco anos, que tinha dois filhos. Eu percebi assim que o que estava doendo era a separação.

Pesquisadora Ana Catarina: A separação da família?

Psicóloga Geneci: Sim. Perguntei se ela queria contar um pouco sobre isto. Ela falou que tinha dois filhos, casados, um deles tem dois filhos e o outro tem três filhos, ou seja, ela tem cinco netos. As noras são para ela como filhas de verdade e que às vezes ela

até as manda para casa, mas elas estão sempre por perto. Mas ela estava com muita dificuldade para falar, às vezes a voz falhava, ela adormecia e voltava.

Pesquisadora Ana Catarina: Isto foi na primeira sessão ou no decorrer. Quantas sessões você fez?

Psicóloga Geneci: Na verdade eu fiz três, mas a única que ela conseguiu falar foi nessa primeira. Foi isso. *Eu disse que voltaria e dei um beijo na testa dela, e ela tentou levantar a cabeça. Eu abaixei e ela me deu um beijo no rosto e falou claro: 'obrigada'.*

Pesquisadora Ana Catarina: Ela disse que ficou mais calma. Como você sentiu o vínculo? Parece-me que foi bom porque ela retribuiu o beijo e disse que ficou mais calma.

Psicóloga Geneci: Eu segurava a mão dela e tinha horas que ela apertava mais forte. A impressão que me deu foi de confiança. Mesmo com o olhar ela respondia ao contato visual, ela conseguia manter bastante tempo o olhar. Eu senti que foi um bom vínculo. Eu me senti bem de estar ali.

Pesquisadora Ana Catarina: Quais foram seus sentimentos em relação a estar ali com a paciente? Você sentiu que ela se sentiu acolhida? O que você sentiu?

Psicóloga Geneci: Eu senti que ela estava bem aberta, bem acolhida, mesmo durante o Relaxamento, quando eu sugeri que ela se sentisse descalça com os pés na grama molhada, eu percebi meio que um sorriso, expressão de relaxar.

Pesquisadora Ana Catarina: Face vai suavizando.

Psicóloga Geneci: Isso. No final ela disse que sentiu bem mais tranqüila. Pela aparência, eu também senti que ela estava mesmo mais tranqüila.

Pesquisadora Ana Catarina: Legal. Fala agora do Relaxamento.

Psicóloga Geneci: Eu pedi primeiro para ela soltar a cabeça, os ombros, mais eu percebi que ela estava bem relaxada por causa da morfina e não precisava tanto disso. Aí eu pedi para ela se imaginar passeando por um caminho, uma estrada que tinha uma grama muito verdinha, que os pés dela tocavam a grama, para ela sentir esta umidade, que a sensação era muito boa, que este lugar tinha muitas árvores, pássaros coloridos, que tinham

muitas flores vermelhas. Eu falei que eram vermelhas porque ela passou a mão na imagem de flores vermelhas. Que eram muito brilhantes. Que tinham também flores amarelas, flores roxas, para ela prestar atenção em toda aquela beleza. Se ela olhasse para o alto ela veria um céu muito azul. Eu pedia para ela respirar fundo. E ela realmente ia acompanhando. Eu ia falando respira, solta. Eu percebi que ela estava bem ligada na minha voz. A expressão foi descontraindo.

Pesquisadora Ana Catarina: Depois você não conversou no final, se ela tinha visualizado. Ela estava sonolenta.

Psicóloga Geneci: Não.

Pesquisadora Ana Catarina: Mas a expressão foi suavizando. Nestes casos, quando o paciente está próximo ao óbito, a questão que nós temos cuidado mesmo é observar a expressão facial. Porque dela suavizar, dela se tranqüilizar isto indica como a paciente está.

Psicóloga Geneci: E assim, ela não conseguiu nem visualizar a escala depois.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela não conseguiu ver a escala, de tão sonolenta que ela ficou. Quer dizer, ela relaxou.

Psicóloga Geneci: Eu pedi para ela respirar fundo, inspirar o ar azul, que estava entrando dentro dela e esta era a Graça de Deus que estava inundando todo o corpo dela, aliviando a dor, trazendo uma sensação de tranqüilidade, de paz, ela se sentia leve, assim, o corpo já não prendia tanto, que ela era livre.

Pesquisadora : Você foi percebendo que ela foi se soltando. Quando você me falou da questão do vínculo, que ela não precisava mais da colostomia, me parece que ela estava mostrando que tem consciência de que vai morrer, e de certa maneira o medo de entrar em contato com esta questão tanto que ela não colocou porque. Em seguida você falou da proposta do Relaxamento. Você chegou a falar das Experiências de Quase Morte?

Psicóloga Geneci: Não. Com ela não.

Pesquisadora : Você não falou porque, você sentiu que não estava na hora?

Psicóloga Geneci: Não sei. Eu senti que não era necessário naquele momento. Eu senti que ela já tinha consciência da proximidade da morte. E eu senti que ela acredita muito no depois. Alguma coisa me fez acreditar que ela tem uma certa comunhão.

Pesquisadora Ana Catarina: Agora, você não chegou a colocar para ela, que existem pessoas que estiveram no Plano Espiritual e se abriram para a Luz e que se sentiram envolvidas por Seres de Luz , em um lugar bonito, que foram envolvidos com Amor. Você ainda não falou isto?

Psicóloga Geneci: Não. Mas eu pedi para ela se imaginar sendo envolvida pelo Amor de Deus que está com ela, acompanhando ela, que ela nunca iria estar sozinha.

Pesquisadora Ana Catarina : Entendi. Você não falou da Experiência de Quase Morte, mas falou de alguns elementos.

Psicóloga Geneci: Não tive coragem.

Pesquisadora Ana Catarina: Não teve coragem por que? Então vamos conversar sobre isto.

Psicóloga Geneci: Não sei. Eu pedi para ela sentir tudo isto, mas eu até fiquei me perguntando isto depois. Porque para a nora eu falei sobre tudo isto, para o marido, para os filhos, mas para ela, eu não consegui, parecia mais uma coisa de pessoa para pessoa, sem a convenção do papel. Sei que foi tão estranho.

Pesquisadora Ana Catarina: Você teve a sensação que ela estava precisando simplesmente de um acolhimento afetivo.

Psicóloga Geneci: Que ela já estava vivendo tudo isto, eu não precisava dizer para ela.

Pesquisadora Ana Catarina: Isto é interessante. Esta sua vivência deve ser respeitada, foi o que você sentiu. Que precisava só direcionar com base nos relatos mas não foi preciso dizer porque ela já estava dentro desta experiência.

Psicóloga Geneci: Parecia que eu não precisava falar disso. Ela já sabia. Depois eu pensei, talvez na próxima eu consiga falar para ela.

Pesquisadora Ana Catarina: Agora, para reforçar esta experiência dela, mesmo ela estando vivendo tudo isso, se você colocar brevemente, não precisa fazer um relato muito longo, falar brevemente que outras pessoas já passaram por isto, explicar a questão que a nossa mente funciona como uma televisão, a importância dela focar o pensamento na

Luz, nos Seres de Luz, no Amor Divino, que isto facilita esta vivência que você percebe que ela já está tendo. Verbalizar para ela. Mesmo ela esteja de olho fechado dormindo, porque pelo que você está me dizendo, ela vai entrar em uma fase agora, de praticamente só ouvir. Ela já está nessa fase de só ouvir, você começou o atendimento bem na fase final, mesmo. Então tudo o que você falar, ela vai absorver, provavelmente ela não vai dar o retorno e por isto você vai ter que observar muito as expressões faciais dela e oferece a escala. Se não for possível trabalhar com a escala, desprezamos a escala e você se guia pelas expressões faciais, pelas expressões corporais.

Psicóloga Geneci: Na verdade, hoje quando eu os filhos estavam no quarto, eu perguntei se a nora tinha comentado sobre o trabalho que a gente está fazendo com ela. O marido dela olhou e disse que sim. Então eu falei sobre o trabalho, disse sobre as Experiências de Quase Morte e ela estava do nosso lado.

Pesquisadora Ana Catarina: Então você falou para ele, do lado dela?

Psicóloga Geneci: Estava ela, os dois filhos e o marido. Eu expliquei inclusive que o último sentido que as pessoas perdem é audição, então tudo o que a gente fala fica guardado. Também falei que nas UTIs, se o paciente estiver morrendo e estiver com o cardioscópio, e a gente puder ver o traçado do coração, se você colocar uma música que a pessoa gosta, ou alguma voz de alguma pessoa familiar, a gente percebe que tem respostas, o coração bate mais rápido ou mais lento. Então isto leva a gente a crer que o paciente realmente ouve.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo.

Psicóloga Geneci: Esta explicação foi do lado dela.

Pesquisadora Ana Catarina: Então ela deve ter ouvido. Isto tranqüilizou mais ela ?

Psicóloga Geneci: Eu acho que sim. Porque durante o Relaxamento ela não conseguiu me responder nada, ela não abriu os olhos em nenhum momento, mas em alguns momentos ela franzia a testa.

Pesquisadora Ana Catarina: Sobre o sofrimento dela frente a morte você percebeu a questão da família. Você sentiu alguma coisa em relação a idéias negativas em relação à vida, medo da morte, medo do pós-morte.

Psicóloga Geneci: Não, o que eu senti mesmo foi à angústia da separação. A separação da família. Cinqüenta e cinco anos de casada. Nesse primeiro dia quando eu me despedi dela, encontrei lá fora a nora dela. Nós sentamos e conversamos. Expliquei todo o trabalho para ela. Foi até ela que assinou o Termo de Consentimento e ela é Profa de Educação Física e está trabalhando música e educação física ligada à emoção. E ela já fez um trabalho no Boldrini com crianças Talassêmicas. Ela disse que reconhece a importância do nosso trabalho. Falou que precisa mesmo desse trabalho. Também que estava muito preocupada com o marido da paciente. Que ele era um senhor de oitenta e dois anos, cinqüenta e cinco anos de casados, eles nunca haviam se separaram. Ela achou que esta separação ia ser muito difícil para a paciente, mas não. A Dona T. está receptiva com todo mundo, dá um beijo, olha profundamente para as pessoas. Ela (nora), o marido (filho da paciente), os cunhados, estavam conversando que a Dona T. está indo, não tem mais jeito. Mas, o marido da paciente, todas as vezes que eles tentaram falar sobre isto, ele saía. Ele não queria ouvir, não estava aceitando. Perguntou se eu poderia atendê-lo também. Eu falei que tudo bem e também falei que mesmo depois do óbito eu gostaria de estar conversando com eles e ela se colocou super a disposição. Novamente ela falou sobre a questão da Dona T. ser como uma mãe para ela, uma mãe de verdade. Eles estavam fazendo um revezamento para que todos tivessem a oportunidade de cuidar dela. Percebe-se que é uma família bem estruturada. Não fica tudo só para uma pessoa.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você sentiu esta conversa com o marido dela?

Psicóloga Geneci: No dia seguinte eu cheguei para atendê-la e ela estava dormindo. O marido estava do lado da cama com uma compressinha, o tempo todo enxugando ela. O quarto estava muito quente e colocando água na boca dela e aí ele disse para mim: 'agora não tem mais jeito, não dá para fazer mais nada por ela'. Perguntei o que ele achava que iria acontecer e ele disse que nada, que acabou, que só fica a saudade. Foi quando eu falei para ele das Experiências de Quase Morte, dos relatos dos pacientes,

aproveitei para falar desta pesquisa, do trabalho que a gente estava desenvolvendo. Aí chegou alguém da Enfermagem, interrompeu e pediu para a gente sair. Lá fora eu perguntei se ele não queria ver o álbum. Ele começou a olhar e quando chegou de novo nessa fotografia, (flores vermelhas) ele disse que no fundo da casa dele têm muitas dessas flores. Quando chegou lá na frente ele disse assim, aqui é o Nordeste, são praias do Nordeste? Eu respondi que sim e ele disse que cinco anos atrás eles fizeram uma viagem para lá. Eu acho assim. Esse foi o lugar em que ela parou, quando estava vendo as fotos.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela se fixou em Vivências felizes do passado.

Psicóloga Geneci: Isso, tanto que ela nem continuou olhando as outras fotos. Ele contou que o irmão dela morreu de câncer quando ela começou a ficar internada. Ela está há dois anos com câncer e a semana passada o irmão morreu. Ele percebeu que ela decaiu muito depois disso. Ele não queria contar para ela, mas ela olhou para a cadeira do lado e viu um pano branco e não tinha pano nenhum. E aí ela perguntou para ele do irmão dela e ele contou para ela, que era melhor ela não ir ao enterro porque ela estava doente. Perguntei como ficou depois disso. Ele falou que ela ficou muito triste, ficou mais silenciosa, mas ela está carinhosa com todo mundo. Eu acho que a despedida dela deve ter começado aí.

Pesquisadora Ana Catarina: Em relação o marido, você sentiu que ao colocar as questões da Espiritualidade, das Experiências de Quase Morte, facilitou para que ele se acalmasse um pouco.

Psicóloga Geneci: Facilitou. Tanto que ele tinha dito isto no final. Ele começou a dizer que o mundo era tão bonito, e eu falei pois é, é muito bom quando a gente tira estas fotos pessoalmente, quando a gente contempla um por de sol, um céu cheio de estrelas. Perguntei se será que Deus que fez tudo isso, não é capaz de fazer muito mais.Ele sorriu e falou que era verdade e perguntou no que eu acreditava. Falei que não era fim e sim uma passagem. Que eu também já perdi pessoas muito próximas com esta mesma doença e que um dia a gente se encontra. Pode demorar, mas a gente se encontra. No coração, a gente não perde nunca, a pessoa vai estar sempre com a gente. Eu percebi que ele ficou todo emocionado, os olhos cheios de lágrimas, ficou todo vermelho. Ele falou assim: cinqüenta e cinco anos, a gente nunca se separou. Começou a contar que ele é aposentado, mas

trabalhava fora para não ficar em casa enchendo o saco dela, porque todo mundo que aposenta e fica em casa, começa a brigar e separa e, então ele foi trabalhar com oitenta e dois anos em uma escola, que é para não atrapalhar. Que amor!!!! A menina da Enfermagem passou e avisou que tinha acabado o procedimento. Eu perguntei se ele não queria fazer o Relaxamento junto com a esposa, segurando a mão dela. Ele aceitou. Fiz o Relaxamento, cheguei até o barquinho e falei que ela poderia entrar se ela quisesse, que ela poderia ir até onde ela quisesse. Fiz todos os passos, de passar pelos lugares escolhidos. Eu estava segurando em uma mão e ela na outra e em determinados momentos ela apertava minha mão mais forte, eu senti como um sinal que ela estava gostando. Depois lá fora o marido disse que um professor da escola que ele trabalha disse que ele não pode só ficar hospital / casa e vice versa, precisava sair, ir à lagoa, dar uma volta. Perguntou o que eu achava disso. Disse que sim, que ele precisava se cuidar, porque senão a gente adoece junto. Ele disse que tinha certeza que se ela fosse para cirurgia, não voltaria. Eu sei que ela vai, mas o coração da gente vai junto.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele está se conscientizando. Que bom que ele pode dizer tudo isso para você, porque ele estava com dificuldade de encarar essa situação. Pelo que eu estou entendendo, o fato de você trazer a questão da vida espiritual pós-morte, deu forças para ela falar sobre o assunto. É isso que você sentiu?

Psicóloga Geneci: É isso que eu senti. Hoje quando eu cheguei lá, ele estava todo sorridente, não com a situação em si. Quando eu cheguei e cumprimentei ele, respondeu todo sorridente, perguntei como estava, ele disse que estava lá e apresentou os filhos. Eu falei sobre o trabalho e eles disseram que já sabiam, pois a C. (Professora de Ed Física, esposa de um deles), já havia falado.

Propus o Relaxamento e todos já se posicionaram para ajudar o Sr V. (marido da paciente), pegou na mão dela e fechou os olhos. Eu segurei na outra mão e, os dois filhos: um sentado e o outro de pé.

Pesquisadora Ana Catarina: Você foi direcionando para os lugares bonitos para a Luz?

Psicóloga Geneci: Sim, para a Luz. Afirmando que ela podia ficar tranqüila, que não precisa ter medo, sentir paz, sentir o Amor de Deus. Depois eu pedi para ela visualizar o barquinho e eu falei para ela olhar para dentro do barquinho e ver que Deus

estava ali, olhando ela nos olhos, sorrindo. Não precisa ter medo. Pode ficar tranqüila, ele vai estar em todos os momentos com a senhora. Eu percebi que a expressão dela ficou muito suave. Para falar a verdade, eu fiquei com medo que ela morresse naquele momento. Fiquei olhando o marido e vendo que ele de olho fechado também fazia o Relaxamento e imaginei que ele estava fazendo a despedida, porque eu disse que ela poderia entrar no barquinho e não ele. Pensei trago ela de volta ou não, por causa dele. Mas, não. Deixei-a lá, se ela quisesse, entraria no barquinho. Disse que ela poderia ir aonde quisesse, não existia mais um corpo prendendo-a. Fiquei na dúvida se deveria ter dito isso.

Pesquisadora Ana Catarina: Claro que devia. O que está acontecendo, é que ela já sinalizou isso para você, que ela sabe que está indo, desde a primeira sessão e essa é a realidade. Nós temos que ter estrutura para ajudar os pacientes e os familiares a fazerem isso exatamente que você está fazendo com eles. Fazer essa passagem, de uma maneira serena, tranqüila, encarando que é esse o caminho.

Psicóloga Geneci: Quando a gente se despediu, eles agradeceram muito e falaram que esse trabalho faz bem até para eles. Eu perguntei se eles tinham se sentindo bem e o que estava sentado disse que sentiu uma tranqüilidade. Combinei que amanhã eu voltaria.

Pesquisadora Ana Catarina: Está ótimo. Você fez tudo muito bem. O que você achou que fez tudo errado. Você fez tudo muito bem. (Minutos antes de começar a entrevista a Psicóloga Geneci exclamou para a Pesquisadora que tinha feito tudo errado).

Psicóloga Geneci: Insegurança.

Pesquisadora Ana Catarina: Coloca isto. Você fez tudo certo. E de certa forma nós vamos entrar na terceira questão.

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 5)

Psicóloga Geneci: Por exemplo, a escalinha. Eu apresentei só no primeiro dia, porque ela não tem condição de abrir os olhos.

Pesquisadora Ana Catarina: Mas no seu caso não tem condição de apresentar a escala mesmo. Estamos prevendo isso. Quando trabalhamos com paciente terminal, nós temos algumas propostas, mas não é com todas que dá para fazer. Tem paciente que dá para mostrar, tem paciente que não dá. Não tem problema. *Tenta me colocar um pouquinho da sua insegurança em relação à técnica, porque você fez tudo certinho. Você acha que tem que seguir os padrões muito rígidos?*

Psicóloga Geneci: É, eu fiquei pensando nisso. Porque nos outros dois dias eu não induzi o relaxamento corporal, soltar braços, pernas, porque eu senti, que a coisa para ela já era tão espiritual, que eu não precisava fazer o relaxamento corporal.

Pesquisadora Ana Catarina: Mas nesse caso ela não precisa mais disso. Porque nós damos essa seqüência de relaxamento físico, quando o paciente está tenso.

Psicóloga Geneci: Eu já sei, é porque o marido também estava fazendo e ele estava tenso.

Pesquisadora Ana Catarina: Entendi. Tudo bem, poderia ter feito, mas não é o fato de você não ter feito esse relaxamento muscular passo a passo que ele não relaxou, porque só a música já induz. A música ajuda e você já tinha conversado com ele. O importante, principalmente, é falar da respiração. Mesmo que o paciente esteja com o pulmão com metástase é para falar para ele respirar o mais lento que ele puder. Quanto mais lento ele puder, dentro do limite dela, é melhor. Porque a respiração lenta acalma. Temos a orientação para o relaxamento muscular, a respiração, a música, a visualização, mas as vezes só de você falar das cores claras, já vai induzindo o estado de relaxamento. Que você sentiu pelo relato do marido?

Psicóloga Geneci: Eu senti que sim, que ele relaxou. Senti também que nas duas vezes ele estava fazendo a despedida. Uma coisa muito bonita que ele falou do outro atendimento, que no final do atendimento, ele tirou do bolso a carteira e tirou uma fotografia dela com dezesseis anos de idade. Comentei que bonita e que ela é bonita até hoje, e ele disse que ela é linda. Teve um outro momento que ele falou que esses últimos dias vão ficar sempre na cabeça dele. Eu perguntei se precisava mesmo ser os últimos dias, porque em cinqüenta e cinco anos deveria haver muitos momentos bons. Ele disse que era

verdade, quando eles se conheceram, quando se casaram, os dois filhos; lembra do quarto deles até hoje. Então acho que foi meio uma retrospectiva.

Pesquisadora Ana Catarina: Retomar as coisas boas.

Psicóloga Geneci: É. Ela não é aquele corpo ali morrendo.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele fez o mesmo movimento que ela. Com as imagens das flores e da praia, ela resgatou vivências felizes anteriores. E ele, com as lembranças, fez o movimento para o positivo, para a vida, para o amor, para a Luz e não para aquele momento de morte. Porque você deu a perspectiva de continuidade para ele.

Psicóloga Geneci: É uma história de amor muito bonita.

Pesquisadora Ana Catarina: Nesse caso é medo da morte pela separação que vai gerar.

Psicóloga Geneci. Medo da saudade. Medo da morte pela saudade que vai gerar. É uma família muito estruturada. Pessoas muito amadas. *Tanto que hoje (3ª. sessão), quando eu terminei e eles começaram a agradecer e dizer que tinham se sentido muito bem, eu me senti meio como uma intrusa ali. Porque eu senti uma união, uma coisa tão boa, que eu não precisava estar ali.*

Pesquisadora Ana Catarina: Naquele momento você não precisava mais, mas a sua entrada facilitou para que essa integração acontecesse. Pelo que entendi você favoreceu muito. O marido da paciente estava com muita dificuldade para lidar com toda esta situação e a sua entrada, resgatando o passado, falando disso claramente e situando a possibilidade de uma vida espiritual pós-morte, de uma forma bela, tranqüila e até acadêmica, deu uma segurança para que a paciente possa fazer a passagem de uma maneira digna e também que o marido permita que ela faça essa passagem, suporte que ela morra, tanto que ele está ficando do lado, segurando a mão dela.

Psicóloga Geneci: O filho da paciente comentou que a C. (sua esposa) havia dito que eu conversei com o marido da paciente várias vezes e eu respondi que sim, confirmando com o Sr V.

Pesquisadora Ana Catarina: O suporte que você está dando para ele, também está ajudando na passagem da paciente. Eu acredito que tenha entendido qual foi a sua dificuldade. *Parece-me que você se identificou, um pouco, com essa tristeza pela separação de um grande amor.*

Psicóloga Geneci: Eu acho que sim. Isso é uma coisa difícil, tão rara da gente ver. Parece-me assim uma coisa de vida inteira, de entrega mesmo, de um com o outro.

Pesquisadora Ana Catarina: Na hora que você falou para ela entrar no barco você se sentiu como uma megera que está separando os dois.

Psicóloga Geneci: Tanto que eu pensei, será que eu a trago de volta, porque ele está segurando a mão dela, mas é para ela ir. Assim, olha o que eu pensei agora, seria como um casamento que o pai leva a noiva até o altar e entrega para o noivo. Agora eu estou vendo como se ele tivesse levando ela até o barco e entregando para Jesus. Eu falei para ela sentir o Amor de Jesus, olhar nos olhos Dele. Eu quase falei para ela segurar na mão Dele.

Pesquisadora Ana Catarina: Pode falar. Sinta que você não está causando nenhum mal a esse casal, porque na verdade está na hora deles se separarem e dentro do nosso pressuposto, ele vão voltar a se encontrar no mundo espiritual. Mas, nesse momento, com ajuda ou sem ajuda, eles vão se separar. É inevitável. Ela está indo. Então o que você está fazendo é, simplesmente, favorecendo para que esta separação aconteça de uma forma serena, minimizando a dor, o sofrimento e remetendo a uma possibilidade de reencontro no futuro. Tirando de foco esta dor da separação, trazendo para o presente toda a felicidade do passado e que a vida continua e que eles vão voltar a se encontrar. Então, você está fazendo um parto ao contrário. Não é sua culpa, se você não fizer isso esse parto vai ser com muita dor. Eu acho que você se identificou com a tristeza da separação desse amor. O que você sente disso?

Psicóloga Geneci: Eu acho que é isso mesmo. *Estou mais tranqüila agora. É importante que ele permita que ela vá.* Outra coisa boa, é que ele foi ontem na lagoa com o filho, que o professor falou que ele precisava e eu confirmei.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele está aberto. Está aceitando as orientações e continuando a viver. Quer falar mais alguma coisa?

Psicóloga Geneci: Não. Agora está bem.

Observamos que a **Questão 2 Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5) foi introduzida naturalmente**, durante a Entrevista, pela Psicóloga Geneci, sem que fosse preciso a Pesquisadora Ana Catarina referir-se a ela.

- 2ª. ENTREVISTA (APÓS O ÓBITO DO PACIENTE)

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Observei que você está ansiosa para relatar um sonho que teve com a paciente. Quer começar a Supervisão por ele?

Psicóloga Geneci: Sim. Eu não te contei este sonho antes porque estava tudo muito bagunçado, misturado. No dia que ela morreu eu tinha ido assistir ao filme "O Terminal" . No cinema pensei na Dona T., mas pensei não posso pensar nela, preciso me cuidar também e tratei de tirar o pensamento da cabeça. Na hora de dormir ainda fiz uma oração para ela e quando eu dormi, eu sonhei que ela estava em uma fila, rodeada de malas e que tinha duas mesas, uma da esquerda e outra da direita e tinham dois homens sentados nestas mesas. Ela foi à mesa da esquerda e entregou um papelzinho para ele, como se fosse um bilhetinho.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela estava rodeada de malas e você tinha assistido a um filme sobre aeroporto. Você usou elementos do filme, do seu dia anterior, para construir o sonho, isto é natural.

Psicóloga Geneci: Por isto eu citei que tinha ido ao cinema. O homem da esquerda leu o bilhetinho e disse, isto de trás para frente quer dizer 'quero falar com o diabo'. No sonho eu estava parada do lado dela e pensava assim, ela não pode fazer isto, porque o máximo que ela irá conseguir, vai ser viver um tempinho a mais. Mas este tempinho não é de vida, é de dor, é de sofrimento. Ela ficou parada, de repente olhou para as malas, olhou para os dois, falou com o moço do lado esquerdo, o que, eu não consegui entender, e daí ela seguiu pelo corredor da direita e deixou todas as malas. Aí eu acordei na mesma hora, sentindo aquele sonho bem intenso. Eu fiquei pensando: será que estas malas não eram de repente o marido, os filhos, as coisas materiais. Mas assim, o que me incomodou muito foi aquele bilhete, 'isto quer dizer: quero falar com o diabo'. Eu fiquei pensando se era a dificuldade dela se desligar, de repente...foi muito estranho.

Pesquisadora Ana Catarina: O que o sonho mostrou foi: se você ler de trás para frente, 'isto quer dizer: quero falar com o diabo'. Se você ler de trás para frente.

Psicóloga Geneci: Mas, imediatamente assim que ele leu, ele já falou isso. Eu pensava no sonho: se ela ficar, isto não vai ser vida, vai ser sofrimento, vai ser dor.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela estava em um momento de transição, de passagem, com as malas. Você está acompanhando ela nesta passagem. Você está ajudando ela a se desligar deste sofrimento. Se eu ler de trás para frente, se eu reverter, se eu fizer você ficar é que o que o diabo faria. Aquelas malas eram os apegos dela aqui na Terra, como você interpretou.

Psicóloga Geneci: É a bagagem que ela queria levar e que não pode.

Pesquisadora Ana Catarina: O de trás para frente é o ficar, é o Diabo. Seguir em frente é ir na direção da Luz.

Psicóloga Geneci: Na hora eu não consegui ler desta forma. Por isto fiquei tão incomodada.

Pesquisadora Ana Catarina: A sua presença facilitou para que ela deixasse toda esta bagagem e seguisse.

Psicóloga Geneci: Eu me prendi muito nisso. Fiquei muito incomodada com isto.

Pesquisadora Ana Catarina: Pedir para ficar presa nestas malas é o sofrimento, é o diabo. E a sua presença a levou para a Luz, fez com que ela largasse tudo isso. Porque no sonho você tinha esta percepção, não foi uma interpretação sua, foi um conhecimento que você teve no sonho, então é este aspecto que deve ser olhado.

Profissional: Eu ficava parada, pensando, mas não podia falar para ela. Era ela e ele; ela poderia ir à mesa da esquerda ou da direita. Ela escolhia. E dependendo da mesa que ela fosse, era o corredor que ela seguiria. Ela escolheu a mesa da esquerda, mas largou as malas e foi pelo corredor da direita.

Pesquisadora Ana Catarina: Mesa da esquerda é a mesa do coração. O coração fica no lado esquerdo. Lado esquerdo: passado, emoção, inconsciente. Lado direito: futuro, razão. Ela precisou trabalhar com o coração para prosseguir.

Psicóloga Geneci: É verdade. Mas, eu também sonhei isso porque eu vi um filme que era cheio de aeroporto, cheio de mala.

Pesquisadora Ana Catarina: Você pegou este elemento para construir o sonho. Lembra que quando eu sonhei com a minha segunda paciente, eu peguei o elemento capivara para simbolizar a morte, porque naquela época, capivara estava simbolizando morte; eu usei um elemento da época para construir o conhecimento. Esse sonho está mostrando a sua interferência na partida desta paciente. Essas duas pessoas são as duas possibilidades dela morrer, com dignidade ou não. Quando você chega, você interfere no conflito dela. Você chega e começa a observar que ela não está querendo ir, está querendo ficar, presa em toda aquela bagagem. Através do trabalho ela consegue se soltar daquela bagagem e entender que ficar é o diabo e ir embora é a solução. Ir em paz, antes de você chegar, não era possível, porque quando você chegou ela estava no conflito. Esse sonho contém o passado, o presente e o futuro.

Psicóloga Geneci: Era a vida dela.

Pesquisadora Ana Catarina: Aquelas malas eram a vida dela. Você chegou justamente porque ela não estava na mesa da direita. Você chegou para ajudá-la porque ela estava na mesa da esquerda. Se ela estivesse na mesa da direita, você não precisaria ajudá-la. Você a está acompanhando. Você, no sonho, observa a cena de fora porque você a está ajudando a lidar com a situação como facilitadora. A sua entrada favoreceu com que ela entendesse que ficar nesta revolta, ficar presa nestas malas é o diabo e ela conseguiu prosseguir sem as malas.

Profissional: A Enfermeira Ednaura me contou que a morte dela foi assim: o filho estava massageando os pés dela e ele foi ao balcão, chamou o Gonzáles e falou que a mãe tinha ficado tranqüila, que agora estava respirando bem devagarzinho. O Gonzáles achou estranho este 'tranqüila', respirar bem devagarzinho, foi ver e disse para o filho que realmente sua mãe estava tranqüila, pois partiu tranqüila.

Pesquisadora Ana Catarina: Que morte linda.

Psicóloga Geneci: O filho massageando os pés dela. Eu havia orientado o marido para assegurar a ela que iria ficar bem , se despedir, falar de todas as coisas boas que ele viveram juntos. Ele disse que achava que não teria coragem. Ela estava sofrendo bastante e eu achei que ela precisava de uma certeza que eles ficariam bem. Porque,

segundo ele, eles se prepararam a vida inteira para ele morrer primeiro porque ele era mais velho, ela tinha 76 anos e ele 82 anos. Então, quando ele morresse, com quem ela iria ficar, onde e tudo. Nunca se prepararam para ela morrer primeiro. Estava difícil para eles aceitarem isto. Eu disse que talvez ela precisasse ouvir isto, que ele iria ficar bem, continuar, agradecer pelos filhos, agradecer tanta coisa que vocês viveram e aí ele começou a me listar coisas que ele tinham vivido, coisas bonitas. E aí ele disse que não tinha coragem de fazer isto porque era como ele estivesse mandando ela embora. Eu expliquei que era permitir que a pessoa descansasse em paz, permitir que parasse de sofrer. Ele falou que era dar autorização para ela ir embora. Eu disse que talvez ela precisasse desta autorização. Ele disse: você vai me desculpar, mas isto eu não consigo fazer e isto já com os olhos marejados. Eu disse para ele que não queria que ele fizesse nada contrariado e que todos temos limites. No dia seguinte ela estava mais angustiada, não queria máscara, estava com cateter, mas estava brigando o tempo todo e gemendo de dor, quer dizer diziam que era dor, não sei, pode ser angústia de morte, não necessariamente dor física.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi essa aflição que você viu no sonho.

Psicóloga Geneci: Eu fui fazer o Relaxamento com ela, coloquei a música, eu segurava uma mão dela, o marido segurava a outra, o filho massageava os pés. Aí chegou o outro filho com os netos, que acabaram saindo chorando, deram um beijo de despedida e o pai deles, os levou embora. O outro filho me acompanhou no corredor e eu comentei que ele estava massageando os pés e ele perguntou porque ela estava sobrevivendo tanto e eu disse o que pensava, que talvez ela estivesse com necessidade de ouvir que todos iriam ficar bem.

Pesquisadora Ana Catarina: As malas eram esta situação mesmo: o sofrimento da família.

Psicóloga Geneci: Eu falei "mãe é mãe"; ela sabe que se você tiver fome vai procurar a comida, mas ela tem necessidade de falar 'olha, almoça'. Ela precisa ouvir você dizer que vai ficar bem. Agora é o momento da despedida. Agora é o momento da gente falar tudo aquilo que a gente sente, que a gente deseja. Agora é hora da gente agradecer. É despedida, essa chance não vai existir mais. Percebi que ele ficou com olhos cheios de lágrimas e disse que não conseguia fazer isto. Eu falei que talvez seja só isso que ela

precise. Ele disse que ela sabe disto, que ela sente isto, mas falar isto é demais para mim. Eu perguntei porque e ele falou que era como se estivesse mandando ela embora e dizendo que ela não precisa mais. Eu falei, por outro lado é como você estivesse agradecendo tudo o que ela fez até hoje e dizendo olha, eu vou continuar. Ele disse que iria tentar, mas não garantia que iria conseguir. Eu disse que se ele não conseguisse não haveria problema porque era um limite dele.

Pesquisadora Ana Catarina: Essa sua fala me mostra que você os ajudou a se despedirem e a ela ir em paz. Existem coisas que não precisam ser ditas. Os gestos mostram a permissão.

Psicóloga Geneci: Essa massagem no pé era um dos gestos.

Pesquisadora Ana Catarina: Exatamente.

Psicóloga Geneci: Segurar na mão na hora do relaxamento era um outro gesto de permissão.

Pesquisadora Ana Catarina: Exatamente. O seu sonho sintetizou tudo. Como você teve poucos diálogos com ela porque ela estava sedada, nós temos que entender o caso através das questões simbólicas. O seu sonho encaixa com a fala dos familiares. Você chegou em uma hora em que ela precisava partir, mas ela estava indo em direção ao diabo, que simboliza o sofrimento, por causa das malas que ela não estava conseguindo soltar. Como ela poderia ir embora com todas aquelas malas? Ela iria levar muito sofrimento. Você entrou para que ela pudesse perceber que levar todas estas malas era o 'diabo', o sofrimento e ela consegue ir.

Psicóloga Geneci: Os familiares diziam que ela não precisava mais ouvir que eles permitiam que ela partisse. Quando eu dizia a ela, embora sedada: Dona T., está tudo bem? Se a senhora estiver se sentindo tranqüila, em paz, dá um sinal para mim, pisca um olho, aperta a minha mão, faz qualquer coisa. Ela piscava o olho e apertava a minha mão e os filhos viam. Enquanto ela apertava minha mão, me parecia que ela apertava a do marido também.

Pesquisadora Ana Catarina: Como ela não estava podendo escolher as faces da escala, isto foi um sinal. Ela deu um sinal. Eu já tive paciente completamente imobilizado na UTI e ele se comunicava comigo através de sinais com os olhos. Eu via pelo monitor

cardíaco que ele se acalmava. Então ela deu o sinal porque estava fazendo bem para ela. Pode ser que os familiares não tenham conversado com ela, mas eles mudaram a atitude, a partir dos seus atendimentos, tanto que ela foi pela "mão" do filho. Veja que simbólico. Ela precisava deixar a mala, então ela foi pela mão do filho. Hoje, no telefone, o marido falou que no único momento que ele saiu do quarto ela morreu.

Observo que a Psicóloga Geneci insiste em verificar se ela realmente conduziu bem o trabalho e se a paciente realmente morreu em paz.

Pesquisadora Ana Catarina: Pela minha experiência, isto é normal.

Psicóloga Geneci: O marido falou que ela morreu com o filho, mas na única hora em que ele saiu do quarto.

Pesquisadora Ana Catarina: Teve uma mãe que estava com dificuldades em deixar o filho (3 anos) ir, na única hora que ela saiu do quarto e deixou a criança aos meus cuidados e da enfermeira, ele morreu. Em menos de três minutos depois que ela saiu do quarto, a criança foi a óbito. Pelo seu sonho, pela forma como ela morreu e por este relato do marido, isto me mostra que ela foi bem. Esta era a Dor Espiritual dela.

Psicóloga Geneci: O marido já voltou a trabalhar e ele disse que ainda não consegue vir aqui. Que ele queriam vir aqui para agradecer para todo mundo, mas que ele e o filho não conseguem e que o filho faz questão de vir junto. Na semana que vem eles virão. Ele vai me ligar para me dizer o dia que ele vai conseguir ficar livre na escola. Eu senti a voz dele supertranqüila. Eu percebi que ele parou e disse "ela partiu tranqüila". Ele sentiu que ninguém roubou, ninguém tirou ela, deles. Eu também acho que o filho que estava com ela massageando os pés, era o que eu falei para ele se despedir, porque ele ficava o tempo todo massageando os pés dela.

Pesquisadora Ana Catarina: É importante você tranqüilizar os familiares em relação as despedidas. Eles fizeram isto através de uma mudança de atitudes. Quando os pacientes estão sedados, na fase terminal, essa percepção intuitiva está mais aflorada, então qualquer gesto é compreendido.

Psicóloga Geneci: Como os pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte relatam, que percebem o que o outro está sentindo, o que está pensando. Que talvez ela tenha visto, no fundo, no fundo, que era o que eles desejavam, que ela partisse, que ela não sofresse, que ela não ficasse ali. Que ela ficasse em paz.

Pesquisadora Ana Catarina: Que ficar é o diabo.

Psicóloga Geneci: Eu até pensei que se, por acaso, ele trouxer esta coisa de não ter feito esta despedida, eu pensei em falar que as pesquisas sobre as Experiências de Quase Morte mostram que o paciente percebe o que os familiares estão sentindo.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu acho inclusive que você pode falar seu sonho, se houver espaço. Mostrar que se ela ficasse apegada a tudo isso, isto era o sofrimento, era o diabo. Ela conseguiu deixar tudo isso e partir em paz. Partir livre, na verdade, e nas mãos do filho.

Psicóloga Geneci: Até mesmo no sonho, olhando por este lado, as malas acompanharam ela até ali naquele corredor que era decisivo. Até na porta da morte.

Pesquisadora Ana Catarina: Você chegou neste momento. Quando você começou os atendimentos, ela estava nas portas da morte.

Agora eu vou fazer as três perguntas do roteiro para você dar uma resumida e nós verificarmos se falta ainda algum dado. Os dados colocados até aqui são muito importantes e foram colhidos a partir do seu sonho. Veja como o sonho foi importante no caso do seu trabalho. Dentre as funções psicológicas colocadas por Jung, sensação, intuição, pensamento e sentimento, você funciona de forma principal pela função intuição e tem o pensamento como função auxiliar. Eu também funciono assim.

Psicóloga Geneci: É verdade, muita coisa, eu sei através dos sonhos. Já tive muitos sonhos que me esclareceram. Eu sabia quando meu pai ia morrer.

Pesquisadora Ana Catarina: Você também não tem pai?

Psicóloga Geneci: Não, meu pai morreu de câncer também. Eu fiz a despedida com ele, eu disse que ele poderia ir em paz. Por isto eu sabia o que eu estava falando para os familiares da Dona T. Eu sonhei que eu contava para uma pessoa que ele tinha passado trinta dias na UTI e após trinta dias ele tinha morrido e meu pai morreu exatamente com trinta dias. Eu tenho umas coisas meio malucas. Se eu tiver um sono do nada, de repente e se eu deitar, eu sinto, eu sonho com o que está acontecendo.

Pesquisadora Ana Catarina: Vamos ver a primeira questão, como você sentiu no conjunto das sessões: **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Psicóloga Geneci: *Eu acho que teve uma sintonia que foi superlegal.* Na verdade, assim, de olhar e de me ver, eu acho que ela só viu a primeira vez que eu fui lá. Mas nas outras vezes, eu chegava, perguntava se ela se lembrava, ela fazia afirmativo com a cabeça. No final daquele primeiro atendimento, ela disse aquele obrigado tão claro, ela não estava falando mais claramente e naquela hora ela conseguiu. *Não sei, o jeito como ela segurava minha mão ou o jeito com que ela respondia as perguntas que eu fazia, a comunicação pelo piscar de olhos, ou coisas assim me mostraram que teve uma interação boa.* Eu me senti muito bem de estar atendendo ela, me sentia bem de ir até lá. *Eu confesso que comecei a ficar angustiada quando eu vi que ela estava com tanta dificuldade para morrer. Percebi que ela estava sofrendo muito e que estava sendo muito difícil ficar ali. Eu acho que foi aí que surgiram as minhas dúvidas: "Onde é que estou errando? Por que eu não estou conseguindo que ela se liberte deste sofrimento?".*

Pesquisadora Ana Catarina: Quando você deu início a RIME ela já estava presa neste sofrimento.

Psicóloga Geneci: É, ela já estava mergulhada.

Pesquisadora Ana Catarina: Você começou a perceber que as sessões do Relaxamento faziam bem para ela, porque ela dava sinais disso; ela apertava sua mão, relaxava a face, ficava com uma expressão de serenidade. Ela respondia que sim, através dos sinais.

Psicóloga Geneci: Mesmo com a família, foi uma coisa muito legal porque geralmente eles saem. Vêem que chegou alguém e que vai ficar um tempinho com a paciente, eles aproveitam e saem. Ela era ao contrário. Eles se aproximavam e era como se a gente fizesse um círculo: eu segurava em uma mão, o marido na outra e um dos filhos nos pés. Teve uma das sessões que foram os dois filhos. Então era uma coisa muita gostosa, dava uma sensação de paz mesmo, de tranqüilidade, de uma coisa boa sabe, era como, em meio a tanto sofrimento transbordasse muito amor.

Pesquisadora Ana Catarina: Que bonito. E você contribuiu para que isto se solidificasse ali. Na hora que você entrava, fazia o Relaxamento, todos se uniam em volta.

Psicóloga Geneci: Tipo assim. Na primeira vez eu fiz só com ela. Na segunda vez eu tinha comentado com a nora e no dia seguinte estava o filho, o marido. Todo mundo sabia o que estava acontecendo. Dava impressão que para eles era uma experiência boa que eles compartilharam entre si.

Pesquisadora Ana Catarina: Eles fizeram a passagem dela junto com você.

Psicóloga Geneci: Eu acho que na verdade eu fiz junto com eles.

Pesquisadora Ana Catarina: É verdade, você chegou como uma facilitadora para que esta passagem acontecesse. Você foi uma parteira, na verdade.

Psicóloga Geneci: E assim, até ali, eles não tinham conseguido falar na possibilidade da morte dela.

Pesquisadora Ana Catarina: Com a sua entrada eles começaram a falar na possibilidade de morte; eles puderam encarar a questão da morte.

Psicóloga Geneci: Em relação ao pai. Ninguém tinha coragem de falar isto com ele. Quando ele conversou comigo ele falou que estava chegando a hora. *Quando eu coloquei isto para os filhos, eles puderam falar abertamente com o pai sobre a morte da mãe.* Eu acho que o fato dele pedir para vir na semana que vem é uma fase que eles precisam para se organizar internamente e na família. Ele precisa desse tempo para dizer como ficou, como ele está. O filho também fazer questão de vir junto, eu acho que é significativo.

Pesquisadora Ana Catarina: Conte-me agora resumidamente, porque você já falou sobre isto hoje, sobre a segunda questão. **2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Você me disse que o principal foi à participação da família junto a ela e o direcionamento dela para a Luz. Mas, resume, agora, como foi o manejo das sessões, da técnica em si, propriamente dita.

Psicóloga Geneci: No exercício da 1ª. sessão a conduzi para uma praia, porque ao folhear o álbum ela parou nas fotos de uma praia. Sempre direcionando para a presença da Luz; pedi para ela imaginar a presença de Jesus do lado dela, senti a graça de Deus e que ele estava tomando conta de tudo, estava dando um sentimento de paz, de amor, de entrega. Que ela se sentisse leve como se ela fosse livre.

Pesquisadora Ana Catarina: Perfeito, visto as condições clínicas dela.

Psicóloga Geneci: No dia seguinte também a conduzi para este lugar e falava para ela que o marido estava segurando em uma das mãos e eu estava segurando na outra. Que ela não estava sozinha. Só que quando chegava neste lugar, nesta praia, eu falava de Jesus, que Ele estava perto, que a tocava, no momento que ele te toca você fica cheia da presença de Deus, cheia da graça do Espírito Santo. Orientava para ela tomar posse da paz que estava sentindo e sentir a graça de Deus tomando conta de tudo, livrando-a de toda a dor de todo o cansaço, de toda a angústia. Não precisa sentir medo porque está tudo bem. Também falei dos Anjos, para ela olhar a Luz, como era dourada, como era bonito, como refletia na água; olhar o céu azul; pedia para ela respirar e sentir o ar entrando e tomando conta dela.

Os filhos e o marido também no final sempre diziam que aquilo não era só para ela, que eles também se sentiam bem, que também conseguiam se imaginar lá também.

Eu também ficava relaxada e também me sentia no lugar que descrevia. Até em alguns momentos eu tinha o desejo de fechar os olhos, mas logo tirava isto da cabeça porque eu tinha que observar as expressões dela. Só uma vez que eu olhei para o marido e vi que ele estava com os olhos marejados. Mas eu evitava de olhar para ele, eu me concentrava nela. A sensação era muito boa.

Pesquisadora Ana Catarina: Você conduziu muito bem dentro da perspectiva de um quadro de sedação e puxou os “feedbacks” que precisava.

Psicóloga Geneci: Não me prendi a induzir o relaxamento autógeno porque como ela já estava recebendo os sedativos, morfina, eu achei que ela já estava relaxada porque o que ela precisava mesmo era o espiritual. O físico ali já não tinha muita importância.

Pesquisadora Ana Catarina: Perfeito. O que precisava era direcionar o espírito dela para a Luz.

Psicóloga Geneci: Tomar posse das coisas boas. Porque na situação que eles ficam ali, é tão fácil tomar posse de sentimentos de desânimo, desespero, medo, de angústia, de solidão, de tanta coisa ruim e eles acabam perdendo isto. No momento em que faz o relaxamento você pode resgatar isto: o sentimento de paz, de tranqüilidade. De se sentir abençoado, de se sentir seguro. Protegido. De saber que não está só. De um Deus que ama, que não abandona, que cuida. Eu acho que eles conseguem sentir esta presença.

Pesquisadora Ana Catarina: Sim, não teria sentido todos sentiram simultaneamente esta Paz. A impressão que você tinha é que os Seres de Luz estavam ali, presentes?

Psicóloga Geneci: A impressão que eu tinha é que estavam todos ali, tomados pelo Espírito Santo, preenchidos de coisas boas. Para gente quem faz este movimento de preencher de Luz é o Espírito Santo.

Pesquisadora Ana Catarina: Vamos agora passar para a terceira questão?

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 6).

Psicóloga Geneci: Eu sentia que fazia parte daquela família. Que coisa maluca, mas eu sentia que eu fazia parte daquela cena. Os sentimentos que eles relatavam, que sentiam paz, tranqüilidade, eram coisas que eu também sentia. Quando eles falavam que não iriam falar sobre a morte com ela, eu me questionava, e se fosse com a minha mãe, eu falaria? Cheguei a conclusão que eu falaria porque eu falei para o meu pai.

Eu me sentia acolhida, esperada. Eu sentia que eles me esperavam, como se espera o dia inteiro por uma sobremesa que vai ser boa. Que de alguma forma eles iriam transpor aquele quarto e estariam com ela em uma praia, um lugar melhor, onde ela não estava com dor, estava alegre, estava bem.

Pesquisadora Ana Catarina: Então você sentiu como uma mensageira da Paz e por isso, acolhida. Eu também na minha experiência, tenho estes sentimentos positivos.

Psicóloga Geneci: Eu não via a hora de ir lá para fazer este trabalho. Foi tão bom que algumas pessoas que trabalhavam comigo na UTI NEONATAL viam a pasta em cima da mesa e queriam saber o que eu estava fazendo agora. Eu fazia questão de deixar o livreto que você elaborou em cima da mesa. Emprestei o CD para um monte de gente da "Neo", que gravou. E houve pessoas que me trouxe um monte de fotografias de paisagens.

Pesquisadora Ana Catarina: Mobilizou todos na "Neo".

Psicóloga Geneci: Eu senti que para eles também foi uma coisa boa. E como se eles estivessem contribuindo para um trabalho. Alguns vinham me perguntar como estava indo. São enfermeiras que trabalham no Boldrini e em outros hospitais e eu contava em detalhes o que estava acontecendo. Eu parti do princípio que se é um Treinamento para profissionais trabalharem com esta técnica, talvez um dia estas enfermeiras trabalhem com este método. Teve gente que falou que estava montando a pasta para fazer o relaxamento em casa. Deu o seu sobrenome para eles pesquisarem e estudarem mais sobre a técnica. Eu senti que foi uma coisa legal até no meu trabalho (UTI Neonatal).

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu que despertou a união entre as pessoas que trabalham com dor e sofrimento.

Psicóloga Geneci: Essas pessoas estão sempre mudando de setor. Hoje estão na UTI Neonatal, mas amanhã poderão estar na Oncologia.

Pesquisadora Ana Catarina: Você se sentiu como uma mensageira não só para a família, mas também entre os profissionais.

Psicóloga Geneci: Senti. E também na minha casa, todos perguntavam ao me ver escolhendo as músicas e recortando revistas para o álbum. Até minha mãe estava rezando para a paciente. Eu achei isto legal porque acaba mandando um monte de energia boa para estas pessoas.

Pesquisadora Ana Catarina: Em resumo, você se sentiu mensageira da Luz que mobilizou e uniu a família, facilitou para que esta família se unisse para que a paciente partisse bem, eles já tinham o amor, mas eles não estavam aceitando a partida; eles conseguiram aceitar a partida da Dona T. de uma forma serena e bonita. Você também despertou os Profissionais para este tipo de trabalho e a sua família também participou para ajudar a paciente. Foi então uma experiência muito boa para você?

Psicóloga Geneci: Foi. *Eu vi essa experiência como um presente. Ter tido este tipo de contato com estas pessoas para mim foi um presente. Esse trabalho também me ajudou a resgatar um monte de coisas boas que eu tinha perdido, por conta de algumas experiências profissionais negativas que eu vivi anteriormente. Por isso é um presente tão especial. Gostaria também de te pedir permissão para levara este trabalho para a Toca de Assis.*

Pesquisadora Ana Catarina: Claro. Você é Psicóloga e já está treinada na técnica. É muito importante, pois você já está ampliando seus horizontes de aplicação desta Intervenção Terapêutica.

Psicóloga Geneci: Porque é um trabalho tão lindo e me fez tão bem. E os outros Profissionais que se interessaram, também querem estudar e aplicar, como por exemplo, uma enfermeira do Boldrini.

Antes de começarmos a entrevista sobre os atendimentos para a segunda paciente M., a Psicóloga Geneci fez um breve relato da entrevista com o marido de T. (1ª. paciente), após o óbito desta.

Psicóloga Geneci: Eu tentei contato telefônico, várias vezes, mas não consegui falar. Você havia me dito que se eu não conseguisse não haveria problema, mas mesmo assim, resolvi tentar uma última vez e consegui falar direto com ele. Marcamos a entrevista e, em determinado momento, ele me perguntou se eu iria me lembrar dele. Eu disse que sim e ele falou "aguardo a senhora na recepção". Mas, eu fiquei na dúvida se eu iria lembrar dele mesmo e, se por acaso eu bloqueasse a imagem dele por alguma razão. Pensei nisso, mas marquei a entrevista para três dias depois. *Na véspera do atendimento, eu sonhei que a Dona T. estava parada do meu lado na recepção e que ele vinha chegando e ela me mostrava que era ele. Que ela estava comigo e eu o cumprimentava e tudo.*

Pesquisadora Ana Catarina: Que bacana! Qual foi a sensação do sonho?

Psicóloga Geneci: Foi boa.

Pesquisadora Ana Catarina: Você teve uma sensação de realidade? Como se aquilo tivesse mesmo acontecendo?

Psicóloga Geneci: Sim. O sonho foi muito claro e muito vivo.

Pesquisadora Ana Catarina: Porque segundo a literatura, os sonhos espirituais, são aqueles que você tem a sensação de que aquilo que você sonha é real.

Psicóloga Geneci: Foi assim. Sabe aqueles sonhos que você vê todos os detalhes, tudo muito claro. Eu me lembro que eu me sentia muito bem. Não era uma sensação nebulosa. Era algo muito vivo; o sentimento era muito vivo. No dia seguinte eu estava esperando na Recepção, vi uma pessoa conhecida, saí e fiquei conversando. Nisso, ele passou, sabe quando na hora você vira, assim do nada. Eu não tinha como despachar a pessoa assim do nada, esperei ele terminar o que estava falando, me despedi e fui na Recepção; ele estava pegando o crachá e falou que tinha me visto, mas só ficou pensando que queria ver se eu o reconhecia.

Pesquisadora Ana Catarina: Querendo testar para ver se você o reconhecia. Ele estava desconfiado, querendo verificar se não era mais um número para você, se realmente era visto como uma pessoa e você o reconhecia.

Psicóloga Geneci: O objetivo era atender Dona T. e não ele, talvez por isso, tenha ficado na dúvida se eu iria reconhecê-lo. Ele me contou de novo da vida deles de casado e com estar agora, que ele está continuando o que ela ensinou. Que não mentiu para ela quando disse que iria ficar bem. *Ele me agradeceu pelos atendimentos, falou que tinha sido muito bom, que eles ficavam esperando eu chegar com o rádio para ouvir a musiquinha e na casa deles eles falavam, "a moça da música", não guardaram meu nome.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você ficou sendo a "moça da música"?

Psicóloga Geneci: Ainda bem. Podia ser pior. Eu contei em determinado momento sobre os sonhos, os dois sonhos. Ele falou que não tinha sonhado com ela ainda, nenhuma vez. Disse que quando pegar férias no trabalho na escola, como se ele precisasse trabalhar, vai para a casa do filho nos Estados Unidos, passear. Ele acha que a Dona T. vai ficar feliz de vê-lo na casa do filho. Parece que ele está querendo ficar bem, para ela ficar bem. Eu percebi isso no jeito dele falar, o olhar cheio de saudade. Ele disse que ela era uma lutadora, que tinha lutado muito, mas que não dava mais, que estava sofrendo muito e que agora ela não estava sofrendo mais. Foi muito bonito.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu, nessa entrevista com o marido da Dona T., que, para ele, na visão dele, a Intervenção RIME ajudou a Dona T.?

Psicóloga Geneci: Senti. Também senti que não ajudou só a ela, ajudou a eles também.

Pesquisadora Ana Catarina: Ajudou a re-significar o luto da família?

Psicóloga Geneci: Eu senti que sim.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você sentiu isso?

Psicóloga Geneci: O momento da Intervenção RIME, era como se fosse um oásis. Ficava lá tudo parado. Quando a "moça da música" vinha todo mundo começava a se mobilizar. O marido levantava, parava do lado da cama e segurava a mãozinha dela. O filho abria o espaço na mesa para eu colocar o rádio. Era uma forma de participar. *Parecia que era um momento em que todos eles podiam sair dali e se reencontrar com um momento sem dor.*

Pesquisadora Ana Catarina: Um momento em que eles podiam se reconstruir. Um momento de amor e de paz.

Psicóloga Geneci: É engraçado, porque parecia uma coisa palpável. Eles tinham uma ligação tão forte, era uma ligação de amor mesmo. De pais para filhos, de filhos para pais. Do jeito de falar, de se olharem, de cuidarem um do outro.

Pesquisadora Ana Catarina: Quando você chegava com a Intervenção RIME, você facilitava essa expressão de amor, essa integração e essa despedida? Foi isso?

Psicóloga Geneci: Foi isso. No momento do relaxamento o filho ficava massageando os pés dela e na hora que ela morreu, ele estava fazendo isso.

Pesquisadora Ana Catarina: Você trabalhou muito bem esse caso e esse sonho que você relatou parece-me uma Vivência Espiritual, como se a Dona T. estivesse acompanhando essa despedida e dizendo, "eu estou bem".

Psicóloga Geneci: Eu sinto que ela está bem e cuidando do lado de lá, do marido. A sensação era de que ela me dizia, você não vai esquecê-lo porque senão ele vai ficar triste.

- DIÁRIO.

A Psicóloga Geneci escreve*: "Em alguns momentos confesso que senti dificuldades. Acredito que por questões minhas. Sentia, ou melhor, era como se eu tivesse dando autorização para a paciente partir, mas e se de repente não fosse a hora? Sei lá, era como se de algum modo eu a incentivasse a deixar de lutar e se entregar. E que direito eu tinha de fazer isso? Essas são questões pessoais minhas, que surgiram depois.* Mas, *durante os atendimentos, a sensação era muito boa, era um sentimento de paz e de tranqüilidade. Eu tinha certeza que estava fazendo a coisa certa.* Em todos os momentos *eu me sentia acolhida pela paciente e pela sua família. Sabia que aguardavam a minha chegada. Quando entrava no quarto todos já se preparavam: o marido se posicionava ao lado da cama segurando a mão dela. O filho arrumava espaço na mesa para colocar o aparelho de som. Logo todos meio que formavam um círculo, incluindo a paciente, não deixando-a no meio, mas fazendo dela parte do círculo. É estranho, mas parecia que eu fazia parte da família. Era como se o amor entre eles fosse algo palpável e que de algum modo eu também recebesse esse amor.* Confesso que foi *gratificante quando na entrevista com o marido ele agradeceu a intervenção.* Embora eles tivessem feito isso em todas as sessões, naquela entrevista foi diferente*. Penso que realmente a intervenção RIME possibilitou a eles se despedirem de forma tranqüila da paciente. Para mim foi gratificante ter certeza que pude ajudar a paciente a ter uma morte digna e em paz. Quando penso nela tenho certeza de que está bem.*

2.2. - 2^{O}. PACIENTE M.S.S.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: Feminino Idade: 27

Patologia: Câncer de colo uterino com invasão de vértebras e bexiga.

Religião: Evangélica Quadrangular

Profissão: Do lar (Auxiliar de limpeza afastada)

Estado civil: amigada há 11 anos

Filhos: meninos 11 anos; 8 anos; 7 anos; 6 anos; 4 anos; 1 ano e 6 meses.

menina 10 anos.

Quadro 25- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.S.S. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	**1**hospitalar	**2** hospitalar	**3** hospitalar	**4** domiciliar	**5** domiciliar	**6** hospitalar	**7** hospitalar	**8** hospitalar
Tempo de duração	45'	45'	60'	90'	2 horas	40'	90'	2 horas
EVA início	amarelo (4)	laranja (2)	vermelho (0)	laranja (2)	vermelho (0)	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.
EVA final	verde (6)	verde (6)	verde (6)	azul (10)	dormiu não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.	não foi possível aplicar.

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: A psicóloga Geneci relata que quando iniciou a aplicação da Intervenção Terapêutica RIME, a paciente apresentava quadro clínico ruim. O diagnóstico era de câncer de colo interino (descobriu durante a gravidez, foi proposto aborto e ela não aceitou a proposta). Foi feito cesárea acompanhada de histerectomia total abdominal, quimioterapia e radioterapia, porém evoluiu para invasão de bexiga e vértebras. Ela sentia muitas dores e não conseguia evacuar. Estava acamada há três meses e não conseguia nem se virar sozinha. Mantinha um cateter epidural para aplicação de morfina. No dia do segundo atendimento a equipe médica havia realizado uma reunião com a família para comunicar que a paciente receberia alta hospitalar, por não haver mais proposta terapêutica. A Psicóloga realizou dois atendimentos no domicílio. A paciente estava muito angustiada e com bastante dor. Foi internada no hospital da cidade onde morava e depois voltou para o CAISM. Mesmo recebendo M_1 80ml/h ela estava responsiva e embora sonolenta, mantinha contato visual e verbal. Recebendo M_2 100 ml/h ela aumentava a pressão na mão da Psicóloga Geneci diante de alguma pergunta. Tentava abrir os olhos. No dia anterior ao óbito solicitou a presença da mãe, que tinha muita dificuldade de ir ao hospital. Através dos atendimentos pela RIME a mãe conseguiu trabalhar suas dificuldades e estava ao lado da paciente no momento da passagem. Segundo a mãe da paciente, às 3:30 da madrugada ela estava ao lado da filha segurando sua mão quando esta abriu os olhos, olhou profundamente para a mãe, sorriu, fechou os olhos e

virou a cabeça para o lado. A mãe re-posicionou a cabeça da filha, ela novamente abriu os olhos, sorriu e fechou os olhos. A mãe percebeu que ela parou de respirar e chamou a enfermagem que lhe disse que a paciente M. tinha ido em paz, que tinha feito a passagem tranqüila para a outra vida.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Medo do pós-morte manifestado pela visualização de imagens negativas e assustadoras as quais tinha antes da aplicação da Intervenção RIME. Ela via cobras na parede, dizia que pessoas queriam matá-la, muitas coisas ruins.
- Idéias negativas em relação à espiritualidade, manifestadas na primeira sessão de RIME, na visualização de uma mulher que poderia ampará-la do afogamento, mas não fez nada para salvá-la.
- Idéias negativas ou dúbias em relação à espiritualidade, pois manifestava necessidade de se assegurar que poderia confiar em Deus e que seria feliz na próxima vida, na vida espiritual.
- Idéias negativas em relação ao sentido da vida pela vivência de abandono e solidão que experimentava.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

- Após o início da aplicação da RIME a paciente começou a ver uma pessoa muito iluminada do lado dela à noite, uma presença de uma Luz muito forte e também crianças; segundo ela, a sensação era muito boa. Antes da Psicóloga Geneci chegar para começar a sessão, ela começava a ver crianças, ela dizia que tinha uma senhora sempre perto da psicóloga.
- A paciente passou a visualizar as imagens que escolheu como: bosque muito verde, cachoeira, rio, caminho iluminado. Quanto à Espiritualidade a psicóloga sempre usou imagens de Seres Espirituais que a paciente acreditava: a presença de Anjos, a presença de Deus, o amor que Deus tinha por ela, um Deus que era amor e perdão, presente, que não estava julgando e sim a acolhendo. A psicóloga falou muito da presença da Luz, para ela se

ligar a esta Luz, se sentir amada; a paciente mostrou conseguir porque se transfigurava quando a psicóloga começava a falar a respeito disso; era como se ela realmente soltasse o corpo e se deixasse fluir de uma forma impressionante.

- Relato que durante o relaxamento sentia uma paz muito grande, como se estivesse diante de Deus, mas sem necessidade de palavras, como se comunicassem com a mente ou com o coração. Como se Deus soubesse tudo o que ela sentia e isto lhe proporcionava uma sensação de segurança.

- Após as sessões de RIME a paciente sempre verbalizava que se sentia mais tranqüila. Sua face ficava sempre mais suave e algumas vezes referiu melhora da dor física, após a aplicação da intervenção. Morreu amparada pela mãe, que através da RIME, perdeu o medo de ficar no hospital.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

Durante os atendimentos a Psicóloga Geneci teve quatro sonhos com a paciente.

1º sonho: "Eu estava dentro de uma Igreja que estava sendo restaurada. No teto, que era de madeira, tinha um pica-pau azul e vermelho; associei o vermelho ao sangue que ela recebia e que perdia pela sonda vesical e o azul ao relaxamento, por ser a cor utilizada. Eu estava trabalhando e tinha muitas crianças – Geneci trabalha em uma UTI NEONATAL. Tinha algo que parecia eleição e eu tinha que votar. Alguém dizia que encerrava às 5h00 e assim que encerrasse eu não poderia mais votar. Não sei, acho que era eletrônico e desligava. No final, eu não votei e fui embora triste.

No caminho eu estava dentro de um carro, acompanhada de meu pai que já é falecido, estava no banco do motorista, o carro andava, mas eu não dirigia. Parecia noite, mas não era tão escuro. O caminho era duas estradas, uma de ida e outra de volta, como se fosse na estrada de Monte Mor / Campinas, perto da Bosch. Eu estava indo para casa quando vi um carro antigo parado perto do canteiro, o carro estava no sentido de quem ia, mas no chão tinha um corpo com as pernas viradas no sentido de quem voltava. A pessoa estava com uma máscara de O_2 , mas não tinha suporte para uso. Encostado no carro tinha

um homem que olhava para nós (eu e meu pai) e eu parei o carro e meu pai disse: Agora você não pode mais fazer nada por ela. Acordei assustada e na hora pensei na M."

2º sonho: "Eu estava passeando em um lugar que era muito iluminado, as cores era brilhantes como se tivesse chovido, porém eram suaves. Havia muitas montanhas, árvores e lagos claros. Eu passeava em algo que parecia um trem ou ônibus, não sei identificar. Parecia que andava sobre algo com trilhos, mas não era. No sonho eu dizia: nossa a M. vai gostar muito deste lugar, é lindo. De repente eu estava em um lugar como se fosse abaixo do trilho, ao mesmo tempo era como uma caverna, só que bem iluminada só que com uma luz dourada e de lá se tinha toda a visão do vale e eu pensava, nossa quanta comida, ela vai gostar de ver isto. Ao mesmo tempo eu pensava porque alguém se esconderia ali. Porque ali não estava escondido, era aberto e muito iluminado. Acordei com uma sensação de realidade".

3º sonho: "Eu estava viajando de carro vermelho, mas ao mesmo tempo não era carro; andava muito rápido. Estava em uma estrada de terra dos lados parecia um pasto bem verde. Cada vez que o carro passava por algo que parecia uma pequena lombada ou montinhos de terra, eu pulava para cima e quando pulava, era como se o carro não tivesse teto e eu ia chegando até o céu. Cada vez que eu me aproximava (aconteceu várias vezes) eu via o céu cinza, pesado, cheio de nuvens, como se ele estivesse fechado para mim e embora o meu desejo fosse ultrapassar as nuvens, eu não conseguia. Por várias vezes aconteceu, e eu não consegui entrar. Quando me aproximava do céu, era como se não fosse eu. Era meu corpo no sonho, mas não era eu. Quando acordei imediatamente me lembrei da paciente me questionei por que o céu não estava azul e brilhante, por que não estava aberto para ela. A partir deste sonho, nos atendimentos seguintes, frisei várias vezes nas orientações para visualização que um céu muito azul e brilhante se abria para ela. Dei esta orientação mais vezes do que nos atendimentos antes do sonho".

4º sonho: "Na noite em que a paciente morreu sonhei que nós duas caminhávamos lado a lado por uma rua cheia de casas grandes, simples, porém bonitas. A luz era diferente, era brilhante, como se tivesse chovido, parecia que tudo tinha um tom dourado. O lugar era lindo. Nós caminhávamos olhando as montanhas, cheias de árvores atrás das casas. Em determinado lugar parei diante de uma casa com uma cor diferente,

indescritível, bastante suave, que parecia semelhante ao amarelo claro ou pêssego, mas era um tom muito diferente do qualquer um que eu já tenha visto. Fiquei contemplando a casa e quando virei para falar com a M., ela já não estava ao meu lado e eu fui voltando sozinha, mas com a consciência que tinha deixado-a naquele lugar. A minha sensação era de paz, segurança e tranqüilidade".

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

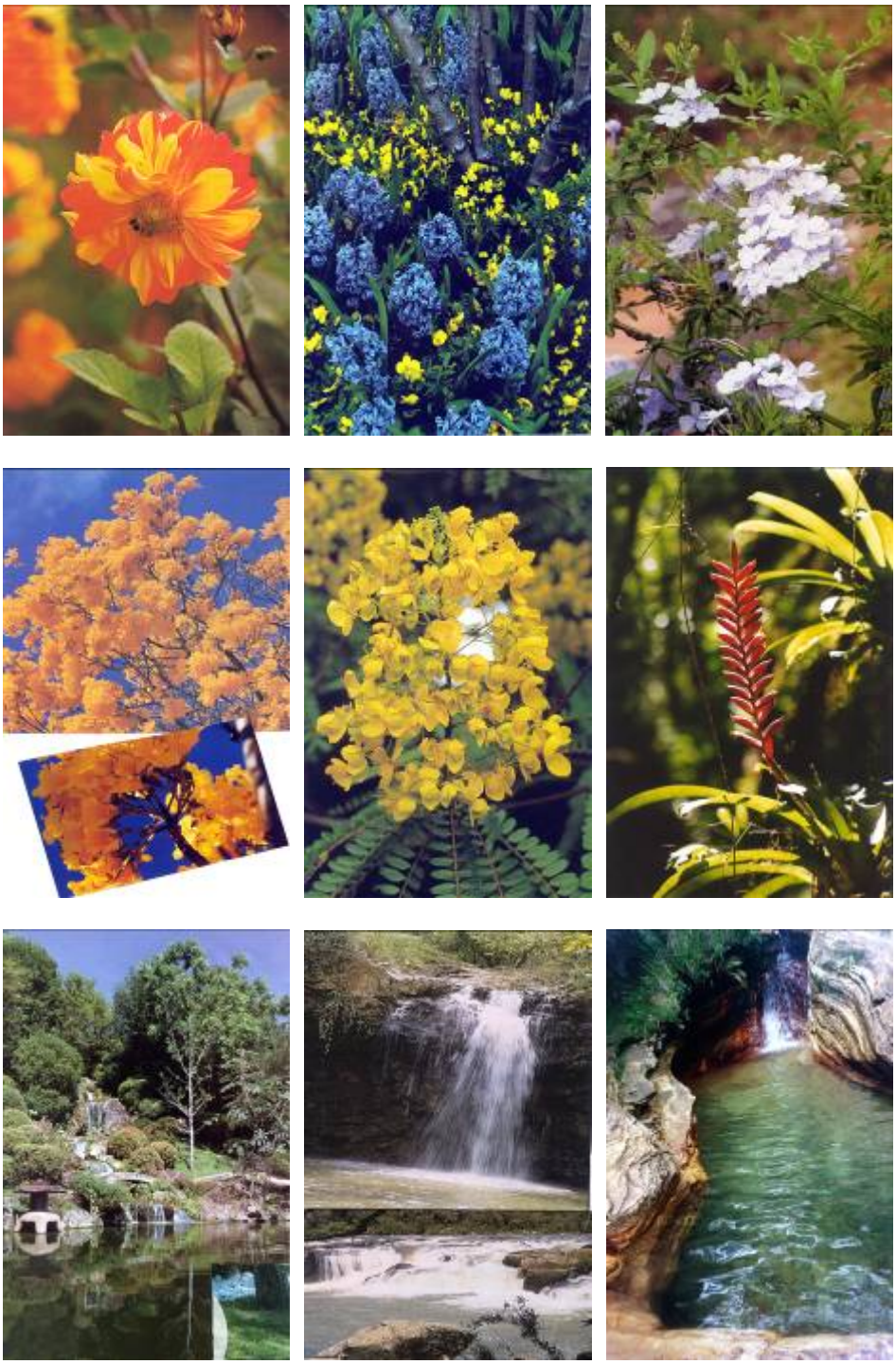
No primeiro atendimento pós-óbito, a mãe da paciente relatou que estava deitada, mas não dormindo; ouviu o barulho de uma das pessoas no banheiro da casa, ao lado do quarto dela e em seguida, ela viu a filha ao lado de sua cama segurando a sua mão. Aos poucos ela foi retirando a mão dela, da mão da filha e ouviu-a dizer, "Mãe cuida do Rob para mim. Promete que vai cuidar?". De repente, foi se afastando. Ela queria chamar alguém, mas não conseguia.

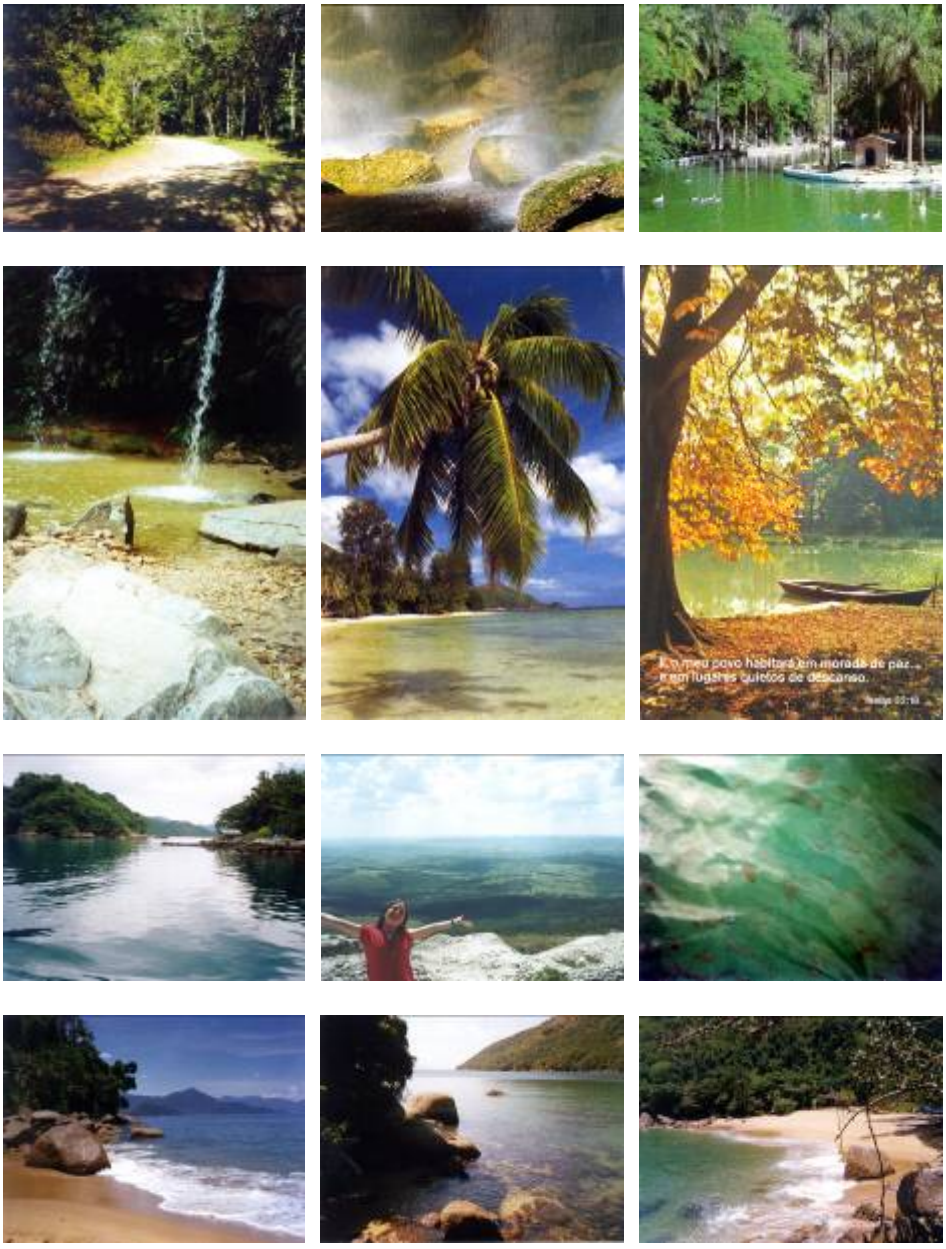
No segundo atendimento pós-óbito a mãe da paciente disse ter acordado e visto a filha perto de sua cama. Disse que a M. estava muito feliz, sorrindo e disse: "mãe eu não disse que ia ficar bem?". Sorriu e quando a mãe levantou-se para tocá-la, ela não estava mais lá. A mãe da paciente disse que este sonho foi muito nítido, parecia real.

Observações:

Em relação à aplicação da Intervenção RIME, a Psicóloga Geneci relata que a família e uma cuidadora da paciente consideraram que os atendimentos foram muito importante e que "aqueles momentos eram um alívio". A pedido da família, a Psicóloga Geneci gravou uma fita CD com as músicas que eram usadas nos atendimentos e sempre que a paciente estava angustiada ou com dor, em casa, eles a colocavam. Segundo a família (mãe, marido e amiga) ela logo se acalmava e acabava dormindo.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELA PACIENTE.





- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1ª. Entrevista (após o primeiro atendimento realizado pela Psicóloga Geneci).

Após o relato sobre o atendimento pós-óbito para o marido da Dona T., primeira paciente, demos início a entrevista sobre o primeiro atendimento para a segunda paciente.

Pesquisadora Ana Catarina: Você tinha começado me colocando que essa paciente, já foi, anteriormente, sua paciente na UTI Neonatal porque ela teve um bebê com alguns problemas. Gostaria que você falasse um pouco sobre isso, pois se refere ao seu vínculo com ela. **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Psicóloga Geneci: Quando a Edinaura falou o nome da paciente eu falei que começaria a atendê-la nesse mesmo dia, uma sexta-feira. Mas, nesta sexta eu tinha mil coisas para fazer e não consegui; mas no fundo, no fundo, eu acho que se eu tivesse me esforçado um pouco mais, eu teria conseguido. No sábado não deu tempo mesmo, na hora que eu saí, umas 19h00, eu estava esgotada e eu achei que o que eu fosse passar para ela, talvez não fosse legal. Não iria conseguir estar inteira. Hoje de manhã eu fui lá pelo menos três vezes, parecia aquela coisa "não é para ir", a primeira ela estava em procedimento, depois ela tinha acabado de almoçar e tinha vomitado inteira, não tinha condições e na terceira vez o médico estava examinando. A tarde eu voltei e estavam o marido e os filhos e ela pediu para voltar mais tarde que ela queria ficar com eles e aí eu lembrei, na hora que vi o rostinho dela. Ela era uma paciente que passou com a gente na Neo, ela teve um bebê prematuro que hoje tem um ano e três meses. Eu acho que por isso eu bloqueei. Na hora que ouvi o nome, eu bloqueei de alguma forma. É uma paciente de vinte e sete anos, ela tem um filho de treze, um filho de dez, um de oito, um de sete, um de seis, um de quatro e um de um ano e três meses. Assim, uma paciente muito sofrida.

Pesquisadora Ana Catarina: Todos os filhos são do mesmo pai?

Psicóloga Geneci: Não, os dois primeiros são de um outro relacionamento e o mais velho de treze anos está no Piauí. Ela apresentou o câncer quando estava grávida de três meses do último. Descobriu que estava com câncer de colo uterino, foi proposto aborto, ela não quis; ela fez quimioterapia, radioterapia, cesárea e esterectomia. O câncer progrediu.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela fez quimio, grávida?

Psicóloga Geneci: Não, assim que terminou a gravidez e ela está com metástase nas vértebras, tumor entre a bacia e a coluna. Ela tem muita dor, está evacuando sangue, urinando sangue, tomando morfina de doze em doze horas, está muito sonolenta, dorme a maior parte do tempo, está acamada há uns três meses, antes ficava em cadeira de rodas,

agora não consegue mais se levantar da cama. A mãe veio do Piauí e está ajudando a cuidar dela. Segundo a pessoa que estava acompanhando ela hoje, que é uma amiga, a mãe fala o tempo todo em ir embora e disse que a partir de dezembro ela vai embora. Essa mãe que está cuidando dela porque está acamada. Os outros filhos estão com a sogra. Segundo a vizinha a sogra os leva, de vez em quando, para ela vê-los. Segundo também a vizinha, há uns três meses atrás, logo que ela ficou de cama, ela chegou até a passar fome porque a sogra levou as crianças para a casa dela, ela não fazia comida, não fazia nada, o marido ia jantar na casa da mãe e ninguém se preocupava com ela. Se ela tivesse suja, do jeito que ela ficasse suja, ela ficava. Nesses três meses a vida dela foi ficar dentro do quarto. O marido está bem distante, agora ele está até dormindo na casa da mãe porque ela sente muita dor durante a noite.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele não está sabendo lidar com tudo isso.

Psicóloga Geneci: Então uma das angústias dela e esta; a preocupação com os filhos. De repente ela está perdendo tudo; vai saber o que vai acontecer com essas crianças. *Na entrevista com ela, com a paciente, eu perguntei sobre os filhos dela e ela falou que não queria falar sobre isto. Que hoje ela não queria falar de nada que a deixasse triste. Ela perguntou o que eu tinha ido fazer lá. Eu expliquei de novo o propósito do trabalho, perguntei se ela queria fazer, ela falou que sim; perguntei se ela acreditava em Deus, ela disse que sim, perguntei a religião, ela disse que era evangélica da Igreja Quadrangular. Depois eu comecei a mostrar as imagens para ela.* O tempo todo nós estávamos sendo interrompidos.

Pesquisadora Ana Catarina: Interrompidos por que?

Psicóloga Geneci: Eles passaram uma sonda vesical nela, então o tempo todo, iam lá cuidar. *Eu perguntei se ela queria ver as imagens, ela disse que sim.* Mostrei a escala e ela escolheu a carinha amarela (sofrimento incômodo). *Eu comecei a mostrar o álbum e ela ia falando, "que bonito", "que bonito", e ia passando. Nessa árvore amarela ela falou: essa é linda, mas se referia ao céu azul que se vê acima e atrás da árvore.*

Pesquisadora Ana Catarina: Veja que interessante, as flores são amarelas e a carinha que ela escolheu foi a amarela. Na imagem as flores amarelas estão na frente, que podem representar a tentativa de resolução das tristezas dela, e, ela consegue ter esperanças, enxergar o céu azul que está atrás. Significativo.

Psicóloga Geneci: O amarelo, o que significa?

Pesquisadora Ana Catarina: Segundo alguns estudos (MARINI, 2002) o amarelo pode simbolizar o sol e significar o poder divino, a iluminação e a imortalidade. Permite a abertura para novas idéias e o controle das emoções. Ela escolheu a carinha amarela, flores amarelas e céu azul, apesar das tristezas, ela quer enxergar a luz.

A Psicóloga Geneci começa espontaneamente a relatar sobre a segunda questão: **2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Psicóloga Geneci: Ela foi olhando o álbum de imagens e falava, apontando as imagens escolhidas, isto aqui é demais, eu gosto de lugar reservado. Ela tocava, acariciava, a foto e fechava os olhos. Ela falou que outras imagens eram bonitas, mas essa, com um bosque, cachoeira, rio, muito verde, era a que ela mais tinha gostado. Ela ia vendo exclamando "que lindo". Essa do caminho iluminado também. Ela gostava muito das que tinham água. Fui passando, chegamos em uma imagem com amarelo dourado e ela disse que queria ficar em um lugar assim.

Pesquisadora Ana Catarina: E também água. Parece que ela gosta bastante de água. Água pode simbolizar segundo JUNG (1986f) nascimento ou renascimento, vida que vem da água.

Psicóloga Geneci: E é um aspecto decorrente deste trabalho. Continuando a ver o álbum, ela gostou de outra cachoeira, água caindo. Quando chegamos em uma paisagem com água e pessoas, ela disse que uns estavam experimentando a água e outros se jogando de cabeça. Nessa imagem de água dourada, ela disse que era linda e quando chegou nessa outra, um caminho iluminado em um rio, ela parou.

Pesquisadora Ana Catarina: Uma água que forma um caminho iluminado.

Psicóloga Geneci: Ela colocou a mão na imagem e ficou acariciando. Durante o relaxamento ela pediu para ficar segurando as imagens, puxou o álbum para perto dela e ficou segurando.

Pesquisadora Ana Catarina: Como se estivesse entrando em contato com o lugar, através do tato.

Psicóloga Geneci: O que me chamou mais a atenção foi que durante o relaxamento, ela ficou mais acordada. Quando eu estava tentando fazer a entrevista, ela dormia, respondia, a voz ia desaparecendo, a gente chamava, ela respondia. A partir do momento que ela começou a ver essas fotos ela despertou. Quando eu estava fazendo o relaxamento e falava para ela respirar fundo, ela respirava, quando eu falava para ela soltar a respiração, ela soltava.

Pesquisadora Ana Catarina: Seguia direitinho o que você orientava.

Psicóloga Geneci: Tudo. Eu percebia pela expressão dela que ela estava conseguindo fazer a RIME. No caminho eu pedi para ela sentir os pés na grama, sentir a maciez da grama, a beleza das flores, a cor das flores, as árvores que rodeavam o caminho, do céu azul; que quando ela respirasse imaginando o ar na cor azul, pensasse que era a graça de Deus entrando dentro dela, tomando conta, irradiando luz, como os evangélicos acreditam no Espírito Santo, eu dizia que era a graça do Espírito Santo. Na cachoeira eu pedi para ela sentir a água bater nos ombros dela e sentir que aquela água estava lavando tudo, purificando tudo. Olhar uma luz dourada ao redor dela e imaginar que aquela Luz era o Espírito Santo tomando conta dela, iluminando ela, todos os sentimentos, os pensamentos, as emoções. Falei que seguindo a cachoeira tinha um lago e orientei para ela sentir o próprio corpo flutuando na água.

O gravador apresentou problemas e a pesquisadora, nesse ponto, precisou interromper a entrevista e ir buscar outro gravador.

Pesquisadora Ana Catarina: Quando eu estava voltando para o CAISM com o novo gravador, encontrei uma enfermeira daqui da Oncologia que foi minha aluna e essa enfermeira me passou algumas informações sobre a paciente e me deu autorização para passar essas informações para você, Psicóloga Geneci. Ela me disse que o marido da paciente tem uma amante e que a amante veio outro dia aqui no quarto do Hospital e disse para a M. que não vê a hora dela morrer porque vai colocar todos os filhos dela para fora de casa, casar com o marido e assumir a casa dela. E, essa amante tem três filhos com o marido da M. Vamos tentar lidar com esses dados na aplicação da Intervenção RIME.

Psicóloga Geneci: Eu entreguei o Termo de Consentimento Pós-Informação para ele assinar, para a aplicação da RIME e ele pediu para a vizinha assinar. Eu disse que não, que uma vez que ele estava presente, seria melhor que ele assinasse. Eu tinha explicado do trabalho para os dois porque a vizinha iria passar a noite com ela. Parece que a vizinha tem ajudado muito e uma das pessoas que fica mais tempo com ela. Leva comida, ajuda a virar, às vezes quando a mãe vai dar banho, ajuda no banho.

Pesquisadora Ana Catarina: Você estava me falando, antes do problema do gravador, que você a estava orientando para imaginar inalando o ar como se fosse a graça do Espírito Santo, porque os evangélicos acreditam no Espírito Santo. Você chegou a falar das Experiências de Quase Morte?

Psicóloga Geneci: Para ela não. Eu falei para o marido e para a vizinha quando eu li o Termo de Consentimento. Eu expliquei e ele falou que ela acredita em tudo isso. O tempo todo ele estava muito disperso; eu tinha que chamar a atenção dele toda hora. Desinteressado. Bom, vou continuar a falar o que eu fiz com a paciente. Eu pedi para ela sentir o Espírito Santo tomando conta de todos os sentimentos dela, de todos os medos, de todas as emoções dela, para ela tomar posse dos sentimentos de paz, de tranqüilidade, de entrega, e eu senti que o semblante dela foi se suavizando, em alguns momentos ela meio que sorria, só teve um instantezinho que eu percebi que a sombrancelha dela arqueou, mas que depois foi suavizando também.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu que a Intervenção ajudou-a a relaxar? Ela se tranqüilizou, pelo que você observou pelas expressões faciais?

Psicóloga Geneci: Sim. Depois eu perguntei como tinha sido, ela disse que tinha sido ótimo, muito bom e que ela queria fazer de novo. Eu perguntei como tinha sido e ela falou que teve um momento que ela teve medo. Eu perguntei medo do que e ela disse que era de se afogar. Eu respondi para ela não ter medo, para confiar. Ela disse que tinha uma pessoa com ela e eu perguntei quem. Ela disse que era uma moça loira, que não quis ajudá-la, que tinha pedido ajuda para ela e ela não quis ajudá-la. Eu perguntei quem era, ela disse que não sabia, mas que já a tinha visto; que sentiu muito medo, que sentiu que estava afundando e a moça só olhava para ela.

Pesquisadora Ana Catarina: Essa é uma imagem simbólica na verdade. Talvez essa moça loira se refira a situação que ela está vivendo, a amante do marido que quer que ela afunde. Talvez essa amante do marido seja próxima dela, se não for a própria vizinha; porque se ela veio até o hospital, visitá-la e falar tudo isso, ela conhece essa amante do marido.

Psicóloga Geneci: Eu disse para ela que não precisava ter medo. Eu perguntei se ela tinha se sentido bem neste lugar, ela disse que sim e eu expliquei que ela poderia voltar lá quanto quisesse; quando sentisse que tudo estava muito difícil, ela podia fechar os olhos, respirar fundo, se imaginar nesse lugar, imaginar que Jesus estava com ela; podia pedir para o Espírito Santo a abençoar, a iluminar, para que tirar esses medos, esses sentimentos ruins. Perguntei se ela acreditava que poderia fazer isso e ela disse que sim. Expliquei que começamos na Imaginação, mas quando confiamos em Deus, isto se torna realidade porque nós não o vemos, mas se pedimos a presença dele, ele está com a gente. Se você pedir para Ele estar com você neste lugar, ele estará. Ele vai te segurar, não precisa se assustar. Não precisa sentir medo de seguir em frente porque em nenhum momento você vai estar sozinha. Falei também para ela pedir para o Anjo dela, pedir para ele estar sempre com ela, amparando, não só aqui, mas em todo o caminho. Ela segurou na minha mão, deu um sorriso e falou que agora não tinha pedido. Eu perguntei se ela tinha percebido que quando eu estava orientando a visualização, eu pedi para ela sentir a presença de Deus, sentir o Espírito Santo tomando conta dela. Ela disse que nessa hora sentiu alegria. Eu respondi que com certeza agora ela iria se sentir mais tranqüila. Eu falei que voltaria no dia seguinte e ela respondeu para eu voltar mesmo. Eu garanti que iria voltar.

Pesquisadora Ana Catarina: Você mostrou a escala para ela escolher a carinha no final?

Psicóloga Geneci: Mostrei. No início ela escolheu a amarela e no final ela escolheu a verde.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela melhorou um pouco, deu um passo para a melhora em relação à Dor Espiritual. E depois disso, você foi embora?

Psicóloga Geneci: A vizinha queria ficar junto durante o exercício, mas na hora eu não senti que fosse bom e pedi para ela sair do quarto. Eu senti que ela estava ajudando, mas eu sentia que passava por um viés meio de curiosidade. Eu não sei.

Pesquisadora Ana Catarina: Como nós não sabemos quem é essa amante, é melhor não deixar ninguém junto durante a aplicação da RIME.

Psicóloga Geneci: Eu pedi para a vizinha aguardar lá fora porque eu iria fazer uma entrevista com a M., mas na hora do relaxamento eu a chamaria. Perguntei para a M. se eu podia fechar a porta e ela disse que sim. *Eu não senti vontade de chamar a vizinha na hora do relaxamento e por isto eu não chamei. Fiz só com a M.; quando eu saí, eu pedi desculpas para a vizinha, mas eu tinha feito só com a paciente e comecei a conversar com ela, que me disse que era vizinha da M.; falou que a M. estava sofrendo há muito tempo e que ninguém ligava para ela.* Começou a contar que a mãe tinha vindo do Piauí, mas que toda hora fala que em dezembro vai embora. Os filhos, metade estão com a sogra e metade lá na casa da M., com a mãe dela. Perguntou se eu acreditava que a M. já passou até fome; que ela estava na cama, não tinha condição de levantar para pegar nada, o marido ia jantar na casa da mãe dele, levava as crianças para comer lá e nem se preocupava se ela tinha comido ou não.

Pesquisadora Ana Catarina: Por que ela, vizinha, não levava comida para a M., se ela sabia disso?

Psicóloga Geneci: Ela disse que às vezes levava, mas também trabalha fora. Falou também que vai lá ajudar a dar banho porque a mãe dela não agüenta tanto, mas tem a sua própria casa, seu marido e filho e que a melhor coisa para a M. é morrer logo. Ela fica sofrendo desse jeito, a melhor coisa que pode acontecer para ela é morrer logo. Eu disse para ela que não podemos falar assim, que para tudo existe uma hora. Ela respondeu que não acredita nesse sofrimento; que a mãe fica falando toda hora que Jesus vai curá-la, que ela vai ficar bem e que não é assim, todo mundo vai morrer; que todo sofrimento tem um porquê.

Pesquisadora Ana Catarina: Você também conversou com o marido depois da sessão?

Psicóloga Geneci: Ele tinha ido embora com os filhos, antes de começar a sessão e a vizinha ficou para dormir com ela.

Pesquisadora Ana Catarina: O que me parece por tudo o que você relatou, incluindo a fala da vizinha, é que essa mulher vive um desamparo muito grande.

Psicóloga Geneci: Mas ela tem uma coisa muito boa. Ela passa uma paz, uma tranqüilidade. Quando eu estava fazendo o relaxamento com ela, eu não sei, eu senti necessidade de dizer o quanto ela era amada, que Deus a amava muito, muito e para ela acreditar nisso.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi uma necessidade que você teve, frente ao desamparo e ao desamor que você sentiu que ela está vivenciando.

Psicóloga Geneci: Eu ainda não tinha conversado com a vizinha quando eu falei isto para ela.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu isto de alguma forma.

Psicóloga Geneci: Ela me transmitia muita paz e também ficou tranqüila. No começo da entrevista ela adormeceu um pouco, acho que tinha a ver com a visita da família.

Pesquisadora Ana Catarina: E também pela dificuldade em falar sobre todos esses problemas. Enquanto você estava perguntando as coisas para ela, perguntando da vida dela, ela mesma disse que não queria falar de coisas tristes. Mas no momento em que você deu uma oportunidade dela se dissociar deste mundo triste, olhar para coisas belas e se ligar com possíveis mundos espirituais bonitos, você deu uma perspectiva que ela já estava buscando; me chamou muito a atenção o fato dela ter escolhido a imagem com flores amarelas e ter se ligado no céu azul, que estava como fundo e acima da imagem das flores. Parece que ela está buscando uma saída e uma saída de Luz. Parece-me também que a RIME deu essa oportunidade para ela. A enfermeira, que eu conversei agora, que foi minha aluna, me disse que o seu trabalho com a M., fez um bem enorme para essa paciente, que ela ficou superbem depois que você saiu; que o trabalho foi ótimo, tanto que ela me pediu para ensiná-la a aplicar a RIME. Bem, pelos dados que você trouxe associados ao que enfermeira me falou, nós vamos trabalhá-los a partir da imagem que ela trouxe: com água, cachoeira.

Psicóloga Geneci: Tudo o que ela escolheu foi com água e em movimento.

Pesquisadora Ana Catarina: Você continua com essa introdução que você faz e que é muito boa, representando os Seres de Luz pelo o que ela acredita, que ela vai inalando o ar como a graça do Espírito Santo, se acalmando; e ponha cor, oxigênio azul, para tranqüilizar.

Psicóloga Geneci: Eu falei para ela imaginar que estava respirando o azul do céu, que ele estava entrando dela. Que ela estava respirando a graça de Deus. Como se fosse algo real.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Seria bom antes de começar o relaxamento propriamente, na própria sessão contar um pouco sobre os estudos sobre as Experiências de Quase Morte, no sentido de falar um pouco do mundo espiritual que esses pacientes descreveram; que segundo esses pacientes quando mentalizamos esses mundos belos, estamos nos ligando psiquicamente a eles; você pode falar do caminho dourado, dos Seres de Luz, dos lugares bonitos, da paz, do amor; como você *sentiu essa necessidade de falar que ela é muito amada*, fale sobre esse amor que os Seres de Luz emanam, para ela sentir e se envolver nesse amor. Acho melhor deixar os filhos a cargo do marido, da sogra, da mãe dela e conectá-la com os Seres de Luz, porque ela está precisando de conforto, de amor. Fale sobre estas questões das Experiências de Quase Morte com as suas palavras, de forma acessível para ela e respeitando as crenças dela. Quando você começar o relaxamento propriamente, depois da visualização do ar como a graça de Deus, você a leva para a cachoeira com rio onde tinha a moça loira que não a ajudava e ela tinha medo de se afogar; nessa visualização, você diz que a moça loira que não a ajuda, está indo embora e a coloca em uma bóia para ela se sentir segura e não ter medo de se afogar. Você orienta para ela visualizar que está com bóias brancas em volta dela e que não tem perigo nenhum dela se afogar. Depois você orienta para ela visualizar a moça loira indo embora, se distanciando, que ela não é mais ameaça nenhuma, que não vai atrapalhar em mais nada. Em seguida você pede para ela visualizar um Anjo de Luz se aproximando e que ele vai ajudá-la, vai segurar na mão dela e vai levá-la para fora da água, entrando em caminho dourado e subindo em direção ao céu, onde se abre a porta de um jardim maravilhoso porque ela também gostou de flores. Você também pode falar para ela sentir o amor do anjo, que está tudo bem. Pode também pedir para ela se envolver em cor de rosa porque é uma cor que

inspira afeto, ternura. Use bastante as palavras amparada, protegida e amada pelos anjos. Vamos ver como ela reage. É importante falar das Experiências de Quase Morte porque são os relatos de vivências, como reais, dos pacientes que passaram por essas experiências, e os quais, são pressupostos do nosso trabalho. Como você já disse para ela, que através da imaginação ela está entrando em contato com uma beleza e um amor que podem ser reais. Também talvez seja bom chamar a mãe para uma entrevista, para saber quem vai tomar conta, se responsabilizar pelos filhos dela.

Psicóloga Geneci: Pelo menos ela fica sabendo com quem eles vão ficar.

Pesquisadora Ana Catarina: Pelo que estou entendendo da M., parece-me que ela está precisando resolver duas questões: primeiro encontrar o caminho de Luz, para ela se sentir amada e amparada, porque até agora só cuidou dos filhos e de certa forma foi rejeitada pelo marido; ela precisa sentir o amparo e amor dos Seres Luz para ela, conforto para fazer a passagem em direção à Luz. Em segundo lugar, a questão é resolver quem vai se responsabilizar pelo cuidado dos filhos dela.

Psicóloga Geneci: É importante para ela saber disto.

Pesquisadora Ana Catarina: Ficou alguma dúvida para você?

Psicóloga Geneci: Não e de certa forma, intuitivamente, eu já tinha percebido esse problema da amante, quando pedi para a vizinha sair.

Pesquisadora Ana Catarina: Sem dúvida. Obrigada.

Observamos que a terceira questão **3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta (Anexo 6)**, foi abordada ao longo da entrevista.

2ª. Entrevista (após o óbito do Paciente)

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Você acabou de me entregar o relato dos sonhos escritos no instrumento 'Questionário Estruturado' e você me disse que os sonhos te ajudaram muito no manejo da Intervenção RIME com essa paciente; você disse que foi intuindo algumas questões através dos sonhos. Como você já relatou os sonhos no

Questionário, eu gostaria que você me contasse como foi o seu vínculo com a M. no decorrer dos atendimentos. **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Psicóloga Geneci: *M. foi uma paciente que estava muito aberta para os atendimentos e foi estabelecido um vínculo de forma fácil e rápida, desde o primeiro atendimento; no primeiro momento em que eu sugeri o trabalho, ela aceitou. Algumas questões da RIME ela mesma introduziu, mesmo não sendo abertamente; ela pediu para eu ler uns salmos da Bíblia que falam sobre morte sobre a presença de Anjos, na verdade, ela já esperava por isto. O que ela pedia para ler, era o que ela gostaria de ouvir e era exatamente o que a técnica propunha: a presença de Anjos, a presença de Deus, a presença de um Amor que seja superior a tudo. Ela queria confiar. Queria sentir segurança em tudo isso.*

Pesquisadora Ana Catarina: Que fizesse ela se desligar deste plano terrestre e se ligar ao Plano Espiritual de uma forma serena.

Psicóloga Geneci: Confiar! Ela queria ter certeza que estava confiando na coisa certa.

Pesquisadora Ana Catarina: Você compreendeu esta necessidade dela e através da sua sintonia com ela, você utilizou a técnica para ela adquirir esta confiança em se ligar com o Plano Espiritual para fazer a passagem.

Psicóloga Geneci: Tanto é, que depois que eu apliquei a RIME, ela não pediu mais para eu ler os Salmos. No início do processo de aplicação da RIME ela pedia para eu ler uns três salmos, mas no final do processo não pedia mais, ela ficava esperando a aplicação da RIME; em um dos atendimentos, ela comentou que quando fazia a RIME, entrava em comunhão com Deus.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela falou que entrava em comunhão com Deus quando você aplicava a Intervenção RIME?

Psicóloga Geneci: Em alguns atendimentos ela até conseguia dormir, ficava supertranqüila dormindo; uma vez, na casa dela, antes dela voltar para o hospital, ela estava sentindo uma dor horrível que não tinha o que passasse e quando terminou o

atendimento eu a deixei, supertranqüila, dormindo. E a família falou que ela passou a noite inteira bem; dormiu tranqüila. Tanto que eles solicitaram uma fita gravada com as músicas para que ela ouvisse. Quando ela não conseguia dormir ou estava com dor, no dia em que eu não ia, eles colocavam a fita com as músicas para ela ouvir.

Pesquisadora Ana Catarina: Que ótimo! Para que ela pudesse entrar, por ela mesma, no estado de relaxamento, visualização, contato com os Seres de Luz.

Psicóloga Geneci: Funcionou meio como um amuleto. Na hora da dor, do medo, do desespero, coloca a fita, ouve a música, imagina outro lugar, alguma coisa assim. Mesmo eu não estando presente, para ela, aquilo era um alívio.

Pesquisadora Ana Catarina: Sim. E dava resultado?

Psicóloga Geneci: Sim. Tanto que todas as pessoas que cuidaram dela, quiseram muito ficar com a fita, a mãe e a vizinha que era a cuidadora.

Pesquisadora Ana Catarina: E você deixou?

Psicóloga Geneci: Deixei, mas eu deixei uma só e cada uma delas foi para um lugar. As duas queriam porque a sensação que elas tinham ela muito boa. O que a família relatou depois do óbito da paciente é que no começo ela tinha muito medo, ela via cobras na parede, ela dizia que pessoas queriam matá-la, muitas coisas ruins e depois que a RIME começou a ser utilizada ela via uma pessoa muito iluminada do lado dela à noite, uma presença de uma Luz muito forte, via crianças; segundo ela, a sensação era muito boa. Antes de eu chegar para começar a sessão, ela começava a ver crianças, ela dizia que tinha uma senhora sempre perto de mim, coisas assim.

Pesquisadora Ana Catarina: Antes de começar a aplicação da RIME ela tinha visualizações muito negativas e depois que você começou a aplicar a RIME, ela passou a ter visualizações positivas em relação ao plano espiritual?

Psicóloga Geneci: Isso. A RIME trazia um bem-estar espiritual enorme, ao invés do medo e da angústia que ela tinha antes.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela transformou o medo e a angústia em paz e bem-estar.

Psicóloga Geneci: É.

Pesquisadora Ana Catarina: Então me conta como você desenvolveu a RIME.

2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6). Você já tinha falado que em um mesmo dia você aplicou a RIME várias vezes.

Psicóloga Geneci: Houve alguns dias em que ela sentia muita dor, não conseguia dormir e ficava muito angustiada. Então eu aplicava a RIME e ela conseguia dormir; eu ficava sempre ali no quarto segurando a mão dela, ou, em alguns momentos, eu ia para a sala conversar com a mãe dela ou com as crianças. Quando ela acordava e sentia dor, eu utilizava a técnica de novo. No começo fui eu quem sugeriu, se ela não gostaria de fazer de novo, mas depois, mais para o final, ela mesma pedia, como se ela quisesse fazer uma manutenção daquele bem-estar.

Pesquisadora Ana Catarina: Manter-se nesse estado de tranqüilidade, de serenidade, etc.

Psicóloga Geneci: Houve duas vezes que a gente fez quase a tarde toda. Também no dia que ela voltou para a Enfermaria, ela estava muito, muito mal, e nós fizemos a tarde toda; cheguei no quarto dela era entorno de 1 hora da tarde e fiquei lá até quase 18h00. Quando ela acordava, a gente fazia a RIME. Mas entre as aplicações, o espaço era bem grande, ela podia dormir, descansar e acordava sorrindo. Ela mesma pedia para aplicar a RIME de novo, ela dizia que a dor não tinha passado, mas que ela tinha conseguido ficar bem, coisas assim. Então, nesse sentido, foi superlegal. No dia que ela morreu também, eu fazia a RIME e deixava a música tocando; quando ela parecia mais desperta, ela já não conseguia mais falar, mas eu perguntava e através da mão ou do piscar os olhos ela respondia e dizia que queria fazer. Apliquei umas três vezes, mas a tarde toda ficou tocando a música e a mãe ficou o tempo todo do lado dela.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela morreu à noite?

Psicóloga Geneci: Às 3h30 da madrugada.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sabe como foi a morte dela?

Psicóloga Geneci: Sei. A mãe estava do lado; nós sempre fazíamos assim: eu segurava a mão dela de um lado e a mãe do outro. Na hora da morte a mãe estava de pé do lado da cama segurando as mãos dela, ela abriu os olhos, coisa que ela não tinha feito

aquele dia, segundo a mãe olhou bem fundo nos olhos dela como se estivesse vendo a alma, sorriu e virou a cabeça do lado; a mãe ajeitou a cabeça dela no travesseiro, ela abriu os olhos de novo, olhou bem profundo, sorriu, fechou os olhos e morreu.

Pesquisadora Ana Catarina: Supertranqüila!

Psicóloga Geneci: Aí a mãe foi chamar a enfermagem, e eles disseram que ela já tinha feito a passagem e ido para uma outra vida. Ela morreu do jeito que aplicávamos a RIME, a mãe do lado, segurando as mãos dela; a mãe disse que ficou a noite toda conversando com ela, aquilo que eu falava, ela dizia para ela, só que sem a música. Falava que Deus estava ali, estava cuidando dela, e que ela não precisava ter medo. Que, do jeito que Deus havia entregado ela para a mãe cuidar quando nasceu, agora ela a estava entregando de volta para Deus. Foi uma morte superbonita. A única coisa que a mãe se queixou, eu até pensei em sugerir lá na enfermaria, é que ela gostaria de ter ficado um pouco mais com o corpo da filha; queria ter podido abraçar, beijar a filha dela, mas logo que constataram a morte, já levaram o corpo. Eu senti que ela precisava dessa despedida. Aqui na Neo nós deixamos até três, quatro horas e só aí é que encaminhamos o corpo.

Pesquisadora Ana Catarina: Ok! Agora me resume como você aplicou a RIME. Como você conduziu a Intervenção no conjunto das sessões.

Psicóloga Geneci: Eu tentei sempre usar imagens de Seres Espirituais que a paciente acreditava: a presença de Anjos, a presença de Deus, eu sempre falei do amor que Deus tinha por ela, da importância dela se sentir amada e perdoada, porque nós sabemos que os evangélicos têm muita esta relação de culpa, uma visão de um Deus punitivo; eu procurava mostrar um Deus que era amor e perdão, presente, que não estava julgando e sim a acolhendo. Falei muito da presença da Luz, para ela se ligar a esta Luz, se sentir amada. Eu acho que ela conseguia, porque ela se transfigurava quando eu começava a falar a respeito disso; era como ela realmente soltasse o corpo e se deixasse fluir; era impressionante.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela escolheu várias imagens. De todos os pacientes que eu atendi e que os outros profissionais atenderam, ela foi quem mais imagens escolheu. Fala-me um pouco sobre isso.

Psicóloga Geneci: Ela tinha uma busca muito grande pelo belo. Ela gostava sempre de olhar o álbum inteiro e mantinha a mão em cima das imagens, como se ela quisesse absorver aquilo, guardar para ela. Tinha muito essa necessidade tátil, de por a mão nas imagens, de querer que pegasse na mão dela, que pusesse a mão na cabeça dela.

Pesquisadora Ana Catarina: O contato pelo tato era importante para ela.

Psicóloga Geneci: No relaxamento, houve vezes que ela pediu para ficar com a mão em cima das imagens, como as crianças mesmo.

Pesquisadora Ana Catarina: É verdade. Criança é que age desta forma.

Psicóloga Geneci: Isso era muito legal. Era diferente; era como se ela tivesse tendo a certeza de que aquilo era real para ela, não era só imaginação.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela precisava deste contato tátil para conseguir visualizar mentalmente.

Psicóloga Geneci: Quando eu penso nela e comparo com a outra paciente, é assim. A primeira paciente tinha uma viagem para o Nordeste que a lembrava de uma situação,de um lugar muito bom. A M. precisava de uma outra coisa, que fosse nova, para transformar em luz, uma vida de sofrimento, de pobreza, de miséria.

Pesquisadora Ana Catarina: A primeira se ligava em aspectos do passado, e ela se ligava em expectativas de um futuro melhor.

Psicóloga Geneci: Eu pensei nisso quando eu tentei em fazer uma ponte, uma relação entre as duas. As duas responderam muito bem à RIME; a primeira tinha tudo: um bom nível de vida, uma família superestruturada, sempre presente, muito amada e isto era muito claro, e esta segunda não, faltava desde o material, ao afeto, carinho, tudo, faltava tudo e então essa necessidade do concreto dela, era isto. Ela nunca teve um lugar bonito para viajar, uma sensação de paz, de tranqüilidade.

Pesquisadora Ana Catarina: E, ela encontrou, através deste processo.

Psicóloga Geneci: É difícil você imaginar algo que nunca teve.

Pesquisadora Ana Catarina: Você tem que ter uma referência e talvez por isso ela tenha escolhido tantas imagens, eram as referências dela.

Psicóloga Geneci: Escolher tantas imagens foi uma forma dela se fartar.

Pesquisadora Ana Catarina: Sim. Se preencher, plenamente; ela escolheu vinte e três imagens se não me engano.

Psicóloga Geneci: Então, eu penso um pouco nisso. Quando você sai na porta da sua casa e está no meio de uma favela, é muito diferente de quem tem tudo para passear na Lagoa do Taquaral.

Pesquisadora Ana Catarina: Além de pegar na mão, de todas as imagens que ela via e tocava, das orientações sobre a presença de Deus e do amor, o que mais?

Psicóloga Geneci: O contato visual era muito bom. Ela era uma pessoa que falava me olhando e tentando perceber a minha sinceridade, se o que eu estava falando era real ou não. Eu tinha a sensação que o contato visual causava um bom impacto.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela também tinha a sua sinceridade como referência. A sinceridade do seu amor, do seu carinho, ao estar com ela. Não só, simplesmente, estar como profissional, aplicando uma intervenção para ajudá-la em um momento difícil, mas a sua sinceridade como pessoa em estar acolhendo-a. Então o vínculo neste sentido foi muito bom.

Psicóloga Geneci: Foi, nossa! Foi superlegal.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela buscou sintonia e encontrou resposta.

Psicóloga Geneci: Essa paciente foi um presente de Deus, sabe. No começo eu tinha ficado um pouco insegura porque eu já a conhecia daqui, mas foi completamente diferente.

Pesquisadora Ana Catarina: Porque ela teve o bebê prematuro na UTI Neonatal, não é?

Psicóloga Geneci: Isso. E aqui na Enfermaria da Oncologia era completamente diferente. O pai que vinha na UTI Neo, era um pai presente, parecia o marido ideal e agora, aqui na Oncologia eu fico sabendo de toda a história da amante; era tão diferente, que parecia que eu estava atendendo uma outra pessoa.

Pesquisadora Ana Catarina: Você tinha tido uma visão na UTI Neonatal e quando chegou aqui na Oncologia, você observou que a vida desta paciente era bem diferente do que você tinha suposto anteriormente.

Psicóloga Geneci: Era muito diferente e, ao mesmo tempo, não era uma paciente que ficava se queixando, se lamentando. Às vezes eu chegava para atendê-la e ela estava com muita, mas muita dor mesmo e eu propunha a RIME e na hora ela aceitava. Essa paciente podia me questionar por que eu estava mostrando isso, com a dor que ela estava sentindo, mas não, ela procurava buscar algo que era superior a dor, superior a tudo.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela queria transcender aquele sofrimento e a RIME possibilitou isso?

Psicóloga Geneci: Com certeza.

Pesquisadora Ana Catarina: Além desta questão com os Seres de Luz, da presença de Deus, dos Anjos, das imagens propriamente ditas, o que mais você dizia para ela, que outros recursos você usava para ajudá-la a se sentir conectada com o Plano Espiritual?

Psicóloga Geneci: Na primeira sessão ela disse que tinha visto uma pessoa na cachoeira e que ela começou a se afogar e esta pessoa não ajudava. Nos outros atendimentos, conforme você me orientou, eu dizia que esta pessoa estava se afastando, indo embora, e que vinha uma outra pessoa que iria ajudá-la; eu coloquei a imagem desta outra pessoa como um anjo que se aproximava e não permitia que nada de mal acontecesse, não permitia que ela se afogasse, nem nada. Nos outros atendimentos eu tomava sempre o cuidado de colocar um anjo próximo dela, para ela confiar, para ela se entregar a presença dele; também sempre colocava Jesus, pedia que ela segurasse na mão dele, olhasse nos olhos dele e sentisse através do olhar o quanto ele a amava; pedia para ela visualizar o sorriso de Jesus, como se aquele sorriso estivesse abrindo para ela um mundo novo.

Pesquisadora Ana Catarina: Como se fosse um portal para uma vida mais feliz, para ela entrar em um plano espiritual de paz e tranqüilidade?

Psicóloga Geneci: Um sinal de afetividade, para ela se sentir acolhida mesmo; nós nos sentimos acolhidos quando alguém olha para nós e sorri. Eu pedia muito para ela visualizar isso. E também que ela confiasse, se entregasse; sempre que eu a conduzia até o

céu, eu sempre a colocava como uma criança, não como uma adulta, mas como uma criança, que se entrega de verdade. Eu pedia para ela se entregar nas mãos de Deus e que ele iria cuidar dela e que ela não precisava se preocupar com mais nada, igual quando éramos crianças que nosso pai cuidava de tudo para nós e não precisávamos nos preocupar com nada, era só confira e se entregar. Então eu sempre tomava o cuidado de fazer isso.

Pesquisadora Ana Catarina: Você atendia a necessidade dela. E as imagens que você descrevia eram baseadas nas imagens que ela escolheu?

Psicóloga Geneci: Sempre uma praia com água muito limpinha, pedras, muitas árvores, muitas flores, o céu sempre azul; não sei se foi por causa de um sonho que eu tive que o céu estava muito azul, mas toda vez que eu chegava até ele, não conseguia ultrapassá-lo e eu ficava pensando porque o céu estava fechado para a M.; eu tentei sempre orientá-la, depois disso, para visualizar que o céu estava muito azul, muito claro e que ele se abria. Falava para ela ver ele se abrindo e ela conseguindo entrar nele e quando ela entrava , não tinha mais a forma adulta, agora ela era criança, era uma menininha que corria e que Jesus a recebia e a pegava no colo, a abraçava e que ela não tinha que se preocupar com mais nada; que agora Jesus estava cuidando de tudo. Depois do sonho eu comecei a usar muito esta orientação em todos os atendimentos: um céu que se abria, um céu que era azul, que era luminoso, que era vivo e que alguém a esperava.

Pesquisadora Ana Catarina: Você visualizou, intuitivamente, no sonho, uma forma dela se sentir segura no mundo espiritual e esta abertura do céu equivale ao túnel dourado descrito pelos pacientes que passam por E.Q.M. E isto foi positivo para ela?

Psicóloga Geneci: Foi. É muito engraçado porque durante todos os atendimentos ela sempre sorria e o semblante dela se suavizava demais, ficava muito tranqüilo, muito calmo. Uma vez ela me pediu para aplicar RIME na vizinha (cuidadora) porque ela estava muito cansada por cuidar dela, trabalhar e tudo. Eu fiz a RIME com a vizinha e a M. ficou preocupada porque a vizinha não sorriu, porque nela a RIME despertava uma alegria, uma paz tão grande. Ela achou que a vizinha não tinha conseguido fazer e a vizinha ficou tentando se explicar que tinha sido ótimo, que nunca tinha se sentindo tão bem e a M. queria saber por que ela não tinha sorrido.

Pesquisadora Ana Catarina: O sorriso para ela, era um sinal muito importante de que estava gostando, de que estava sentindo paz, alegria, etc.

Psicóloga Geneci: Interessante você falar isso agora, porque sempre que eu falava de Jesus para ela, eu falava que ele estava sorrindo.

Pesquisadora Ana Catarina: Para ela sorriso era algo relacionado com acolhimento. Jesus sorrindo, o céu se abrindo, que também pode representar um sorriso. Agora me conta a sua vivência. **3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 6).**

Psicóloga Geneci: Foi muito legal. A sensação é que eu estava fazendo algo de concreto para ela. Como se eu realmente tivesse tirando ela daquele quarto quente, tirando ela daquela dor e colocando-a em um lugar que fosse ameno, que fosse gostoso, que fosse bom. Como se eu tivesse fazendo muito mais que um medicamento, porque aquilo transcendia tudo. Um cuidado que era maior que o cuidado com o corpo, era um cuidado com algo que é eterno. A minha sensação *também era muito boa quando eu via que ela conseguia se soltar, quando eu via que ela conseguia estar no lugar onde eu descrevia;* era muito legal. *Ainda mais quando eu soube que ela teve uma morte tranqüila e serena; a sensação foi muito boa, assim de missão cumprida.* Com relação a mãe dela também foi muito legal, porque *a mãe dela não tinha coragem de vir ao hospital e mesmo quando ela pedia a mãe não conseguia; dizia que não suportava ambiente de hospital, que não queria entrar ali; mas nos atendimentos que eu fiz na casa dela, a mãe participou. Quando a M. internou novamente no hospital, eu pedi para o marido falar para a mãe dela vir ao hospital, que era importante, eu senti que ela precisava vir, e ela veio. Ela chegou na Enfermaria junto comigo, à 1h00 da tarde, nós passamos a tarde aplicando a RIME na M. e às 3h30 da madrugada a M. morreu. Depois ela me disse que não teve medo de ficar no hospital e que em nenhum momento teve medo da M. morrer e ela estar do lado dela e o grande medo dela era esse.*

Pesquisadora Ana Catarina: Ela que estava com a M., quando ela morreu.

Psicóloga Geneci: E ainda queria ter ficado mais quando a M. morreu, abraçado, beijado e não pode fazer isso.

Pesquisadora Ana Catarina: Talvez para compensar o tempo que ela demorou em conseguir vir ao hospital ficar com a filha.

Psicóloga Geneci: Ela disse que pensou que nunca iria ser capaz de cuidar assim da M.. Ela me viu aplicando a RIME na M., todo o tempo ela segurava na mão dela, rezava, chorava; era até meio maluco eu orientando a visualização e ela murmurando do outro lado. Segundo ela na noite que antecedeu o óbito ela rezava e falava a M. as coisas que ela ouviu eu falando para a M..

Pesquisadora Ana Catarina: Então você sentiu que através da aplicação da RIME você ajudou a mãe vir ficar com a filha e ficar do lado na hora da morte. Então foi uma sensação maravilhosa para você, é isto você quer dizer? Explica melhor em palavras.

Psicóloga Geneci: Porque eu não ajudei só a M., eu consegui ajudar a mãe também e isso me deu uma sensação de dever cumprido, sensação de tranqüilidade. Ela me disse que ia levar a fita com as músicas e todas as vezes que ela ouvisse a fita, ela iria lembrar deste momento, não com tristeza, mas como um momento de paz. Isto me deu uma sensação muito boa. Eu senti que eu não fiquei com o título a "Psicóloga da Morte" que quando chega é porque o paciente está morrendo, não, eu fiquei com o título da Psicóloga que traz um momento de tranqüilidade, que traz um momento de paz.

Pesquisadora Ana Catarina: Então você ficou como a "Psicóloga da Paz".

Psicóloga Geneci: A sensação foi muito, muito, boa.

Pesquisadora Ana Catarina: *Eu sinto e outros profissionais também estão relatando que sentem a presença dos Seres de Luz. Você sentiu?*

Psicóloga Geneci: Nossa, eu saia das sessões mais relaxada do que ela. A sensação que eu tinha era de uma tranqüilidade muito grande, uma sensação de paz, muitas vezes eu saia dos atendimentos leve, era palpável a sensação de amor, era palpável a sensação de tranqüilidade; era algo muito estranho. Quando você faz um vínculo desse com um paciente e você não sabe se vai encontrá-lo no outro dia, a sensação que desperta normalmente é angústia, mas com a RIME, não; a sensação que eu tinha é que se ela fosse naquele dia, ela estava em paz, ela estava pronta para aquele momento, então eu também estava.

Pesquisadora Ana Catarina: Você não sentia o peso de perder o paciente.

Psicóloga Geneci: Eu sentia que ela estava indo para algo muito melhor porque ela estava acreditando nisso. E também sentia que para a família, principalmente a mãe dela, a morte não seria uma coisa angustiante, embora ela tivesse medo que fosse; tanto que na última tarde que passamos na Enfermaria da Oncologia, eu pensei o que aconteceria se a M. morresse naquela hora, mas depois eu pensei que ela iria morrer muito bem e muito tranqüila e foi o que aconteceu.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Você quer falar mais alguma coisa?

Psicóloga Geneci: Não.

Pesquisadora Ana Catarina: Muito obrigada e eu desejo que você continue aplicando a RIME.

Psicóloga Geneci: Eu vou aplicar sempre que tiver a oportunidade.

- DIÁRIO

A Psicóloga Geneci relata o seguinte: "*Considero que foi uma experiência maravilhosa.* O vínculo com a paciente foi muito bom. *Me impressionei ao observar como a paciente ficava e relatava ficar melhor e mais tranqüila após o atendimento. O modo como a família aderiu e reconheceu a importância do atendimento também foi interessante.* Por exemplo a mãe não tinha coragem de ir ao hospital nas internações da filha e no dia do óbito ela ficou segurando na mão dela enquanto fiz a intervenção. O atendimento durou mais ou menos duas horas, fizemos a técnica três vezes e percebi que a mãe também se sentia relaxada. No momento do óbito ela estava segurando a mão da filha e disse que todas as vezes que a filha estava angustiada, ela falava o que me ouvia dizer durante a aplicação da RIME. Em relação a mim foi um crescimento pessoal e profissional muito bom.

3. PROFISSIONAL CRISTIANE DE PAULA FELIPE (Psicóloga do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo)

A Psicóloga Cristiane de Paula Felipe iniciou a aplicação da RIME dois meses após o término do Curso de Capacitação. Outubro de 2004.

Os dois pacientes, atendidos através da RIME por esta profissional, foram escolhidos porque lhe pareceu que ambas apresentavam perfil para se trabalhar com a questão da espiritualidade. A segunda paciente também foi escolhida porque era portadora de câncer avançado, não tinha aceitado o diagnóstico de Fora de Possibilidades de Cura e estava inserida no Programa de Atendimento Domiciliar e o seu atendimento, através da RIME, seria viável tanto no hospital, quanto no domicílio.

3.1. – 1O. PACIENTE N.J.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: feminino Idade: 55 Patologia: câncer de útero

Religião: católica Profissão: professora

Estado civil: casada Filhos (sexo e idades): nenhum

Quadro 26- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente N.J. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	**1** Hospitalar	**2** Hospitalar	**3** Hospitalar
Tempo de duração	40’	30’	40’
EVA início	laranja (2)	azul esverdeado (8)	azul (10)
EVA final	azul (10)	azul (10)	azul (10)

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: Paciente com câncer de útero e carcinoma peritonial. Apresentava como principal queixa física dores no abdome e desconforto respiratório.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Meda da morte, expresso no relato sobre seu sofrimento e mal estar físico.

- Medo da morte, representado pela necessidade exacerbada de controle em todas as situações não delegando nada a ninguém.

- Medo do pós-morte, representado pelo interesse em se sentir conectada com um mundo espiritual belo, protetor e acolhedor.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

- Na última sessão de RIME a paciente verbalizou que seu corpo estava na E.V.A. vermelha, mas ela estava se sentindo na E.V.A. azul. Fez uma passagem muito tranqüila e apesar da falta de ar, no momento da morte somente deu um suspiro profundo.
- A paciente aceitou ser atendida através da Intervenção RIME e entregou-se para os procedimentos desta intervenção. A cuidadora relatou que nas últimas quarenta e oito horas de vida, apesar da paciente não se alimentar mais e ter muita dificuldade para respirar, estava bem, com boa aparência e um leve sorriso nos lábios.
- Durante a aplicação da Intervenção RIME a paciente não só visualizou os Seres de Luz e se sentiu envolvida em amor por eles, como também relatou ter visto estes Seres no quarto em que se encontrava, aos quais ela interpretou como Arcanjos crianças. Neste momento relatou para a psicóloga que aplicava a RIME que não estava com medo.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

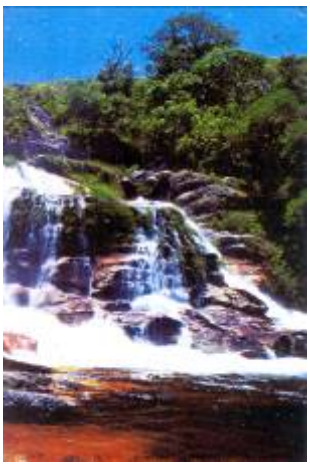
Sempre que a Psicóloga Cristiane ia aplicar a RIME, vinha um pássaro na janela do quarto da paciente. Também quando a Psicóloga Cristiane estava conversando com a Pesquisadora Ana Catarina pelo telefone para comunicar a passagem da paciente, pousou um pássaro (beija-flor) na janela da Pesquisadora. No dia seguinte, quando a Pesquisadora abriu os olhos (acordou) para vir para São Paulo para a supervisão pós-óbito, um pássaro (beija-flor) estava na janela do quarto da Pesquisadora. Quando a Psicóloga Cristiane foi fazer o Exercício Mental de despedida após o óbito da paciente, no momento em que fazia o exercício na janela do Hospital, veio um pássaro e ficou sobrevoando próximo a janela.

A Psicóloga Cristiane visualizou uma luminosidade brilhante, não comum no quarto, enquanto aplicava a RIME. A paciente disse que via arcanjos neste quarto, em referência a esta luminosidade observada pela psicóloga.

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

Durante a aplicação da RIME a paciente relatou que visualizou os Arcanjos no quarto e perguntou para a Psicóloga Cristiane se ela também não estava vendo. A Psicóloga disse que não, mas observou que via uma luminosidade brilhante, não comum no quarto.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELA PACIENTE.



- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1ª. Entrevista (após o 3º atendimento realizado pela Psicóloga Cristiane)

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Eu vou fazer as perguntas do roteiro e você vai me respondendo e também colocando as suas dúvidas. **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).** Como foi o seu vínculo terapêutico no atendimento dessa paciente.

Psicóloga Cristiane: *Eu cheguei para atendê-la e ela estava muito angustiada, com sofrimento físico, e ela me disse que ia morrer. Eu questionei porque ela estava pensando dessa forma, o que ela estava sentindo. Ela disse que não estava se sentindo nada bem, porque ela sentia que ia morrer e ela estava muito desconfortável. Eu ofereci para ela a técnica RIME, explicando que nós poderíamos fazer um relaxamento, que nós poderíamos estar vendo algumas figuras e fazer uma visualização e que isso poderia auxiliar naquela sensação ruim que ela estava sentindo. Ela aceitou fazer o trabalho* e no outro dia eu voltei e conversei com ela que a gente iria estar então iniciando a técnica, que era um trabalho bem específico, que era um estudo, precisava de autorização, para que a gente pudesse estar trabalhando, e perguntei para ela como ela estava se sentindo. *Ela disse que não estava se sentindo nada bem, que esses últimos dias tinham sido muito difíceis para ela, aí eu mostrei a escala e ela se classificou na carinha cor laranja* (sofrimento intenso). *Ela realmente estava se sentindo muito mal. Só que ela estava de poucas palavras porque ela estava com muita dificuldade para respirar, inclusive ela não conseguiu por ela, mudar a página do álbum de imagens. Eu falei que ia colocar uma música e eu coloquei um CD de relaxamento e fui mostrando as imagens para ela, uma a uma. Ela ficou muito atenta no álbum, ela não tirava os olhos das figuras. Ela não piscava.*

Pesquisadora Ana Catarina: Superinteressada!

Psicóloga Cristiane: Isso. Superinteressada, apesar da dificuldade física dela de respiração. Aí ela escolheu.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você já está entrando na técnica, me deixa perguntar uma coisa do vínculo. Você se sentiu bem quando você propôs esta técnica para ela? Você sentiu que a proposta da RIME foi bem acolhida pela paciente? Foi bom para você no manejo desse vínculo? Você se sentiu à vontade para fazer essa proposta? Você sentiu que essa proposta foi um alívio para a dor que ela estava sentindo naquele momento?

Psicóloga Cristiane: Sim. Eu achei. *Foi muito confortável sugerir a técnica para ela e ela teve boa aceitação e nós conseguimos formar um bom vínculo.* Eu tinha sugerido a RIME no dia anterior. Quando eu cheguei para atendê-la, ela me disse: doutora, eu já estava lhe esperando para a gente poder fazer o relaxamento. *Eu achei que teve um bom vínculo e para mim também foi tranqüilo, para estar propondo e para estar*

explicando para ela o que nós iríamos fazer. Porque com essa paciente não teria como conversar muito, devido à falta de ar, devido ao desconforto físico dela. Então a técnica para ela foi algo terapêutico, sem que ela tivesse que fazer um grande esforço, porque ela não teria condição.

Pesquisadora Ana Catarina: Não teria condição frente ao estado clínico dela. Ok! Vamos então entra na segunda questão. **2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Psicóloga Cristiane: Eu fui mostrando para ela as figuras, quando chegou na figura da cachoeira, ela disse que o local era muito bonito e pediu para parar nela. Eu parei, deixei o álbum aberto nesta figura, e pedi para ela fechar os olhos, para ela pudesse relaxar e mentalmente a gente iria sair daquele quarto e iríamos fazer uma viagem para este lugar. Ela fechou os olhos. Eu iniciei a RIME. Pedi para ela ficar em posição confortável, da forma que ela se sentisse bem. Se ela sentisse algum incômodo era para ela me avisar, que a gente interromperia. Comecei o relaxamento do corpo, da cabeça até os pés. Disse para ela que nós iríamos juntas sair daquele quarto e ir para um lugar confortável. Falei para ela imaginar uma porta e que ela abrisse essa porta. Ela abriu e nós entramos por um caminho de terra umedecido pela vegetação porque tinha muitas árvores e nós começamos a caminhar por esse lugar e eu fui pedindo para ela observar as flores que tinham no local, o cheiro que tinha aquele local. Falei para ela olhar e observar as coisas que mais chamavam a atenção dela no local, que mais ela gostava. Eu disse para ela que tinha uma árvore cor-de-rosa e que ela poderia descansar um pouco ali para a gente poder continuar o nosso caminho até a cachoeira, porque o nosso destino era uma cachoeira. Falei para ela sentar sob a árvore e permitisse que as flores caíssem em cima dela, as flores cor-de-rosa, e que ela pudesse brincar com aquelas flores como uma criança, sentindo o cheiro, passando no corpo e que aquelas flores cor de rosa pudessem trazer para ela o que ela estava necessitando naquele momento, energia, paz e tranqüilidade. Nós continuamos o caminho. Começamos a subir umas pedras, uma escada de pedras, passo a passo. Pedi para ela sentir bem aquelas pedras, o calor da pedra, e no final da escada estavam os Seres de Luz. Eu pedi que ela permitisse que eles a acolhessem.

Pesquisadora Ana Catarina: Você tinha comentado dos Seres de Luz antes? Tinha falado das Experiências de Quase Morte?

Psicóloga Cristiane: Não. Eu introduzi os Seres de Luz na visualização. Eu não tinha falado antes. Eu disse para ela que tinha os Seres de Luz e que ela se permitisse ser acolhida por eles. Fui pedindo para ela sentir o amor que eles podiam estar oferecendo para ela, o amor incondicional, a paz daquele lugar, a tranqüilidade e que ela permitisse que a Luz dos Seres pudessem entrar dentro dela e iluminar todo o corpo dela: o coração, a mente, a barriga onde estava o sofrimento, todo o corpo. E, que ela pegasse na mão dos Seres de Luz e pudesse continuar com eles. Fui guiando-a até a cachoeira. Chegando na cachoeira, pedi para que ela sentasse na cachoeira, sentisse a água caindo em cima dela, bebesse a água, lavasse o rosto dela e tirasse a energia daquela água, da força que a água caia, para que ela pudesse trazer desse lugar o que ela estava precisando. Depois fizemos o caminho todo de volta, passamos pelo caminho, passamos pela árvore, abrimos a porta e eu pedi para ela voltar e a chamei pelo nome. Disse que ela podia vir. Ela virou para mim e disse "doutora, eu não queria voltar porque esse lugar é maravilhoso". Perguntei como era o lugar. Ela disse que não tinha como me explicar. Era muito bonito. Perguntei se ela tinha visto os Seres de Luz, ela disse que sim. Perguntei se ela tinha conseguido ir até a cachoeira e ela disse que tinha conseguido e que era um lugar lindo com muita natureza e que ela gostava muito da natureza. Ela acrescentou que foi uma experiência muito boa. Mostrei as faces da escala e perguntei como ela estava se sentindo. Ela mostrou a azul esverdeada (sofrimento leve). Eu falei que bom que você está melhor. Ela disse que estava se sentindo muito bem e ficou sorrindo. A expressão facial dela mudou.

Pesquisadora Ana Catarina: Isto é importante observar: a expressão facial.

Psicóloga Cristiane: Porque ela estava com a testa franzida e depois quando nós terminamos, ela estava com um semblante muito tranqüilo, de paz. Eu chamei a cuidadora dela para ela assinar, mas ela mesma quis assinar o Termo de Consentimento Pós-Informação. Mesmo assim eu pedi para a cuidadora também assinar porque a letra dela não ficou muito legível. Eu disse a ela que voltaria no outro dia para visitá-la, para a gente poder fazer a técnica RIME novamente. Ela disse que achava ótimo e que ela ia ficar me esperando. Esse processo levou quarenta minutos. No outro dia cheguei pela manhã e para

minha surpresa ela tinha levantado e ido ao banheiro. Ela estava no banheiro quando cheguei. Ela disse que estava me esperando, ela deitou, liguei a música perguntei como ela estava. Ela disse que apesar da dor ela estava assim: carinha da escala, azul esverdeada (sofrimento leve).

Pesquisadora Ana Catarina: No azul que ela ficou ontem.

Psicóloga Cristiane: Ela falou assim: o meu corpo não está bom, eu estou com muita dor, mas eu estou assim e apontou a carinha azul esverdeado (sofrimento leve).

Pesquisadora Ana Catarina: Que lindo! Você chegou a comentar com ela da dissociação, que o corpo dela estava indo, mas o espírito dela poderia ser livre?

Psicóloga Cristiane: Não.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela fez esta reflexão sozinha?

Psicóloga Cristiane: Sozinha. Eu coloquei a música e comecei a mostrar o álbum para ela de novo, quando ela chegou na figura da cachoeira, ela perguntou se tinha mais. Eu disse que tinha e ela chegou na figura de Jesus. Aí eu segurei a imagem e nós começamos a visualização. Nós caminhamos pelo mesmo caminho, fomos subimos a escada de pedra de novo e aí quem estava esperando ela no final da escada eram os Seres de Luz e Jesus. Eu falei muito dessa luz amarela e que era para ela receber, sentir todo esse amor do lugar e aí a levei até a ponte e pedi para ela olhar do outro lado da ponte, ver se ela reconhecia alguém. Basicamente foi igual à RIME anterior. Fizemos o caminho de volta. Ela disse que tinha sido maravilhoso. Eu perguntei se ela tinha visto alguém na ponte ela disse que não, que ela não tinha conseguido ver ninguém, mas que esse lugar era maravilhoso e que era muito difícil voltar. Que por mais que ela tentasse, ela não iria conseguir me explicar como que era esse lugar. Mas que era um lugar muito bom e que tinha a natureza completa e que tudo que era da natureza estava nesse lugar.

Pesquisadora Ana Catarina: Que bonito!

Psicóloga Cristiane: Perguntei como ela estava e ela disse que estava bem. Mostrou a carinha totalmente azul (nenhum sofrimento).

Pesquisadora Ana Catarina: Com essa paciente, o efeito da primeira sessão se manteve e depois da segunda sessão ela melhorou mais ainda.

Psicóloga Cristiane: Exatamente. Voltei na terceira sessão. Perguntei com ela estava e ela disse que fisicamente não estava muito bem. Que estava mais ou menos porque ela estava com muita dor e, enfim, muito incomodada, então ela estava no corpo mais ou menos, mas no espírito estava bem. Mostrei a escala E.V.A. e ela me disse que no espírito estava aqui no azul (nenhum sofrimento).

Eu coloquei a música e mostrei o álbum e ela escolheu a figura da árvore cor de rosa.

Pesquisadora Ana Catarina: Você introduziu uma derivação: está mostrando o álbum todos os dias porque a princípio eu mostrava para os pacientes no primeiro dia e mantinha as imagens que o paciente escolhia nesse dia. Você está mostrando todos os dias e dando a oportunidade dela escolher novas imagens.

Psicóloga Cristiane: Ela escolheu a figura da árvore cor de rosa e ao redor ela me disse que eram abóboras. Pé de abóboras. Ela é uma paciente que nasceu em Belém do Pará. Nós começamos a visualização pelo caminho, aí chegamos até essa árvore, descansamos aqui na árvore. Eu coloquei uma rede na árvore para ela poder deitar, para ela poder descansar. As flores caíram em cima dela e ela sentiu as flores. Depois nós saímos daqui, pegamos um caminho de terra e saímos em um cais.

Pesquisadora Ana Catarina: Você partiu da imagem dela e introduziu a imagem do cais como um símbolo de transformação. Cais é um lugar de passagem.

Psicóloga Cristiane: Nós fomos por este cais e eu disse que o barco iria fazer uma viagem, mas ela que iria desamarrar o barco do cais e nós íamos partir. Ela visualizou isto e começamos a navegar em caminho a luz com águas bem tranqüilas e com muitos peixes, golfinhos que brincavam com o barco. Fomos contemplando essa nossa viagem. Nós fomos andando com o barco, eu pedi para ela sentir o vento no rosto dela; para ela sentir como o vento acariciava, como ele ia trazendo a tranqüilidade para ela, acariciando os cabelos, o rosto dela, o corpo e nós fomos andando com o barco por essas águas bem azuis e a luz ia ficando mais forte; chegamos em outro cais. Pedi para que ela ajudasse o

capitão jogar a âncora e que ela ajudasse a amarrar a corda do barco no cais. Quando ela desceu do barco, os Seres de Luz estavam esperando por ela no cais. Aí eu já não acompanhei. Ela foi sozinha com Seres de Luz. Ela foi por um caminho onde tinha muitas árvores, muitos pássaros, muito verde e neste momento ela acordou, abriu os olhos, e me disse que tinha alguém no quarto.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela sentiu a presença dos Seres de Luz.

Psicóloga Cristiane: Eu perguntei para ela, têm? Quem está aqui? O que você está vendo? Ela falou assim, você não está vendo, doutora? Eu olhei para trás e vi uma luz muito forte.

Pesquisadora Ana Catarina: Você viu uma luz muito forte?

Psicóloga Cristiane: Vi essa luz, mas não vi mais nada. Ela me descreveu com os olhos abertos que estava vendo vários arcanjos e que os arcanjos estavam todos ali sobrevoando a cama dela. Eu fiquei um pouco sem saber como fazer; pedi proteção para São Miguel Arcanjo. Pedi para que ele me mantivesse firme para que eu pudesse ajudá-la. Naquele momento ela ficou de olho aberto olhando pelo quarto. Eu perguntei se tinha muitos arcanjos. Ela disse que tinha vários arcanjos eles são crianças. Eu perguntei se ela estava com medo. Ela disse que não estava com medo, que ela não tinha medo. Ela fechou os olhos novamente e eu fiz o caminho de volta da visualização, os Seres de Luz, o cais, o barco.Fizemos todo o caminho de volta. Chegamos e eu a chamei pelo nome. Ela abriu e olhos e falou: “Doutora, foi maravilhoso”. Eu perguntei como que eram os arcanjos. Ela disse que era igual aos da minha foto. Só que ela não tinha visto.

Pesquisadora Ana Catarina: São esses arcanjos crianças. Ela deve ter visto e então ela conseguiu visualizar.

Psicóloga Cristiane: Eu fui mostrando para ela os anjos que tinham no álbum. Ela foi dizendo que não era nenhum daqueles.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela não tinha visto essa imagem dos arcanjos crianças?

Psicóloga Cristiane: Eu não tinha apresentado essa foto para ela. Eu não tinha chegado ainda nela, porque eu parei aqui na de Cristo, que foi a que ela escolheu. Quando eu mostrei a imagem dos anjinhos, ela disse: é esta, que ela identifica como arcanjos

crianças. Eu perguntei como ela estava. N. respondeu que estava muito bem, muito tranqüila, que as sensações eram inexplicáveis, que ela não iria conseguir me explicar e nem descrever o lugar, que a única coisa que ela poderia me dizer era que este lugar era maravilhoso, muito bonito e não dava para explicar com palavras. Por mais que ela quisesse, não dava para explicar. Mas que ela estava muito bem e muito feliz. Perguntei como ela estava se sentindo e ela me mostrou a carinha totalmente azul (nenhum sofrimento). Ela estava muito tranqüila, a sessão começou ás 17h30 e nós terminamos por volta das 18h15. Antes de eu ir embora, ás 20h00, eu passei no quarto para ver como ela estava. Entrei e perguntei como ela estava. Ela me respondeu "estou bem doutora, estou ótima, pode ir embora tranqüila, amanhã eu vejo a senhora". Na sexta feira tive vários problemas no Hospital e quando cheguei no quarto ela estava sentada na cama com as pernas cruzadas, eu perguntei como ela estava, ela me disse que estava bem, estava muito bem. Mas eu não pude atendê-la porque ela tinha recebido alta e estava indo para casa. Fiquei preocupada porque ela pode ir a óbito e ainda não está inserida no Programa de Atendimento Domiciliar.

Pesquisadora Ana Catarina: Se ela for a óbito, pode ficar tranqüila porque essa paciente fez a conexão com os Seres de Luz e ela fez a re-significação desse sofrimento. Essa sua dúvida em relação à questão dela ter ido para casa, no pouco que ela verbalizou e na escolha da carinha da escala, ela mostrou re-significação do medo da morte. A sua atuação na aplicação da RIME foi ótima. Essa variação de mostrar o álbum todas as sessões foi boa e é uma variação que pode ser utilizada. Eu ia te perguntar quando você relatou a primeira sessão a religião da paciente, quais os Seres de Luz que ela acredita. Ma ela fez a escolha na segunda, escolhendo a imagem de Cristo e depois visualizando os arcanjos crianças. O que me chama a atenção é a vivência dela, o relato dela sobre essa vivência e a sua vivência. Por ela ter falado da Luz e você também ter sentido, ter visualizado essa Luz. Foi um trabalho muito rico, o seu. Eu gostaria agora de saber quais foram as emoções e os sentimentos que você vivenciou ao atender essa paciente. **3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 5).**

Psicóloga Cristiane: *De fato a energia foi muito forte. Realmente é uma coisa inexplicável. Como ela fala, de fato é difícil para eu explicar também tudo o que eu senti porque é um turbilhão de sentimentos. A princípio eu senti um pouco de medo de perder o controle, de ir junto com ela.*

Pesquisadora Ana Catarina: Pela profundidade do sentimento? Porque a experiência estava se tornando muito real. É isso?

Psicóloga Cristiane: Isso. Pela profundidade do sentimento e porque a experiência estava se tornando muito real.

Pesquisadora Ana Catarina: Como a experiência estava parecendo muito real, você ficou com *medo de perder o controle*?

Psicóloga Cristiane: Foi isso mesmo. *A minha preocupação era me manter , porque realmente foi muito verdadeiro. Tinha Luz mesmo. Não era fruto da minha imaginação.*

Pesquisadora Ana Catarina: Não era uma criação da sua imaginação. A Luz estava ali.

Psicóloga Cristiane: E foi muito interessante porque eu tinha trabalhado muito aquele dia. Eu cheguei em casa as 20h45 e eu estava muito tranqüila. Eu não estava cansada. Meu corpo não estava cansado, a minha mente não estava cansada.

Pesquisadora Ana Catarina: Como se a Luz tivesse renovado as suas energias?

Psicóloga Cristiane: É

Pesquisadora Ana Catarina: Eu já tive essas experiências várias vezes em relação a Luz. O receio que você teve talvez esteja vinculado ao fato de ser uma situação nova. Não tem como você ir. Não tem como você perder o controle. Você entra nessa vivência, mas você volta naturalmente. Você está presa a Terra. Você vai levando a paciente para a Luz, mas você está aqui, na Terra. Se o seu lado intuitivo estiver muito forte, mantenha o olho aberto para não perder o controle e não fique sentada; procure ficar de pé, com o pé no chão, o que vai te manter no controle e em segurança. Você vai mentalmente, espiritualmente, junto com a paciente, mas, com os olhos abertos e os pés no

chão, você vai sentir melhor o seu corpo físico e o controle da situação. Deixe que vivência penetre no seu coração, mas com os olhos abertos você tem o equilíbrio de acompanhar a paciente, sem perder o controle da situação. Você, de certa forma, fez isso. Acompanhou a paciente até determinado ponto e depois pediu para ela prosseguir sozinha. Na minha opinião você procedeu corretamente, aplicou muito bem a Intervenção e se soltou, porque interagiu e sentiu o processo da RIME. Importante observar que com um outro paciente talvez, antes de orientar o exercício da RIME, você tenha que falar um pouco sobre as Experiências de Quase Morte. Mas, essa paciente é muito aberta e muito intuitiva. Essa questão dela visualizar arcanjos, está de acordo com o relato dos pacientes que passam por uma Experiência de Quase Morte que vêm Seres de Luz e/ou parentes. Agora, me fala suas dúvidas.

Psicóloga Cristiane: A minha dúvida é a seguinte: eu não falei dessas Experiências de Quase Morte, eu introduzi a técnica de uma vez, mas com outro paciente eu preciso fazer?

Pesquisadora Ana Catarina: Sim. Talvez você não encontre um paciente tão sensível como ela. Se na primeira sessão você não sentir abertura para falar das Experiências de Quase Morte, você pode introduzir o exercício propriamente da RIME e depois falar das Experiências de Quase Morte.

Psicóloga Cristiane: É porque também eu não falei do túnel de luz.

Pesquisadora Ana Catarina: Você falou do caminho de luz, que equivale. Uma outra questão é, se o paciente puder falar, o que não era o caso dessa paciente, tentar ouvir um pouco o histórico de vida dele para entender melhor a Dor Espiritual desse paciente, para favorecer a re-significação. Por exemplo, qual é o medo da morte específico. No caso dessa paciente parece que está relacionado com a dor física que ela relata. Se for possível tente pesquisar as idéias e medos sobre o pós-morte, as idéias negativas sobre o sentido da vida e a espiritualidade e também se há culpas perante Deus, para se fazer um trabalho mais individualizado. Se o paciente não puder falar não há problema, você induz o relaxamento e a visualização associado à espiritualidade com os elementos básicos.

Psicóloga Cristiane: O caso dela parece atípico.

Pesquisadora Ana Catarina: Mas nos traz um dado importante, que mesmo sem você colher dados específicos pela dificuldade dela em falar, a introdução de imagens, que foram escolhidas por ela, e os elementos que compõem a espiritualidade foram suficientes para que ela re-significasse as tristezas e sofrimentos e se sentisse em paz. Embora pareça atípico, é um caso importante.

Psicóloga Cristiane: É verdade. Ela re-significou o sofrimento. Ela fez uma transformação. Ela transformou aquele sofrimento físico quando ela fala que se sente na carinha azul (nenhum sofrimento), apesar da dor.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela concluiu aquilo que nós costumamos falar para os pacientes: o corpo está doente e se desintegrando, mas o espírito é eterno e pode se sentir livre, pode se sentir bem e em paz. Sem colher dados específicos você obteve ótimos resultados. Esse é um dado importante. Ótimo. Parabéns!

Psicóloga Cristiane: Agora, eu não sei se ela já morreu.

Pesquisadora Ana Catarina: Se ela tiver ido a óbito, fique tranqüila, porque pelo seu relato ela fez a conexão com os Seres de Luz e foram três sessões. Você também a orientou que ela poderia fazer a RIME sozinha. Se ela foi a óbito procure colher os dados de como ela morreu junto aos familiares, assim como, se for possível, você pode fazer uma sessão para favorecer a elaboração do luto deles.

- 2ª. ENTREVISTA (APÓS O ÓBITO DA PACIENTE).

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Conforme você havia dito da possibilidade na outra entrevista e me relatou esta semana por telefone, a paciente foi a óbito sem que você a atendesse novamente, depois da nossa supervisão. Você pode, agora, me contar como foi o óbito dela e também da despedida mental que eu ensinei você a fazer, falar como você se sentiu, enfim todo o trâmite da situação.

(Despedida mental ensinada, por telefone, em dia anterior: Respirar lentamente. Imaginar-se envolta em luz dourada ou azul ou branca bem brilhante. Imaginar a paciente também envolta em uma luz dourada ou azul ou branca bem brilhante.

Profissional em uma esfera de luz e a paciente em outra. Despedir-se da paciente mentalmente, agradecer por ter estado com ela e pedir que ela siga em direção a Cristo. Imaginar os Seres de Luz aproximando-se dela e conduzindo-a, em direção ascendente, para uma luz dourada brilhante).

Psicóloga Cristiane: A cuidadora dela esteve comigo na quinta-feira, para fazer uma entrevista, a paciente ainda estava viva, e ela começou a me descrever como a paciente estava. Eu senti que ela estava morrendo. Imediatamente eu liguei para a Dra Goretti e expliquei o quadro da paciente e decidimos chamar a ambulância e trazê-la para o Pronto-Socorro do Hospital, porque ela também achou que a paciente estava morrendo.

Pesquisadora Ana Catarina: Então você fez uma entrevista com a cuidadora antes do óbito da paciente. Que dados você colheu com essa cuidadora em relação à aplicação da RIME? Que efeitos a RIME surtiu na paciente? Como ela estava?

Psicóloga Cristiane: Quando nós começamos a conversar eu perguntei como ela estava. Ela disse que espiritualmente ela estava bem, mas que o corpo não estava nada bem e começou a me descrever os sintomas físicos que a paciente estava sentindo: falta de ar, que a paciente não estava ouvindo mais, que ela estava completamente desligada. Não estava mais conseguindo se alimentar. Eu expliquei que essa técnica que a gente tinha feito do relaxamento, da visualização, tinha trazido um conforto muito grande. Ela disse que a paciente falava para ela quando a doutora vinha para fazer a viagem. Que ela queria fazer a viagem. Que ela gostava muito de fazer essa viagem. Ela também disse que a N. estava muito tranqüila. Depois que eu conversei com a Dra Goretti eu expliquei para a cuidadora que a N. tinha que vir para o Hospital, porque provavelmente ela estava morrendo e que talvez não fosse bom ela ficar em casa, fosse melhor ela vir para o Hospital. A cuidadora concordou, disse que realmente ela estava morrendo porque de quarta para quinta – feira ela tinha piorado muito e apesar dela estar tranqüila, a respiração estava muito ofegante. Ela achava que o corpo de N. estava sofrendo. A ambulância foi buscá-la e a cuidadora ficou no Hospital esperando. A paciente chegou no Pronto Socorro, a Dra Goretti foi recepcioná-la e assumiu o caso, porque no Pronto Socorro eles queriam passar sonda, tomar algumas medidas; a Dra Goretti disse que não precisava, que assumiria o caso, para trazer N. para a nossa Enfermaria. Ela pegou a paciente na maca para sair do Pronto Socorro e vir para a

nossa Enfermaria de Cuidados Paliativos. Nesse caminho tem um túnel, que é o túnel que passa pelo necrotério. Quando entraram nesse túnel a paciente olhou firmemente para a Dra Goretti, profundamente, e morreu. Ela virou de lado, regurgitou, deu mais alguns suspiros e morreu. Nesse túnel da passagem do Pronto Socorro para subir para a nossa Enfermaria.

Pesquisadora Ana Catarina: O que a Goretti sentiu nesse olhar?

Psicóloga Cristiane: A Goretti sentiu que ela não estava olhando para ela, Goretti, e sim, através dela. Como se ela não tivesse enxergado a Goretti, porque ela lançou um olhar muito profundo. É um olhar que eu já observei que os pacientes têm quando estão nesse momento da morte.

Pesquisadora Ana Catarina: Como se eles estivesse vendo o mundo espiritual. Coisa que ela já tinha demonstrado quando disse que viu os arcanjos.

Psicóloga Cristiane: E aí ela partiu.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você ficou em relação a essa situação? No telefone você me disse que enquanto você atendia a paciente sempre vinha um passarinho e isso te chamou a atenção. No momento em que eu estava te explicando por telefone como se despedir mentalmente da paciente, na hora que eu comecei a te explicar, veio, na minha janela, um beija-flor. Hoje de manhã, novamente, eu acordei para vir aqui no Hospital do Servidor e ao abrir os olhos me deparei com um beija-flor na minha janela. Eu achei tudo isso muito simbólico. Principalmente em relação a toda essa vivência espiritual muito forte, que foi com essa paciente. Você não precisou trabalhar a história pessoal dela. Você trabalhou basicamente a passagem e assim o medo da morte e o medo do pós-morte no sentido de ajudá-la a se conectar com o mundo espiritual, através da RIME. Gostaria que você me contasse como sentiu essa passagem da N. **3 - Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 6).**

Psicóloga Cristiane: *Eu fiquei um pouco triste dela não ter conseguido chegar até a Enfermaria. Eu senti que ela voltou para cá, para fazer a passagem. Como vou explicar isso?*

Pesquisadora Ana Catarina: Fala o que você está sentindo.

Psicóloga Cristiane: *Na sexta-feira, ontem, dia seguinte do óbito da N., eu fiquei um pouco angustiada. Eu chamava todas as pacientes de N. Depois à noite eu conversei com você. Mas depois eu fui me acalmando, me tranqüilizando. Hoje quando eu fiz a despedida que você ensinou eu me imaginei envolvida em uma luz branca e eu também imaginei, pensei na N. e ela estava sorrindo. Eu vi o túnel de luz e ela foi caminhando pelo túnel, me dando tchau, sorridente, muito feliz. Tinha os arcanjos crianças e Deus. E aí ela foi desaparecendo na Luz. Mas, assim, ela olhou umas três vezes para dar tchau e sumiu.*

Pesquisadora Ana Catarina: Que bonito. Você conseguiu visualizar essa despedida. Eu senti que era isso estava faltando para você. Porque quando fizemos a entrevista na semana passada eu te disse que sentia que ela já tinha feito a conexão com a Luz, então, na hora que ela morresse ela faria essa conexão com a Luz naturalmente, pois já tinha aprendido como; tinha visto os arcanjos, tinha visualizado-se em um lugar bonito. Eu te disse que ela iria morrer logo, porque, pela minha experiência, quando o paciente começa a ver os Seres de Luz e nós profissionais começamos a sentir a presença dos Seres de Luz, como você viu a Luz branca e sentiu muita paz, muita energia depois, é porque os Seres de Luz já estão próximos e está próximo o óbito. Veja se faz sentido para você: me parece, que essa "abundância" de passarinhos me parece uma mensagem simbólica do Universo, que ela conseguiu fazer a ligação com a Luz. Não é porque você não fez mais um atendimento que ela não tenha conseguido fazer a ligação com a Luz. Você já tinha favorecido a ligação dela com a Luz.

Psicóloga Cristiane: Sim. É verdade, porque a cuidadora falou que espiritualmente ela estava muito bem, muito tranqüila. Calma, tranqüila, serena.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu penso que esse olhar que a Goretti relata como "olhar através", foi o contato dela com o plano espiritual para, em seguida, morrer. Eu pedi para você fazer o exercício de despedida, para você sentir ela indo à direção da Luz. *Como você está se sentindo agora, depois de fazer esse exercício de despedida?*

Psicóloga Cristiane: Eu estou bem. Estou tranqüila. Não estou mais tão angustiada em relação ao óbito dela.

Pesquisadora Ana Catarina: E em relação ao fato de você não ter feito mais um atendimento para ela?

Psicóloga Cristiane: Agora eu estou tranqüila, mas eu acho que foi importante fazer essa despedida. Foi muito importante.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi muito importante fazer essa despedida e você sentir que ela foi à direção da Luz?

Psicóloga Cristiane: Foi sim. E vê-la sorrindo, tranqüila, caminhando em direção à Luz.

Pesquisadora Ana Catarina: Você quer me falar mais alguma coisa do seu vínculo com ela, do manejo terapêutico, das emoções e sentimentos que você vivenciou?

Psicóloga Cristiane: Para mim foi superimportante fazer esse trabalho com ela. Eu acho que essa paciente foi um presente para mim, porque eu consegui integrar algumas partes dentro de mim: a questão da espiritualidade com a psicologia. Por ser psicóloga, para mim, era um pouco difícil entrar em contato com a espiritualidade. Através da RIME e da vivência na aplicação. *A Intervenção RIME foi fundamental para mim porque ela mostrou como pode se conectar e como você pode trabalhar isso de uma maneira científica. Então isso causou dentro de mim um conforto muito grande, e uma tranqüilidade para trabalhar com os pacientes na fase final. Porque até então ficava difícil de trabalhar; chegava uma hora que tinha limite. A RIME é ilimitada. A psicologia convencional tem limites, assim como a medicina.*

Pesquisadora Ana Catarina: Quanto ao ilimitado, você quer dizer que a RIME te permite essa conexão com o Plano Espiritual para fazer a passagem?

Psicóloga Cristiane: É isso.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo, muito obrigada. *Então, para finalizar, eu quero te explicar porque eu fiquei tão motivada para te explicar o exercício de despedida, para você se despedir da N. e porque eu fiquei observando a questão dos passarinhos. A paciente N. quando saiu desse plano tinha um vínculo muito forte com você. Vamos dizer assim, foi você que fez com ela o parto para o plano espiritual. Segundo os pacientes que passam por um Experiência de Quase Morte, as sensações são compartilhadas, os sentimentos são compartilhados; se você fica com um sentimento de angústia, de alguma maneira esse sentimento está no Universo e a N., pela ligação que tem com você, pode*

captá-lo. Segundo os pacientes que passam por uma Experiência de Quase Morte, os sentimentos e atitudes dos familiares, equipe de saúde, são percebidos. Então acreditamos que talvez ela possa captar a sua tristeza, angústia, preocupação, por não ter feito o último atendimento. No telefone, eu senti, pela sua forma de colocação, que você estava muito triste. Observei o beija-flor na hora que eu estava te ensinando o exercício e depois, no dia seguinte, acordo vendo o beija-flor. Comecei tentar decodificar o simbolismo dessa sincronicidade. O que me ocorreu foi justamente uma mensagem simbólica para você, que a N. fez a conexão com a Luz na hora da morte, apesar de você não ter feito mais um atendimento.

Psicóloga Cristiane: Quando eu estava fazendo esse exercício na janela, de frente para o céu, quando eu terminei o exercício e calcei o sapato, pois eu fiquei descalça para fazê-lo, tinha um passarinho sozinho voando. Ele fazia uns vôos assim em círculo, na frente da janela.

Pesquisadora Ana Catarina: Que simbólico. Podemos decodificar assim: estou por aqui, estou indo embora e estou em paz.

Psicóloga Cristiane: Foi também interessante porque nos atendimentos o passarinho também aparecia na janela.

Pesquisadora Ana Catarina: Há uma sincronicidade com o elemento passarinho. Ele aparece na janela, na hora dos atendimentos, na hora que eu explico o exercício para você, na hora que acordo para vir para a supervisão e na hora que você faz, efetivamente, o exercício de despedida. É uma interpretação simbólica, não passível de comprovação. É uma questão de observar se isto faz sentido para nossas emoções, nossos sentimentos e para aquilo que estamos percebendo no plano subjetivo desse atendimento. É muito importante que você esteja se sentindo em paz, tranqüila.

Psicóloga Cristiane: Eu estou.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Obrigada.

Observamos que, como não houve mais atendimentos após a primeira supervisão, nessa segunda entrevista foi desnecessário trabalharmos a questão **1 - Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e**

Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6) e a questão **2 - Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

- DIÁRIO:

A Psicóloga Cristiane relata: "A RIME é uma experiência "impar"; ter a possibilidade de aprendê-la foi uma experiência valiosa. Tive um salto de qualidade de vida, como a N. que conseguiu acalmar seu coração e re-significar sua vida. Percebo que a espiritualidade seja "talvez" o único caminho para re-significação e transformação de fato. Hoje eu também estou com meu coração mais tranqüilo, pois através da espiritualidade percebo que meu trabalho é muito válido e não acaba no "vazio". Infelizmente não pude estar com a N. no momento da passagem e por isto me senti frustrada e vazia, *mas consegui re-significar minha dor através da RIME para mim (exercício para despedida, pós-óbito da paciente).*

3.2. – 2^{O}. PACIENTE Z.B.O.

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: feminino Idade: 52 Patologia: Câncer de Pulmão

Religião: católica Profissão: Professora e Advogada

Estado civil: solteira Filhos: nenhum

Quadro 27- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente Z.B.O. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	**1** Hospitalar	**2** Hospitalar	**3** Hospitalar	**4** Hospitalar
Tempo de duração	30'	25'	15'	30'
EVA início	Entre a amarela e a verde (5)	Entre a amarela e a verde (5)	verde (6)	verde (6)
EVA final	Entre a amarela e a verde (5)	Entre a amarela e a verde (5)	verde (6)	Entre a a verde e a azul esverdeada (7)

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: Paciente com todo o pulmão tomado pelo câncer. Apresentava como principal sintoma clínico falta de ar e dor na costas.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Medo da morte expresso pela dificuldade em aceitar o diagnóstico fora de possibilidades de cura.
- Medo da morte representado pela necessidade exacerbada de controlar, de apegar-se ao racional, ao intelectual, ao material, defendendo-se de sua afetividade, isolando seus sentimentos e não pensando em Deus ou em Anjos.
- Medo do pós-morte representado pela visualização, nos primeiros atendimentos através da RIME, de uma paisagem morta e envergada e pelos pesadelos que costumava ter com monstros e mosquitos (abelhas) gigantes.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

- Pediu para a psicóloga, que a atendia através da RIME, fazer logo todo o trabalho porque achava que não iria agüentar muito tempo. No dia anterior a sua morte a paciente chamou a sua cunhada e explicou que iria fazer uma viagem no dia seguinte e que queria seu sapato branco e seu vestido colorido.
- Mandou a cunhada preparar uma refeição para a psicóloga e o médico que cuidavam dela. Deixou para a Psicóloga Cristiane o Anjo da Guarda que se lembrou de ter ganhado de um aluno, como um sinal da ajuda recebida através da RIME, no processo de morrer.
- A paciente conseguiu visualizar uma paisagem bonita e agradável onde se sentiu bem, assim como visualizou um Anjo da Guarda, a quem deu o nome de Gabriel, se encontrando com ela e se lembrou que havia ganhado um

Anjo da Guarda de um aluno. Também relatou que estava tendo visões com seus pais já falecidos e que não sentia medo, apesar de não ter tido um bom relacionamento com estes familiares.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

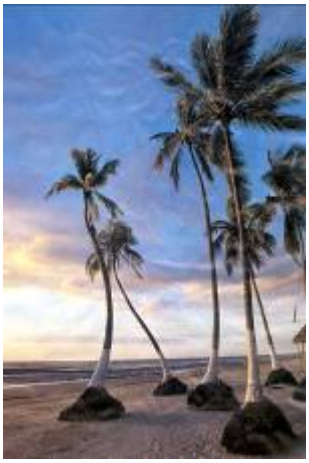
No início do trabalho, nas duas primeiras sessões de RIME, a Psicóloga Cristiane sentiu uma forte angústia de morte. Teve insônia e pesadelos. A partir da terceira RIME ficou mais tranqüila e no dia do óbito da Z. foi visitada por uma andorinha.

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

No dia anterior a sua morte, Z. chamou a sua cunhada e explicou que iria fazer uma viagem no dia seguinte e queria seu sapato branco e seu vestido colorido.

Observações: Embora tenha demonstrado medo quatro dias antes de sua morte, fez sua passagem tranqüila com três suspiros, apesar da falta de ar. Não houve sofrimento físico e psicológico, testemunhado pela família.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELA PACIENTE.



- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1ª. ENTREVISTA (APÓS OS DOIS PRIMEIROS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA PSICÓLOGA CRISTIANE).

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Você estava me dizendo que o primeiro atendimento dessa paciente foi uma experiência difícil.

Psicóloga Cristiane: Foi completamente diferente da outra paciente.

Pesquisadora Ana Catarina: Podemos começar pelo seu relato sobre esta paciente e como se estabeleceu o vínculo entre vocês. **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Psicóloga Cristiane: *A Z. é uma paciente que é acompanhada por mim na Assistência Domiciliar na casa dela, depois de duas visitas, eu conversei com ela sobre a RIME, porque ela é uma paciente que tem um câncer de pulmão avançado. Ela descobriu essa doença há nove meses, ela não tinha nada, teve uma tosse, um mal estar e foi diagnosticada uma doença avançadíssima, sem possibilidades de cura. Ela é uma pessoa muito intelectualizada e muito racional porque ela tem três faculdades e, inclusive uma das faculdades é psicologia, as outras são direito e psicopedagogia.*

Pesquisadora Ana Catarina: Ela exerce qual?

Psicóloga Cristiane: Direito ela estava exercendo, mas a profissão de base que dá sustento é a educação. Ela dá aulas. Tanto, que é o que dá direito para ela usar o Hospital do Servidor. A casa dela é cheia de livros. Ela é uma mulher de cinqüenta e dois anos que mora sozinha, nunca se casou. Dedicou-se completamente ao estudo. *Ela não aceitou o diagnóstico de Fora de Possibilidades de Cura e quis o tratamento. O médico responsável pela doença respiratório concordou em fazer quimioterapia para ela, mas também ela veio encaminhada para nós. Então, nós começamos a trabalhar paralelo. Cada trinta dias ela vinha, fazia a quimioterapia, e a gente ia dando suporte, uma vez por semana na casa dela. Eu percebi na casa dela, que havia uma questão de cores. A cortina era azul, como vou te*

explicar isso? Eu senti no quarto dela que ela era uma pessoa aberta para essa questão da espiritualidade. Falei da Intervenção RIME. Expliquei, porque com ela tem que ser tudo muito bem explicado. Expliquei a base do trabalho, que era uma Tese de Doutorado e ela aceitou. Eu tentei três vezes aplicar a RIME na casa dela e não consegui. Uma vez porque eu esqueci o álbum de imagens e a culpa foi minha. Depois, o Toca CD dela não funcionou. Marquei uma terceira vez para ir atendê-la após o meu trabalho na Enfermaria, mas estava tão cansada que não tive energia para ir, telefonei e desmarquei. Não consegui fazer a RIME com ela. Domingo passado ela teve uma crise de falta de ar, quase morreu, veio para o Hospital e internou na nossa Enfermaria. A cunhada é quem cuida dela. Ela é uma pessoa muito autoritária e ela só aceita essa pessoa para cuidar dela. Está havendo um problema porque a cunhada está sobrecarregada, esgotada, porque a Z. é uma pessoa muito exigente e muito resistente, não quer tomar os medicamentos prescritos e só medicamentos naturais. O que me chamou a atenção na Z. é que ela tem, o que eu chamo de "negação desatenta". Ela disse que assim que sair dessa vai cursar medicina, a quarta faculdade. Ela sabe que tem uma doença que não tem cura e está dizendo que vai fazer uma quarta faculdade. Ela ignora o fato da doença.

Pesquisadora Ana Catarina: E, não deixa de ser um manejo de controle porque ela quer fazer medicina.

Psicóloga Cristiane: Quando ela soube que eu era psicóloga ela disse que tinha feito psicologia e entendia tudo de Jung. Eu disse a ela que isso era muito bom, porque assim poderíamos conversar. *Inclusive, o meu vínculo, eu fiz com ela com muita humildade. Eu me coloquei em uma postura não abaixo, mas muito de igual para igual. Na primeira sessão que tive com ela eu não interpretei absolutamente nada, eu legitimei tudo o que ela estava sentindo. Depois eu disse como devia ser difícil para ela, porque ela sempre teve uma vida saudável, nunca fumou, nunca bebeu, e de repente a tosse e essa doença. Realmente é muito difícil para as pessoas se organizarem e se reestruturarem. Frente a essa colocação, ela me aceitou como psicóloga. Ela disse que eu era a primeira psicóloga que ela aceitava.* Um dia ela fez tutu de feijão para mim e para o Sâmio (médico da equipe). Quatro horas da tarde, um calor de quarenta graus e nós comendo tutu de feijão na casa dela. Não foi ela que fez, mandou a cunhada fazer. Eu achei essa atitude muito

importante porque ela quis alimentar a gente, para a gente dar conta de cuidar dela. Quatro horas da tarde estamos todos com a expressão cansada. Ela tinha muita dó da gente, porque estávamos trabalhando na rua e não tínhamos ido almoçar. Comemos o tutu de feijão. *Eu tenho um carinho por ela, mas ela tem uma defesa, uma necessidade de controle.*

Pesquisadora Ana Catarina: Uma dificuldade de entrega?

Psicóloga Cristiane: Uma dificuldade de entrega, de envolvimento, muito grande.

Pesquisadora Ana Catarina: Uma dificuldade afetiva importante.

Psicóloga Cristiane: Uma dificuldade afetiva importante. Eu olho para ela e vejo um bichinho, um gatinho no canto da parede. Você vai tentar pegá-lo e ele te taca porque ele tem medo que você vá machucá-lo. Aconteceu a crise de falta de ar no domingo, ela quase morreu. Na segunda-feira eu não tive com atendê-la e fui atendê-la na terça-feira. Ela estava sedada e inclusive eu conversei com o médico, que me disse que tinha dado uma sedação leve por causa da falta de ar.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo, agora você está entrando na técnica propriamente. Quanto ao vínculo, você o fez antes de começar a RIME, nos atendimentos domiciliares, através do manejo de colocá-la em posição de igualdade com você, acolhendo e compreendendo a necessidade de controle dela.

Psicóloga Cristiane: Isso.

Pesquisadora Ana Catarina: Vamos entrar, então, na segunda questão. **2 - Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Psicóloga Cristiane: Ela estava dormindo, acordei-a e ofereci para começarmos a RIME. Ela aceitou e me disse que tem visto sua mãe, mas a mãe não diz nada para ela. Mostrei a E.V.A. e ela disse que estava entre a amarela (sofrimento incômodo) e a verde (sofrimento moderado), no meio das duas. Achei estranho.

Pesquisadora Ana Catarina: Mais uma vez o controle. Não é nenhuma das faces que você está mostrando. É uma intermediária que não está aí.

Psicóloga Cristiane: Mostrei o álbum de imagens e ela escolheu uma praia com coqueiros. Perguntou se ali era o fim. Eu disse que era o começo. Ela retrucou e disse que não, que era o fim da tarde, o pôr do sol. Iniciei o relaxamento e na visualização pedi para ela imaginar um pôr de sol. Depois, iniciamos por um caminho de terra com várias árvores. Pedi para ela respirar esse ar puro e estabelecer uma troca gasosa, receber amor, paz, tranqüilidade e deixar suas mágoas e tristezas. Fomos, em seguida, para um árvore cor de rosa e pedi para ela sentar, permitir que as flores caíssem sobre seu corpo. Pedi para ela sentir o perfume das flores, brincar como uma criança. Depois fomos para uma cachoeira e para um rio. Pedi para ela beber aquela água e lavar as tristezas e mágoas. Depois atravessamos um túnel azul e seguimos para a praia. Andamos na beira do mar e brincamos com a água. Ao retornarmos percebi que ela estava dormindo. Eu a acordei e perguntei como havia sido. Ela sorriu, disse que foi bom e que tentou pegar um coco amarelo. Perguntei em qual carinha ela estava se sentindo e ela mostrou a mesma.

Pesquisadora Ana Catarina: A intermediária?

Psicóloga Cristiane: Sim.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela foi ambivalente. Gostou do exercício da RIME, sentiu-se bem, mas apontou a mesma carinha inexistente, intermediária.

Psicóloga Cristiane: Na quinta-feira me senti como se estivesse de ressaca, mas ainda com muita irritação e continuava com medo de morrer. Ficava pensando na minha própria morte, como seria. Fui atender a Z. e ela afirmou que eu havia estado lá na quarta-feira para atendê-la e eu expliquei que não fui. Ela retrucava e dizia que eu tinha ido. Creio que ela sonhou. Mas não me senti confortável com a observação que ela fez. Disse-me que eu precisava fazer todo o trabalho logo porque achava que não iria agüentar muito tempo. Perguntei porque ela acha isso. Ela respondeu que é porque não vai mais fazer quimioterapia. Perguntei o que ela acha da morte e ela disse que não pensa na morte, que não tinha tempo para pensar nisso. Que pensa na vida em melhorar. Eu falei que ela disse que tem visto a mãe e perguntei se a mãe fala alguma coisa para ela. Ela disse que a mãe não fala nada e que também está vendo outras pessoas. Perguntei quem ela está vendo e ela disse que não sabe porque não dá para ver direito. Mostrei a escala de carinha e ela se classificou na mesma intermediária, entre a amarela (sofrimento incômodo) e a verde

(sofrimento moderado). Iniciamos o relaxamento, fomos até a praia e a levei para um cais. Convidei-a para entrar em um barco e ir para outro cais, mas percebi que ela não visualizou. Não foi. Falei dos Seres de Luz e da ponte. Ao retornarmos do exercício da RIME, ela me disse que só tinha ido até a praia e só via mar, mar, mar e não conseguia entrar na água e os coqueiros estavam todos envergados. Abriu um leve sorriso e reclamou que a inalação não estava saindo direito. Quando eu mostrei a escala E.V.A. para ela, me disse que estava no mesmo lugar, a face intermediária entre a amarela e a verde. Na aplicação da primeira sessão de RIME estava na cama em posição fetal e se arrumou para fazer o relaxamento. Na segunda sessão estava sentada na cama.

Pesquisadora Ana Catarina: Primeiro, vamos ver como você se sentiu? Vamos entrar na terceira questão. **3 - Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 5).**

Psicóloga Cristiane: *No dia seguinte ao primeiro atendimento da RIME, quarta-feira, não fui atendê-la, mas me senti muito mal, parecia que eu tinha medo de morrer. Fiquei muito angustiada, nada para mim estava bom, nenhum lugar estava bom, tinha vontade de chorar, mas não conseguia. Fiquei irritadíssima e acabei me desentendendo com meus familiares. Fiquei muito ruim. Agoniada. Essa é a palavra: agonia. Não quero mais me sentir assim, é muito difícil de suportar, é o auge do desespero. O que eu sinto é que a racionalização e a intelectualização dela me pegou no fundo da alma, na minha contratransferência.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você acredita que o seu mal estar deriva da associação de questões suas, às emoções e defesas da paciente?

Psicóloga Cristiane: Sim e que já trabalhei muito, mas parece que ainda me incomoda.

Pesquisadora Ana Catarina: Este ponto da contratransferência, sem dúvida, é importante e exacerba uma outra questão, no caso da aplicação da RIME, muito importante: você está acolhendo, está em contato direto com o medo da morte dela, que é muito grande. Parece que ela tem pavor da morte, principalmente porque implica em perder o controle. Você acolheu a angústia provocada por esse medo imenso dela e se identificou em algum

ponto. No início dos atendimentos, quando aplicamos a RIME isso pode acontecer. Quando atendemos um paciente como a Z., com um pavor muito grande da morte e ainda não foi feita a conexão com os Seres de Luz, a resistência, o medo do paciente é muito grande, realmente podemos vivenciar um desconforto como esse que você vivenciou. Quando há algum ponto de identificação na contratransferência, o desconforto exacerba. Na minha experiência, quando a conexão com os Seres de Luz for feita, esse desconforto cessa. Com a sua primeira paciente, que era muito sensível, você sentiu muita paz, muita tranqüilidade, logo na primeira sessão, porque a conexão com os Seres de Luz foi feita no início, logo nessa primeira sessão. Quanto ao manejo da técnica RIME, você vai precisar orientar a visualização no sentido dos Seres de Luz virem ao encontro dela em terra firme e não ela precisar atravessar o mar para ir ao encontro dos Seres de Luz. Z. não tem confiança, capacidade de entrega, para ir ao encontro dos Seres de Luz. Eles precisam vir ao encontro dela. O mundo está desabando para ela: mar, mar, mar, coqueiros envergados.

Procure falar para ela dos Anjos, Anjo da Guarda. Veja se ela acredita neles. Ela precisa de elementos concretos, definidos e que venham ao encontro dela, para que ela sinta que seu corpo está desabando, mas seu espírito pode se sentir livre e em paz. Para que ela consiga fazer a dissociação entre o corpo físico e o espírito.

Psicóloga Cristiane: Ok. Eu ainda não estou bem, mas eu vou melhorar.

Pesquisadora Ana Catarina: Obrigada.

- 2^{A}. ENTREVISTA (APÓS O ÓBITO DA PACIENTE)

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Vamos começar pela primeira questão que é sobre o vínculo. Na primeira supervisão dessa paciente, você a tinha atendido duas vezes. Agora, parece que você fez mais dois atendimentos antes dela ir a óbito. Na primeira entrevista você me disse que havia conseguido um bom vínculo com ela, antes mesmo de dar início a aplicação da RIME, porque você tinha se colocado em uma postura humilde, não abaixo, mas colocando-se junto a ela de igual para igual. Então me conta como foi o seu vínculo com ela no decorrer de todas as sessões. **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Psicóloga Cristiane: Depois da Supervisão nós tivemos um encontro e ela me disse, na escala E.V.A., que estava na carinha verde (sofrimento moderado). Nós conversamos um pouco, antes de iniciar o exercício da RIME, eu perguntei como ela estava se sentindo em relação às coisas que ela acreditava. Você tinha colocado para eu falar sobre os Anjos, sobre o Anjo da Guarda. Nós conversamos e eu perguntei para ela como estava se sentindo. *Ela me disse que não estava bem. E foi tão interessante, porque, ao mesmo tempo em que ela me disse que não estava bem, ela cortou a conversa. Disse que estava preocupada que iria ter alta, que iria para casa, e começou a falar do oxigênio. Como ia ser o oxigênio na casa dela, que ela precisava do oxigênio para respirar. Eu deixei ela falar um pouco e depois eu cortei dizendo que quando ela fosse para casa ela poderia se preocupar com essa questão do oxigênio, mas que agora, que tal nós pensássemos nas coisas que estavam acontecendo agora, e de como estava se sentindo. Ela continuou muito controladora e ela tentava meio que direcionar a nossa conversa. Ela me disse que estava um pouco cansada, dando a entender que não queria conversar muito. Eu perguntei se ela não queria fazer o Relaxamento, a RIME. Ela quis e nós fizemos o Relaxamento. Eu orientei a Visualização para a praia com coqueiros. Só que ela começou o relaxamento, preocupada, porque ela tinha que tomar uma medicação às quatro horas e ela estava tensa por causa do horário dessa medicação. Eu respeitei. Fiz um relaxamento com ela só de quinze minutos. Quando eu terminei o relaxamento e pedi para ela voltar, ela falou, mas tão rápido? Tão rápido? Você deveria fazer mais devagar porque eu estava lá na praia e você já estava aqui. Ainda brigou comigo. Eu falei que estava bem e da próxima vez eu faria mais devagar. Disse que talvez eu tivesse ficado um pouco ansiosa por causa da medicação dela. Falei para ela fazer o seguinte: à noite repetir a RIME. Ela respondeu que a noite iria repetir sozinha, porque assim poderia fazer do jeito dela.*

Pesquisadora Ana Catarina: Mais controladora impossível.

Observamos que a profissional começou espontaneamente a relatar sobre o manejo da técnica: questão 2 - Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).

Psicóloga Cristiane: Ela frisou: posso fazer do meu jeito. Falei que estava bem, para ela fazer a noite porque agora já sabia o caminho. E assim, eu só fiquei na praia, eu

não orientei a visualização para nenhuma escadaria, nada, porque você havia me dito que os Seres de Luz teriam que vir de encontro a ela. Então eu fiquei com ela só até a praia.

Pesquisadora Ana Catarina: Você trouxe os Seres de Luz para a praia?

Psicóloga Cristiane: Não nesta sessão, porque ela estava muito arisca. Eu disse a ela que viria vê-la novamente. Passaram-se dois dias eu fui atendê-la. Foi o quarto e último encontro com ela. Eu cheguei e ela estava mais amistosa. Mas, na terceira sessão, só um detalhe importantíssimo que eu tinha esquecido de falar. Eu cheguei para atendê-la e ela me disse que estava um pouco cansada e que precisava dormir. Que era para eu voltar mais tarde. Que ela tinha acabado de almoçar, que ela estava com sono, para eu voltar mais tarde. Depois a cunhada dela foi me chamar, que eu já podia ir.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela que determinou a hora do atendimento. Ela controlava tudo. Ela que sabia o que era bom para ela.

Psicóloga Cristiane: Exatamente.

Pesquisadora Ana Catarina: E no final da terceira sessão ela permaneceu na carinha verde (sofrimento moderado)?

Psicóloga Cristiane: Sim. Não teve melhoras. Só que esse não teve melhoras foi muito relativo, porque ela acabava sorrindo. Ela sempre sorria no final.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela voltava com uma expressão mais tranqüila depois do exercício da RIME?

Psicóloga Cristiane: Voltava. Na quarta sessão ela pediu para a irmã dela ficar junto. Eu disse que tudo bem, que poderia ficar. Eu fiquei pensando que precisava arrumar uma forma de falar do anjo da guarda com ela. Começamos a conversar e eu introduzi o assunto falando que todo mundo tinha um anjinho da guarda. Eu me lembrei de quando eu era criança, eu até usei essa expressão: olha Z., agora eu estou lembrando da minha infância. Quando eu era criança, na minha cama, eu tinha uma cerâmica que era um menininho loirinho deitado em um bercinho com um anjinho da guarda em cima. Não sei se você tem?

Pesquisadora Ana Catarina: Que graça. Eu tenho o do casal de menininhos na ponte, com o Anjo da Guarda.

Psicóloga Cristiane: O da ponte. O meu é esse do bercinho. Ela falou assim, ah é. Eu respondi que sim e que inclusive os meus sobrinhos quebraram a perninha do berço, mas eu não joguei fora. Ela respondeu que eu tinha que jogar fora porque não pode guardar nada quebrado. Eu disse que iria pensar nisso, mas esse Anjinho sempre tinha me acompanhado desde quando eu era criança e me acompanha até hoje. E perguntei: E o seu? Você tem? Ela ficou pensando e depois disse que atrás da porta dela, ela tinha ganhado um anjinho de um aluno dela. Eu disse que era verdade, que quando tinha estado na casa dela, tinha visto e que até tinha me lembrado da minha infância. Ela parou, olhou para mim tão séria e disse: nossa, eu nunca enxerguei o meu anjo. Eu nunca dei atenção para o meu anjo. Eu nunca achei que precisasse de um Anjo da Guarda. Eu disse que ela não se lembrava, mas que ele nunca tinha se esquecido dela, porque ele sempre a amou e cuidou dela e que ele estava cuidando dela agora. Ela falou que eu lembrava do anjinho dela que estava atrás da porta. Eu respondi que sim e que ele estava cuidando dela. Ela então perguntou quem iria cuidar desse anjinho dela quando ela morresse. Eu respondi que o anjinho iria com ela, e que aliás ela não precisava ter medo, porque esse anjinho dela iria levá-la até Deus. Que é ele que irá estar com ela, como ele está com ela agora, porque apesar dela nunca ter conversado com ele nesses cinqüenta anos, mas ele sempre te amou demais, porque os anjos amam a gente acima de qualquer coisa e é um amor incondicional. Ela ficou pensando e em seguida perguntou novamente quem iria cuidar do anjinho dela. Eu disse que se ela quisesse, eu poderia cuidar do anjo para ela. A irmã disse que também poderia cuidar. Eu frisei para ela ficar tranqüila que eu cuidarei do anjinho dela, mas que o mais importante era que ele estava cuidando dela e que ela não precisava ter medo, porque ele iria estar com ela, porque ele está sempre com ela. Ela perguntou se eu já tinha visto ele. Eu disse que não, mas que ela podia ficar tranqüila que logo, logo, ele iria aparecer para ela. Ela ficou me olhando, falou umas coisas, racionalizou um pouco, mudou o assunto, mas eu voltei para o assunto falando que não era fácil.

Pesquisadora Ana Catarina: Você lidou com o controle dela.

Psicóloga Cristiane: Eu que conduzi, na realidade. E que de fato não era muito fácil toda essa situação, que eu sabia o quanto ela sofria por tudo isso, perguntei dos livros dela, porque ela tinha muito livro. Ela me disse que já tinha dado todos os livros e depois eu

descobri, na entrevista do pós-óbito que ela já tinha dado todas as roupas, ou seja, ela sabia que ia morrer, mas não queria assumir. Para mim ela falava, ela chegou a falar, quando eu morrer quem vai ficar com o meu anjo. A minha vida está nas mãos de Deus agora. Seja o que Deus quiser. E nesse dia do anjo, eu falei que ela tinha dito que estava vendo a mãe e perguntei quem mais ela estava vendo. Ela disse que tinha visto umas pessoas, mas não sabia quem elas eram. Eu perguntei o que elas queriam falar. Ela disse que não sabia o que elas queriam falar, mas sabe que vê as pessoas. Eu perguntei se isso a assusta e ela disse que não, mas eu não achei que foi uma resposta do coração. Eu disse que era uma situação nova, diferente, essa dela começar a ver as pessoas. Ela disse que estava vendo o pai dela também. Eu disse para ela observar que não estava só, que havia pessoas ao redor dela, cuidando dela, do sono dela, para que ela pudesse dormir tranqüila e fui por essa linha, seguindo o roteiro do que você tinha me dito na supervisão, para eu não me perder. Anotei as palavras–chave que tinha que trabalhar porque ela era tão controladora e negava tanto a doença, que ela me confundia.

Pesquisadora Ana Catarina: Como assim, te confundia?

Psicóloga Cristiane: Confundia assim: quando ela começava a falar da alta, que ela ia para casa, que ela tinha que se preocupar com o oxigênio, com as contas do Banco, e se eu não tomasse cuidado ela acabava mudando todo o foco da sessão, para essas coisas concretas, que não tinha absolutamente nada a ver e eram vazias, porque foi a forma que ela encontrou de defesa para aplacar o medo, falando dessas coisas racionais e intelectualizadas e, de repente, tudo da Z. tava na cabeça porque depois, eu até descobri uma coisa interessante que ela nunca viveu com a família. Sempre viveu só porque teve uma briga muito grande com a família dela. Então a família não sabia nada da vida da Z., o que ela fazia, com quem ela andava, nada. Ela teve uma vida de um ermitão: ela e o casulo, ponto final. A família achava que esse câncer que ela tinha estava ligado a uma prótese que ela tinha feito. A Dra Goretti até achou que ela tivesse câncer de mama, mas depois observou que ela nunca teve câncer de mama. Ela tinha um câncer pulmonar. Mas, há vinte anos atrás ela fez uma cirurgia plástica de mama para por silicone e depois de dez anos ela refez essa cirurgia plástica. Mas foi por vaidade feminina. Quando ela foi fazer uma mamografia de controle, estouraram o silicone dela na mamografia e teve que retirar a prótese e ela

ficou com uma cicatriz feia nas duas mamas. Então as pessoas achavam que ela tinha câncer de mama, mas ela não tinha. Eu estou contando essa história porque a família questionava se esse câncer do pulmão dela, não tinha a ver com esses silicones que ela tinha colocado, que tinha vazado para o pulmão, enfim tinha todo um mito, uma fantasia em torno da Z., que ninguém sabia na realidade quem era a Z., nem eu. Eu confesso que também não descobri, na essência, quem era a Z. Mas foi o perfil da vida dela. A RIME mostra isso para nós, que as pessoas têm uma estrutura de vida e essa estrutura não muda com a aplicação da RIME. O que a RIME faz é transformar o sentimento, a espiritualidade. Se uma pessoa viveu como um ermitão, ele vai morrer como um ermitão e nós não vamos descobrir nada dele, só vamos compartilhar, ajudar para que ele fique bem. Foi isso que eu descobri.

Pesquisadora Ana Catarina: É isso mesmo.

Psicóloga Cristiane: Eu comecei a fazer o exercício da RIME com ela. Começamos o relaxamento, e eu procurei ser mais tranqüila desta vez para ela não falar que eu estava indo muito rápido. Ela me disse que estava na carinha verde (sofrimento moderado). Comecei a induzir o relaxamento, relaxando o corpo dela, pedindo para ela ouvir as batidas do coração, entrar no ritmo da música, sentir o ar entrando dela. Começamos a caminhar pela terra, observamos o verde da paisagem, passamos pela árvore cor de rosa, ouvimos o barulho da cachoeira. Não a coloquei na cachoeira, só pedi para ela ouvir o barulho. Chegamos na praia que ela gostava, com os coqueiros. Eu pedi para ela sentir aquele lugar, permitir que o vento pudesse acariciar o rosto dela, abraçar o corpo, passar pelos cabelos. Eu orientei para que ela pudesse abrir os braços e deixasse que a brisa do mar entrasse dentro dela e inundasse o coração, os pulmões, para que ela pudesse sentir o amor incondicional que havia naquela praia, que ela fosse até água, molhasse os pés, para que ela pudesse lavar toda as tristezas, as mágoas, os rancores, para que ela pudesse se renovar. Fui trabalhando nesta linha. Numa certa hora, olhei para ela e aí, não sei se consegui, mas eu consegui sentir uma sensação diferente, eu consegui vê-la toda envolvida em uma névoa, não sei se posso dizer névoa, mas enfim, algo branco, uma luz, mas não era uma luz transparente, era uma luz branca, leitosa. Eu consegui vê-la toda envolvida nessa Luz. Nesse momento eu senti uma profundidade, assim, um arrepio e aí eu continuei. Eu

não consegui ver, igual eu vi os Seres de Luz com a N. (1ª. paciente), mas eu senti que havia algo mais especial acontecendo para ela. Eu tive a sensação e a vi envolvida nessa Luz branca leitosa. Nesse momento eu pensei, os Seres de Luz estão chegando. Eu reforcei dizendo para ela ver na praia, que o Anjo dela estava procurando por ela, porque queria encontrá-la, porque queria cuidar dela, queria dar-lhe todo o Amor, que você disse que não sentiu e fui falando assim. Ficamos aí, na praia, não fui para o porto como costumo ir, colocá-la no barco, nada. Porque eu fiquei pensando, os Seres de Luz vão vir e vão buscá-la.

Pesquisadora Ana Catarina: E assim, ela vai perdendo o medo.

Psicóloga Cristiane: Não pedi para ela entrar no mar porque ela disse que tinha medo. Só pedi para ela molhar os pés, deixar as ondas baterem no pé dela, para que ela pudesse sentir a espuminha branca dessas ondas. Isto eu falei para ela. Todo esse exercício da RIME levou mais ou menos uns trinta minutos. Quando nós voltamos, ela demorou um tempinho para acordar. Só que aí, eu que fui ansiosa porque eu queria que ela acordasse porque eu queria saber o que ela tinha para me dizer. Ela acordou e me disse que tinha sido muito bom porque ela tinha visto o Anjo Gabriel. Ela pôs o nome nele de Gabriel. Disse que ele era loirinho e adolescente.

Pesquisadora Ana Catarina: A N. foi criança e ela foi adolescente.

Psicóloga Cristiane: Eu perguntei como tinha sido e ela disse que tinha visto o Anjo na praia, que ele tinha ido até ela e que era loirinho e que chamava Gabriel. Eu disse para ela que pronto, agora ela já conhecia o Anjo dela e ele já estava com ela, mais do que antes estava. Aí, ela falou que foi muito rápido.

Pesquisadora Ana Catarina: Tinha que ter uma crítica.

Psicóloga Cristiane: Nunca era perfeito. Ela repetiu que estava muito bom e que eu fui muito rápida. Eu disse a ela para fazermos o seguinte: de noite, ela faria a RIME de novo, encontraria o Anjo Gabriel e iria no ritmo dela. Porque realmente, eu acho que fui um pouco rápida, eu estou em um ritmo e você em outro, então você pode ir no seu ritmo. Eu não fiquei brava, até dei risada, porque sempre vai ser assim.

Pesquisadora Ana Catarina: É o manejo dela.

Psicóloga Cristiane: É o manejo dela. Eu saí do atendimento e a Mara (outra profissional da equipe, voluntária que ministra terapias alternativas, que também participou desse Programa de Treinamento) me ligou. Eu falei para a Mara que a Z. conseguiu conectar com os Seres de Luz e a Mara falou que bom porque isso era o mais importante. Depois disto não consegui mais atendê-la.

Pesquisadora Ana Catarina: A sensação de angústia, aquela sensação ruim que você estava sentindo, passou?

Psicóloga Cristiane: Passou. Fiquei tranqüila e tirei uma foto com a Z. neste dia.

Pesquisadora Ana Catarina: No final da sessão ela mudou a carinha da escala?

Psicóloga Cristiane: Mudou. Ela me disse que estava entre a verde (sofrimento moderado) e a azul esverdeada (sofrimento leve). Foi também o aniversário dela em seguida, mas no dia do aniversário ela não quis a RIME, disse que estava cansada. A cunhada falou que "Se Deus quiser no próximo aniversário, ela também estaria aqui". Eu não falei nada, olhei para Z., que olhou para mim, profundamente, e fiz esse gesto que você está fazendo, (Pesquisadora acena de forma negativa com a cabeça), dizendo que ela não iria estar, e Z. entendeu. De qualquer maneira ela estava feliz e pensativa. Eu disse para ela que iria entrar de férias e perguntei se tudo bem. Ela disse que sim, que eu precisava descansar. Eu tirei férias, fiquei quase quinze dias fora, eu ia voltar na segunda-feira, dia 10/01, e ela faleceu no domingo dia 09/01. Eu perguntei primeiro para a equipe como foi e a Dra Goretti me disse que na quarta-feira ela estava com muito medo, muito nervosa. Ah! Eu tenho um fato importante para contar um depoimento. Na última semana da minha viagem eu fui para o mar em Parati e na quinta-feira uma andorinha começou a me rodear, rodear o barco. Ela pousava na vela do barco e quando eu fui olhar, tinha nascido um passarinho, um toquinho. Eu até brinquei, falei que ninguém ia sair de barco porque ninguém ia abrir a vela enquanto o passarinho não voasse, porque nós tínhamos que salvar a vida do passarinho. Essa história do passarinho vem me acompanhando desde a N, 1ª. paciente. Inclusive, eu tenho um outro fato para contar. É coincidência.

Pesquisadora Ana Catarina: Sincronicidade. Tudo depende da maneira como interpretamos a realidade que nos cerca.

Psicóloga Cristiane: Sim. No outro dia, na sexta-feira, o passarinho voou, o filhotinho. Eu fui lá, tirei o ninho e saímos de barco. No sábado nós voltamos, saímos novamente e toda vez que a gente apoitava, a andorinha vinha, subia no nosso mastro, entrava na nossa vela. Eu ficava pensando o que essa andorinha está querendo me mostrar. No domingo, foi o dia que eu vim embora, a andorinha lá, rodeando o barco. Na segunda-feira eu estava no Hospital e eu comecei a contar sobre isto para a nossa colega Mara, e ela contou que estava em um sítio no domingo e tinha um amigo contando uma história de que quando era criança, matava passarinho, e agora para resolver essa questão, ele cuida de passarinhos. Só que ele nunca matou andorinha, só os outros passarinhos, porque a andorinha tem um significado especial entre os pássaros e ela me cantou a música da andorinha que desata o nó. Comentei sobre essa sincronicidade, por ela também estar entrando em contato com a andorinha. Ela interpretou comigo que a andorinha desatou o nó.

Pesquisadora Ana Catarina: A Z. desatou o nó.

Psicóloga Cristiane: Isso, a Z. desatou o nó. Eu liguei para a N., cunhada da Z., não na segunda-feira, na terça, porque na segunda foi o enterro da Z. Ela ficou muito feliz de eu ter ligado para ela, perguntou se a foto que ela tinha tirado de mim com a Z. tinha saído. Ela me contou que a Z. partiu muito calma. Eu até escrevi tudo o que ela falou. Estava muito calma, não falou nada. Deu três suspiros bem fortes e partiu. No sábado, véspera do óbito, ela perguntou, para a irmã sobre o caixão que ela havia comprado. A irmã disse que ela não precisava se preocupar porque o H., irmão, iria comprar o caixão depois que ela se fosse. Nesse mesmo sábado, ela chamou a N., cunhada com quem eu estava de conversando, de lado, e disse que iria fazer uma viagem amanhã, (ela realmente foi a óbito no dia seguinte), e eu quero o meu sapato branco e a minha roupa amarela com estampa vermelha. A N. ficou muito angustiada, porque o sapato branco estava guardado, mas a roupa amarela com estampa vermelha, ela tinha dado. Aí eu descobri que ela já tinha dado todas as roupas dela. Já tinha feito toda a divisão. Ela tinha mandado para uma amiga no Rio de Janeiro. A N. até ligou para essa amiga, parece que uma amiga querida, tinha intimidade para isso, para ver se conseguia trazer a roupa, mas não deu e a N. colocou uma outra roupa nela. Mas no mento que a Z. pediu, a N. disse-lhe para ficar tranqüila, que iria

providenciar tudo isso para ela. A N. me contou que a Z. dormiu a noite inteirinha do sábado para o domingo. Dormiu tranqüilamente. Superbem. No domingo de manhã, a Z. não quis comer nada e a N. ficou preocupada. A Z. não quis água, não quis café e estava com uma rouquidão estranha. Na verdade essa rouquidão, nós chamamos de sororoca, que é o ronco da morte. Ela estava com aquela respiração barulhenta. A N. ficou preocupada e pensou se a Z. iria morrer. Ela não quis comer absolutamente nada e o domingo inteiro ficou o H. (irmão) e ela, cunhada N., com a Z. Quando foi umas três horas da tarde a N. percebeu que a Z. estava morrendo e chamou uma auxiliar de enfermagem. A Z. disse que o Dr Sâmio já tinha conversado com eles e que a Z. estava mesmo morrendo e pediu para eles ficarem tranqüilos porque ela estava bem. A auxiliar então falou para a Z. ficar tranqüila porque o seu irmão H. estava lá e a sua cunhada N. também estava lá. A Z. abriu os olhos, olhou para a N. e para o H., deu três suspiros bem fortes e morreu. Só, como um passarinho.

Pesquisadora Ana Catarina: Não deu trabalho. Supertranqüila?

Psicóloga Cristiane: Supertranqüila, apesar de toda aquela falta de ar que ela tinha, porque a Z. não tinha mais pulmão. Não tinha nada de pulmão, era só tumor. A N. me falou que a Z. foi muito tranqüila; que na quarta-feira ela estava muito nervosa, e estava com muito medo da morte, mas na quinta ela começou a ficar tranqüila. Eu perguntei para a N. se ela sabia o que havia acontecido, porque ela tinha ficado tranqüila da quarta, para quinta; ela me respondeu que não sabia me dizer, mas que na quarta realmente ela estava muito nervosa e disse para a Dra Goretti que estava com medo da morte;mas na quinta-feira ela já não falou mais nada de medo e estava supertranqüila. A expressão da Z., que a N. me disse, foi que ela morreu muito tranqüila e muito serena. Eu tomei a liberdade de perguntar para a N. se ela tinha ficado com o Anjinho da Guarda da Z., porque a N. que ficou com as coisas. Na hora que eu perguntei a N. me disse: “Doutora, eu estou sabendo, o Anjinho está na minha casa, na minha parede, mas eu vou levar para a senhora na sexta-feira”. Eu respondi que precisava ver se a outra irmã não queria o Anjo. Ela respondeu que era eu quem iria ficar com o Anjinho. Eu falei para ela ficar tranqüila, que eu iria guardar o Anjinho até o dia que eu viver. Eu cuido do anjinho dela.

Pesquisadora Ana Catarina: Isto foi uma orientação da Z.?

Psicóloga Cristiane: Foi.

Pesquisadora Ana Catarina: Você a levou até o Anjo no plano espiritual, através da visualização e, em contrapartida, vai ficar com o Anjinho dela aqui na Terra.

Psicóloga Cristiane fica profundamente emocionada. Pesquisadora Ana Catarina também se emociona.

Psicóloga Cristiane: Foi muito forte. (Chora, muito emocionada). Eu vou cuidar do Anjinho para ela. Acho que eu vou pôr lá na sala, enfim onde eu estiver eu vou pôr, porque eu também já tive uma paciente muito especial. Ela pintou um quadro, me deu e disse para eu ter esse quadro sempre perto de mim, onde eu estivesse, que era para eu olhar e saber que o trabalho dá certo. Esse Anjinho da Z. eu também vou levar comigo, onde eu estiver, para eu poder ver como a RIME dá certo, como vale a pena, porque foi muito difícil cuidar da Z. e no final teve esse desfecho bonito, em paz.

Pesquisadora Ana Catarina: Que bom. Esse Anjinho ficou como um símbolo que ela conseguiu encontrar o Anjo e que foi você que a levou até esse Anjo, para que ela pudesse encontrar a serenidade e a paz.

Psicóloga Cristiane: Eu concluo depois de todo esse trabalho, tenho até pensado nisso, falado isso para as pessoas. Ninguém quer morrer, porque o nosso organismo, ele é programado para viver. Todo dia, quando a gente acorda, todas as nossas células se esforçam para nós vivermos. Tudo é muito ativo. Quando começamos a morrer, começamos a entrar em passividade e a única forma de transformar isso e entender isso, é através da Espiritualidade. Não há outra maneira. Só a espiritualidade é capaz de transformar esse sentimento.

Pesquisadora Ana Catarina: E como você está entendendo a Espiritualidade na aplicação da RIME?

Psicóloga Cristiane: *Eu entendo que a RIME é um trabalho valiosíssimo, muito precioso, mas é muito difícil, porque é um trabalho muito profundo, porque você vai tocar em uma parte muito profunda, na Sombra da pessoa, naquilo que ficou preso. Como eu*

disse, se a pessoa viveu como um ermitão, usando a expressão que eu usei para a Z., ela vai morrer como um ermitão, a RIME não vai mudar isso, a RIME vai transformar o sentimento; a forma que a Z. escolheu para viver, os traços de personalidade: controladora, manipuladora, isto continua preservado; não é uma mágica, a RIME não é uma mágica; essa técnica vai transformar o sentimento diante da morte, para que a pessoa possa dar um sentido para tudo aquilo que está acontecendo. A minha experiência foi essa, que na RIME tem que ter, de fato, a conversa prévia, tem que ter esse trabalho da associação. O relaxamento, a música, os Seres de Luz, é o que vai dar o sentido para essa pessoa, para ela ir à profundidade da essência dela, e que às vezes ela não acessa de outra forma. Foi isto que eu aprendi. Até para mim é novo porque eu nunca trabalhei com a Espiritualidade, porque eu nunca tinha entendido. Eu nunca consegui entender como poderia ser, hoje eu entendo. Hoje eu sei. Tanto é que o Raúl Cortez deu uma entrevista para o Fantástico e falou isto: que ele sabe que existe uma outra vida e só quem passa sabe o que é, ele não acredita, ele sabe.

Pesquisadora Ana Catarina: Você falou a palavra-chave: a espiritualidade está relacionada justamente com a conexão do paciente com sua própria essência. A partir do momento em que ele consegue se conectar com a essência dele, ele consegue se conectar com os Seres de Luz. É o próprio paciente que faz a conexão com os Seres de Luz. A RIME favorece através dos seus elementos, Relaxamento, Visualização, as Experiências de Quase Morte, a conexão do paciente com sua própria essência e, em seguida a conexão com os Seres de Luz. Mas o paciente só vai se conectar com os Seres de Luz se ele aceitar, como a Z. só conseguiu se conectar com o Anjo, no momento em que ela aceitou entrar em contato com a essência dela. Cada paciente nós vamos favorecer a conexão de acordo com o limite dele. Eu percebi que você respeitou muito a Z. nesse sentido. *A forma como você lidou com vínculo, com ela, foi muito boa. Você realmente acolheu, compreendeu, a necessidade dela de controle. E você foi respeitando essa necessidade, não batendo de frente, foi acolhendo, foi permitindo que ela se manifestasse; você só tomava a rédea da sessão propriamente dita, quando realmente era necessário, para que o trabalho pudesse se desenvolver, mas você fazia isso de uma maneira suave, compreendendo e acolhendo toda essa necessidade dela de se manter liderando. Como esse manejo do vínculo você foi*

conseguindo ajudá-la a entrar em contato com o próprio medo, foi respeitando os limites dela, ela realmente não era capaz de se imaginar dentro do mar. O mar simboliza também o inconsciente. Ela ia se perder dentro do inconsciente, ela não tinha condições para isso; ela tinha uma estrutura psíquica complicada, precisava se manter em um nível mais concreto para se manter estável, porque senão ela poderia se desintegrar, ela não poderia realmente entrar no mar. Você a manteve na praia e o Ser de Luz veio até ela. Esta é uma maneira muito bonita porque ela se abriu para essa conexão a partir da percepção que ela não tinha durante a vida se ligado em Anjos, mas lembrou do presente do aluno, que foi um anjinho. Essa lembrança representou um momento de afeto, que era o que faltava para ela, e esse afeto provavelmente a disponibilizou para o contato com um Anjo dela e para a re-significação do medo da morte. Nós realmente não sabemos o que fez ela se acalmar de quarta para quinta, mas nós podemos supor que como ela sabia fazer o Relaxamento e disse que ia fazer do jeito dela, provavelmente ela fez, e isto pode ter contribuído para ela se acalmar. O seu trabalho foi excelente e ela deixou uma coisa concreta para você: o anjinho dela. (Profissional e Pesquisadora novamente se emocionam). Você a ajudou a encontrar, na visualização, o Anjo, o adolescente loirinho que ela chamou de Anjo Gabriel e ela deixou o anjinho dela, que ela ganhou do aluno, para você cuidar, como um sinal de que ela fez contato com a Espiritualidade. Agora me conta do seu sentimento na aplicação da RIME, nessa paciente. **3 - Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 6).**

Psicóloga Cristiane: *Em cada momento é um sentimento. No começo com a Z., eu tive aquela angústia de morte. Quando eu estou aplicando o exercício da RIME, eu me sinto muito bem, eu relaxo junto com o paciente, eu deixo a música também entrar dentro de mim, e eu percebo que eu fico mais próxima de mim também, da minha essência, do meu amor, eu me sinto também doando amor para a pessoa.* No momento da aplicação é isso que eu sinto, essa onda de amor, essa onda de serenidade. No caso da Z., depois daquela angústia de morte, eu fiquei muito mal; fiquei até com medo da RIME. Medo, no sentido de pensar se eu estava fazendo direito, se estava sendo bom, se eu estava sendo boa para a paciente, será que de fato eu estou fazendo certo. Eu fiquei com um sentimento muito negativo. Mas agora, eu tenho um sentimento muito positivo, tanto que eu tive uma outra

paciente que estava morrendo, Dona M., e eu tinha feito uma sessão de RIME com ela no Hospital. Quando eu cheguei na casa dela, ela estava nas últimas seis horas de vida, e eu orientei para ela ir para aquela praia que ela gostava. Ela estava praticamente sem fala e a pressão estava seis por quatro. Eu fui falando e ela olhou para mim e disse assim: "Minha querida" e me deu um sorriso. Então, o sentimento que me vem é o de uma onda de amor, de tranqüilidade. Eu também fico tranqüila e percebo que vale a pena. Muitas vezes, a linguagem é mais que verbal, esse relaxamento é fundamental; nem sempre o paciente, nessa hora, quer falar questões da vida dele. Como vou explicar isto? Quando o paciente está perto de morrer, ele não quer falar determinadas coisas. Quando você oferece o Relaxamento você está dando algo para ele. Porquê a pessoa, ela está um pouco esvaziada, ela não quer que tire nada dela. Com a RIME, como você consegue, na maioria das vezes, colocar o paciente perto da essência dele, você preenche o doente. Isto é muito positivo, porque se formos pensar na perspectiva da Psicologia, ele está com o ego fragmentado, então não tem como ele falar. Ele não quer falar, quer receber algo. Nós preenchemos o paciente com a RIME, que o traz para perto de si mesmo.

Pesquisadora Ana Catarina: E esse trabalho com a RIME também foi bom para você, uma maneira de você também se conectar com a sua própria essência?

Psicóloga Cristiane: *Ela me ajudou a que eu me conectasse com a minha essência e me deu uma compreensão maior do meu trabalho, porque eu sou muito crítica.* Eu penso no meu trabalho todo dia, ele é muito sério. Todo trabalho é sério, mas eu estou ali, junto com os pacientes, na maior crise da vida deles, que é a morte e que ninguém conhece. *Eu penso sempre se eu estou fazendo um bom trabalho e a RIME me mostrou que a única coisa que pode transformar é o Amor, mais nada pode transformar. A única verdade absoluta na face da Terra é o Amor. Não existe outra verdade, porque é dele que desencadeia tudo. A RIME me ensinou isso: que o Amor Incondicional é a única verdade do mundo. E, pasme, aconteceram tantas coisas boas na minha vida, depois que eu comecei a perceber esse Amor. Aconteceram coisas ruins, mas tiveram mais coisas boas e que me mostraram que essa transformação é possível, só através do Amor. O Amor que é a manifestação dessa Espiritualidade.*

Pesquisadora Ana Catarina: Essa é a nossa proposta. Fico superfeliz de você ter sentido tudo isso e quero te agradecer muito por ter aceitado o convite para participar desse trabalho.

Psicóloga Cristiane: Para mim foi um presente. Desde o primeiro dia, eu fiquei muito feliz por poder participar porque é um trabalho tão precioso. Fiquei lisonjeada, foi um presente.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu que agradeço.

DIÁRIO

A Psicóloga Cristiane escreve: "Descobri que a RIME aproxima a pessoa de sua essência; e somente o Amor Incondicional é capaz de transformar os sentimentos de medo e controle. Através da RIME dei um sentido maior e mais profundo para meu trabalho, porque descobri com a técnica que de fato ***não*** *somos impotentes e realmente temos o que fazer por todas as pessoas. Independente de eu estar nos Cuidados Paliativos ou na Quimioterapia através da técnica consegui me aproximar da minha própria essência e compreender a Dor Espiritual".*

4. PROFISSIONAL EDINAURA PEREIRA DE SOUZA (Enfermeira no setor de Oncologia do Hospital CAISM – UNICAMP).

A Enfermeira Edinaura Pereira de Souza iniciou a aplicação da RIME quatro meses após o término do Curso de Capacitação. Novembro de 2004.

Os dois pacientes, atendidos através da RIME por esta profissional, foram escolhidos porque apresentavam sofrimento importante diante da morte. A segunda paciente, embora não tivesse sido considerada oficialmente como fora de possibilidades de cura pela equipe médica, apresentava sinais emocionais de sofrimento relacionados à fase terminal, que foram observados por esta profissional e pela equipe de enfermagem.

4.1. – 1^{O}. PACIENTE R.A.O.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: Feminino Idade: 54 Patologia: Câncer de colo de útero

Religião: Evangélica Profissão: Do Lar

Estado civil: Casada Filhos: 6 (2 homens e 4 mulheres)

Quadro 28- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente R.A.O. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	**1**Hospitalar	**2**Hospitalar	**3**Hospitalar	**4**Hospitalar	**5**Hospitalar	**6**Hospitalar	**7**Hospitalar	**8**Hospitalar
Tempo de duração	1 hora	2 horas	3 horas	2 horas	1 hora e 30 min.	2 horas	1 hora	2 horas
EVA início	não observada	vermelha (6)↓ amarela (4) ↓ verde (3)	vermelha (6)↓ amarela (4) ↓ verde (3)	amarela (4) ↓ verde (3)	amarela (4) ↓ verde (3)	amarela (4)	amarela (4)	verde (3)
EVA final	não observada	azul (1)	azul (1)	azul (1)	azul (1)	azul (1)	azul (1)	azul (1)

Observação: A paciente encontrava-se com dificuldade para verbalizar e muito sonolenta, por esta razão, a Enfermeira Edinaura foi observando sua expressão no decorrer das sessões e anotando a "carinha" da E.V.A., correspondente.

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: Paciente portadora de câncer de colo e considerada pela equipe médica como Fora de Possibilidade de Cura. Foi internada desta vez com quadro de insuficiência renal.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Medo da morte representado pela negação da gravidade da doença e esforço contínuo para viver e curar-se. Mesmo fora de possibilidade de cura alimentava a esperança de viver por muito tempo.
- Medo da morte representado por comportamentos de muita agitação, aflição e angústia, indicando sofrimento espiritual intenso, visto que a paciente estava adequadamente medicada.

- Idéia e concepção negativas em relação ao sentido da vida, representada pela experiência negativa com um dos filhos que lhe tinha dado muito trabalho e estava ausente.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

- Não foi possível conversar com a paciente para que ela relatasse o que acontecia com ela dado seu estado clínico, porém ao término de cada sessão tomava muita água que a enfermeira que estava aplicando a RIME lhe oferecia, acenava com olhares e às vezes verbalizava que estava bem.

- Na primeira sessão, no decorrer da aplicação da Intervenção RIME, a paciente foi modificando seu semblante, minimizando a agitação e passando para um estado de sonolência. No final da sessão "acordou" e jogou um beijo para a enfermeira que aplicava a RIME, que a deixou calma, junto aos filhos. Este comportamento de tranqüilidade após a aplicação da RIME continuou a manifestar-se nas sessões subseqüentes. No final da quinta sessão apresentou-se ainda mais tranqüila que nas sessões anteriores; nesta sessão a orientação para o contato com os Seres de Luz foi feita de forma mais intensa, assim como o caminhar pela ponte e atravessá-la, como símbolo de passagem entre a vida física e a vida espiritual. A paciente após a aplicação da Intervenção RIME parecia uma criança bem terna no berço, segundo a enfermeira.

- Em relação ao filho que lhe deu muito trabalho, no final da aplicação da Intervenção RIME, foi muito interessante segundo a enfermeira, pois a paciente pareceu não mais se importar com o sofrimento que este filho lhe havido causado.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

A Enfermeira Edinaura escreve: "Em todos os momentos que vivenciei a aplicação da Intervenção RIME, senti-me muito bem. Após a aplicação da RIME, quando

ia para casa, sentia muita tranqüilidade e tinha momentos de sono muito bons. Em todas as sessões, nunca me senti sozinha durante a aplicação, sentia a presença dos Seres de Luz. Foi uma experiência muito gratificante.

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

Não houve.

Observações:

Com o decorrer das sessões, os familiares foram ficando tranqüilos e começaram a ficar mais em casa, só deixando a solicitação verbal que a Enfermeira Edinaura cuidasse sempre dela e não a abandonasse.

IMAGEM ESCOLHIDA PELA FILHA DA PACIENTE.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1ª. Entrevista (após os dois primeiros atendimentos realizados pela Enfermeira Edinaura).

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Conte, por favor, sobre as principais características da paciente e sobre o seu vínculo com ela, no manejo da Intervenção RIME.

1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).

Enfermeira Edinaura: *Eu acredito que foi feito um bom trabalho, a paciente já tinha um bom vínculo comigo, e o que eu não imaginava que eu ia atender a Dona R. neste momento.*

Pesquisadora Ana Catarina: Por que?

Enfermeira Edinaura: Porque em todas as internações ela sempre foi uma paciente muito otimista e alguma fraqueza dela, ela não se deixava vencer. Nessa internação eu falei, vai ser o momento de atender a Dona R., ela fez colostomia, mas tirava de letra. Ela internava mais por causa da baixa da hemoglobina, mas era só dar sangue para ela, que ficava animada. Nessa internação pensei que nem ia tentar falar da RIME para ela e para os familiares, mas na quinta-feira, (quatro dias antes desta entrevista), comecei a sentir que ela estava ficando mais debilitada, mas bem consciente e pensei que talvez fosse o momento de começar a conversar porque percebi que ela iria piorar nesta internação. *Como tenho um bom vínculo como ela senti que talvez ela estivesse entrando na fase terminal mesmo.* Fui para casa, mas fiquei ligando para saber qual era a evolução dela e na quinta-feira a "tardinha" ela ficou bem confusa. *Na sexta-feira era minha folga, liguei e me disseram que a Dona R. estava muito agitada. Decidi então que era hora de começar o trabalho com a RIME.*

Pesquisadora Ana Catarina: Ela está considerada fora de possibilidade de cura? Qual o câncer dela?

Enfermeira Edinaura: Câncer de colo, com comprometimento do rim. Fez quimioterapia, mas agora já foi considerada Fora de Possibilidade de Cura e o tratamento é só Qualidade de Vida, mesmo. Ela tem cinqüenta e poucos anos.

Pesquisadora Ana Catarina: Você compreendeu esta comunicação não verbal dela? Você sentiu que ela estava piorando, entregando os pontos.

Enfermeira Edinaura: E os familiares que nunca tinham visto a mãe se entregar assim, também ficaram apavorados. Na sexta-feira eu estava pensando que ia atender a outra paciente, saí de casa com todo o material, as músicas, a pasta de imagens.

Só que eu sabia que ia precisar de um parente dela porque ela estando confusa não ia poder assinar o Termo de Consentimento Pós-Informação. No final da tarde liguei pedi que fossem no quarto e vissem como estava a Dona R. O enfermeiro me disse que ela estava bem ruizinha, estava consciente, mas respondendo as perguntas de forma bem desconexa. Perguntei se tinha algum parente dela e pedi que me aguardassem por uns vinte minutos. Quando cheguei realmente ela estava em estado de confusão, agitada, os familiares estavam muito tristes, aí eu conversei com os dois filhos, que assinaram o Termo de Consentimento. Eu expliquei a técnica, eles perguntaram se ia ter despesas extras porque eu ia atender também fora do horário do meu trabalho, no domicílio. Eu expliquei que não haveria despesas extras e também que eu não atenderia só a Dona R., mas eles também. Eles entenderam muito bem e então eu me dirigi para o quarto da Dona R. A gravura quem escolheu foi a filha porque ela estava confusa.

Pesquisadora Ana Catarina: A filha escolheu por ela, por ela estar impossibilitada! Mas, me explica: o vínculo que você tinha com ela era resultado das internações anteriores? Ela já vinha sendo internada há algum tempo?

Enfermeira Edinaura: Sempre que ela internava, me procurava; sempre ela queria que eu fosse no quarto dela. Se ela soubesse que eu estava no hospital e não fosse no quarto dela, ela sentia-se mal.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela já tinha um vínculo de confiança com você, já adquirido no seu trabalho como enfermeira.

Enfermeira Edinaura: Isto.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Vamos então entrar na Técnica. **2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Pesquisadora Ana Catarina: Então foi a filha que escolheu a imagem para ela?

Enfermeira Edinaura: Fui até o quarto, cumprimentei a Dona R. mesmo sabendo que ela estava confusa.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela te reconheceu?

Enfermeira Edinaura: Parece que ela não estava reconhecendo as pessoas. Falei aqui está o seu filho L., a sua filha L., a Edinaura enfermeira. A senhora lembra de mim, Edinaura? Ela ficou só me olhando e eu falei aquela enfermeira que a senhora sempre queria que fosse conversar com a senhora e quando eu estava cheia de tarefas e não comparecia, a senhora ficava triste. Ela fixou o olho em mim e ficou meio parada. Continuei conversando e disse: Dona R. agora neste momento a gente vai colocar uma música e sua filha escolheu uma gravura pela senhora.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Uma variação. Uma maneira de lidar com uma paciente que está em estado confuso.

Enfermeira Edinaura: Mas, assim mesmo ela tentou. Coloquei o álbum perto dela, mostrei a imagem que a filha escolheu e perguntei: quer olhar, e fui segurando o álbum para ela. E aí coloquei a música.

Pesquisadora Ana Catarina: E a filha escolheu esta gravura por que?

Enfermeira Edinaura: Porque ela falou que era um caminho muito bonito, que tinha árvore, tinha água, um caminho bonito e a mãe dela sempre foi muito otimista. Eu falei que era um passeio, que a gente ia fazer um passeio.

Pesquisadora Ana Catarina: Exatamente.

Enfermeira Edinaura: Falei que a mãe ia fazer um passeio por um lugar muito bonito. Nisso eu estava atendendo e tinha funcionários curiosos e queriam ver o que eu estava fazendo.

Pesquisadora Ana Catarina: Todos queriam conhecer a técnica?

Enfermeira Edinaura: Eu tinha pedido para eles não entrarem, mas eles quiseram acompanhar um pouco para aprender. Eu com a minha timidez... a primeira vez.

Pesquisadora Ana Catarina: Mas você está indo muito bem. Você colocou a música?

Enfermeira Edinaura: Coloquei a música, deixei tocar e fiquei segurando na mão dela. Aí só tocou um pouquinho, uma base de uns dois minutos, depois eu comecei a fazer o passeio através da imagem escolhida pela filha.

Pesquisadora Ana Catarina: O que você falou para ela ?

Enfermeira Edinaura: Eu falei que ela não estava sozinha, que ela estava dentro de um quarto, o quarto 111, não sei se ela se lembrava. Que eu sabia que ela estava com angústia na agitação dela, mas neste momento, com a música, que ela deixasse elevar seu coração, ficar envolto com a música e tentasse ouvir a minha voz ao som da música. Que eu iria dizer umas palavras e que ela fosse tentando segui-las. Comecei a falar que a gente estava saindo do quarto 111, que a gente ia fazer um passeio bem gostoso e citei a gravura, a gente ia fazer um passeio por um caminho que tinha bastante árvores, tinha água, e que tinha também alguns pássaros e que a gente ia caminhar gostoso sem pressa de estar voltando deste passeio e que era como uma viagem e a gente ia fazer esta viagem sem medo. Quando eu fui falando que os lugares tinham árvores, água, que era gostoso, para ela ir sentindo o corpo dela descansando nesse passeio e que não sentisse angústia durante este passeio, aí eu fui olhando para o rosto dela e fiquei superemocionada, eu estava com a escala E.V.A. (Anexo 8) e eu fui olhando, a expressão dela ia mudando totalmente. E os dois filhos, a filha e o filho, também não saiam de perto e viram que ia mudando, mudando. Aí eu fiz um passeio de trinta minutos, não deu para parar antes, e ela foi dormindo, dormindo, dormindo. Quando eu vi que ela estava dormindo mesmo, eu falei vou deixá-la dormir. Eu parei a música, ela estava segurando minha mão ainda eu soltei. Depois eu deixei tocando a música novamente sem eu estar falando mais nada. Depois eu resolvi falar com ela "Dona R., tudo bem? Nós estamos aqui. Aí ela abriu um pouquinho os olhos, vi que os lábios estavam secos, coloquei água na boca dela com gaze para ela chupar, ela chupou. Os filhos falaram "mamãe você está bem"? Eu falei, Dona R. vou dar um beijo na senhora. Dei um beijo e ela abriu um sorriso. E aí ela jogou um beijo para mim. O filho falou, ela te reconheceu Edinaura.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela teve uma organização mental durante a RIME?

Enfermeira Edinaura: Foi. O filho falou: ela estava com uma cara de aflição no início do Relaxamento e agora, como ela está. Ela está bem. Eu pensei que ela ia morrer durante o Relaxamento, mas ela está bem. Aí eu perguntei para o filho se ele ia passar a noite com ela e ele lembrou que ela estava no quarto 111, onde não é permitido o pernoite de homens. Eu falei então com a enfermeira de plantão e mudamos ela para o outro quarto,

onde é permitido o pernoite de homens, para ele ficar com ela. Eu liguei a noite para a Silvia, a enfermeira de plantão e ela disse que ela estava dormindo supergostoso e até o filho estava dormindo bem.

Pesquisadora Ana Catarina: Que beleza.

Enfermeira Edinaura: Na sexta foi minha folga e aí eu liguei no sábado de manhã e falaram que ela estava dormindo bem. Liguei ao meio dia e disseram que a Dona R. não estava bem. Ela está com P.A. 8X5 e febre que não está cedendo com a medicação.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela estava em estado confusional ainda, ou não?

Enfermeira Edinaura: Estava melhor. Com febre... eu disse que ia para lá. Daqui a pouco chegava lá. Ele, o enfermeiro, me disse que achava que ela ia deixar a gente. Ele tinha ido oferecer um lanche e ela não respondeu nada. Só ficava olhando. Eu cheguei e falei: Dona R., de novo, a Edinaura e nós vamos preparar o quarto para fazer novamente um passeio. Ela balançou a cabeça afirmativamente, mas não verbalizava. Nisso chegou a filha e eu expliquei que a gente ia fazer o Relaxamento de novo. Chegou a neta. Expliquei para Dona R. que não íamos começar agora o passeio porque a neta tinha chegado e a senhora deve querer conversar com ela. Ela fez que não. Mas mesmo assim eu deixei elas uns cinco minutos a vontade. Expliquei para a neta que se ela quisesse ficar poderia. Tudo bem. Depois chegou o neto sentou. Eu comecei a falar e ela começou a dormir de novo.

Pesquisadora Ana Catarina: Serenou?

Enfermeira Edinaura: Isto serenou. Comecei a falar da paisagem que foi a filha que escolheu de novo. Comecei também a falar do túnel de luz, de muitas luzes. Ela estava acordada. Aí eu falei, vou falar de novo para a senhora dormir. Aí eu vi que ela gostou. Fui falando de novo a minha fala anterior.

Pesquisadora Ana Catarina: Você fez ela caminhar por paisagens, natureza, na primeira vez e na segunda que você introduziu o túnel de Luz e os Seres de Luz?

Enfermeira Edinaura: Isso. Fui conversando, conversando. Aumentava e diminuía a música. Mudava a música.

Pesquisadora Ana Catarina: Você mudou a música porque?

Enfermeira Edinaura: Porque a segunda era mais de descanso.

Pesquisadora Ana Catarina: Como ela não pode escolher, você teve que decidir sozinha.

Enfermeira Edinaura: Aí ela foi dormindo, quando eu levei ela, assim para o Caminho de Luz no passeio, ela mudou a fisionomia, ficou mais tranqüila. Eu falei Dona R., neste caminho tem muitos Seres de Luz, você não está sozinha. Deixe esta Luz tocar no seu coração, tocar na sua mão. Aí ela abriu os olhos com uma expressão serena. Dava a sensação que tinha Seres de Luz mesmo ali com a gente.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu a presença dos Seres de Luz?

Enfermeira Edinaura: Sim senti. Nesta hora ouvi o choro contido do neto. A neta também estava lá. Aí continuei e falei para ela ficar bem tranqüila. Ela sorriu. O neto falou que ela estava bem tranqüila., que até pensou que ela tinha morrido. Fui continuando, continuando, levei ela para um túnel cheio de Luz e ela logo depois acordou. Voltou inteira. Eu perguntei se ela tinha lembrado de mim. Ela falou que sim e sorriu. Ofereci água. Perguntei se queria no copo. Ela falou que no copo não. Coloquei na gaze.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela voltou superconsciente?

Enfermeira Edinaura: Ela voltou inteira. Superinteira. Sentei ela na cama, ela estava inteira. A pressão subiu, a temperatura normalizou. Coloquei ela sentada fora do quarto. Aí o Rodrigo (enfermeiro) falou assim: gozado, esta técnica melhora a pressão, melhora a temperatura? A paciente está até sentada no corredor.

Pesquisadora Ana Catarina: Que beleza!

Enfermeira Edinaura: Ela estava com uma série de problemas orgânicos, falências e se reorganizou naquele momento. Ficou super em paz. Melhorou tanto que foi até ficar nas cadeiras do corredor.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi muito bom o seu atendimento.

Enfermeira Edinaura: Interessante que na quinta-feira eu também estava supercansada e conforme fui induzindo o relaxamento dela naquela paisagem com árvores e água, eu também fui melhorando, ficando super em paz e dormi superbem.

Pesquisadora Ana Catarina: Interessante. Isto que aconteceu com você, já aconteceu comigo e está acontecendo também com outros profissionais. Isto de ficar super em paz, superdescansada.

Enfermeira Edinaura: No sábado eu senti mais energia ainda, estava super tranqüila, super em paz. Descansada.

Pesquisadora Ana Catarina: No primeiro atendimento você induziu a RIME para aspectos da natureza, tranqüilizando a paciente. Na segunda sessão você introduziu o túnel de Luz e os Seres de Luz, fazendo a ligação com a dimensão espiritual que acreditamos existir e a paciente respondeu muito bem, tanto que até melhorou fisicamente e reorganizou-se mentalmente. Foi muito bonita sua experiência.

Pesquisadora Ana Catarina: E quanto a sua experiência pessoal? **3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 5).**

Enfermeira Edinaura: Minha experiência pessoal foi de paz e de recuperação de energias

Pesquisadora Ana Catarina: E você sentiu a presença dos Seres de Luz?

Enfermeira Edinaura: Sim e senti paz e amor. Os enfermeiros estão todos querendo saber e falando que querem aprender a técnica.

Pesquisadora Ana Catarina: Esse é o nosso objetivo. Ensinar a todos que quiserem, no futuro. Você lidou muito bem com a situação específica desta paciente quanto a não estar em condições de escolher as imagens e a música, deixando a filha escolher as imagens, escolhendo músicas de acordo, observando a expressão dela e comparando-a com as expressões da escala E.V.A. Nos próximos atendimentos você pode continuar desta forma. Se ela tiver condições de escolher as imagens deixe-a escolher e também escolher as faces da escala, caso contrário,continue procedendo desta forma. Foi lindo o seu atendimento. Muito obrigada.

2ª. Entrevista (após o óbito da Paciente)

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Vamos ver a primeira questão, no conjunto das sessões: **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Enfermeira Edinaura: *No total foram oito sessões e o nosso vínculo já era bom, a gente já tinha um bom vínculo, com a RIME ficou mais interessante e também porque atingimos os familiares também. Os familiares se sentiram super confortáveis. Todos os momentos da técnica foram superinteressantes e emocionantes, me animou a fazer com outras pacientes, treinar mais, e a Dona R. em todos os momentos ela sentiu tranqüilidade. Tanto ela como também os familiares.* Eu achei gozado que, na penúltima sessão, quando eu falei para uma enfermeira da equipe que a gente tinha atravessado a ponte com os Seres de Luz, ela disse que quando atravessa a ponte, a pessoa vai morrer, mas ela está viva, ela deu uma acordada. Foi quando eu escrevi para você, passei um e-mail. Esse momento foi interessante para mim porque aí ela acordou realmente e depois ficou assim "murchinha", mas eu achei que ela já tinha encontrado, ela estava tranqüila, parecia que ela não estava aqui mais, estava um ser diferente e não estava com uma fisionomia feia de maneira alguma.

Pesquisadora Ana Catarina: Parecia que ela não estava mais interagindo com as pessoas aqui? Tinha se desligado deste mundo material?

Enfermeira Edinaura: Tinha se desligado totalmente. E nesse dia os familiares chegaram, olharam para mim e disseram: agora é questão de minutos, né? Eu falei, pelo jeito sim, mas pode ser que demore mais um dia, ou mais. Eu achei gozado que quando eu falei assim os familiares descansaram.

Pesquisadora Ana Catarina: Ficaram tranqüilos?

Enfermeira Edinaura: Ficaram tranqüilos. Eles estavam acompanhando direto, desde o começo da terapia RIME que eu comecei a atender no quarto 111 e depois a trouxe para o quarto 100. Eu a coloquei no quarto 100 justamente para eles poderem ficar com ela, ficar homens, que no outro quarto não podia, e eles foram para casa descansar.

Pesquisadora Ana Catarina: A aplicação da RIME também facilitou a elaboração do luto dos familiares?

Enfermeira Edinaura: Isto. Aí o pessoal da equipe fez críticas. Eu expliquei que era porque eles estavam tranqüilos e muito cansados. Eles estavam com a dor da perda e agora eles estavam tranqüilos. Então o trabalho serviu para isto também, para ajudar os familiares. Eles foram para casa, ficaram tranqüilos, tranqüilos, e viam visitar ou só ligavam, inclusive quando ela foi a óbito não tinha familiar nenhum. Quando eu comuniquei não apresentaram susto nenhum.

Pesquisadora Ana Catarina: Aceitaram com tranqüilidade?

Enfermeira Edinaura: Aceitaram com tranqüilidade. E neste trabalho, na aplicação da RIME, também comecei a trabalhar que ela tinha um filho, que deu muito trabalho para ela e também tinha receio de partir por causa deste menino. Na aplicação da técnica eu pedia para ela desligar daqui, que os Seres de Luz também cuidariam do filho e teve um dia que eu falei isto e ela abriu os olhos, fez um ar interessante e parecia que ela estava entendendo o que eu estava falando e que ela estava querendo descansar realmente.

Pesquisadora Ana Catarina: Que ela aceitava este descanso e entregava o filho nas mãos dos Seres de Luz?

Enfermeira Edinaura: Isto. E o filho veio visitá-la.

Pesquisadora Ana Catarina: E ficou bem?

Enfermeira Edinaura: Ficou superbem. E no dia que ela estava para partir, foi meu último atendimento, eu não estava trabalhando mais para ela encontrar os Seres de Luz porque me parecia que ela já tinha encontrado, eu aplicava a técnica com tranqüilidade, porque já sabia. Ela deu uma respiração bem funda e parecia que queria falar alguma coisa e ali foi a despedida. Foi superinteressante.

Pesquisadora Ana Catarina: No último dia que você a atendeu?

Enfermeira Edinaura: Daí eu falei para o pessoal, agora ela vai mesmo e ela foi naquele dia.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi como se ela tivesses se despedido de você? Que bonito. Como você se sentiu neste momento?

Enfermeira Edinaura: Eu me senti supertranqüila. Chorei um pouco, assim... ela ficou muito inchada e tudo, então aquilo mexeu comigo, mas eu estava vendo que ela estava partindo com tranqüilidade e ela não sofreu para se desligar. Ela entrou com M1 (primeiro nível de sedação), mas sem necessidade porque ela estava bem. Inclusive ela acordou quando eu estava aplicando a RIME nela. Acordou mesmo.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu já tive esta experiência. Mesmo sedado o paciente se comunica.

Enfermeira Edinaura: Ela respirou, olhou, olhou, tossiu, eu coloquei água na boca dela de novo.

Pesquisadora Ana Catarina: Apesar de você já ter um vínculo bom com ela, frente às diversas internações que ela tinha tido antes de você aplicar a RIME, *você sentiu que com a aplicação da Intervenção RIME o seu vínculo com ela ficou melhor ou ficou a mesma coisa?*

Enfermeira Edinaura: Ficou melhor. A aplicação da Intervenção favoreceu bastante e não somente com ela, eu acho que todos as pacientes deveriam ser beneficiadas com esta técnica. A RIME favorece mesmo a ligação da gente com a paciente.

Pesquisadora Ana Catarina: Favorece o vínculo, aumenta a ligação?

Enfermeira Edinaura: Aumenta mesmo.

Pesquisadora Ana Catarina: Conta agora para mim em resumo como foi a aplicação da técnica, como você conduzia a aplicação da Intervenção RIME, as imagens que você usava, o que você orientava para ela visualizar. Conta em resumo.

2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).

Enfermeira Edinaura: Teve momentos que eu falava bastante e tinha momentos que eu falava pouco. As vezes eu deixava a música tocando e ficava em silêncio. Desde o começo eu procurei seguir o que a paisagem me dava de elementos.

Pesquisadora Ana Catarina: Nas primeiras sessões foi a filha que escolheu a paisagem dela? Depois foi ela ou você continuou usando esta paisagem?

Enfermeira Edinaura: Continuei com a mesma paisagem que a filha escolheu. Só mudei de música, mas foi por opção minha, porque eu queria dar outro momento de tranqüilidade para ela.

Pesquisadora Ana Catarina: Você escolheu uma música mais tranqüila?

Enfermeira Edinaura: Sim. Escolhi uma música que induzia ao descanso. Eu fiz oito sessões com ela, pela quarta eu comecei a falar dos Seres de Luz e da ponte. Antes eu falava sempre de viagem. De um passeio, seguir um caminho, sentir que aquela viagem era somente dela. Pedi várias vezes que ela não levasse ninguém nesta viagem, isto eu sempre fiz; e que as pessoas que estavam aqui estavam permitindo ela passear gostoso e que ela se sentisse como uma criança neste passeio. Quando eu falava que as pessoas estavam aqui e ela podia arrumar a mala tranqüila e não tinha que se preocupar em levar ninguém, que ela ia passear gostoso e encontrar muito dourado neste caminho, ela ficava com o semblante supergostoso, supergostoso mesmo, diferente.

Pesquisadora Ana Catarina: Um semblante de paz?

Enfermeira Edinaura: De paz mesmo. Então todas as aplicações da RIME eu colocava para viajar sozinha, que não tinha que se preocupar com ninguém e justamente por este filho que ela se preocupava tanto. Eu dizia que era permitido ela viajar sozinha.

Pesquisadora Ana Catarina: Você falou que a partir da quarta sessão você começou a introduzir os Seres de Luz e a ponte para ela atravessar para o outro lado. Como foi isto? Você chegou a falar das Experiências de Quase Morte ou você só introduziu os elementos? Visto que ela estava sem se comunicar.

Enfermeira Edinaura: Só introduzi os elementos.

Pesquisadora Ana Catarina: Porque ela não estava se comunicando. Como foi? Conta para mim.

Enfermeira Edinaura: Eu orientei que nesse caminho ela estava encontrando Seres de Luz e que ela não fugisse deles, segurasse na mão, e que a cada vez, cada minuto, viajando, eles estariam iluminando o caminho estaria mais claro e ela iria encontrar sempre dourado, dourado, luz bem dourada, e que no momento, com estes Seres de Luz segurando

na mão dela, ela ia encontrar uma ponte e que ela olhasse dos lados da ponte e não tivesse medo nem na frente, nem atrás e nem nos lados e que continuasse atravessando, atravessando, e no final da ponte seria mais gostoso ainda. Ela ficava serena, serena.

Pesquisadora Ana Catarina: Maravilhoso. Você percebia que ela ia ficando serena?

Enfermeira Edinaura: Isto. Por isto eu falei para as outras enfermeiras. Ela conseguiu atravessar a ponte. E elas perguntaram, e como ela conseguiu e não morreu na hora?

Pesquisadora Ana Catarina: É isto que quero esclarecer. Porque eu comentei sobre esta questão na palestra. (Vivência: Tenho um mês de vida. IV Encontro Multidisciplinar em Oncologia. III Seminário de Reflexões sobre a Vida e a Morte. II Ciclo de Cursos em Oncologia. "A Ciência e a Arte da Humanização no Contexto do Cuidar" CAISM UNICAMP, Campinas, maio de 2004). Eu comentei que eu não ia atravessar os profissionais na ponte porque ninguém ia realmente morrer. Mas quando falamos que "vai atravessar a ponte", isto não quer dizer que o paciente vai morrer naquele exato momento; quando o paciente "atravessa a ponte" mentalmente ele se desliga do plano terrestre. É um simbolismo. "Atravessa a ponte para o plano espiritual". É uma imagem simbólica. Não quer dizer que naquele exato momento ele morra. Quer dizer que nos próximos dias, ou na próxima semana, ou no próximo período, ele provavelmente vá a óbito, ele já está se desligando. Mas isto não é uma coisa concreta, que ele vá morrer naquele momento. O atravessar a ponte é uma imagem simbólica que significa que ele está saindo de um plano material e entrando no plano espiritual. Mas esta passagem, que é a morte, ela pode demorar um dia, dois dias, uma semana, até um mês ou mais, quem sabe. Enfim, o período de terminalidade do paciente. Cada paciente tem um período.

Enfermeira Edinaura: No questionário estruturado eu descrevi como eu fazia a Intervenção RIME. Eu falava o que estava sentindo, com base nos elementos propostos pela técnica. Teve algumas vezes que eu ficava segurando na mão dela e depois eu andava no quarto, enquanto eu falava.

Pesquisadora Ana Catarina: Você se sentia melhor ficar andando e conversando. E ela lá, serena?

Enfermeira Edinaura: Serena.

Pesquisadora Ana Catarina: Quando terminava a sessão de aplicação da RIME, primeiro você orientava para ela entrar na paisagem, água, árvores. Depois você orientou que ela visse os Seres de Luz, que se entregasse nas mãos dos Seres de Luz, que sentisse o Amor. É isto?

Enfermeira Edinaura: Sim. É isto.

Pesquisadora Ana Catarina: Depois você falou para ela atravessar uma ponte, para ela não ter medo, para ela ir sozinha, para ela aceitar a Luz, que cada vez o caminho dela estava cada vez mais iluminado pelos Seres de Luz. Basicamente era isto que você falava?

Enfermeira Edinaura: Sim. Era isto.

Pesquisadora Ana Catarina: No começo você segurava a mão dela e depois você soltou e começou a andar pelo quarto, como se tivesse dando uma permissão para ela ir sozinha. E algumas vezes você deixava a música tocando.

Enfermeira Edinaura: Isto mesmo. E quando eu cheguei com ela na ponte, eu não pedi para ela voltar de maneira alguma. Eu dizia para ela ficar na posição que ela mais desejasse. Aí eu parava de falar e deixava só a música. Quando eu andava pelo quarto, eu pensava que talvez os outros profissionais poderiam entrar no quarto e pensar que eu parecia "louca". Mas eu sentia a presença dos Seres de Luz e sabia que não precisava mais pegar na mão da paciente.

Pesquisadora Ana Catarina: Perfeito.

Enfermeira Edinaura: Teve uma vez que deixei uma hora a música.

Pesquisadora Ana Catarina: Quando você desligou, a expressão dela era de paz?

Enfermeira Edinaura: De paz.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela era uma paciente que não estava se comunicando mais, então você induzir e depois deixar a música, está correto. É isto mesmo. E também olhar a expressão facial dela e confirmar se a RIME a estava serenando. E não tem que trazer o paciente de volta da ponte mesmo. Porque esta passagem pela ponte ou a entrada do Túnel e uma imagem simbólica, que quer dizer que o paciente vai fazer a

passagem, mas não quer dizer que vai ser naquele momento. Você quer me falar mais alguma coisa da aplicação da técnica.

Enfermeira Edinaura: Não. Basicamente foi isto.

Pesquisadora Ana Catarina: Agora me conta o que você sentiu ao aplicar esta técnica RIME, com esta paciente.

3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 6).

Enfermeira Edinaura: Eu me senti bem, eu estava ajudando uma pessoa em um momento superdifícil. Eu me senti superbem. As pessoas às vezes tem medo de estar próxima a uma pessoa que vai partir e eu percebi que esta técnica RIME ajudou também os familiares, acalmou muito, muito, os familiares. Então eu fiquei tão bem em ver a paciente partir com tranqüilidade. Ela era uma pessoa queria viver e tinha preocupações com aquele filho e com os outros familiares também e era uma lutadora. *Tinha muitos filhos e eles eram muito preocupados com ela. Um veio de longe, de Salvador, para ver a mãe e gozado que quando ele foi embora, ele veio falar comigo; eu estava ocupada conversando com umas pacientes que tinham vindo fazer curativo e ele me disse que precisava ir embora, mas sabia que eu ia cuidar bem da mãe dele, porque já estava cuidando. Eu disse para ele ir com tranqüilidade. Eu me senti muito bem, tanto com os familiares, quanto com a paciente na forma dela partir. Porque no começo ela estava angustiada e com confusões e ela foi melhorando.*

Pesquisadora Ana Catarina: Então você se sentiu bem de aplicar a RIME. *E quais foram os sentimentos, as emoções específicas, que esta técnica RIME te trouxe?*

Enfermeira Edinaura: Sentimento de paz. Paz mesmo. Em nenhum momento eu senti angústia; só de paz mesmo. E até para mim.

Pesquisadora Ana Catarina: É mesmo? Então conta, porque isto está acontecendo com os outros profissionais também e aconteceu comigo.

Enfermeira Edinaura: Eu estava com alguns conflitos profissionais, de equipe, chateada, triste; pensando, puxa vida, eu me dedico para as pacientes, algumas exigências nós temos que fazer com os funcionários para os atendimentos saírem bem e as pessoas

não estão entendendo, e estava em nível de chefia e tudo e de repente eu fui me acalmando, acalmando, aceitando as coisas, e tudo se resolveu de uma forma tão boa, que hoje ninguém acredita que tenha ficado tudo tão em paz.

Pesquisadora Ana Catarina: Então a técnica te ajudou a se tranqüilizar.

Enfermeira Edinaura: E mais. Depois que eu comecei a aplicar a técnica estou dormindo superbem.

Pesquisadora Ana Catarina: Você aplicou a técnica na paciente e isto ajudou você a relaxar e a dormir superbem.

Enfermeira Edinaura: Eu falei, gozado. Que é isto? E mais, eu queria aplicar a técnica. Queria estar lá de novo, aplicando a RIME.

Pesquisadora Ana Catarina: Você pode aplicar a RIME para os pacientes e para você mesma, por exemplo, antes de dormir. Pode colocar a música, visualizar um lugar tranqüilo, visualizar os Seres de Luz, só não atravesse a ponte. Você vai alimentar o seu espírito.

Enfermeira Edinaura: A RIME me fortaleceu bastante. Achei super interessante. Eu tive um crescimento.

Pesquisadora Ana Catarina: Como assim, cresceu em que sentido?

Enfermeira Edinaura: Cresci, assim: eu vi que estava sendo útil, que eu tinha qualidades. Percebi que eu precisava acreditar mais em mim.

Pesquisadora Ana Catarina: Você fortaleceu sua auto-estima e reconheceu o potencial que você tem.

Enfermeira Edinaura: Isto mesmo.

- DIÁRIO

A Enfermeira Edinaura escreveu que *através da Intervenção RIME pode ajudar a paciente a ir a óbito em um clima de muita tranqüilidade.* Embora os familiares não estivessem presentes no momento do óbito *expressaram que puderam observar que durante a aplicação da Intervenção RIME, R. apresentava um semblante muito calmo e*

muita confiança nas orientações sugeridas. O filho que deu muito trabalho para a paciente e que foi objeto de trabalho na re-significação da Dor Espiritual, visitou a mãe na véspera do óbito.

4.2. – 2^{O}. PACIENTE M.L.C.I.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: Feminino Idade: 57 Patologia: Câncer de mama

Religião: Católica Profissão: Do lar

Estado civil: Casada

Filhos: 02 (01 homem e 01 mulher, ambos casados)

Quadro 29- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.L.C.I. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A) de Bem-Estar.

Sessões	**1** Hospitalar
Tempo de duração	2 horas e 30 minutos
EVA início	vermelho (0)
EVA final	azul (10)

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: Paciente portadora de câncer de mama; foram realizados todos os tratamentos incluindo a quimioterapia e excluindo a radioterapia. Nesta internação estava com derrame pleural e linfangite. Devido ao quadro pulmonar apresentava-se com muita dispnéia e, em conseqüência, com desconforto no leito. A Paciente não tinha sido considerada Fora de Possibilidades de Cura pela equipe médica, mas a Enfermeira Edinaura observou, após dez dias de internação da paciente, pouco melhora em seu quadro clínico e sofrimento espiritual progressivo importante, por esta razão decidiu, com consentimento dos familiares, aplicar a Intervenção RIME. Realizou uma sessão na tarde do dia 05/12 e a paciente foi a óbito na madrugada do dia 06/12.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Medo da morte observado através do semblante assustado da paciente, o que preocupava muito os familiares. A paciente apresentava dificuldade para verbalizar com a equipe.
- Medo da morte representado pela intensificação da angústia respiratória e pela imobilidade no leito.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

- Na manhã do dia em que a RIME foi aplicada, como a paciente estava com muito desconforto respiratório, os familiares perguntaram à equipe médica se não havia mais nada que pudesse ser feito para aliviá-la; a equipe médica respondeu que tudo o que era possível fazer, já estava sendo feito. Na tarde deste mesmo dia foi aplicada a RIME e a nora da paciente, ao observar os efeitos da RIME sobre a paciente, disse que havia sim, mais alguma coisa para fazer e essa "mais alguma coisa" era esta Intervenção RIME, pois a paciente melhorou da dispnéia e suavizou seu semblante em expressão de serenidade.
- Após os primeiros trinta minutos de aplicação da RIME, a paciente, que não estava conseguindo movimentar-se no leito, virou-se e procurou sozinha uma posição de conforto e com uma expressão alegre no rosto, continuou o relaxamento. Nesse momento, por uma percepção intuitiva, pareceu à enfermeira que aplicava a RIME que os Seres de Luz estavam segurando nas mãos da paciente.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

A Enfermeira Edinaura escreve que sentiu, na aplicação da Intervenção RIME, momentos de muita paz, tranqüilidade e calma.

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

A nora da paciente observa as transformações físicas e emocionais que acontecem com a paciente, após a aplicação da RIME.

Observações: A Enfermeira Edinaura relata que as pacientes, companheiras de quarto de M.L. também acompanharam a RIME e verbalizaram que se sentiram muito bem com o procedimento.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELA PACIENTE.

- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Entrevista única (óbito da paciente após a primeira sessão de RIME).

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Me conta do seu vínculo, como que foi esta segunda paciente, como ela era. **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Enfermeira Edinaura: O meu vínculo com esta paciente era diferente, em relação ao vínculo com a primeira. Não é que eu não tivesse vínculo, é que ela internava pouco, mas a minha interação era boa, como é com todas as pacientes. A internação era para ser curta e ela veio em um estado calmo, tranqüilo, mas para avaliar o estado geral e para uma pulsão toráxica.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela tinha que tipo de câncer?

Enfermeira Edinaura: Câncer de mama, com metástase pulmonar. Ela não dava muito trabalho, mas daí o estado dela foi piorando *e também não tinha diagnóstico de Fora de Possibilidades de Cura (FPC).*

Pesquisadora Ana Catarina: Ela não tinha diagnóstico de Fora de Possibilidades de Cura (FPC)?

Enfermeira Edinaura: Não. Mas quando eu observei, percebi que tinha alguma coisa errada, não sei o que poderia ser mais feito para ela, porque ela estava piorando cada vez mais. Perguntei para o Maurício (médico) o que mais poderia ser feito para esta paciente, para se fechar o diagnóstico de Fora de Possibilidades de Cura (FPC) e que eu achava que o quadro dela estava evoluindo para pior. Ele respondeu que realmente não tinham um diagnóstico fechado de Fora de Possibilidades de Cura (FPC) e que se ela parasse, era para ressuscitar e fazer as manobras. Eu pensei, mas esta paciente está em sofrimento. Comecei a ficar mais angustiada quando a respiração dela foi ficando mais difícil, ela foi ficando com angústia e os familiares também preocupados com ela e a cada dia ficando pior. Pensei, preciso fazer alguma coisa para ela. Inclusive, no dia que antecedeu o óbito, pela manhã, eu apliquei a RIME nela sem pedir autorização porque ela estava com sofrimento respiratório muito grande. Não tinha condição de eu explicar tudo e ela assinar. Estava também sem acompanhante. Aí eu fiz, até sem saber se ela iria entrar na pesquisa porque não tinha autorização (Termo de Consentimento Pós-Informação). Quando os familiares chegaram a tarde, eu expliquei o trabalho para a nora, que aceitou autorizar, mas quis falar com os filhos dela, que estavam no térreo do Hospital. Eu fiquei conversando com a paciente e é gozado que ela só ficava em uma posição decúbito lateral esquerdo e não conseguia se virar porque ficava pior e ficando cada vez mais, com mais angústia, mais angústia. Os outros profissionais falaram para eu fazer o trabalho com a RIME com esta paciente. E eu respondi que eles não tinham visto, mas de manhã eu tinha feito. Expliquei que eu queria fazer e ia fazer, e depois, mesmo sem o diagnóstico de Fora de Possibilidades de Cura (FPC) e mesmo que ela não entrasse na pesquisa, eu ia fazer.

Pesquisadora Ana Catarina: Vocês observaram que ela estava evoluindo para o óbito?

Enfermeira Edinaura: Evoluindo e sofrendo. Os profissionais me diziam que o trabalho (RIME) que eu fazia com a Dona R., era bom fazer com ela. A *paciente também estava bem consciente. Aí a nora foi falar com os parentes e veio rápido dizer que eu podia fazer o trabalho, que os filhos e o marido tinham autorizado e o marido tinha assinado o Termo de Consentimento Pós-Informação. A nora quis ficar presente na aplicação da técnica RIME. Eu fui colocar um biombo para separar outras pacientes e elas pediram para deixar sem biombo que elas também queriam participar.*

Pesquisadora Ana Catarina: As outras também quiseram?

Enfermeira Edinaura: As outras estão com câncer avançado, mas não tem o diagnóstico de Fora de Possibilidades de Cura (FPC). Eu pensei que ia ter que lidar com tudo isto, a nora e mais as outras duas pacientes. Mas, vamos lá, assim vou ficando desinibida na aplicação da técnica. Pedi para ela escolher uma gravura, ela mesma escolheu. Escolheu a música também e que foi a mesma música da Dona R.

Pesquisadora Ana Catarina: A mesma que você tinha escolhido pela Dona R?

Enfermeira Edinaura: Isto. Ela escolheu a mesma. Deu tempo de colocar três para ela escolher a que queria. O álbum de imagens ela olhou quase tudo. Ela parou nessa aqui e nessa aqui. As duas têm azul e rosa, tem pássaros e esta tem casinha e esta não tem.

Pesquisadora Ana Catarina: Realmente, são bem semelhantes. A beira de um lago, pássaros.

A Enfermeira Edinaura começa a relatar a aplicação da técnica RIME, de forma espontânea, sem que a questão precisasse ser formulada: **2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Enfermeira Edinaura: Aí eu comecei a fazer o caminho na visualização. Como estava com a nora e as outras pacientes, eu pensei que talvez não pudesse chegar na ponte, mas eu iria trabalhar com os Seres de Luz. Comecei a falar que a gente ia fazer um passeio, tudo meu é um passeio.

Pesquisadora Ana Catarina: Está certo.

Enfermeira Edinaura: Eu fiquei sentada em um banquinho, dela eu não segurei a mão, e a nora sentada na cadeira azul que é mais confortável. Momentos eu fechava os olhos, momentos eu abria os olhos, e ficava olhando bem a paciente, foi gozado que no decorrer da técnica ela se virou sozinha e procurou uma posição dela mais confortável. Essa hora me deu um arrepio, eu pensei, não acredito no que estou vendo.

Pesquisadora Ana Catarina: Porque ela não estava se virando?

Enfermeira Edinaura: Isto, ela não estava se virando. Mas não virava mesmo. Quando a gente ia puncionar a veia dava o maior trabalho. Pedia Dona ML vira um pouquinho, forçava, até prejudicava ela porque estava forçando, fazendo o que a gente queria e ela não se sentia bem. E ela se virou rápido e deu para perceber que esta mudança foi porque ela estava sentindo que o passeio estava bom e ela relaxou e procurou uma posição por ela mesma e de um jeito bem agradável, bem suave, sereno, e naquele momento me deu arrepio. Todos os momentos a nora bem atenta no que estava acontecendo com ela.

Pesquisadora Ana Catarina: A nora ficava prestando atenção?

Enfermeira Edinaura: Ela ouvia e não tirava o olho. E eu fui falando, falei mais coisa do que eu falava para a Dona R.

Pesquisadora Ana Catarina: Que você falou?

Enfermeira Edinaura: Pedi para ela ir passeando que nós estávamos em caminho gostoso, que ela olhasse e visse que todos os lados tinham plantas, tinha verde e tinha vários tipos de flores e no decorrer do caminho ela ia encontrando pássaros. Então falei que ela estava encontrando um lago, com água bem limpinha, e era para parar um pouquinho agora e coloque seus pés na água, abaixe um pouquinho pegue um pouco desta água e jogue esta água do lado e foi nesse momento que eu falei jogue esta água do lado, que ela procurou a posição dela, mexeu na cama bem gostoso, sabe quando a gente mexe gostoso, parece que está se espreguiçando, aí eu falei brinque com esta água, molhe os pés, molhe as mãos, molhe o rosto, e jogue a água dos lados sem pressa para findar o passeio, falei para ela molhar também o cotovelo, molhar os dedinhos; aí eu falei, olhe agora para

os lados, veja se consegue ver os pássaros, veja se consegue pegar nos pássaros, brinque com eles, segure, solte, brinque de novo. A respiração que estava indicando angústia respiratória, foi ficando tranqüila. E aí fui continuando, falei para ela deixar os pássaros e encontrar flores, colher as flores, brincar, cheirar as flores. Fui observando que ela foi mudando, foi ficando mais serena. Aí eu falei que ela ia passar por um caminho que estava ficando mais estreito, mas tinha mais flores, de todos os lados, na frente, atrás. Falei para ela brincar mais com as flores, cheirar as flores, sentir o cheiro delas, Aí eu falei para ela olhar na frente deste caminho com flores e ver Seres de Luz. Falei para ela segurar na mão deles e que eles iriam seguir com ela o caminho e que este caminho iria ficar mais gostoso ainda e para ela não ter medo se ele for longo. Não tenha pressa de maneira nenhuma. Agora se segure nestas Luzes, fique bem no seu corpo, olhe bem, veja que você está imaginando os Seres de Luz segurando a sua mão. Não tenha medo. Respire gostoso e não tenha pressa para respirar. Respire gostoso sem medo. Uma hora ela olhou para mim, mas também não falou nada. Um olhar gostoso. Eu falei que os Seres de Luz iriam continuar com ela, e para ela não ter medo porque em nenhum momento ela estaria sozinha. Pedi que se sentisse confortável, e cada instante, continuando este caminho com estes Seres de Luz sua vida iria ficar mais gostosa, mais descansada. E a nora também observando. E ela foi mudando, mudando. Continue pelo caminho que está bem iluminado, caminhe. Agora você chegou em uma ponte. Continue. Não tenha medo. Os Seres de Luz continuarão com você. Aí a deixei com os Seres de Luz e na ponte. Nisso eu não continuei porque chegou o marido dela. Parei de falar e deixei a música tocando. Ele deu um abraço na esposa, e eu achei que era melhor deixar eles à vontade. O marido perguntou o que estava acontecendo porque ontem ela estava assim, agitada, e agora estava mais tranqüila, bem mais tranqüila. Eu sei que com ela eu falei muito mais coisas e diferentes do que com a Dona R.

Pesquisadora Ana Catarina: Você estava mais solta para aplicar a RIME. Ela escolheu as gravuras de manhã ou a tarde?

Enfermeira Edinaura: De tarde. De manhã eu fiz sem ela escolher nada.

Pesquisadora Ana Catarina: Você só fez uma orientação de visualização de lugares bonitos.

Enfermeira Edinaura: Isto. Deixei o marido lá com ela e chamei a nora e avisei que iria pedir para transferi-la para o quarto 100, não tinha feito ainda porque não tinha terminado a limpeza neste quarto.

Pesquisadora Ana Catarina: No quarto 100 além de poder ficar acompanhante homem, a paciente fica sozinha, só com o acompanhante?

Enfermeira Edinaura: Sim. Todos ficam melhor acomodados. A nora então disse que hoje cedo tinha perguntado para o médico se não poderia fazer mais nada, que ela estava sofrendo muito com a respiração. O médico respondeu que tudo que poderia ser feito, já estava sendo feito e não é verdade. Havia mais o que fazer e foi o que você fez.

Pesquisadora Ana Catarina: A nora falou isto para você?

Enfermeira Edinaura: Eu ganhei o dia quando ela falou isto para mim.

Pesquisadora Ana Catarina: Explica melhor.

Enfermeira Edinaura: Mesmo ela não sendo considerada Fora de Possibilidades de Cura (FPC), a nora perguntou para o médico residente, que estava atendendo Dona ML, o que mais poderia ser feito para melhorar a respiração dela. O médico respondeu que não tinha mais nada que poderia ser feito para ela. Os remédios que estavam sendo dados, eram estes mesmos. E a nora disse que não era verdade. Que tinha mais alguma coisa para ser feita e eu fiz. Ela disse que tinha sim mais alguma coisa para fazer e que eu estava fazendo. Isto para mim foi muito gratificante. Tudo foi gratificante. A primeira foi muito gratificante, mas esta segunda, foi demais.

Pesquisadora Ana Catarina: Por que você viu que ao aplicar a técnica RIME, ela ajudou a normalizar a respiração dela?

Enfermeira Edinaura: Principalmente porque a nora disse que na visão médica não havia mais nada a ser feito e tinha. Eu disse que iria para casa, mas avisei que se ela entrasse em sofrimento eu gostaria de estar aqui e pode me chamar. Não tem problema, os outros profissionais já estão avisados, se ela entrar em sofrimento é para me ligar. Há qualquer momento eu viria, deixei a família sabendo disso. Como não me ligaram me preparei para aplicar a RIME novamente no dia seguinte, quando viesse trabalhar. Quando

cheguei ao CAISM fiquei sabendo que ela tinha ido a óbito. Eu estava querendo falar com a nora, mas estava difícil, pis ela mora em outra cidade, estava aqui só para acompanhar a sogra, mas eu consegui falar com o marido. Ele disse que este trabalho eu tenho que continuar fazendo porque foi tão gostoso entrar no quarto e ouvir aquelas palavras tão bonitas que você estava falando, mas tão bonitas. Eu não consigo lembrar tudo o que falei.

Pesquisadora Ana Catarina: Você foi se soltando e falando pelo seu coração. Essas palavras estavam ligadas aos Seres de Luz, ao Amor Universal?

Enfermeira Edinaura: Isto. Seres de Luz. Amor. E ele disse que eu estava falando umas palavras bonitas e que eu tenho que continuar este trabalho com as outras pacientes. Disse que também ajudou a ele se tranqüilizar bastante e sua esposa não sofreu nem um pouquinho para morrer. Depois que você fez o trabalho (RIME) ela não sofreu mais.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele disse que a partir do momento que você fez o trabalho com ela, Dona ML não sofreu mais?

Enfermeira Edinaura: Isto. Emocionei-me de falar com ele, de ver o resultado do trabalho.

Pesquisadora Ana Catarina: Parabéns. E como foi o óbito dela?

Enfermeira Edinaura: Tranqüilo.

Pesquisadora Ana Catarina: Os familiares estavam ao lado dela e a paciente foi morrendo com serenidade?

Enfermeira Edinaura: Isto. E tranqüilamente.

Pesquisadora Ana Catarina: E, no atendimento da manhã, você falou o que para ela?

Enfermeira Edinaura: Eu coloquei música. Fiz uma introdução da técnica, mas sem entrar em detalhes. Pedi para ela ficar tranqüila, que a gente estava ao lado dela, que ela se sentisse em um lugar gostoso e não no hospital.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi só uma introdução.

Enfermeira Edinaura: No atendimento da tarde, quando eu terminei, também perguntei para as outras pacientes como estavam se sentindo e elas estavam muito bem.

Pesquisadora Ana Catarina: As outras pacientes do quarto também se beneficiaram com o trabalho?

Enfermeira Edinaura: Sim.

*Pesquisadora Ana Catarina: Agora tenta colocar em palavras estas emoções e sentimentos que você vivenciou ao aplicar esta técnica RIME. **3)*** **Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 6).**

Enfermeira Edinaura: Difícil. Meu sentimento foi gratificante. Eu fiquei muito emocionada quando a nora falou que o médico havia dito que não havia mais nada para fazer e havia. Eu pensei, sempre há alguma coisa para fazer, sim. Eu também pensei, eu preciso fazer mais, porque eu não estou fazendo. Eu fico só atrás do que o médico vai fazer, medicação para aumentar o oxigênio, melhorar a respiração, e não é nada disto, tem mais o que fazer. Eu pensei que não estou fazendo tanto pelos pacientes.

Pesquisadora Ana Catarina: Esta experiência mexeu com a sua ação profissional?

Enfermeira Edinaura: Este foi o sentimento.

Pesquisadora Ana Catarina: O sentimento que você percebeu, foi que a sua ação profissional vai além de administrar medicação, é isto?

Enfermeira Edinaura: Isto.

Pesquisadora Ana Catarina: Que a sua ação profissional também passa pelo campo de proporcionar alívio psíquico e espiritual. Uma técnica que leve paz ao paciente, espiritualmente e psiquicamente. É isto o que você sentiu?

Enfermeira Edinaura: Isto.

Pesquisadora Ana Catarina: Você se sentiu uma enfermeira não só voltada para o corpo, mas também voltada para a mente e o espírito? É isto que você sentiu?

Enfermeira Edinaura: Isto mesmo. Você conseguiu definir bem o meu sentimento. E as outras duas técnicas de enfermagem que pediram para eu fazer este trabalho com a Dona ML estavam sentindo também. Muitos profissionais entraram no quarto enquanto eu estava aplicando a técnica, para perguntar alguma coisa e mesmo só para ver como é a técnica.

Pesquisadora Ana Catarina: E os profissionais gostaram da técnica?

Enfermeira Edinaura: Foi legal. Os profissionais me diziam que eu estava demorando a começar. Que eu precisar atender a Dona ML com a RIME. Querendo que eu fizesse alguma coisa. Eles viram que o trabalho com a Dona R (1ª. paciente) foi bom.

Pesquisadora Ana Catarina: Então os outros profissionais pediram para você atender esta paciente, apesar dela não ter o diagnóstico de Fora de Possibilidades de Cura. Estavam todos sentindo que ela iria a óbito.

Enfermeira Edinaura: Isto mesmo.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. O que eu desejo realmente é que você continue aplicando esta técnica com todos os pacientes.

Enfermeira Edinaura: Eu não vou parar.

DIÁRIO:

A Enfermeira Edinaura relata que o marido da paciente, frente os benefícios que foram alcançados por sua esposa M.L., disse-lhe que esta Intervenção RIME deve ser aplicada em todos os pacientes, a que Edinaura concorda.

A Enfermeira Edinaura também relatou que o aprendizado desta forma de abordagem ao paciente terminal, mostrou-lhe que *a enfermagem não deve atender apenas as necessidades físicas dos pacientes, mas também suas necessidades espirituais e que ela pretende continuar aplicando a RIME. Concluiu que agora, diante de um doente terminal, não se sente satisfeita em seu papel profissional, se cuidar apenas das necessidades físicas do doente.*

5. PROFISSIONAL MARIA GORETTI SALES MACIEL (Médica. Coordenadora do Programa de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo)

A Dra Maria Goretti Sales Maciel iniciou a aplicação da RIME quatro meses após o término do Curso de Capacitação. Novembro de 2004.

A primeira paciente atendida por esta profissional foi escolhida porque apresentava muita dificuldade em lidar com a questão da morte e também porque era viável a aplicação da RIME durante o procedimento médico (paracentese). O segundo paciente foi escolhido porque apresentava angústia e estava na iminência da morte.

5.1. 1^{O}. PACIENTE M.A.S.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: Feminino Idade: 63

Patologia: Meta Hepática (Tumor Primário Oculto)

Religião: Evangélica Profissão: Auxiliar de Serviços (Sec. da Fazenda)

Estado civil: Viúva (registro hospitalar) Filhos: 1 homem (adotivo)

1 neta adolescente

Quadro 30- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.A.S. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	**1** Domiciliar em 11/11/04	**2** Hospitalar em 11/01/05
Tempo de duração	40'	60'
EVA início	verde (6)	Laranja (2)
EVA final	azul esverdeado (8)	azul esverdeado (8)

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: Paciente portadora de metástase hepática, com 02 anos de evolução e um tumor primário nunca identificado. Iniciou acompanhamento na assistência domiciliar em 13 de agosto de 2004 por ter uma ascite volumosa, morar distante e necessitar de paracenteses freqüentes. No início do tratamento tinha ótima performance física, saía sozinha, ia a Bauru, etc. Saiu pela última vez para votar, na eleição de 30 de outubro (2^{o}. turno). Sentiu-se fraca e voltou de táxi para casa. A partir daí, iniciou seu processo de morte com perda de performance, apetite, peso. Foi internada em 18 de novembro após hemorragia digestiva alta, com sangramento intenso. Após a internação não conseguiu mais andar e caiu progressivamente até a morte, em 12 de janeiro de 2005, às 3h00 da madrugada.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Medo da morte representado pela negação da possibilidade de morrer em breve e ausência de uma experiência espiritual profunda que a levava a se angustiar ao perceber a gravidade de sua doença.

Dra Goretti relatou que na 1ª sessão, em 11 de novembro de 2004, quando já começava a conversar sobre a possibilidade da própria morte, M.A.S. sempre mantinha a fé em Deus, acreditava que para Ele tudo é possível, e tinha esperança de se curar. Percebeu, com isso, que M.A.S. mesmo admitindo que poderia morrer, tinha a morte como algo distante, que demoraria muito a acontecer. Poucos dias antes desta sessão uma vizinha comentou que quando uma pessoa faz várias sessões de paracentese (procedimento para retirar líquido da barriga) é porque está perto de morrer. Isto a deixou muito assustada e com muitos questionamentos. Em relação à 2ª sessão, 11 de janeiro de 2005, M.A.S. estava muito mal e muito angustiada. Confessou estar com muito medo da morte e por várias vezes anunciava a iminência desta morte, o que não se justificava clinicamente naquele momento. Ela estava muitíssimo debilitada, agitada e não dormia há vários dias. Tinha muito medo de fechar os olhos e dormir. A médica, Dra Goretti, teve a impressão que mesmo com toda a sua vivência religiosa, ela não tinha uma experiência espiritual profunda. Pensou isso ao final de tudo, pela perplexidade da paciente diante da 1ª sessão e pelo verdadeiro pavor que a acometeu próximo à sua morte. Parecia que para a paciente era como se fosse cair num vazio – numa noite sem fim. Fez Dra Goretti pensar, mais uma vez, o quanto religião e espiritualidade são coisas às vezes tão distantes uma da outra. Percebeu também que o vínculo de M.A.S. com a família, apesar de existir, era de um contato frio e distante. A neta, que morou com ela nos últimos dois anos, nunca participava das visitas. Nunca as viu trocando carinhos, nem palavras de afeto.

- Medo do pós-morte representado pelo medo de fechar os olhos e dormir, como extensão ou amplificação da carência afetiva em que parecia viver.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

- Na segunda sessão a médica que aplicou a RIME nesta paciente só consegui realizar a mesma após, literalmente, niná-la com uma criança que precisa da mãe e fazê-la dormir por alguns minutos. Quando começou a sessão da

Intervenção RIME propriamente, a paciente suspirou profundamente por duas vezes e a partir daí, a sua expressão e o seu comportamento mudaram muito. Ela ficou muito tranqüila, aparentemente, até a hora da sua morte. Não conversou mais, mas serenou e morreu dormindo!

- A médica que aplicou a RIME nesta paciente relatou que durante a aplicação desta intervenção, na 1ª sessão, M.A.S. modificou muito a sua expressão e emitia sons, durante a aplicação da RIME, como pequenos gemidos ou como cantarolasse para si própria. Ao término da sessão sentiu-se encantada com o que experienciou na visualização; deixou claro que havia entendido como era, enfim, a vivência espiritual e que depois da morte restaria vida, capaz de tudo alcançar.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

Dra Goretti relatou: A relação com M.A.S. mexeu muito comigo. Senti-me muito responsável por ela desde a 1ª sessão. Foi muito duro quando ela se internou em outro hospital (18 de novembro a 3 de dezembro). Em seguida, saí de férias e fiquei muito preocupada. *No dia da sua última internação, em 10 de janeiro, fiquei chocada com a sua aparência e culpada por não ter aplicado a RIME novamente. À noite tive um sonho onde eu via muito bem uma pulseira prateada no meu punho esquerdo. Pouco depois eu via a mesma pulseira em um braço negro. Acordei aflita às 4h30. O sonho me inspirou em como iniciar a segunda sessão, ninando a paciente.*

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

Dra Goretti relatou que não conseguiu detectar.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELA PACIENTE.

- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1ª. ENTREVISTA (após o 1º atendimento realizado pela Médica Maria Goretti Sales Maciel).

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Eu vou te fazer algumas perguntas e você vai me contando conforme a sua experiência. A primeira pergunta refere-se ao manejo do vínculo terapêutico na aplicação da RIME. **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Dra Goretti: Essa é uma paciente de sessenta anos de idade, uma mulher, ela era auxiliar de serviços na Secretaria da Justiça, ela é evangélica, solteira, mas mora com algumas sobrinhas. Ela já teve alguns companheiros, mas não tem filhos. Mora com uma sobrinha neta que cuida dela. A escolha para aplicar a RIME com ela, é o seguinte: ela é uma paciente que eu visito a cada quinze dias, porque ela tem um câncer metastático no

fígado, por isso ela tem acite, que é uma coleção de líquido no abdome. A cada quinze dias precisa ser drenado esse líquido, então eu já a visito nesse período. Eu comecei a RIME na quinta visita domiciliar. Nessas primeiras visitas nós criamos um ótimo vínculo porque o procedimento é demorado e a cada visita eu permaneço na casa dela, pelo menos de uma hora e meia a duas horas para dar tempo de tirar todo o líquido, fazer reposição de albumina, então é uma visita longa. *Nesse tempo a gente costuma conversar muito. Eu brinco que nesses procedimentos, nós temos que levar o baralho para a casa do doente. Cria então um vínculo grande, afetivo até, porque a gente conversa muito. Tem espaço para ela contar todas as histórias delas, a gente brinca um pouco. Cria de fato um vínculo muito bom. Ela tem uma confiança muito grande em mim como médica porque vou lá, alivio os sintomas. Ela me identifica como a médica dela, que agora ela é paciente da Dra Goretti.* Por ser evangélica, é muito curioso, a C. tem sempre uma coisa, uma expectativa de cura. Ela diz, quem sabe uma hora não fico boa, para Deus nada é impossível, eu posso ficar boa. Ao mesmo tempo em que ela fala em cura, ela tem exata noção da gravidade da doença dela. Ela sabe que não vai ficar boa, tecnicamente ela não vai sarar, mas ela mantém essa fé. Eu acho isso muito curioso. Então ela foi uma boa escolha. Toda vez eu falo para ela que a doença não vai sarar e que a gente vai continuar cuidando dela, todo o tempo que for necessário. Mas, ela tem essa perspectiva.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela não perdeu a esperança de vir a se curar.

Dra Goretti: O que foi interessante na visita que a gente propôs iniciar a RIME é que foi muito bom. Ela estava com uma angústia enorme e me fez várias perguntas. Duas situações distintas. Primeiro: quando a gente fazia paracentese nela, é um procedimento para retirada de liquido, fazíamos também em outra paciente, que a gente fazia toda semana e com uma história semelhante à dela. Essa outra paciente a gente acompanhou por dez meses. Por algum motivo, comentando com alunos, ela ouviu falar da outra paciente e queria sempre saber dela. Toda semana ela perguntava como "fulana" estava. Essa outra paciente morreu quando estávamos na terceira sessão da C. Nessa sessão ela perguntou dessa outra paciente e eu achei que ela não estava preparada para saber da morte e disse que a "fulana" estava internada porque teve uma intercorrência e ela não estava bem. Na sessão seguinte ela não perguntou da outra paciente. *Nessa sessão, antes de começar a RIME, ela*

perguntou como a outra paciente estava. Eu disse que a paciente tinha morrido, tinha partido. Eu percebi que isso causou um impacto muito grande nela. Ela ficou triste. Depois da RIME ela confessou uma outra história. Uma vizinha dela tinha ido lá, ela mora em um bairro muito simples, classe média baixa, classe baixa, e essa vizinha fez um comentário infeliz com ela. Falou que já tinha ouvido falar que quando o paciente tira água da barriga, depois que tira muitas vezes, a pessoa morre. Isso causou um impacto muito grande. Nessa visita, antes de aplicar a RIME ela estava com muitas dúvidas, muitas perguntas. Perguntou da outra paciente, perguntou novamente o que seria dela. Estava muito angustiada. Eu percebi frente a todas essas angústias que ela começou de fato a entrar em contato com a morte, porque até então ela sempre falava muito em cura, cura. Ela dizia que se Deus quisesse curá-la, ele poderia, porque para ele nada é impossível. Dizia também que se ele não quisesse curá-la, o que ela poderia fazer? Morrer não devia ser tão ruim assim. Mas, enfim, ela expressa uma angústia. Então eu achei que a RIME entrou na hora corretíssima.

Pesquisadora Ana Catarina: Realmente, a questão dela perguntar da outra é a maneira dela expressar a angústia dela. Perguntar da outra é supor como a história dela vai se desenrolar.

Dra Goretti: Exato. Eu propus a RIME. Ela tem uma história de vida profissional interessante. Ao longo da vida dela, ela fez várias viagens. Na hora que eu mostrei o álbum, ela me contou de várias viagens que ela fez para Porto Seguro, para outros lugares que ela tinha ido, que tinha visto o mar, que tinha sido ótimo, para Campos de Jordão. Ela olhava as figuras e falava, isso me lembra tal lugar, eu fui lá, é assim. Ela chegou a expressar um certo incômodo. No prédio dela, ela mora em um desses prédios da COHAB, e tem muitas crianças no prédio. Ela disse que ficava muito incomodada porque as crianças faziam muito barulho, perturbavam muito, que às vezes a incomodava. Eu perguntei qual carinha que ela escolhia no começo da sessão. E apesar dela estar muito alegre, muito sorridente, ela mostrou a carinha amarela (sofrimento incômodo). *Ela parece que está sempre bem, sorridente. Mas ela tem uma angústia interior, que ela tenta passar por cima. Eu comecei mostrando as fotos, perguntei para onde ela gostaria de ir, expliquei todo o procedimento, que era uma Tese de Doutorado, que a gente iria fazer uma viagem e*

essa técnica ia ajudá-la a relaxar um pouco e entrar em contato com o mundo mais interior. Eu disse para ela perceber que o corpo dela está doente, mas aqui por dentro ela pode ficar muito bem. Eu perguntei para onde ela gostaria de ir e ela disse que o lugar onde ela se sente melhor é em uma mata, um lugar muito verde. Decidimos conversar sobre a mata. Ela disse que gosta de praia, mas o que ela gosta mesmo é de mata e de água. A imagem que ela mais gostou, olha abri na página. Meu álbum tem muitas imagens, eu percebi que não é prático.

Pesquisadora Ana Catarina: Você tem muito para dar no seu coração, por isto tantas imagens no seu álbum. Então ela escolheu mata e água. Entramos então na segunda questão: **2- Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Dra Goretti: Nessa sessão ela escolheu mata e água, mas ela disse que da próxima vez ela quer ir para outro lugar.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela gosta de viajar.

Dra Goretti: Ela quer fazer turismo. Eu tenho um CD de músicas muito suaves que têm um barulhinho de água no fundo; eu ganhei esse CD em um Congresso em Barcelona, de um laboratório. Ela estava muito ansiosa para fazer a RIME. Na hora que eu liguei o CD, a casa dela é muito pequena, eu usei o som da casa dela e toda vez que eu vou lá, a neta está ouvindo o maior pagode junto com as amigas, a maior barulheira, e dessa vez a neta estava só, foi ótimo, e quando coloquei a música até a neta dela ficou calada. A casa toda ficou calma. Ela fechou os olhos, adorou, só de ouvir a música. Então eu comecei: pedi para ela respirar calmamente, se imaginar entrando em uma mata, em um caminho, como se fosse uma trilha, onde tinha muitas árvores, muita sombra, o ar era muito fresco e ela poderia respirar tranqüilamente sentindo o ar fresco da mata entrando no pulmão, saindo lentamente e ela entrou muito rapidamente eu achei.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela relaxou rapidamente?

Dra Goretti: Algumas horas eu também fechava os olhos e visualizava junto para facilitar, mas outras horas eu observava e ela ficou o tempo todo com uma certa gemência, muito gozado, ela relaxou e ficou fazendo "Humm", "Humm", "Humm". A enfermeira Valéria estava do lado e viu.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela estava cantarolando como se ela fosse um nenezinho, ela mesma se acalmando.

Dra Goretti: Isso, ela mesma se ninando. A sessão inteira ela ficou assim. Eu cronometrei, foram exatamente dezessete minutos.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você orientou a visualização?

Dra Goretti: Ela entrou na mata, andou, andou um bom tempo; durante esse caminhar, até chegar no lugar que eu queria que ela chegasse, eu mandei ela respirar calmamente, fiz umas três ou quatro respirações bem calmas, percebi que ela estava bem calma. Ela chegou em um lugar da mata, que era mais claro, tipo uma clareira e tinha muitas flores e o local era muito perfumado. Tinha um jardim no meu álbum que ela também gostou muito. Ela viu o jardim e adorou. Ela podia sentir o perfume das flores e tinha também um riacho bem rasinho, onde a água só cobria os pés. Antes ela tinha falado alguma coisa de medo de água; ela disse que quando começou a doença, os médicos perguntaram se ela tinha tomado banho de rio, por causa da esquistossomose e por isso ela ficou com um pouco de receio. Falei que era uma água bem limpa, bem cristalina, uma areia clara, algumas pedrinhas, que ela estava descalça, com uma roupa muito leve e que ela podia caminhar molhando os pés. A água só cobria os pés dela e ela ia caminhar um pouco, por esse riacho. Na claridade do riacho tinha uma pedra e ela ia se sentar um pouco para descansar um pouco. O lugar era muito claro, tinha muita luz. Eu entrei fundo, eu disse que a luz a envolvia, que era uma luz brilhante, dourada e aquela luz a abraçava e amparava. Falei que ela poderia se encostar um pouco, se ela quisesse alguém poderia estar do lado dela, poderia dar o ombro para ela encostar. Eu disse que a Luz a aquecia muito e para ela imaginar que era o Amor de Deus a envolvendo e trazendo muita calma, muita paz e muita segurança. A sensação dela estar muito bem, a sensação dela estar com muita disposição. Eu a deixei um pouco nessa imagem. Falei para ela ficar o tempo que quisesse. Frisei para ela sentir o amor, o carinho, esse envolvimento. Ela ficou um tempinho. Eu continuei a orientação e disse que nesse tempo que ela estava descansando apareceram algumas crianças. Ela tinha reclamado um pouco de crianças antes, mas ela tem essa coisa infantil, alegre. Falei que tinha muitas crianças em torno dela, que ela poderia pegar na mão delas e brincar como se estivesse brincando de roda com elas, em um lugar calmo. No

jardim, com muitas flores, disse que ela estava brincando com muitas crianças, que estavam em torno dela brincando de roda. Essa brincadeira estava trazendo uma paz imensa, alegria, conforto. E ela cantarolando, aumentou mais o som da voz. Eu deixei ela brincando com as crianças por um bom tempo e disse que ela poderia voltar nesse lugar quando quisesse. Fui retornando com ela; falei que ela podia se despedir das amigas crianças, podia abraçar, beijar, mas também poderia voltar a qualquer momento e ficar com elas. Falei para ela ir voltando pela mata, até o começo do caminho. Fui voltando com ela, mas ela não "acordava". Ela demorou um tempo para abrir os olhos.

Pesquisadora Ana Catarina: De tão relaxada que ela ficou?

Dra Goretti: Sim. Ela ficou um tempinho piscando, ela abriu os olhos e nossa! Ela voltou extasiada. Foi muito bonito. Eu dei um tempinho para ela e pedi para ela me contar. Ela se emocionou bastante, ela chorou. Ela falou que nunca tinha passado por uma experiência daquelas, que tinha sido muito bonito. Ela me contou a história da vizinha e disse que, às vezes, as pessoas trazem coisas muitas negativas, mas que eu tinha conseguido trazer para ela uma visão da morte não como uma coisa ruim, mas mostrando que o espírito da gente continua. Ela mesma falou, achei impressionante.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela mesma fez essa elaboração.

Dra Goretti: Ela disse que é como, quando a gente morre, o espírito da gente continua. Eu falei: exatamente! Quem vai embora é o corpo, mas a possibilidade de viajar, de entrar em contato com um mundo bonito, isso é eterno e isso ninguém pode te tirar. Ela ficou superemocionada. Eu perguntei de tudo o que ela mais tinha gostado, depois que ela tinha acalmado um pouquinho. Ela respondeu que tinha sido das crianças. Essa experiência com crianças foi muito positiva para ela, porque ela tinha esquecido um pouco, de como é bom ser criança. Que como as crianças traziam coisas boas. Que as vezes ela se irritava com a criançada do prédio, mas que ela tinha se esquecido que criança trazia também muita paz, muita coisa boa.

Pesquisadora Ana Catarina: A sua atuação foi perfeita. Você foi muito intuitiva. Quando você começou o relato, eu observei que pela configuração da patologia dela, da doença, essa barriga de água pode ser vista como uma barriga de grávida. Ela não teve

filhos, crianças que irritam. Então o que irrita pode ser a lembrança das crianças que ela não teve. Da gestação que ela não teve. Foi esse simbolismo que me veio e pensei em te falar no final da entrevista colocar crianças na visualização. E você fez isso, intuitivamente.

Dra Goretti: Eu não sei como me veio a questão das crianças. Falar a questão do amor de Deus foi porque eu lembrei que ela é evangélica. Veio-me na cabeça sobre as crianças. Eu fiquei pensando sobre os Seres de Luz e me veio as crianças.

Pesquisadora Ana Catarina: Porque talvez o medo da morte e do pós-morte esteja relacionado ao vazio de não ter gerado nada, e as crianças do prédio brincando ficam lembrando-a dessa dor.

Dra Goretti: E curiosamente a doença dela, justamente, deixa um barrigão enorme. As pessoas na rua perguntam se ela está grávida. Ela me diz que se tem cabimento, ela, com aquela idade, e as pessoas perguntando se ela está grávida. Eu digo a ela, quem a manda ter cara de trinta e cinco anos.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi perfeito.

Dra Goretti: Ela ficou tão emocionada.

Pesquisadora Ana Catarina: Você utilizou um símbolo chave. Ela conseguiu, inclusive, fazer uma elaboração em relação ao medo da morte, que ela tem esse vazio aqui, mas como ela sentiu que a vida continua, ela pôde preencher esse vazio com crianças, a partir da imaginação dela, da dimensão espiritual. A partir de uma outra perspectiva de vida. Como você falou: o seu corpo está doente, mas o seu espírito é eterno, o seu espírito pode ficar bem. E, ela fez a associação: a vida continua.

Dra Goretti: E com a própria fé dela. Porque ela sempre está ligada na cura, mas a cura não é só física. Tem que morrer de alma curada, você tem que estar com o corpo doente para morrer, mas a alma pode ficar curada. Os evangélicos são muito apegados à cura, as coisas são muito concretas para eles. Eu pensei em não falar “Seres de Luz” porque para ela poderia chocar porque os evangélicos lidam muito com coisas concretas. O que ela mais gostou foram as crianças e molhar os pés, que deu segurança para ela.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela vivenciou, porque ela se emocionou.

Dra Goretti: No final, em relação à carinha da escala, ela escolheu a azul esverdeada (sofrimento leve). Eu acho que se ela tivesse falado a um, a totalmente azul, seria falso, pois ela melhorou, mas ainda a angústia estava presente.

Pesquisadora Ana Catarina: Você falou sobre as Experiências de Quase Morte?

Dra Goretti: Quando eu li com ela o Termo de Consentimento Pós Informação, eu falei. Ela assinou o Termo e ainda chamou a sobrinha neta para assinar. Eu expliquei o que eram as Experiências de Quase Morte, que eram pessoas que estiveram muito próximas de morte e que descreveram o processo como algo muito bonito, muito prazeroso. Ela comentou que então já teve gente que quase foi, mas voltou. Eu expliquei para ela antes de começar o exercício da RIME.

Pesquisadora Ana Catarina: Você fez a RIME durante o procedimento de paracentese, que é um procedimento demorado. É importante relatar, para que os médicos saibam que podem aplicar a RIME durante procedimentos demorados e mais tranqüilos.

Dra Goretti: Eu também preciso te dizer que uma das dificuldades do médico é essa. Nós damos conta de muitas tarefas. Se demorarmos mais com um doente, sempre há uma solicitação de um outro ou alguém vem te solicitar. O médico tem muitas ações concretas e a necessidade de administrar, que é importante. *Uma outra questão que todo médico tem e até eu também tinha, é o medo da confusão de papéis. Se tivermos que prescrever e dar conta da espiritualidade, eu acho que é, não só uma tarefa a mais, mas você pode se sentir confundindo papéis; o paciente pode questionar qual é o papel do médico, na equipe e qual o papel desse médico, junto a ele, doente. Mas, foi muito interessante porque ela me respondeu muito bem a essa dúvida. Ela disse que era maravilhoso ter uma médica que cuidava dela, prescrevia medicamentos, fazia o procedimento e até cuidava também do seu espírito.*

Pesquisadora Ana Catarina: A própria paciente respondeu à sua dúvida.

Dra Goretti: A Valéria, enfermeira, que estava junto, falou que isso é que se chama um atendimento completo.

Pesquisadora Ana Catarina: Um atendimento sistêmico, dentro dessa visão biopsicossocial e espiritual. Agora me conta como você se sentiu dentro desse atendimento.

3 - Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 5).

Dra Goretti: Por exemplo, na hora que ela chorou, que ela se emocionou, eu me emocionei, chorei junto. Eu consegui visualizar todas as imagens que fui orientando. Eu fechei os olhos e fui vendo junto com ela as imagens, mas o engraçado é que eu conseguia ver de fora: eu conseguia vê-la envolta pela luz, cercada de crianças; eu a via conforme eu descrevia. Isso foi muito legal. *Fiquei muito emocionada, com aquele relato dela também. Foi algo mito especial e nos aproximou mais. Ela era uma paciente que eu tinha boa proximidade, de conversar, inclusive, e a aplicação da RIME aproximou mais ainda. Ela se tornou para mim, uma pessoa muito amada também, como todas as outras pessoas que a gente ama na vida. E, eu achei que não atrapalhou, não.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você tinha esse receio, essa fantasia, que aplicação da RIME iria atrapalhar o seu vínculo, como médica, com a paciente e não foi isso. Muito pelo contrário, ajudou, fortaleceu o seu vínculo com ela, enquanto médica?

Dra Goretti: Isso. Tanto que eu demorei a escolher um paciente, tínhamos até pensado em escolher um, o qual eu não fosse a médica dele, para não confundir os papéis, mas achar um paciente que eu não atendo, de certa forma isso é difícil.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu acredito que aplicar a RIME em um paciente que você acompanha como médica, não atrapalha o vínculo ou causa confusão de papéis. A proposta é justamente que você aplique a RIME em um paciente que você acompanha. Estamos propondo um novo paradigma para a relação profissional de saúde e paciente, ou seja o atendimento clínico dentro de uma perspectiva biopsicossocial e espiritual e a literatura acadêmica tem recomendado este modelo de vínculo e atendimento aos doentes.

Dra Goretti: Foi importante eu ter aplicado a RIME em um paciente, o qual eu já tinha um vínculo bom formado. Assim eu observei que o fato de aplicar a RIME não quebrou a confiança que ela tinha no meu papel, enquanto médica. Ela não deixou de tomar os remédios, ela não deixou de aceitar minhas orientações, ela não achou que eu

sou menos médica porque eu atendi do ponto de vista espiritual. E essa foi a grande "sacada" da C. *Ela é uma paciente, que apesar de eu ter visto pouco na enfermaria, eu tive uma empatia muito grande e isto talvez seja importante. Você precisa ter uma certa empatia com o doente e vice-versa, para a aplicação da RIME, porque é uma entrega.* Da casa dela até aqui o Hospital é uma hora e meia de viagem; eu praticamente dormi a viagem toda na volta e eu raramente durmo no carro. *Eu voltei com sono, cansada, cansada e dormi bastante na viagem. Eu estava muito cansada. Eu tinha a proposta de aplicar a RIME quando chegasse na enfermaria, em uma outra paciente, mas eu não consegui.*

Pesquisadora Ana Catarina: Isto é natural por dois motivos. Se você já tivesse o hábito de aplicar a RIME talvez não se cansasse tanto, mas, *normalmente as primeiras sessões são mais difíceis mesmo. Como você falou, é uma entrega. Você acolhe toda a angústia, todo o medo da morte do paciente. Você entra em contato com todo esse medo para ajudar o paciente na re-significação. Como você relatou: você ia envolvendo-a em Luz, você ia visualizando as orientações, as crianças, assim você ia psiquicamente participando da visualização. Você não só orientava, mas também participava psiquicamente. Tudo isso favorece a re-significação do medo da morte do paciente, mas você também entra em contato com esse sofrimento, vivencia com ela através da sua psique.*

Dra Goretti: É verdade e de uma forma muito profunda.

Pesquisadora Ana Catarina: As primeiras sessões podem ser mais cansativas mesmo, eu tenho essa experiência também.

Dra Goretti: De fato a aplicação da RIME não muda em nada a atuação do profissional, enquanto médico, muito pelo contrário. Normalmente o médico tem muito medo de se envolver com o doente e na verdade quando você se envolve, você acaba tendo mais atenção com o doente, mas atenção com a terapêutica, mais preocupação, você acaba sendo mais vigilante, mais atento àquele doente, você acaba medicando melhor.

Pesquisadora Ana Catarina: A interação, o vínculo, o trabalho médico em si, melhoram com a aplicação da RIME.

Dra Goretti: Melhora. Ajuda. É uma fantasia que o médico tem. Você é técnico, então você não pode se aproximar.

Pesquisadora Ana Catarina: É justamente o contrário. E foi bom você não ter comentado isso comigo antes, assim você pode encontrar as respostas através da sua vivência.

Dra Goretti: Em contrapartida, existe uma outra questão. Quando trabalhamos em equipe, existe a necessidade de uma divisão de tarefas. Talvez eu não tenha tempo, oportunidade, de aplicar a RIME várias vezes, mas em alguns momentos vai ser fundamental.

Pesquisadora Ana Catarina: Você talvez possa aplicar a RIME, não com freqüência, atendimento por atendimento, mas possa aplicá-la, no seu trabalho como médica, junto a um paciente, por exemplo, na fase final, nos momentos finais.

Dra Goretti: Como atendo a C. a cada quinze dias e vou entrar de férias, orientei para que ela repetisse o exercício sozinha, talvez na hora de dormir, assim ela dorme tranqüila, viajando. Também disse que quando eu voltar, vamos repetir a aplicação da RIME, posso trazer outros CDs. Ela disse que quer experimentar outras músicas. Achei bonito porque ela pode ter outras vivências.

Pesquisadora Ana Catarina: O importante é que sempre as músicas sejam calmas, tranqüilas, tenham os sons da natureza, sejam relaxantes. Quanto à visualização pode seguir o padrão que você orientou nessa primeira vez ou outra imagem que ela queira. O importante é que ela se sinta no lugar, entre em contato com o Universo, com a beleza do Universo, entre em contato com a beleza interior dela e assim ganhe segurança para sentir que o corpo dela está doente, mas o espírito dela é eterno e pode ficar em paz, pode ficar bem e se ligar a lugares espirituais, Seres de Luz, que acreditamos que existem, através da visualização. Nós estamos justamente fazendo uma passagem. A RIME é justamente como uma ponte para o paciente deixar o seu corpo e sair, devagar, para o plano espiritual. Tanto que na maioria das vezes, na hora da morte, os pacientes morrem conscientes. O importante na visualização que ela sinta paz, sinta a questão da afetividade, do lúdico, das crianças, que ela pode levar ou continuar esse amor no plano espiritual. Que ela possa encontrar a continuação de tudo isso através da imaginação. Você quer falar mais alguma coisa?

Dra Goretti: Só acrescentar que não a orientei para visualizar a ponte ou o túnel de Luz porque não senti que fosse a hora ainda. E também que um álbum com tantas imagens pode não ser prático, mas que é bom para inspirar as orientações.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Foi um excelente atendimento. Parabéns! Obrigada.

Dra Goretti: Essa é uma paciente com uma doença progressiva, o próximo paciente, vou procurar atender alguém bem próximo da morte para ter uma outra experiência, um aprendizado diferente. Aqui nessa enfermaria não falta e agora eu sei que posso.

Pesquisadora Ana Catarina: Perfeito.

- 2ª. ENTREVISTA (APÓS O ÓBITO DO PACIENTE).

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Nós já fizemos a primeira entrevista quando você me relatou sobre o primeiro atendimento com a C. e agora você fez mais um atendimento e ela foi a óbito. Se não me engano entre o primeiro e o segundo atendimento houve um período que você tirou férias.

Dra Goretti: Foi assim. O primeiro atendimento foi onze de novembro, depois no dia dezoito de novembro ela foi internada em outro hospital, e isto dificultou o segmento nos atendimentos no domicílio para ela. Quando ela teve alta desse hospital eu já estava de férias, porque foi em dezembro. Aí foi muito dramático porque eu não pude atendê-la em casa durante todo o mês de dezembro. Durante as minhas férias ela fez paracentese aqui no Servidor e recebeu visitas médicas da nossa equipe. Eu a atendi no dia seis de janeiro em casa. Só que nesse dia, eu tentei fazer a RIME, mas não foi possível porque o procedimento de paracentese foi muito demorado e aquilo que tínhamos feito da outra vez, fazer durante o procedimento, não deu certo, porque tivemos que pegar uma veia dela para repor albumina e foi muito difícil tratar essa veia. Eu cheguei na casa e ela estava chorando com muito desespero, porque estava com dor, estava muito desconfortável, fizemos a paracentese e na hora de pegar a veia foi o maior trabalho. Na hora que acalmou a paracentese e eu poderia trabalhar a RIME com ela, foi justamente a hora que perdeu essa veia e começou toda a

novela de novo. Era impossível ela relaxar, enquanto nós tentávamos pulsionar a veia. Eu tinha tentado levar um CD para a casa dela, eu tinha prometido para ela, com uma música que chama a "Dança dos Meninos", uma música instrumental. O grupo que gravou este CD usa instrumentos de fabricação própria, muita percussão, e é muito linda essa música. Apesar de não termos conseguido fazer a RIME, eu coloquei a música e enquanto ela a ouvia, conseguiu relaxar um pouquinho. Mas era difícil conversar com ela, porque tinha que trocar aqui, ali, agora deste lado, agora do outro.

Pesquisadora Ana Catarina: Não havia viabilidade de estar aplicando a RIME neste atendimento. Quando ela internou, você fez a RIME aqui no Servidor?

Dra Goretti: Exatamente. Ela a atendi no dia 06 e ela internou no dia 10. Veio muito mal. Nesse mesmo dia tentei abordá-la, mas quando comecei a conversar com ela, percebi que ela estava muito incomodada. Tinha acabado de chegar no Hospital e estava com fome. Pediu para comer, para sentar, para deitar, estava muito agitada, muito desconfortável. Eram quase cinco horas da tarde, ela estava com fome, depois ela ficou muita nauseada, e aí eu achei que era meio inadequado. No dia onze eu cheguei mais cedo no Hospital para vê-la, e ela estava ainda do mesmo jeito. Ela tinha passado a noite toda agitada, independente de ter comido ou não, na verdade ela se queixava de fome, mas não conseguia mais comer. Tinha passado a noite toda com agitação muito grande. Várias vezes, nesse dia onze, pela manhã, eu tentei fazer ela relaxar. Impossível. Ela sentava, deitava. Pedia para mim "doutora me põe sentada". Eu orientava para ela deitar um pouquinho porque não tinha dormido nada. Ela começava a fechar o olho e levantava. Ela estava com medo de fechar o olho.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela estava com medo de morrer.

Dra Goretti: Ela estava com medo de dormir porque estava com medo de morrer.

Pesquisadora Ana Catarina: Sim.

Dra Goretti: E ela falou isto muito claramente. Eu perguntei se ela estava com medo e ela disse que estava com medo de morrer. Daqui a pouco ela falava para mim, "ai, eu vou morrer; eu vou morrer agora". Eu dizia para ela que não era agora, para ela ficar

calma, que ela só iria morrer quando se tranqüilizasse. Também pedia para ela ficar tranqüila, que eu estava lá com ela, não tinha jeito. Tentei fazer o exercício respiratório para ver se ela acalmava. Nada. Eu tinha que sair para fazer visita domiciliar e só consegui sair às 9h00. Fiquei com ela das 7h30 até as 9h00 e não consegui acalmá-la. Quando eu voltei à tarde, esperei a enfermaria acalmar um pouco, botei um banquinho do lado da cama e sentei do lado dela. Acabei inclusive desmarcando alguns compromissos que eu tinha a tarde. Ela estava com o olhar bem distante e naquela mesma aflição. Também não conseguia mais conversar. Ela tentava bater palmas para chamar a atenção para as necessidades dela. Um olhar distante. E do mesmo jeito, não tinha conseguido fechar o olho; não tinha dormido nada a manhã inteira. Eu a tinha medicado de manhã. Tinha usado um sedativo leve para ver se ela acalmava um pouco e eu conseguia intervir. Ela ainda estava acordada e agitada. Coloquei o banquinho do lado dela, e tentei conversar de várias formas. Eu não consegui trazer o som este dia. Eu não sabia o que fazer para acalmá-la. De repente me veio a idéia de tentar ninar a C.

Pesquisadora Ana Catarina: Como se ela fosse um nenê?

Dra Goretti: Sim. Como se ela fosse um nenê. Ela estava deitadinha de lado, eu coloquei a mão no quadril dela e comecei a chacoalhar. Eu percebi que ela acalmou um pouco. Continuei chacoalhando. Ela abria e fechava o olho. Eu comecei então a murmurar e cantarolar cantiga de ninar, aquela cantiga do "Boi". Não cantei a letra porque ela é meio assustadora, comecei a ninar ela, murmurando a música. Por alguns minutos ela fechou o olho completamente. Adormeceu. Eu comecei então a cantar a música do Roberto Carlos "Como é grande o meu amor por você". Era muito engraçado porque a enfermagem passava e todo mundo olhava na janela e eu estava sentada no banco, ninando a C. e cantando. Imagine se isto não chama a atenção em uma enfermaria. Nesse meio entrou uma auxiliar de enfermagem para fazer a medicação. Eu percebi que a C. viu que a pessoa entrou, mexeu um pouquinho, abriu um pouco o olho, não voltou a dormir como estava antes, mas ficou com a pálpebra rebaixada e muito relaxada.

Pesquisadora Ana Catarina: Pelo o que você está me contando, você fez o vínculo, para você poder começar a RIME propriamente nesta sessão, porque teve um espaço grande entre a sessão anterior e essa, compreendendo a necessidade dela de ter um

acolhimento mais infantil. Eu me lembro que na outra sessão, enquanto você estava fazendo as orientações para a visualização, aplicando a RIME, ela cantarolava para ela mesma. Ela se ninava como um nenê. Então esta é uma forma dela se sentir acolhida para poder ouvir e receber alguma coisa. Você conseguiu captar esta necessidade dela, este acolhimento afetivo, infantil, para estabelecer o vínculo.

Dra Goretti: É verdade. Eu a vi muito frágil naquela hora e aí eu pensei que a única coisa que eu podia fazer era ninar.

O acima citado contempla a primeira questão da entrevista: **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Pesquisadora Ana Catarina: Depois que ela se acalmou, você conseguiu aplicar a RIME?

Dra Goretti: Ela dormiu primeiro, depois ela acordou um pouquinho, ficou com as pálpebras levantadas, mas a expressão mais serena e então eu comecei a aplicar a RIME. Levá-la para a Visualização. Eu tentei esta imagem pela manhã e nada dava certo. Eu tentei fazê-la passear, por um jardim florido. Eu a orientei para visualizar-se andando em um jardim superflorido, muito colorido, perfumado. Que ela conseguia caminhar por entre as flores e conseguia sentir um perfume muito agradável. E que conseguia caminhar plenamente, como se tivesse com toda a sua saúde, toda a sua força. Orientei para ela caminhar neste jardim tranqüilamente e se sentir muito leve, muito em paz. Ela reagiu. Um pouquinho ela murmurou, mas muito pouco, porque ela estava muito fraquinha; murmurou uma duas ou três vezes. Fiz ela passear um pouco. Lembrei-me que da outra vez, o que ela mais tinha gostado era das crianças. Quando eu falei que tinha crianças brincando em torno dela, foi a coisa que ela mais gostou. Fiquei um pouco com ela no jardim com um riacho, bem tranqüilo. Lembrei que da outra vez ela tinha lavado os pés no riacho e disse que hoje havia uma ponte nesse riacho e que nessa ponte havia muitas crianças esperando por ela, para a acompanhar, para a apoiar. Disse que ela poderia ir, caminhar devagarzinho e subir na ponte. De cima da ponte ela via, não só o riacho, que está embaixo, passando, mas do outro lado da ponte ela podia perceber que o jardim ficou muito mais bonito. Que só tinha flores douradas e azuis e que estas flores são muito bonitas e elas dão muita paz e muita

luz. Neste outro lado da ponte só tem luz, só tem paz, e que o jardim é muito mais bonito do que aquele que ela estava caminhando. Que dava uma serenidade enorme poder contemplar esse jardim. E que todas as crianças estavam do lado dela, segurando na mão dela e a protegendo. Nesse momento ela suspirou, muito fundo. Ela não estava em sono profundo, ela estava profundamente relaxada porque estava com o olhinho meio aberto, ela não fechou mais o olho. Eu parei na orientação para a visualização na ponte, porque não sabia se ela estava preparada para atravessá-la. Disse que ela poderia ficar nessa ponte o tempo que ela quisesse. Que ela poderia ficar lá em paz. E, se ela quisesse atravessar a ponte para o outro lado, ela poderia, senão ela poderia ficar lá, na ponte, esperando a hora dela. O importante é que toda a calma, toda a serenidade, toda a luz que ela estava vendo naquele momento, a acompanhasse todo o tempo; mesmo que ela acordasse, abrisse o olho, o quarto dela estaria cheio destas flores douradas e azuis e nada mais a iria incomodar ou perturbar. Que ela ficaria neste estado até quando quisesse. Demorou um pouco mais que isso na hora, mas em resumo foi assim. Porque na hora que eu estava aplicando a RIME a C. eu fui mais devagar, falava uma coisa dava um tempo, falava outra dava mais um tempo. Eu percebi que ela ficou muito bem; ela suspirou mais uma vez.

Observamos que no relato acima a Profissional relatou de forma espontânea a segunda questão: **2 - Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Pesquisadora Ana Catarina: Ficou tranqüila?

Dra Goretti: Quando ela começou a dormir, ela segurou na minha mão. Fiquei um tempão segurando na mão dela porque fiquei com receio de tirar a mão e ela acordar. Mas depois eu fui devagarzinho, tirei a mão dela e deixei na cama, fui parando de ninar, porque o tempo todo eu fiquei embalando ela.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você estava sem música, você substituiu a música pelo ninar.

Dra Goretti: Foi, eu cantei. Ela ficou bem calma e então eu consegui me levantar e ela não se mexeu. Ela ficou muito quieta. Eu levantei, saí do quarto, e falei com a acompanhante que, nesse momento, não era a neta adotiva, era a vizinha. Expliquei que

tinha usado a técnica de relaxamento, que C. tinha relaxado, que estava bem, e pedi para ela ficar atenta, mas não entrar no quarto, deixar a C. dormir um pouco. Eu saí daqui do Hospital eram umas quatro horas da tarde e a deixei ainda dormindo. O plantão da noite assumiu às 7h00. e eu consegui falar no dia seguinte cedinho com a plantonista da noite, que me disse que a C. tinha morrido nessa noite, às três horas da madrugada, doze horas depois do atendimento pela RIME. A enfermeira informou que, quando ela assumiu o plantão, C. estava dormindo, só chamou uma vez e falou que estava com dor nas costas. A enfermeira observou que C. estava medicada, só segurou na mão dela e em seguida ela dormiu. A vizinha depois chegou e ficou do lado, o tempo todo segurando a mão dela. Ela ficou assim durante a noite e às três horas ela morreu dormindo.

Pesquisadora Ana Catarina: Quer dizer que a partir do momento que você fez o vínculo com ela, ninando-a, ela conseguiu relaxar. Depois você aplicou a RIME, orientou a visualização e substituiu os Seres de Luz por crianças que a conduziam e a ajudavam nesta passagem pela ponte. A partir do momento em que ela conseguiu visualizar o "outro lado", porque a ponte simboliza justamente essa passagem, além de você ter utilizado as cores dourada e azul, ela se acalmou, entrou nesse estado de sonolência e morreu desta forma. Que bonito Goretti.

Dra Goretti: E, sem nenhum sedativo. Ela continuou apenas com o sedativo que tinha tomado no dia anterior e que não tinha feito nenhum efeito. Ela foi super tranqüila. *Interessante, que na noite anterior que eu tinha deixado ela superaflita aqui e tive uma noite complicada: dormi mal e sonhei com ela, mas foi um sonho muito bonito. No meu braço tinha uma pulseira prateada, larga, brilhante. Eu não sei explicar, era um contexto que tinha a ver com a C., mas eu não sabia o que, eu sei que eu via a pulseira no meu braço. Depois eu olhava para o meu braço e ele era negro e a C. é negra. Quando eu acordei, eu achei que ela tivesse ido embora, mas quando eu cheguei no Hospital e vi que ela estava viva, me senti muito responsável, senti um vínculo grande com ela. Ao mesmo tempo é muito interessante porque eu acho muito bonitas as lendas. Lenda é algo que me toca muito e as lendas do candomblé são muito bonitas. Um amigo que entende destas lendas, uma vez me falou, quando eu comecei a trabalhar com Cuidados Paliativos, que para fazer esse trabalho eu deveria usar uma pulseira prateada no braço esquerdo, porque*

era um adorno de Iemanjá. Que esse trabalho era de Iemanjá, justamente porque a morte é um acolhimento; para morrer em paz tem que ter uma mãe acolhendo. Foi o que me lembrei e foi por isso que no outro dia eu tive a idéia de ninar porque eu me lembrei da pulseira e da história da mãe.

Pesquisadora Ana Catarina: Agora, quando você estava me relatando, me ocorreu que quando o bebê nasce, se coloca uma pulseira no braço da mãe e uma pulseira do braço do nenê, para saber que aquele filho é daquela mulher. Então no seu sonho veio o esclarecimento de como você conseguiria fazer o vínculo com a C. para aplicar a RIME. Você teria que fazer o vínculo através da maternagem. E você conseguiu fazer.

Dra Goretti: É verdade. Eu entendi a mesma coisa por outra história. Eu me senti como se fosse a mãe da C. É engraçado porque eu tinha a sensação que ela tinha carência de mãe, porque nessa hora é muito comum ver a mãe, chamar a mãe. Mesmo o vínculo dela com a neta adotiva, que mora com ela há três anos, mesmo o filho adotivo, eles são muito secos, distantes.

Pesquisadora Ana Catarina: Não tem afetividade, aquela coisa calorosa. E ela precisava desse acolhimento afetivo.

Dra Goretti: Era o que faltava na vida dela. Quando ela teve alta do outro hospital, ela me ligou várias vezes e eu expliquei que estava saindo de férias. Ela ficou desesperada, mas eu falei para ela ficar tranqüila, que ela poderia vir até o Servidor fazer a paracentese ou o outro médico poderia ir até casa dela, e que iria dar tudo certo e quando eu voltasse de férias, continuaria o trabalho.

Pesquisadora Ana Catarina: Ela tinha a necessidade do amparo. Mas e você, como se sentiu aplicando a RIME? **Questão 3 - Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 6).**

Dra Goretti: *Diferente da outra vez. Da primeira vez eu fiquei meio desgastada, sugada, dessa vez não, eu fiquei tão aliviada de ter conseguido aplicar a RIME na C. antes dela morrer. Eu também não iria me conformar se ela morresse mal, angustiada, da forma que ela estava. Eu me sentia muito responsável por ela. A partir do momento que fazemos o vínculo com o paciente através da RIME, nos sentimos muito responsáveis por ele.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você sente isso. Que no momento que você fez o vínculo, através da RIME, você se sente responsável pelo doente.

Dra Goretti: E eu tenho percebido isso aqui com as outras duas também (Psicóloga Cristiane e Voluntária Mara). É muito forte.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu sinto isso também. É forte e profundo. Você se sente responsável para ajudar aquela pessoa.

Dra Goretti: E precisamos também de um ambiente muito tranqüilo. Por exemplo, uma coisa que perturbou um pouco nas duas tentativas anteriores para eu aplicar a RIME foi a presença, no quarto, de estagiárias da enfermagem, com as quais não me senti à vontade para aplicar a RIME por serem muitas novas, muito "cruas", estarem no segundo ano; fiquei com receio que elas não entendessem.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sente que a RIME é uma técnica que necessita uma intimidade entre o profissional e o paciente? Você sente que mexe com a sua essência e a essência do paciente?

Dra Goretti: Sim. Com certeza. É muito profundo.

Pesquisadora Ana Catarina: Você gostou de aplicar a RIME? Você sente que auxilia no seu trabalho como médica?

Dra Goretti: Eu gostei. Eu achei muito interessante. O que eu sinto do papel do médico, é que alguns profissionais têm o privilégio que o médico não tem. Por exemplo, hoje eu cheguei cedo e queria fazer a RIME também em outro paciente, como quis fazer na Dona N. essa semana, mas nós temos muitas tarefas a cumprir, objetivas. Nós somos muito cobrados e aqui o ritmo é muito puxado, preciso atender toda a enfermaria, prescrever, além de supervisionar os alunos, atender os telefonemas, atender a equipe. O nosso trabalho é muito perturbado. Não tem aquela calma de sentar e fazer o trabalho. O médico é muito solicitado. Para fazer a RIME precisa de muita calma. Eu não consigo aplicar no meio da agitação. Não dá para dizer "eu vou fazer a RIME e volto já". Eu tenho que esperar passar toda a chuva e todo mundo ir embora, acalmar a enfermaria para eu também me acalmar e fazer. A outra questão que dificultou a aplicação da RIME logo que a C. internou além das estagiárias de enfermagem, foi que eu fiquei muito chocada com as

condições físicas, o aspecto em que a C. se encontrava. Ela piorou muito em um único fim de semana.

Pesquisadora Ana Catarina: Você se surpreendeu com estado dela, porque ela estava muito debilitada?

Dra Goretti: Isso.

Pesquisadora Ana Catarina: Você precisava ter uma calma interna para conseguir aplicar a RIME. Ótimo, este é um dado importante. Um outro dado que você traz é a substituição dos Seres de Luz por crianças porque você observou que ela gostava de crianças. Você pode também, em casos futuros semelhantes a esse, se o paciente acreditar, colocar Nossa Senhora como o Ser de Luz que acolhe. Mas, de qualquer forma, deu certo a substituição dos Seres de Luz por crianças, porque ela se sentiu acolhida, protegida. Você também a levou a visualizar a passagem com Luz. Deu tudo certo dentro do que ela necessitava. Você conduziu muito bem.

Dra Goretti: Uma coisa interessante é que na primeira aplicação da RIME eu tinha orientado uma visualização mais tranqüila, e dessa segunda vez eu fui com ela até a ponte. *É engraçado, a gente vai junto, vê com ela, mas não me assustou. Percebi que deixei a C. na ponte e voltei tranqüilamente. Não fiquei mal, pelo contrário, fiquei tão aliviada, fiquei tão bem nesse dia, dormi muito bem. Mesmo ela tendo morrido eu dormi bem.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você se sentiu em paz, como se você tivesse cumprido a sua missão.

Dra Goretti: Exatamente. A sensação foi de "ufa!". Quando eu liguei de manhã para ver se eu trazia o som para por a música da RIME e foi quando eu consegui conversar com a plantonista e saber o relato da morte dela. Saber pela pessoa que estava com ela na hora da morte. Na mesma noite da morte da C. teve outro óbito aqui.

Pesquisadora Ana Catarina: Costumam ser tranqüilos os óbitos? Ou tem paciente que morre com sofrimento?

Dra Goretti: A maioria dos óbitos aqui são calmos, mas tem pacientes que sofrem mais, que demoram mais, que o processo é mais arrastado. Que temos que ministrar mais medicação.

Pesquisadora Ana Catarina: O trabalho de vocês aqui no Servidor é excelente. Como você está aplicando a RIME e têm mais duas profissionais da equipe que estão aplicando a RIME também e você tem uma experiência grande de ver pacientes *morrendo, a minha pergunta é se você sente, como médica, que a RIME favorece uma morte mais serena?.*

Dra Goretti: Com certeza. Na verdade, os pacientes que a gente têm feito RIME têm tido mortes muito bonitas. Não só são mortes tranqüilas, são mortes bonitas. Você percebe que o ambiente é diferente.

Pesquisadora Ana Catarina: O que você sente do ambiente?

Dra Goretti: Não tenho outra palavra para descrever: mais iluminado. Já vi também um paciente, que não fizemos RIME, mas a família era muito espiritualizada, morrer com o ambiente "iluminado". O irmão também percebeu. Tem doente que morre com muita dificuldade, com muito medo. Quando eles têm medo, morrem com muita dificuldade, a gente precisa sedar.

Pesquisadora Ana Catarina: Está ótimo. Você conduziu muito bem. Parabéns! Quer me fazer mais alguma colocação.

Dra Goretti: Não, em relação a C., é isso. Agora vou tentar atender o próximo paciente bem perto do óbito.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo.

- DIÁRIO

A Dra Goretti relatou: A vivência da RIME com M.A.S. ensinou-me muitas coisas. *Senti um alívio imenso – o da missão cumprida – após a 2ª sessão e a morte dela doeu menos em mim, apesar de tê-la como uma paciente querida. Lembrei, com saudade, de outros doentes, igualmente queridos, os quais não pude ajudar da mesma forma. A ferida ficou maior. O luto do profissional é real e espiritual. Começo a ver a RIME como uma porta também para a cura do luto profissional.*

Por outro lado, do ponto de vista de organização de serviços e divisão de tarefas, é muito difícil para o médico assumir várias sessões de RIME com o doente. Pela característica de suas atividades, o médico é muito solicitado e detentor de muitas tarefas práticas a realizar.

A 1ª sessão de M.A.S., por exemplo, coincidiu com um procedimento de paracentese. Deu certo, porque houve grande colaboração da auxiliar de enfermagem. Tentei outra vez em 06 de janeiro e foi impossível, por causa das várias intercorrências no procedimento. *A casa do doente é um ambiente melhor. Costumo dizer que em casa eu sou de um doente só. No hospital, isso é impossível. O problema é que temos que administrar visitas para todos os doentes e de todos os profissionais.*

No hospital, o médico é de todos. É difícil ter paz para a RIME – e a RIME exige paz! Exige tempo físico e dedicação.

É fundamental que o médico conheça a técnica e seus benefícios. Isso ajuda a permear o trabalho de equipe. Mas, o bom do Cuidado Paliativo é trabalhar em equipe e um profissional que faça RIME – de preferência psicóloga – é fundamental numa equipe de Cuidados Paliativos.

Porém o ideal é que todos pudessem ser treinados e estar cientes de quais pacientes fazem o RIME e qual sua imagem preferida ou mais trabalhada. No final, se o profissional não estiver perto, alguém faz o papel.

5.2. - 2º. PACIENTE S.G.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: Masculino Idade: 62 anos

Patologia: Câncer de mediastino + Síndrome de Compressão de Veia Cava Superior (SCVCS)

Religião: Espírita de Umbanda Profissão: Eletricista

Estado civil: casado Filhos: 2 homens (40 e 38 anos) 1 mulher (33 anos)

Quadro 31- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente S.G. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	**1** Hospitalar
Tempo de duração	18’
EVA início	amarelo (4)
EVA final	azul esverdeado (2)

Observação: Tempo de duração 18', relativo à aplicação da RIME com o paciente. Os dados sobre o paciente foram colhidos junto à família, assim como a escolha das faces da Escala E.V.A. também foi feita pela família, de acordo com a expressão do paciente.

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: Paciente de 62 anos em plena atividade física. Em 06 de dezembro de 2004 procurou o Hospital com queixa de dor no peito, foi internado com suspeita de tumor de pulmão, ficou no hospital até 28 de dezembro e saiu com diagnóstico definitivo de tumor de Mediastino (origem não definida) + Síndrome de Compressão de Veia Cava Superior (SCVCS). Um quadro muito grave que evoluiu com edema cerebral e de todo segmento corporal acima do tórax. Foi informado de todo o diagnóstico e tinha consciência da gravidade de sua doença. Não recebeu nenhum tratamento específico. Segundo o filho, sempre foi um homem muito digno e generoso, com muitos amigos. Cuidou de vários doentes terminais nos últimos anos, com muita dedicação. Freqüentava Centros de Umbanda.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Medo da morte percebido pela fisionomia pesada e que transparecia angústia antes da aplicação da Intervenção RIME.

Dra Goretti relatou: Atendi o Sr S.G. nas últimas horas de vida (11/01/05). Visita médica em torno das 9h00. Aplicação da Intervenção RIME às 13h09 e óbito às 13h42. Ele não se comunicava, mas atendia aos chamados. Segundo o filho sua maior preocupação era com a esposa e com os três filhos. Antes da aplicação da Intervenção RIME estava com uma fisionomia pesada, transparecia angústia; não sabíamos se tinha dor, mas estava em uso de analgésicos. Não foi sedado. Rebaixou consciência naturalmente.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais)

- Quando a médica, Dra Goretti, se aproximou do paciente e o convidou para um passeio de barco no mar, ele teve uma pequena crise de aflição, como se quisesse falar algo. Aos poucos, foi se acalmando. Apesar dos roncos respiratórios, a respiração ficou mais

calma. Mas, a maior mudança foi no semblante, que expressava serenidade e paz durante e após a aplicação da RIME, fato que também foi percebido pelos familiares presentes (irmã, filho mais velho e nora). O paciente parou de respirar na presença da médica, 12 minutos após ela ter encerrado a aplicação da RIME. O coração parou de bater em torno de três minutos após a parada respiratória. Imediatamente, a irmã do paciente percebeu o quanto sua expressão era absolutamente serena.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

Dra Goretti relatou: Tive pouco tempo com o Sr S.G. Nos três minutos entre a parada respiratória e a cardíaca, cuidei de seu filho e pedi para que ele o beijasse. A minha sensação foi de que o Sr S.G. pediu este beijo. Senti uma paz imensa no seu quarto durante e logo após a sua morte. Percebi, durante a aplicação da RIME, que não estava sozinha naquele momento. Senti-me protegida. Sua morte me emocionou e comoveu. Mas, fiquei muito bem todo o resto do dia.

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

Dra Goretti relatou: A irmã do Sr S.G., que no início da sessão parecia-me algo desconfiada ou cética, ficou muito surpresa durante a sessão e comentou: "ele está vendo de verdade", no momento que eu o levei ao encontro de Iemanjá. Ela, que cuidou dele quando criança, em sua despedida falou: "Vai meu irmão, no teu barco, com aqueles que cuidarão de você. Faça uma boa viagem". Falou com uma voz forte e firme, como eu não imaginava ouvir daquela senhorinha.

Observações: Dra Goretti relatou: A nora do Sr S.G. é evangélica e pareceu-me que o filho também. Mas, ela ajudou muito na hora de escolher a imagem e falou corajosamente da opção religiosa dele, mesmo sendo tão diferente. O filho ficou mais distante na sessão. Ela participou e ficou muito admirada com a mudança de expressão do sogro.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELOS FAMILIARES DO PACIENTE.

- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- ENTREVISTA ÚNICA (após um único atendimento e óbito subseqüente do Paciente)

Breve "rapport".

Pesquisadora Ana Catarina: Você estava me contando que esse foi um paciente que estava bem próximo ao óbito, não tinha mais condições de escolher as imagens e quem escolheu, quem te deu uma "dica" do que o paciente gostava, foi a nora dele.

Dra Goretti: Exatamente. Foi assim: eu atendi esse paciente às 9h00 na Enfermaria, vi que ele estava muito mal e combinei com a família que eu voltaria para vê-lo e tentar ajudá-lo. Um primeiro filho já tinha me dado às características, dele ser uma pessoa muito generosa e dele já ter cuidado de vários doentes na vida. Isso me chamou atenção, porque eram doentes em final de vida também. Inclusive um dos doentes morreu em casa e ele cuidou desse doente. A nora, quando eu fui dar o Termo de Consentimento Pós-Informação para ela assinar, me falou da religião dele, que era Espírita e que freqüentava centros de Umbanda. Perguntei para ela, quais as coisas que ele mais gostava de fazer na vida. Ela me falou que ele gostava de pescar. Fui mostrando o álbum e mostrei a foto de uma pesca no rio, mas ela disse que ele pescava no alto mar. Saía de barco com os amigos e ficava e às vezes, dias fora, no barco, pescando. Era pesca em alto mar. E, ele

adorava fazer isso, era o que ele mais gostava na vida. Eu juntei as duas informações. E ela me contou ainda mais. Que dois dias antes, quando ele internou no hospital, disse que estava vendo a mãe dele, que já havia morrido e estava conversando com ela. Então eu fiz a junção: mãe mais mar é igual a Iemanjá e que tinha a ver com a crença dele. Entrei no quarto com esta disposição. Peguei um CD com música que tinha água no fundo, mas na hora de ligar observei que estava sem pilha. Tentei achar outra pilha mas não consegui. Pensei que não deveria perder mais tempo, pois vi que ele não estava bem de fato. Comecei a sessão eram 13h09. Aproximei-me dele, e vi que estava com o peito muito cheio, com a sororoca da morte, barulho respiratório grande, cheio de secreção. Como não tinha música, eu disse para fazermos de conta que o barulho do peito era o barulho das ondas do mar. Isto me ajudou. *Coloquei a mão no peito dele e fui falando bem pertinho, no ouvido dele. Expliquei: "Sr S., aqui é a Dra Goretti e vou lhe convidar para um passeio de barco, que o senhor sempre gostou tanto da fazer na vida". Nesse momento, ele teve uma pequena crise. Reagiu fortemente. Ele estava meio "caidinho", respirando com dificuldade e nessa hora buscou o ar, meio que quase que sufoca. Me assustei um pouco, pensei que ele fosse parar. Eu continuei e disse para ele ficar tranqüilo que eu iria ficar do lado dele e que nós iríamos fazer um passeio de barco e que isso iria ajudá-lo a se acalmar um pouco. Disse-lhe para ficar tranqüilo e ele se acalmou um pouco.* À medida que as orientações para visualização foram acontecendo, ele se acalmou muito. Eu disse-lhe para imaginar que estava em um barco no meio no mar; que esse barco estava andando bem devagarinho e que o mar estava muito tranqüilo, quase não tinha onda. Só há aquela ondulação leve para dar um balanço. E que ele estava neste barco, em um mar bonito, um dia lindo, um céu superazul e ele olhava para água, ela estava supertransparente, cristalina. Ele podia ver os peixes nadando perto do barco com ele. E que ele poderia olhar para os peixes com admiração porque a cena é muito bonita. Ele começou a relaxar. Eu disse que ele poderia passear com o barco, o dia todo e não precisava se preocupar em dirigir. Era como se ele dirigisse o barco com a própria mente. Sozinho, ele poderia passear por onde quisesse. Nesse momento eu me lembrei da história da mãe dele e também que o filho relatou que ele tinha muita preocupação com todos os filhos e com a mulher. Eu disse então que nesse passeio ele poderia parar em algum lugar, numa ilhazinha pequena. Eu disse que ele poderia parar, ancorar o seu barco e descer tranqüilamente na água. Nessa ilha ele poderia

encontrar todas as pessoas que gosta e quer bem: sua esposa, os seus filhos, os seus amigos, inclusive os outros parentes que não estão aqui, como a sua própria mãe. Que estavam todos junto com ele. Que poderia vê-los, abraçá-los, perceber que está todo mundo muito bem, muito tranqüilo.

Pesquisadora Ana Catarina: Você fez a despedida dele com a família, nessa ilha.

Dra Goretti: Isso. Eu o fiz encontrar com eles, porque o Sr S. estava muito preocupado com a família e com a esposa. Eu disse que ele poderia ficar um tempo com os familiares, abraçá-los, até cansar. Dei uma parada na orientação. Em seguida falei que agora, havia chegado a hora de partir e que ele iria voltar para o barco, mas podia perceber ao entrar no barco, que não estava mais sozinho. Neste barco havia muitas pessoas que queriam bem a ele e que não estavam mais aqui na Terra. *Nessa hora quem viu fui eu, os Seres de Luz com ele.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você visualizou os Seres de Luz com ele no barco?

Dra Goretti: Foi. Eu visualizei os Seres de Luz com ele no barco. Foi muito emocionante.

Pesquisadora Ana Catarina (emocionada): Eu estou emocionada e você também.

Dra Goretti (emocionada): Verdade. Foi muito lindo porque eu o vi com os Seres de Luz, como se fossem vultos e na hora eu senti a presença deles no quarto.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu a presença dos Seres de Luz no quarto?

Dra Goretti: Foi. O quarto mudou. Ele foi a terra (ilha) e se despediu dos vivos, quando ele entrou no barco, entraram com ele os Seres de Luz.

Pesquisadora Ana Catarina: Você foi visualizando tudo isso?

Dra Goretti: Sim e sugerindo para ele. Que ele estava no barco, que ele tinha muita proteção, que havia muitas pessoas com ele no barco, que eram pessoas especiais, que estavam ali somente para cuidar dele; que ele não precisava se preocupar com nada;

que só o corpo dele é que estava doente no hospital, mas que a alma dele era livre e que ele podia passear; que ele podia encontrar com essas pessoas. Disse para ele ir com seu barco. Ah! Nessa hora eu disse para ele olhar no fundo do mar ver lá no fundo uma figura azul muito bonita e essa figura é Iemanjá. Ela está com seu manto azul e por trás dela há uma luz dourada muito bonita, muito brilhante. Eu disse que ele podia ver perfeitamente essa figura e ela estava com um olhar carinhoso, tranqüilo, acolhedor, cuidando dele. Eu afirmei que ele podia vê-la perfeitamente. Nessa hora a irmãzinha dele que estava no quarto, era uma senhora idosa, a irmã mais velha que tinha cuidado dele, foi muito impressionante, porque ela estava muito cética até então, meio preocupada com o Sr S., meio indagando o que será isso que a doutora está fazendo. Ela exclamou assim "gente, ele está vendo tudo." Porque a expressão dele mudou completamente.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele estava com uma expressão antes de começar a RIME E depois ele ficou com uma expressão completamente diferente?

Dra Goretti: Ele estava com uma expressão angustiada, ficou com a expressão calma, parecia que estava nascendo de novo. Ele deu uma iluminada, mudou completamente. E a irmã dele que observou também e chamou a atenção de todos dizendo "gente ele está vendo tudo". Eu continuei as orientações e disse que ele poderia ver Iemanjá, mas que ele não precisava ir nesse momento abraçá-la; que era para ele ir à hora que ele se sentisse bem, que se sentisse preparado. Também disse que, onde ele estava, podia perceber a presença dela, mas na hora que quisesse poderia ir, abraçá-la e ser acolhido pelo seu amor. Podia também trazer essa imagem para o quarto dele, no hospital; poderia se ver, mesmo no hospital, voltando com seu barco e o quarto vai estar sempre iluminado; falei para ele pensar nessa luz azul, dourada, mas a entrega, o abraço, só iria acontecer na hora que ele se sentisse pronto. Falei também para ele ficar tranqüilo que nós estaríamos cuidando dele e fui finalizando. Eu lembro que eu comecei 13h09 e terminei 13h27, porque eu olhei no relógio. Disse que ele iria achar tudo o que visualizamos no próprio quarto do hospital. *Fui me afastando dele e fiquei muito emocionada.* A nora estava no pé da cama, estava com um olho arregalado;só o filho que ficou na janela e virado meio de costas, assim meio intimidado. Acho que ele era evangélico também. A nora disse, nós tentamos convertê-lo, em relação ao Sr S. *Ele estava com um semblante lindo, ele mudou completamente.*

Pesquisadora Ana Catarina: Ele ficou com o semblante lindo depois da RIME?

Dra Goretti: Lindo. Apesar dele continuar com a sororoca, estava lindo. Aí eu me afastei um pouco e pensei que tinha que explicar para a família o que eu tinha feito. Eu falei que tinha trabalhado com os elementos que a nora me falou, que ele acredita, tentei colocar ele em contato com um local agradável, com elementos positivos da espiritualidade, mas nós nunca sabemos a hora; a hora é a hora do paciente. O filho perguntou se ele conseguia ouvir. Eu expliquei que devia estar conseguindo, tanto que ele reagiu à conversa. Mas a hora que ele vai morrer, nós nunca sabemos, pode ser questão de poucas horas. Fui ficando por ali, não sei porque eu não consegui sair do quarto. *Estava muito agradável ficar no quarto. Eu percebia a presença, nós não estávamos sozinhos naquela hora.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentia a presença dos Seres de Luz?

Dra Goretti: Sentia. Parecia que havia muitas pessoas no quarto, bacanas, amorosas. O quarto focou assim, iluminado. Fiquei supercalma ali com ele, fui para perto da cama, segurei um pouco no pé dele. 13h27 eu acabei a RIME. 13h39, porque eu olhei no relógio, ele deu um "suspirão" que nem ele fez no começo e parou completamente de respirar. A família me olhou e a irmã disse, ele está indo embora. Foi aquela movimentação e eu fiquei meio sem saber o que fazer e disse para esperarmos. Os familiares perguntaram "doutora, ele parou?". Eu disse que ainda não completamente, porque cessa a respiração, mas o coração demora um pouco mais para parar. Só pára uns três, quatro minutos depois. Durante aqueles poucos minutos ele ficou naquele estado, dava um suspiro, parava, dava outro suspiro. *Aí foi muito engraçado porque eu falei para o filho dar um beijo nele. Eu não sei porque eu falei isso, eu tinha a impressão de que alguém estava me intuindo para eu mandar o filho beijá-lo.* Eu não tinha tido nenhum contato com o filho. A única coisa que o filho fez foi antes da sessão me ajudar a identificar a carinha da escala da E.V.A. A nora e o filho identificaram a carinha amarela (sofrimento incômodo) e quando terminou a sessão os dois e a irmã identificaram a expressão dele com a carinha azul esverdeada (sofrimento leve). Achei interessante, porque a irmã não sabia a carinha que tinha sido escolhida antes da sessão começar e ela também identificou a expressão dele com a carinha azul esverdeada. *Então, eu pedi para o filho dar um beijo nele. O filho deu o beijo, ele deu mais um suspiro e não respirou mais. Ele foi parando; o coração ainda demorou a parar*

de tudo, ainda uns quatro minutos. E aí foi muito bonito, a irmã dele falou com uma voz muito firme, porque antes ela estava muito timidazinha, "vai meu irmão, pega o teu barco, vai ao encontro dos que te querem bem e podem cuidar de você. Nem olhe para trás, seja muito feliz. Ela falou assim e depois deu um beijinho no joelho dele e disse "doutora, ele está tão bonitinho; eu que cuidei dele quando ele era criança porque eu era a irmã mais velha". Aí ele parou totalmente era 13h43. O beijo do filho e a despedida da irmã foi nesses minutinhos entre 13h39 e 13h43. Aí eu desliguei o oxigênio, o filho chorou, eu chorei também. Fiquei muito emocionada na hora. O Sr S. estava muito lindo e aí a irmã queria colocar a dentadura nele porque ele era muito vaidoso; ela era auxiliar de enfermagem e estava com medo de não conseguir colocar depois. Eu disse que ela podia colocar, segurei o queixo dele e ela exclamou como estava bonitinho. A expressão dele era de muita, muita tranqüilidade e assim, imediatamente após a morte.

Pesquisadora Ana Catarina: Logo após a morte o semblante dele era de paz, tranqüilidade?

Dra Goretti: Tranqüilidade. Eu percebi que aos poucos a energia foi se desfazendo no quarto.

Pesquisadora Ana Catarina: O sentimento de luz, de paz, foi se desfazendo?

Dra Goretti: Sim. Foi se desfazendo, mas ficou um ambiente agradável naquele pós-morte imediato. Eu falei com o filho, expliquei o que as meninas tinham que fazer, mas tudo muito calmo. Eu então disse que iria tomar minhas providências e a sensação era que eu estava autorizada a sair do quarto. *Eu não saí imediatamente, foi como se eu tivesse esperado os Seres de Luz levarem ele embora e assumirem o cuidado do Sr S.*

Pesquisadora Ana Catarina: *Você sentia como se os Seres de Luz estivessem te mandando uma mensagem que agora você podia sair do quarto, que eles cuidariam do Sr S.?*

Dra Goretti: Tipo assim: "Fica tranqüila, acabou".

Pesquisadora Ana Catarina: Como se você tivesse cumprido a sua missão, a sua tarefa. Fala dessas suas sensações.

Dra Goretti: Eu fiquei muito leve. Tanto que eu saí do quarto e liguei para você, vibrando. Eu fiquei feliz da vida porque de fato eu não me senti sozinha hora nenhuma. Quando eu entrei e comecei a RIME, falei do barco, mas quando saiu da ilha para mim estavam todos ali.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentia os Seres de Luz ali?

Dra Goretti: Sim. Quando me veio a imagem de Iemanjá, me veio com muita segurança, muita tranqüilidade.

Pesquisadora Ana Catarina: Você visualizou Iemanjá realmente?

Dra Goretti: Sim, tranqüilamente. No mar, com aquela aparência amorosa. Foi muito legal também porque teoricamente eu pensei que ia me sentir inibida. Quando eu falei com a nora que eu ia falar sobre o mar, orientar um passeio de barco, que talvez ele acredite em Iemanjá e ela me deu a autorização para fazer a RIME. Quando eu entrei no quarto e vi a irmã dele meio cética, eu achei que ia ficar inibida. Quando eu comecei a falar com ele, não tinha música, não tinha nada, eu percebi que toda a tenção estava voltada para mim. De uma certa forma, me engasga um pouco, sou tímida também. Na hora que eu orientei para ele sair da ilha, acabou a timidez, me senti superforte, supercorajosa, de estar conduzindo o barco dele e a visão. E o fato de chegar perto de Iemanjá e dar o abraço significava ser acolhido e morrer. Isso é muito complicado. Isso não é fácil de fazer naturalmente, "a seco". Mas, veio ajuda.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu a presença dos Seres de Luz? Paz? Luz te envolvendo?

Dra Goretti: Sim, parecia que eu estava flutuando. Não parecia que eu estava no hospital ou em um quarto de hospital, mas no mar, de fato em um ambiente muito agradável. Completamente livre para falar o que eu quisesse falar.

Pesquisadora Ana Catarina: Você perdeu toda a questão da vergonha, da timidez? Do que os outros poderiam estar pensando sobre você estar orientando o Sr S. dessa forma, nessa passagem.

Dra Goretti: Exatamente.

Pesquisadora Ana Catarina: Você soltou seu coração, seu sentimento?

Dra Goretti: Exatamente isso. Soltei o sentimento, não estava mais preocupada se ia ter algum julgamento, se as pessoas entrassem o que iriam pensar, o que o filho ou a nora estavam pensando, nada. Eu só estava preocupada em cuidar do Sr S. de fato. Fazer a passagem tranqüila. Essa sessão da RIME foi bem dirigida para a passagem mesmo. É a entrega.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi uma experiência boa para você?

Dra Goretti: Muito boa. Muito rica. Deu-me uma energia. Domingo, saí daqui três horas da tarde, peguei meu marido toda animada, fomos almoçar fora em um restaurante baiano, tomei um chope, estava falante, alegre. Engraçado, porque a morte deixa a gente assim calada e eu estava falante, alegre, tomando chopinho. Depois fomos no apartamento novo, que vou mudar e resolvi fazer uma faxina. Estava com a maior energia, varri, passei pano, toda animada. Ainda queria nadar na piscina, só não fui porque estava sem maiô. Cheguei em casa, jantei, assisti o filme do Cazuza e fiz todos os relatórios. Fui dormir uma hora da manhã. Animadíssima. O nosso trabalho aqui na Enfermaria é muito cansativo e eu tenho saído cansada e dessa vez fiquei cheia de prosa, cheia de energia.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu estou observando que está acontecendo isso com todos os profissionais e aconteceu comigo também. Quando nós estamos acolhendo a angústia de morte do paciente e não conseguimos a ligação com os Seres de Luz ainda, o paciente ainda não conseguiu se ligar com os Seres de Luz, nós ficamos realmente acabados, mas no momento em que os Seres de Luz se fazem presente, que nós sentimos a presença, o amor deles, não temos como provar isso, nós sentimos, as nossas energias se renovam.

Dra Goretti: "A mil por hora!" e de forma bem tranqüila. Eu não senti medo. É engraçado. Eu tive uma experiência muito bonita com a C. (primeira paciente). Toda vez que a gente aplica a RIME nós visualizamos junto com o paciente, eu também visualizava o que orientava para ela, mas foi uma experiência menos profunda do que a que foi com o Sr S.

Pesquisadora Ana Catarina: Uma única sessão, que você nem teve muito contato com ele, foi mais profunda.

Dra Goretti: Eu não sei se foi porque nós tivemos supervisão dos atendimentos da C. um pouco antes de atendê-lo, se foi porque era domingo, ou se foi por causa do próprio Sr S. que tinha uma experiência de espiritualidade maior; ele mesmo já tinha feito a passagem de várias pessoas doentes perto de morrer; eu acho que essa Luz foi também a Luz dele, por ter sido uma pessoa muito bonita, muito generosa, muito amada. Essa foi a descrição que o filho fez dele e que me comoveu muito. Eu pensei que não podia deixar de fazer algo por ele, porque era uma pessoa especial.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu acredito que pode ter sido as duas coisas; nós tínhamos conversado antes de você atendê-lo sobre os seus atendimentos para a C. utilizando a RIME, e isso te deixou mais segura para um segundo caso e, além disso, além de você estar mais segura em relação a RIME, você atendeu uma pessoa que tinha uma espiritualidade alta, e isso, eu acredito, facilitou.

Dra Goretti: A sensação que eu tive na hora que eu comecei a RIME e ele reagiu, ele tentou contato, foi a mesma coisa que me falou a Dona O. Foi uma pessoa que eu trabalhei antes de fazer o Treinamento, mas eu fiz a RIME com ela. Eu orientei para fazermos um passeio de trem. Quando eu comecei e disse para fazermos de conta que ela estava em um trem passeando, ela voltou daquela aflição e disse "doutora é isso que eu preciso". A sensação que eu tive quando o Sr S. reagiu foi de que ele estava dizendo "ufa, é disto que eu estou precisando".

Pesquisadora Ana Catarina: E sobre a questão da sua intuição de pedir para o filho mais velho dar um beijo no Sr S?

Dra Goretti: Eu não sei qual era a história dele com esse filho mais velho. A sensação que eu tive ao mandar o filho beijá-lo, foi como se o filho estivesse perdoando-o por alguma coisa. Não sei, era como se eles tivessem algum acerto.

Pesquisadora Ana Catarina: Como se eles tivessem se acertado naquela hora. Que bonito.

Dra Goretti: Por um momento me passou que o próprio Sr S estivesse pedindo aquele beijo.

Pesquisadora Ana Catarina: Essa foi uma experiência riquíssima. Em relação ao vínculo, você o fez, com esse paciente, através dos dados que você colheu dos familiares. Você conduziu a sessão através desses dados, não usou música porque o som não deu certo e a sua vivência na aplicação da RIME foi muito profunda. Você me disse anteriormente e eu preciso gravar isto, que a RIME mexe com a essência do paciente e do profissional que a está aplicando. E também a questão que nós, profissionais, precisamos estar bem para aplicar a RIME.

Dra Goretti: Exatamente. No quarto ao lado do Sr S., tinha um outro paciente que no dia seguinte, segunda-feira, entrou em processo de morte; eu sabia que ele estava para morrer em algumas horas. Esse outro paciente estava completamente apavorado. Nós chamamos delírio, mas tem um fundo espiritual. Ele relatava estar vendo coisas apavorantes, gritava mesmo. Parece simples, entrar lá e aplicar a RIME para ele se acalmar, mas não é. Eu precisava estar bem e naquele momento eu estava exausta, sem almoçar. Era o meu limite. Eu não tinha forças, energia, para interferir naquele momento. A RIME parece simples, mas não é. Ela nos envolve com o paciente, mexe com a nossa essência, nos conecta com o sofrimento do paciente para podermos ajudar.

Pesquisadora Ana Catarina: A RIME mexe com a essência das pessoas.

Dra Goretti: Sim. O profissional precisa ter coragem de abrir o seu coração, caso contrário, não é possível sentir a presença dos Seres de Luz. Quando começamos a RIME e abrimos o coração e como estivéssemos abrindo a Caixa de Pandora. É literalmente destampar o coração. Nesse ponto nós nos tornamos vulneráveis, então é preciso que o profissional sinta segurança. Quando vamos fazer a RIME, a sensação que temos é que destampamos o coração. Isso na verdade, nos torna também vulneráveis. Nós, profissionais, também precisamos nos sentir seguros no ambiente para poder aplicar a RIME. O quarto do paciente que eu fiz o atendimento, o Sr S., não sei, de uma certa forma estava leve; permitia fazer a RIME e eu me sentia segura. Mesmo quando eu senti a presença dos Seres de Luz, eu me senti meio um elo, com se eu fosse uma corrente entre um e outro, até porque eu estava efetivamente tocando no peito do paciente, eu me senti tranqüila. No quarto do segundo paciente, mais do que a fome e mais do que o cansaço, eu não sei, talvez por ele estar com delírio pesado, ele tinha uma expressão de pavor e gritava;

era claro que ele estava com medo da morte, mas eu senti medo. Se eu abrisse, eu poderia estar me abrindo a um ambiente perigoso; como se a presença ali, não fosse uma presença tão amorosa e efetivamente devia ser a presença que o paciente estava sentindo, estava percebendo. Se fosse para trabalhar a RIME com esse paciente, eu acho que deveria ser feito sim, mas o profissional precisaria entrar muito protegido, muito bem fechado e começar muito devagar. Não poderia ser feito aquele "vupt" , aquela entrega, como foi com o Sr S.. A minha entrega e dos familiares que estavam no quarto, que de certa forma, favoreceram o trabalho. O outro paciente apesar da família ter solicitado, o ambiente era mais pesado. Madrasta e enteada pareciam que não se entendiam muito bem. Não sei. Tinha alguma coisa mais pesada no ar e então eu senti medo.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu medo e como você estava cansada fisicamente, então você se sentiu sem condições de enfrentar a situação. Eu também senti isso na minha experiência. Quando o ambiente estava pesado eu ia devagar. Eu tive uma paciente que via tudo negro, ela sentia muito medo, e eu fui aplicando a RIME devagar. Ela morreu em paz, mas eu fui bem devagar. Eu ia atendê-la preparada. É muito importante, antes de um atendimento assim, entrar em contato com os Seres de Luz , que nós acreditamos que existem, sentimos a presença, e também este é um pressuposto do trabalho baseado nos estudos sobre as Experiências de Quase Morte. Além de se ligar com os Seres de Luz, você precisa estar fisicamente bem, porque senão você não consegue; você vai enfrentar uma mudança de estado espiritual e psíquico. Você vai mexer com o medo da morte, com todas aquelas coisas feias que o paciente está envolvido. Você tem que estar forte.

Dra Goretti: Efetivamente tinha alguma coisa muito pesada, tanto que o paciente estava gritando. Parece-me que quando o paciente começa a rebaixar a consciência, quando começa a chegar a hora da partida, ele entra em contato com alguma coisa que pode ser de Luz ou pode ser muito perigosa, danosa. Assustadora, efetivamente. É importante o profissional perceber para conhecer o próprio limite. Aceitar que se não consegue, não consegue e pronto, respeitar o limite. Se não o profissional pode sair mal, pesado.

Pesquisadora Ana Catarina: E não conseguir, talvez fazer o trabalho.

Dra Goretti: Às vezes, talvez uma outra pessoa, como o padre, seja mais sensato chamar nessa hora. Ou chama a Mara, chama a Cris (ambas participantes do Treinamento da RIME, voluntária e psicóloga), chama quem for.

Pesquisadora Ana Catarina: Naquele momento você estava muito cansada fisicamente, para enfrentar uma situação mais pesada.

Dra Goretti: É verdade. Outra coisa legal do Sr S., a família agradeceu tanto. A irmã, que eu nem sabia qual era a religião dela, falou muito, mesmo naquela hora. Disse que foi muito bom o trabalho que eu fiz com a RIME, muito obrigada. Que ela espera que tudo que eu fiz para o irmão dela, retorne para mim, para minha vida. Ela ficou muito grata, agradeceu muito. Foi muito bonito, desejou para mim tudo de bom pelo que eu fiz para o irmão dela. Desejou que eu ficasse bem com a minha família. Foi bem legal.

Pesquisadora Ana Catarina: Desejou tudo de bom para você pelo que você fez pelo irmão dela.

Dra Goretti: E foi muito sincero; não foi uma coisa elaborada, racional. Foi muito de coração.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi espontâneo. Ótimo. Foi excelente o seu atendimento e também foram muito boas as suas conclusões. Realmente, é uma técnica aparentemente simples, mas na verdade de simples ela não tem nada, porque ela envolve a sua essência e a essência do paciente.

Dra Goretti: A RIME é muito profunda. Eu até escrevi no relatório, que seu soubesse da RIME antes... *Tiveram alguns outros pacientes que eu estava na hora da passagem deles, a Mara até estava algumas vezes comigo e nós não sabíamos bem o que fazer. Se nós já soubéssemos da RIME, poderia ter ajudado tão mais. Você começa a identificar Fulano, Sicrano, Beltrano, que teriam se beneficiado.*

Pesquisadora Ana Catarina: Vai poder ajudar dessa forma, daqui para frente.

Dra Goretti: Não é arrependimento pelo que não foi feito *é a constatação,* que se fosse agora, eu saberia o que fazer.

Pesquisadora Ana Catarina: Isto significa que você pretende, sempre que possível, aplicar a RIME?

Dra Goretti: Se você me permitir!

Pesquisadora Ana Catarina: Claro! Esse é o meu objetivo.

Dra Goretti: Sim. Dentro daquele limite que eu te falei. Eu a Mara e a Cris pretendemos fazer uma reunião e combinarmos os casos aqui. E de alguma forma, quando fizermos uma RIME com um paciente, deixarmos anotado que imagem foi usada. Até imaginei unificar os álbuns, usar um único álbum de imagens. Anotar a imagem que foi usada, porque em uma situação de emergência, o que estiver aqui pode retomar a imagem e fazer o trabalho final. É a troca do plantão que tem que ter, o trabalho em equipe.

Pesquisadora Ana Catarina: Nesse caso o profissional deve deixar anotado o principal. As imagens, o Ser de Luz indicado, as sensações vivenciadas.

Dra Goretti: Facilita em uma situação de emergência; se o profissional que está aplicando a RIME não está e o paciente está indo a óbito, o outro que tem o Treinamento da RIME pode assumir.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Você quer me perguntar mais alguma coisa. Falar mais alguma coisa?

Dra Goretti: Agora não. O que eu quero é agradecer por você ter passado no nosso caminho. *Você, nos ensinando a RIME nos instrumentalizou, não só em relação aos pacientes, mas também em relação a nossa vida pessoal.*

Pesquisadora Ana Catarina: A RIME te ajudou na vida pessoal?

Dra Goretti: Quando nós estamos tranqüilos com a nossa espiritualidade, conhecemos mais nossos limites, ampliamos nossos limites.

Pesquisadora Ana Catarina: *Você sentiu que a RIME te ajudou a ampliar seus próprios limites pessoais?*

Dra Goretti: Sim.

Pesquisadora Ana Catarina: Essa tem sido uma experiência comum a todos; tanto minha, como de todos os profissionais participantes.

Dra Goretti: Que bom.

Pesquisadora Ana Catarina: Eu é que agradeço mesmo, a participação de vocês. Estou a disposição para o que precisarem.

Observamos que os aspectos relacionados às três questões: **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME); 2) Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME); 3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta,** (Anexo 6), foram introduzidos de forma intercalada no decorrer dessa entrevista.

- DIÁRIO

Dra Goretti relatou: *Percebi que a RIME suavizou não só a partida do Sr S.G., mas também deu muita segurança para os seus familiares, cujo desejo expresso era apenas o do alívio do sofrimento e que o Sr S.G. tivesse uma passagem aliviada. O objetivo foi alcançado. Este quadro se encaixa muito bem com o perfil do médico – o socorro e alívio imediato – sem o comprometimento de suas funções específicas.*

Fiquei muito feliz por participar e ajudar a passagem deste Sr e mais *ainda por poder perceber que a gente nunca está só. Que os Seres de Luz nos ajudam e nos iluminam, ensinando-nos como conduzir as experiências com os pacientes.*

Foi um grande ganho de vida. Senti-me como um fio entre a vida e a vida maior, espiritual. No entanto, não me senti ameaçada.

Passar por este tipo de experiência viva e saudável, certamente vai ajudar muito quando chegar a minha hora. Acredito que não vou ter o mesmo medo da paciente M.A.S. *Nesta noite, são 23h30, de 16/01, sinto-me iluminada.* Obrigada, Ana Catarina, por esta oportunidade.

6. PROFISSIONAL RAÚL MARQUES (Psicólogo atuando no Hospital dos Plantadores de Cana / Setor de SUS – Piracicaba).

O Psicólogo Raúl Marques iniciou a aplicação da RIME sete meses após o término do Curso de Capacitação. Fevereiro de 2005.

O primeiro paciente, atendido através da RIME por este profissional, foi indicado pelo psicólogo do setor de Recursos Humanos do hospital porque apresentava sofrimento importante diante da morte e a família havia solicitado um acompanhamento psicológico.

6.1. - 1^{O} PACIENTE M.V.C.S.

- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Sexo: Masculino Idade: 30 anos

Patologia: Câncer Testicular com metástase de pulmão.

Religião: Evangélico da Assembléia de Deus Profissão: Motoqueiro

Estado civil: Casado Filhos: 3 (Menina de 8 anos e Meninos de 4 e 3 anos

Quadro 32- Dados sobre número, tempo de duração e local das sessões de RIME para a paciente M.V.C.S. e os dados colhidos da Escala Visual Analógica (E.V.A.) de Bem-Estar.

Sessões	**1**H*	**2**H*	**3**H*	**4**H*	**5**H*	**6**D*	**7**D*	**8**D*	**9**H*	**10**H*	**11**H*
Tempo de duração	**60'**	**50'**	**75'**	**80'**	**60'**	**90'**	**45'**	**75'**	**75'**	**90'**	**105'**
EVA início	verde (6)	verde (6)	verde (6)	verde (6)	verde (6)	verde (6)	verde (6)	verde (6)	verde (6)	verde (6)	verde (6)
EVA final	azul (10)	azul (10)	azul (10)	azul (10)	azul (10)	azul (10)	azul (10)	azul (10)	azul (10)	azul (10)	azul (10)

H*= Sessão Hospitalar

D*= Sessão Domiciliar

1) Histórico Clínico / aspectos relevantes: M. foi internado em 12/02/2005 com nódulo no pescoço e suspeita de pneumonia. Após exames constatou-se seminoma testicular clássico, nódulo cancerígeno no pescoço e metástase bilateral nos pulmões. No atestado de óbito constou morte por insuficiência respiratória. Em 22/03/2005 recebeu alta hospitalar com retornos para quimioterapia. Em 28/05/2005 foi reinternado, em 05/04/2005 foi para UTI e em 07/04/2005 foi a óbito às 14h15.

2) Natureza da Dor Espiritual identificada (medo da morte, medo do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade, culpas perante Deus).

- Medo da morte, que embora não verbalizado, aparecia representado nos seus gritos de dor e comportamentos de agressividade e ansiedade. Alguns dias antes do óbito disse que "estava batendo as botas".
- Idéias negativas em relação ao sentido da vida percebidas na culpa que trazia em seu discurso quando se referia ao rumo que deu à sua própria vida, principalmente no que se refere à vida familiar.

3) Experiência de re-significação dessa Dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da Intervenção Terapêutica. (Expressões verbais e não verbais).

- Após cada aplicação da RIME o paciente relaxava e conseguia dormir; a sua aparência de tensa mudava para serena. Ás vezes ligava para o psicólogo, solicitando antecipação do atendimento. Verbalizava que tanto o exercício da RIME, quanto às conversas, lhe faziam bem e relaxavam. Após o início da aplicação da RIME, o paciente que referia dor física insuportável, melhorou. A mãe do paciente, na primeira internação deste, teve uma visão de um Ser de branco iluminado que, com um jarro, ungia a cabeça do filho e nessa mesma cena seus antepassados (já falecidos) estavam ao redor de seu filho. Quando o paciente estava na UTI, sedado, próximo ao óbito, ela viu sobre sua cabeça um Ser de Luz que o abençoava; estes fatos foram entendidos pela família como uma morte amparada e digna e agradeceram ao psicólogo todo o trabalho realizado, incluindo a aplicação da RIME. Importante observar que a mãe que já foi Espírita, atualmente é Testemunha de Jeová.

- A questão da família foi trabalhada tanto verbalmente, quanto nas visualizações da RIME. O psicólogo pedia para o paciente visualizar sua família toda iluminada; visualizar que os seus filhos, os seus pais, todas as pessoas que ele amava estavam iluminadas; estavam felizes porque o amor de Deus também estava chegando até eles e assim, ia preparando-o para despedir-se dos seus familiares. Próximo ao óbito, o paciente conversou com sua ex-esposa, finalizou tarefas inacabadas e fez uma revisão e conclusão de sua vida fantástica, segundo o psicólogo.

4) Sonhos e vivências de natureza espiritual/ transcendental do profissional de saúde em relação ao processo de morrer e a morte do doente.

O Psicólogo Raúl relatou: "No momento exato da morte de M. eu estava só na Instituição onde trabalho, entrei na minha sala e comecei a pensar e orar pelo paciente. Senti como que um alívio naquele momento. Logo veio a notícia do falecimento de M".

5) Sonhos e/ou vivências de natureza espiritual/ transcendental do doente ou de algum familiar, em relação ao processo de morrer e a morte deste doente.

A mãe de M. na primeira internação teve uma visão de um Ser de branco iluminado que, com um jarro, ungia a cabeça do filho e nessa mesma cena seus antepassados (já falecidos) estavam ao redor de seu filho.

Quando M. estava na UTI, sedado, ela viu sobre sua cabeça um Ser de Luz que o abençoava.

Importante observar que a mãe que já foi Espírita, hoje é Testemunha de Jeová.

Observações: Foram dezessete encontros; em onze sessões foi aplicada a Intervenção RIME e nas restantes apenas entrevista psicológica porque nestas o paciente só quis falar.

IMAGENS ESCOLHIDAS PELO PACIENTE.

- **ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1A.ENTREVISTA (APÓS O TERCEIRO ATENDIMENTO REALIZADO PELO PSICÓLOGO RAÚL).

Breve rapport.

Pesquisadora Ana Catarina: Como é este paciente e como você formou o vínculo com ele? **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Psicólogo Raúl: Antes do vínculo, eu vou falar do Hospital. Eu fui chamado em torno das 13h00, terça-feira, dia 22/02. Eu estava no Banco e o Paulo, Psicólogo do RH do Hospital, me ligou no celular, dizendo que tinha um paciente de trinta e três anos em fase terminal de câncer, precisando de atendimento. Pediu para eu conversar com a Cidinha, Assistente Social. Ela me explicou que a família estava dando trabalho e que o paciente estava em estado terminal de câncer, descoberto recentemente. Pedi ao Enfermeiro responsável um quarto separado para atendê-lo, pois tinham quatro pacientes no mesmo quarto, a que o Enfermeiro respondeu que estava tentando mudar o paciente de quarto porque ele estava muito agitado, gritando muito e atrapalhando os outros pacientes. Fui até o quarto, o paciente estava dormindo e falei com a companheira atual dele, de 18 anos,

expliquei o trabalho e ela assinou o Termo de Consentimento Pós-Informação. Quando eu terminei de conversar com ela, os pais chegaram para visita também. Conversei com a mãe que contou que o irmão e o pai do pai já tiveram câncer; que eles estavam meio perdidos e agradeciam a minha presença. Contou um pouco da história do paciente assim como a C., atual companheira, também contou e as histórias desencontram um pouco. Esperei a visita terminar às quatro horas da tarde. Quando terminou a visita ele acordou e estava muito sonolento. Eu me apresentei, falei que era psicólogo, que a família tinha pedido um e que eu estava ali para ajudá-lo; que voltaria a noite para conversar com ele, pois ele ainda estava muito sonolento.

Pesquisadora Ana Catarina: Como foi a aceitação dele à sua presença?

Psicólogo Raúl: Foi muito pronta. Foi um alívio tanto para a família como para ele; alguém que vai ouvi-lo. À noite eu cheguei para o atendimento depois das 22h00, porque eu saio da clínica às 22h00 e ele estava sentado. Conseguimos um biombo para isolá-lo dos outros pacientes. Comecei perguntando como ele estava se sentindo ali, se gostaria de conversar alguma coisa comigo e expliquei o trabalho. Ele começou a falar do relacionamento afetivo.

Pesquisadora Ana Catarina: O que você explicou do trabalho para ele?

Psicólogo Raúl: Que é uma técnica de relaxamento com imagens mentais; perguntei se ele tem alguma crença, alguma religião e ele respondeu que tinha sido da Assembléia de Deus, Evangélica. Eu expliquei que iríamos utilizar imagens, que ele iria pensar nestas imagens, que durante o processo ele poderia se soltar, ficar bastante relaxado, para ajudá-lo a passar este período que ele está vivenciando.

Pesquisadora Ana Catarina: Até este momento você ainda não falou das Experiências de Quase Morte? Dos Seres de Luz?

Psicólogo Raúl: Não. Eu só inseri os Seres de Luz no Relaxamento.

Pesquisadora Ana Catarina: Ok. Está ótimo.

Psicólogo Raúl: Eu senti que falar de morte para ele nesse momento não seria bom, porque ele está muito ansioso, muito consciente e aparentemente saudável.

Pesquisadora Ana Catarina: O estado clínico dele é bom? Mas se o paciente está clinicamente bem e está na fase da revolta ou da negação você pode não falar direto da morte sim, mas você pode falar das Experiências de Quase Morte como um elemento da Espiritualidade que deve ser inserido na visualização, mesmo porque isto está no Termo de Consentimento de Pós-Informação e os pacientes que passaram por esta experiência efetivamente não morreram.

Psicólogo Raúl: Ele começou a falar da experiência dele; falou que estava com muita raiva por estar longe dos filhos; disse que tem três filhos, que foi casado um bom tempo com uma moça e que ambos usavam drogas. Ele usava maconha e ela começou a usar cocaína e crack, além da maconha. A razão da briga que teve com a esposa foi essa e que o fato de estar longe dos filhos o está incomodando muito. Contou que ele e a esposa começaram a brigar muito e resolveram mudar de Piracicaba para Bertioga. Lá ele tinha um Lava-Rápido, uma lanchonete, casa e carro. As brigas continuaram e uma vez ele pegou ela com o melhor amigo na cama. Resolveu vir embora, queria trazer as crianças, ela não deixou. Ele deixou todos os bens para ela e veio embora para Piracicaba para a casa dos pais dele. *Não satisfeito depois de dois meses ele voltou para lá sem carro, sem nada e constatou que ela não estava mais na casa e os traficantes estavam ficando na casa; ficou procurando a esposa e os filhos por dois meses e por conta disso tem uma dor na perna que até hoje os médicos não conseguem explicar; já fez radiografia, fez todos os exames e a dor na perna esquerda continua. Uma dor muita intensa.*

Pesquisadora Ana Catarina: Uma dor que pode simbolizar a angústia desta procura.

Psicólogo Raúl: Isso. Um dia ele encontrou; conseguiu comprar uma moto e encontrou a companheira e as crianças em um mocó. Mocó é onde ficam bandidos. Ele esperou as crianças saírem de manhã para irem para creche ou escola e falou para a companheira que iria levar as crianças embora. Ela consentiu e ele trouxe as crianças. Por um ano e meio ele fez comida, fez tudo. A atual companheira dele tinha dezesseis anos na época e começou a ajudá-lo a cuidar das crianças. A mãe dele disse que ela não cuidava bem, mas ele disse que ela ajudava, estava indo tudo certo e que as crianças gostavam muito dela. Um dia ele chegou em casa do trabalho e viu uma mulher conversando com as

crianças no portão; era a ex-esposa, mas ele não a reconheceu; disse que ela se faz pela beleza e só a reconheceu quando chegou perto. As crianças ficaram com medo porque não reconheceram a mãe. Segundo relato dele, como as crianças gostavam muito da atual companheira dele, ela ficou com ciúmes, foi no Fórum falou que ele era drogado, não cuidava bem e maltratava as crianças. Ele não sabe dizer se foi uma psicóloga ou assistente social do Fórum que foi muito grossa com ele e como ele não tem "papas na língua", não sabe segurar, brigou com esta profissional e os filhos foram tirados dele. A mãe das crianças levou os filhos para a casa dos pais dela e logo em seguida foi embora para a Bahia com um "cara", um novo companheiro e deixou os filhos com os avós. Ele começou a freqüentar a casa dos avós e percebeu uma certa interferência do avô na relação dele com as crianças. Isto estava deixando ele muito nervoso e muito preocupado, até que ele comprou uma nova motocicleta, foi trabalhar de moto-táxi e começou a diariamente ir fazer a visita para os filhos. O sogro não estava gostando da idéia. Trabalhando de moto-táxi, ele disse que tomou muito vento e muita chuva, apareceu um caroço no pescoço, ele foi para o Pronto-Socorro e chegando lá, pediram para internar com urgência. Como ele estava internado, o sogro disse que iria levar as crianças para Minas porque filho é para viver com o pai ou a mãe e como as crianças não podiam ficar nem com ele, M.V., nem com a mãe, seriam levadas para Minas e ninguém iria mais vê-las; que ele, sogro, estava se mudando para lá. Foi aí que ele começou o tratamento; neste tratamento foi feita uma tomografia, descobriu-se que era um nódulo cancerígeno; ele tem um nódulo em cada pulmão, um na garganta, pescoço e outro no testículo também. Então ele já está com metástase. O hospital disse que o estado dele é terminal, mas o estado clínico dele é muito bom e a gente não sabe o que vai ser. Ele se queixa de cefaléia intensa, mas fez tomografia crânio encefálica e não deu nada. Essa dor de cabeça eu penso que talvez seja alguma compressão em algum nervo, mas também é de fundo emocional. É o medo de tudo que está acontecendo. Ele não tem muita consciência do que está acontecendo com ele, mas ele traz muita raiva; durante a entrevista ele chorou muito. Ele estava com muita dificuldade de respirar e eu propus ensiná-lo a respirar na forma abdominal, como a criança que quando está dormindo respira pela barriga. Eu já estava com o som o tempo todo ligado, ele foi se ajeitando na cama, deitou, eu ajeitei o travesseiro para ele e comecei a aplicar o exercício da RIME. Ele tossia muito, se mexia muito, mas, no final, melhorou. Ele escolheu primeiro a imagem do

homem sentado vendo o pôr do sol, mas quando começou o relaxamento ele quis mudar de imagem porque iria se sentir muito sozinho; eu disse que ele não estava sozinho, que Deus estava com ele nesse momento, visto que ele disse que acredita em Deus, mas, mesmo assim, poderíamos mudar a imagem; ele escolheu a imagem da cachoeira. Mostrei a escala E.V.A. e ele escolheu a verde (sofrimento moderado) dizendo que não estava tão triste assim. No final do relaxamento ele mudou para a carinha azul (nenhum sofrimento) e disse que nunca tinha relaxado tanto. Perguntei se podia voltar no dia seguinte, ele disse que sim e me deu um cartãozinho do moto táxi dele.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele sentiu acolhido e me parece que te deu o cartão para fortalecer o vínculo. Conta-me como você desenvolveu a técnica. **2 - Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 5).**

Psicólogo Raúl: Eu comecei dizendo para ele prestar atenção na música, que durante todo o tempo ele iria estar consciente, que não precisava ter medo, para deixar-se relaxar. Comecei a orientar o relaxamento pelos pés, depois lhe disse para relaxar a panturrilha direita, sentir os músculos se descontraindo, se soltando, relaxando. Assim sucessivamente, panturrilha esquerda, coxa direita e esquerda, virilha, abdome, tórax, costas, ombros. Disse-lhe que todo o peso dos ombros estava saindo, todas as preocupações, as dificuldades que ele tem carregado, estavam se soltando e ele estava afundando no leito, relaxando. Os braços também estavam se soltando, se descontraindo, os antebraços e as mãos. Orientei-lhe que prestasse atenção no pescoço e na nuca; imaginasse que os músculos do pescoço e da nuca estavam se soltando, se descontraindo, relaxando; os músculos do couro cabeludo também estavam relaxando, assim como os músculos da testa, da face e das pálpebras; como os músculos da face estavam relaxando, o maxilar superior se separa do maxilar superior e ele se sentia bastante relaxado, com bastante segurança. Pedi-lhe para imaginar o ar sendo respirado na tonalidade azul e que ao respirar, pouco a pouco estava se envolvendo nesta tonalidade azul. Disse-lhe para sentir muita paz, muita tranqüilidade. Em seguida pedi para ele imaginar que à frente dele havia uma porta muito grande e que ele caminhava em direção a esta porta. Ao abri-la se deparava com uma relva muito verde, muito bonita e flores. Orientei para que andasse sobre a grama, sentisse seus

pés afundando nela. Caminhasse. Disse-lhe, em seguida, que ele poderia ouvir um barulho de água ao longe; que iria se aproximar do barulho e sentir a brisa da água vindo na direção dele; com a visualização destas sensações ia sentindo muita tranqüilidade. Disse-lhe para ver-se caminhando e ao aproximar-se da cachoeira, observar um pequeno lago que se forma e se transforma em rio. Orientei-o para visualizar-se colocando os pés nesta água feito uma criança e para se soltar e brincar com ela. Olhar o curso do rio e avistar uma ponte. Pedi que caminhasse em direção a esta ponte, se sentindo muito seguro, cheio de tranqüilidade e paz. Orientei-o a atravessar para o outro lado da ponte e perceber que na outra margem havia uma luz muito forte; uma luz que traz muita tranqüilidade e paz e que ele iria caminhar em direção a ela. Parei o exercício da RIME aí na ponte. No dia seguinte, quarta-feira, a irmã dele deixou um recado na Secretária do meu telefone e contou que trabalha como Assistente Social em uma Organização Não Governamental (ONG) que ajuda pacientes com câncer doando medicamentos, fraldas, etc. e pedindo orientações sobre o irmão. Fui até a ONG para conversarmos e disse a ela que todos precisavam ser continentes com o paciente M.V. e que ela precisava conversar com a família porque estavam todos ansiosos e perdidos. Ela me pediu um atendimento familiar e eu disse que o faria sim, pois faz parte desse trabalho, mas precisava acompanhar um pouco mais seu irmão M.V.. Expliquei-lhe que além da dor física, seu irmão sofre ainda de dor emocional o que lhe causa medo. Que é compreensível a família estar ansiosa, pois é tudo muito recente e o medo da possível perda do ente querido deixa todos perdidos querendo ajudar sem saber como; sugeri que conversasse com a família no sentindo de que dessem continência a essa dor do irmão/filho, acolhendo-o, mas tendo a clareza de que no estágio da doença o medicamento nem sempre faz o efeito desejado para tirar a dor e a superdosagem pode ser prejudicial. Sugeri ainda, por serem religiosos, que orassem juntos por ele. Nesse mesmo dia liguei para o hospital às 12h00 para saber se M.V. estava acordado e poderia me receber, porém a Auxiliar de Enfermagem me disse que estava dormindo/sedado. Às 22h10 retornei ao hospital. M.V. estava agitado, com muita dor de cabeça (cefaléia). Fui continente à dor e estive ao lado do mesmo sugerindo relaxar, com música de fundo, falei sobre a cachoeira, mas mesmo com minhas sugestões ele, de olhos cerrados, contorcia-se e transpirava muito. Por volta das 23h00 dormiu após injeção de dolantina E.V.. Na quinta-feira voltei a atendê-lo às 22h00. Encontrei-o em outro quarto, com dois leitos, com um

companheiro que estava de alta. M.V. me disse ter tido outra crise de cefaléia durante a visita da tarde, mas que no momento estava sem dor. Sugeri o exercício da RIME a que ele aceitou prontamente e escolheu a carinha verde (sofrimento moderado). O companheiro de quarto também aproveitou a técnica que durou vinte e dois minutos. Após a aplicação da RIME ele estava acordado, meio sonolento e escolheu a carinha azul (nenhum sofrimento). Despedi-me perguntando se poderia voltar no dia seguinte, a que ele consentiu prontamente.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Ele está respondendo à Intervenção RIME e que bom que o companheiro de quarto também se beneficiou.

Psicólogo Raúl: Na quarta-feira, no dia da crise de dor que ele não conseguiu relaxar, conversei com o cunhado que passaria a noite com ele e orientei-lhe que, na possibilidade de uma nova crise, ele deveria dar continência e estar junto falando/induzindo que M.V. relaxasse. Ele me disse que a família ficava sem saber o que fazer, desesperada, pois os médicos não conversavam com ninguém. O paciente esteve em tal estado de desespero pela dor que tentou se enforcar com a toalha. Parece que agora o médico foi mudado.

Pesquisadora Ana Catarina: Ele tentou se enforcar de tanta dor que está sentindo. Não só a dor física como também a dor emocional e espiritual. O conceito de dor total engloba os aspectos cognitivos, emocionais e espirituais além dos aspectos físicos. A questão é como este paciente sente sua dor; mas além dos aspectos subjetivos que sem dúvida são muito importantes, existe a questão física do campo da compressão do tumor que precisa ser tratada. Mas, antes de você me dizer como se sentiu aplicando esta técnica, vamos falar um pouco da operacionalização da RIME. Você agiu corretamente, só sugiro que induza o relaxamento de cima para baixo e não de baixo para cima, pois nossa intenção é ligá-lo com a energia que vem de cima, o abstrato, o espiritual e não fortalecer o seu vínculo com a terra. Também quero conversar um pouco sobre algumas sugestões para o procedimento daqui para frente. A proposta da RIME é ajudar o paciente a re-significar a Dor Espiritual: medo da morte, medo do pós-morte, idéias negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade e as culpas perante Deus. Pelo seu relato parece-me que este paciente apresenta medo da morte, no sentido de não suportar o sofrimento e embora não

faça nenhuma referência direta sobre o pós-morte, quando diz ter receio de ficar sozinho diante do pôr do sol, parece-me que este medo está relacionado ao pós-morte no que se refere a entrar em contato consigo mesmo no final, no "pôr da vida"; medo de enfrentar as próprias emoções, os próprios sentimentos, a própria história. Ele escolhe para substituir o pôr do sol, a água, que pode simbolizar limpeza, re-significação, transformação.

Psicólogo Raúl: Voltar para a mãe.

Pesquisadora Ana Catarina: Também, voltar para a mãe. No caso da Intervenção RIME a água é entendida na maioria das vezes como transformação. Ele não consegue entrar em contato com ele mesmo se não se transformar; se não houver uma limpeza de toda esta dor, este sofrimento. Eu acredito que você pode induzir algumas imagens que sugiram esta transformação, esta despedida. Este paciente precisa aprender a se despedir desta vida, se despedir desta história; fechar esta história dentro dele. Não é uma história fácil de ser fechada porque ela termina de uma maneira muito drástica e muito triste. Não é uma história que possa ser fechada com tranqüilidade porque é uma história muito triste. A mulher dele entregou para ele as crianças. Ele começa a batalhar, trabalhar, para criá-las; ela volta, tira as crianças dele e, em seguida, vai embora com outro cara, abandona as crianças com os pais dela e ele acaba perdendo o contato com os sogros e com os filhos. É uma história muito triste, da qual ele vai ter que se despedir. É muito importante que ele sinta que esse momento é para ele se encontrar com ele mesmo; o que ele podia ter feito, ele já fez. Você pode, antes de começar o exercício da RIME propriamente, explicar que ele fez o melhor que pode e se errou foi o limite dele. Agora ele precisa se despedir de tudo isso e confiar em uma Força Divina sobre o amparo dos filhos, que pelo menos não estão na rua, estão com os avós.

Psicólogo Raúl: O problema é que concretamente ele não sabe o que está acontecendo com ele. Ele ainda não sabe que tem câncer, porque a família tem receio de que ele se mate ao saber. Como vou dizer isto para ele?

Pesquisadora Ana Catarina: Ele entende esta dor e o fato de estar no Hospital como?

Psicólogo Raúl: Ele está em conflito, mas acha que vai sair; ele acha que vai sarar.

Pesquisadora Ana Catarina: O estado dele é considerado sem possibilidades de cura pelos médicos?

Psicólogo Raúl: Sim e me foi encaminhado como um caso clínico gravíssimo.

Pesquisadora Ana Catarina: Ok! Realmente, frente ao fato de que ele não sabe ainda a verdade sobre seu estado clínico não podemos amenizar suas culpas de uma forma direta, para facilitar o trabalho simbólico de transformação e preparação para a passagem do mundo físico para o espiritual. Vamos fazer o trabalho simbólico de transformação através da RIME, ou seja, vamos ajudá-lo a re-significar a Dor Espiritual no que se refere ao medo da morte representado pelo medo do sofrimento e o medo do pós-morte representado pelo medo de entrar em contato consigo mesmo, com seus sentimentos, com suas emoções, com sua história, sem relacionar este trabalho com a questão direta de que ele vai morrer. Quando ele estiver preparado abordaremos este aspecto, mas agora não há problema em você introduzir os elementos da Espiritualidade através das Experiências de Quase Morte porque estes pacientes efetivamente não morreram, eles se sentiram no mundo espiritual e voltaram a viver. Aliás, o fato dele entrar em contato com o mundo espiritual desta forma pode favorecer a futura aceitação de seu estado clínico. De forma prática, como ele escolheu a cachoeira como imagem de base, leve-o a imaginar-se "lavando" suas mágoas, tristezas, angústias nesta água; imaginar que a cachoeira está levando embora toda a sua dor. Sugira que ele se sinta leve, alegre, desligado de toda a dor do passado e depois o conecte com os Seres de Luz da crença dele. Oriente na visualização que ele se integre ao Amor Universal, à beleza do Universo e também que observe a sua própria beleza interna. O nosso objetivo com a RIME é ajudar o paciente a fazer uma transformação, re-significar sua Dor Espiritual, favorecendo uma aceitação mais serena da morte, facilitando o contato dele com sentimentos positivos em relação ao sentido da própria vida, re-significando o sentido da desintegração do corpo físico e uma possível visão negativa sobre a espiritualidade e o pós-morte, estimulando a conexão psíquica do paciente com paisagens que simbolizem paz e serenidade e com Seres Espirituais amorosos, bons, acolhedores e protetores. Podemos começar com este paciente, facilitando a re-significação do sofrimento da sua história de vida e a conexão psíquica dele com um mundo espiritual belo e seres espirituais amoroso.

Psicólogo Raúl: Ok. Agora ficou mais claro quanto ao prosseguimento da aplicação da RIME.

Pesquisadora Ana Catarina: Vamos então passar para o terceiro tema: **3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 5).** Conta-me, por favor, como você se sentiu aplicando a RIME.

Psicólogo Raúl: *Pelo fato de ser uma situação nova eu estava um pouco ansioso, mas em seguida me acalmei rapidamente, pois estava tranqüilo diante das atitudes a tomar.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você se sentiu bem na aplicação da RIME?

Psicólogo Raúl: Muito bem. Interessante é que a aplicação desta intervenção renovou minhas energias. Saí das sessões me sentindo renovado, me sentindo muito bem, tanto no aspecto físico, como no emocional.

Pesquisadora Ana Catarina: Interessante, este é um dado que tem se repetido. Aconteceu comigo várias vezes na aplicação da RIME, assim como tem acontecido com os outros profissionais. Você quer falar ou perguntar mais alguma coisa?

Psicólogo Raúl: Não, mais nada. É isto.

Pesquisadora Ana Catarina: Então, obrigada.

- 2ª. ENTREVISTA (APÓS O ÓBITO DO PACIENTE)

Breve "rapport".

Psicólogo Raúl: O M. faleceu dia 07/04, às 2h15 da tarde na UTI.

Pesquisadora Ana Catarina: Você me dizendo que ele te ligou antes, é isso?

Psicólogo Raúl: Na segunda-feira ele me ligou dizendo se eu podia ir antes para o hospital porque ele queria muito conversar comigo, tinha muitas coisas para dizer. *Eu disse a ele que sairia da Clínica às 10h00, mas iria procurar sair um pouco antes e de fato consegui sair da clínica um pouco antes e chegar um pouco mais cedo. Ele já estava me aguardando; estava com oxigênio, sentado na cama. Ficamos conversando uma hora e*

quarenta e cinco minutos, mais ou menos. Por mais que eu insistisse para que ele parasse de falar, que ele estava se cansando, ele dizia que precisava falar e sempre argumentava: "espera aí que eu estou terminando de contar". De fato, depois que ele terminou de conversar comigo, disse que há três noites não dormia, eu levantei a cama, arrumei a cama, travesseiros e disse, agora você vai dormir. De fato ele dormiu mesmo e no outro dia acordou melhor. Tínhamos um vínculo muito positivo, no começo ele ficava "meio assim" com o atendimento.

Pesquisadora Ana Catarina: Como assim, "meio assim" com o atendimento?

Psicólogo Raúl: Às vezes ele atendia bem, mas ele falava para a mãe: "será que o psicólogo vai vir de novo?". Porque tinha muita coisa que ele estava colocando para fora e aquilo o incomodava. Depois com o processo da RIME, com os nossos contatos, ele pedia minha visita. Nós criamos um vínculo muito positivo.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu que a RIME ajudou a fortalecer o vínculo?

Psicólogo Raúl: Ajudou, com certeza.

Pesquisadora Ana Catarina: Em que sentido?

Psicólogo Raúl: Fortaleceu o vínculo porque ele se sentia bem, conseguia relaxar; a dor psicológica era muito intensa, mais que a dor física. No começo do atendimento ele gritava de dor de cabeça; só que foi feito tomografia, e nada indicava que ele poderia ter dor de cabeça, a não ser um nódulo no pescoço. Porém, com o passar do tempo do atendimento ele deixou de ter dores. Ele não queixava de dor. Começou sim a ter falta de ar, porque os dois pulmões estavam com metástase, bilateral. Estavam tomados pelo câncer. Tínhamos um vínculo muito bom, muito positivo.

Pesquisadora Ana Catarina: Então você sentiu que com a RIME ele se sentiu acolhido, se sentiu seguro? É isso?

Psicólogo Raúl: Não só ele, como também com os outros pacientes que estavam no quarto.

Pesquisadora Ana Catarina: É mesmo?

Psicólogo Raúl: Uma das vezes que eu o atendi, foram várias, mas uma das vezes que eu fiz a RIME, um outro paciente estava no pré-operatório e um outro no pós-operatório. O paciente se sentiu muito bem, muito relaxado e comentou com o pai do M.V. no dia seguinte, que ele foi para a cirurgia no dia seguinte muito relaxado e que o psicólogo fez um bem danado. Não era comum os outros do quarto aproveitarem da técnica e eu os convidava para aproveitar também. Foi um trabalho muito especial para mim enquanto profissional, muito rico.

Observamos que o Psicólogo Raúl falou espontaneamente, no acima exposto, sobre a primeira questão da entrevista: **1) Manejo do vínculo terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Pesquisadora Ana Catarina: Fala agora, por favor, como você desenvolveu a técnica nestes dois meses. **2 - Manejo do trabalho terapêutico na aplicação da intervenção "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME). (Anexo 6).**

Psicólogo Raúl: Ele escolhia sempre a mesma imagem, e as mesmas faces da E.V.A. (Anexo 8). A número três (verde) no começo e a número um (azul) no final. Ele escolheu a imagem da cachoeira e eu fazia todo o desenrolar; relaxar o corpo, passei a fazer como você orientou de cima para baixo, cabeça para os pés; relaxamento de cérebro, couro cabeludo, testa, sugerindo que relaxasse as pálpebras, o rosto, deixasse a boca entreaberta, pescoço, nuca, ombro, braços, antebraço, mãos, dedos das mãos; tórax e abdômen em equilíbrio, relaxando todos os órgãos internos. Relaxasse também os músculos das costas, nádegas, virilhas, coxas, faces internas e externas das coxas, ligamentos dos joelhos, panturrilhas, os músculos das batatas das pernas, calcanhar, pés, dedos dos pés. Calcanhar porque é onde a mãe pega a criança quando vai limpá-la, com uma mão ela pega os dois calcanhares e o Sandor fala muito no calcanhar.

Pesquisadora Ana Catarina: No sentido de acolhimento?

Psicólogo Raúl: Sim. É o calcanhar de Aquiles.

Pesquisadora Ana Catarina: Sim, é o ponto fraco, vulnerável.

Psicólogo Raúl: Ele então começava o processo de relaxamento, mesmo com a respiração às vezes apresentando um pouco de fatiga, mas eu sugeria que ele deitasse de lado, porque era a posição melhor para ele, mais confortável. Eu dizia para ele imaginar que estava passando por um portal, uma porta bem grande, para abrir esta porta e se deparar com uma cena muito bonita, de verde, flores e pássaros; orientava que ele estava em uma outra realidade e era para ele entrar dentro desta cena e caminha, sentindo a brisa, ouvindo ao longe um barulho de água caindo e caminhando em direção a este barulho de água e sentindo paz, tranqüilidade; sentindo-se muito acolhido nesta imagem. Caminhando, se depara com uma cachoeira, muito bonita e tem uma sensação de frescor muito grande. Isto eu vou falando pausadamente. Digo para ele se aproximar da cachoeira, molhar os pés na água, e, ao se banhar desta cachoeira, sentir que estava sendo levado pela água todos os sentimentos de medo, todas as tensões, toda a raiva, tudo o que tinha passado pela sua vida e que, de alguma forma, tinha o desagradado. Falava para ele ficar ali um bom tempo, sentindo a água lavar o seu corpo, sentindo este momento, sentindo a serenidade que isto lhe trazia. Sugiro então que ele caminhe e veja ao longe uma ponte. Caminhe na margem do rio que vai se formando a partir da cachoeira e que ele vai atravessar a ponte. Ao atravessar a ponte se depara com um Ser de Luz e este Ser de Luz é o Deus que ele acredita. Porque ele é Evangélico, da Assembléia de Deus. Digo para ele se abraçar com este Ser de Luz e se sentir acolhido por este Ser de Luz. Digo que este Ser o ama e oriento para que ele sinta o Amor deste Ser de Luz. Oriento para ele sentir o amor de Deus, acolhendo e tocando o seu corpo, o seu coração, a sua vida. Sentir o amor de Deus acolhendo a sua alma. Entregue-se. Eu usava muito esta palavra: entregue-se. Depois da supervisão com você eu comecei também a trazer a família para a visualização. Eu disse para ele visualizar sua família toda iluminada; visualizar que os seus filhos, os seus pais, todas as pessoas que ele amava estavam iluminadas; estavam felizes porque o amor de Deus também estava chegando até eles. Para ele poder ir fazendo a despedida. Basicamente essa era a orientação de visualização que eu fazia; eu deixava-o nos braços de Deus, do Ser de Luz. Aos poucos eu ia voltando; dizia que eu ia contar até dez e que quando chegasse no dez ele iria abrir os olhos devagar. Se ele tivesse dormido, eu deixava ele dormir.

Pesquisadora Ana Catarina: Perfeito. Como ele reagia quando ele estava acordado?

Psicólogo Raúl: Muito bem e isto repercutia no dia seguinte.

Pesquisadora Ana Catarina: Agora me fala, por favor, sobre a sua vivência na aplicação da RIME. **3) Natureza das emoções e sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente, através da intervenção proposta. (Anexo 6).**

Psicólogo Raúl: Foi uma experiência boa. *Em um primeiro momento eu fiquei preocupado em como seria este trabalho. Mas, depois eu fui entrando no trabalho e isto me transformou porque pude acolher o paciente e ao mesmo tempo eu relaxava. Cada vez que eu aplicava a técnica RIME eu me sentia bem também. Mesmo sabendo que ele podia ir embora a qualquer momento eu tinha tranqüilidade. A princípio eu achei que o processo seria demorado e não foi tão longo. Mas para mim foi bom também aprender a ter esta espera, o momento certo do paciente.*

Pesquisadora Ana Catarina: A RIME te proporcionou aprender a entrar no ritmo do paciente para esperar o momento dele?

Psicólogo Raúl: Sim. Proporcionou-me a aprender o processo de espera.

Pesquisadora Ana Catarina: Além do estado de relaxamento e da paciência, quais foram às outras emoções e sentimentos que você teve ao aplicar a RIME?

Psicólogo Raúl: *Eu sentia muita serenidade para aplicar a RIME. Eu ficava muito tranqüilo no processo. Ás vezes eu me emocionava ao aplicar a RIME. Uma emoção que eu não sei explicar como é, não sei quantificar. Qualitativamente era um sentimento bom, prazeroso.*

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentia uma emoção positiva, quando você estava aplicando a RIME. Você sentia que o seu "Self " se aproximava do "Self" dele?

Psicólogo Raúl: Sim. Nós estávamos com um vínculo, *com uma proximidade, vamos dizer assim, em um nível mais inconsciente, ou de alma, algo mais superior.*

Pesquisadora Ana Catarina: Uma ligação de essência para essência, aproximação de almas?

Psicólogo Raúl: Sim.

Pesquisadora Ana Catarina: Ótimo. Isto foi o relato dos outros profissionais também. Excelente, foi um trabalho muito bonito o seu. Quero saber se você quer colocar mais alguma coisa?

Psicólogo Raúl: Quero sim. Na segunda-feira, três dias antes do óbito, quando eu tive esta conversa longa com ele, de aproximadamente uma hora e quarenta e cinco minutos, ele fez uma revisão de vida total, ele foi falando toda a história que ele havia me falado com alguns outros detalhes, porque no sábado a ex-mulher foi visitá-lo. Ele tinha uma obsessão, um comportamento obsessivo por esta mulher, tanto que ele começou a usar drogas em função dela, os dois usavam drogas juntos, ele perdeu tudo o que havia construído na vida em função de estar atrás desta mulher; os filhos eu sentia que ele usava como uma possibilidade de estar próximo a esta mulher. Ele se perdeu nesta paixão. Muito da doença foi adquirida a partir deste relacionamento. Ele era extremamente apaixonado, mesmo ela tendo indo embora com outro homem, ela estando grávida de outro homem; mesmo ele tendo pegado ela com o funcionário dele que era amigo deles, no hotel; ela, com as três crianças no hotel; três meses depois ele a perdoou. Mesmo ela indo embora com traficante, ele ia atrás dela. Um processo muito sofrido e de obsessão. Um comportamento obsessivo e compulsivo muito grande. Ela foi visitá-lo e ele precisou da minha presença porque ele precisava falar; foi muito bom quando ela disse para ele: "M. nós não demos certos juntos por causa da droga". Então ela sentiu que ela o amava também. Ele foi fazendo algumas despedidas. Despediu-se da mãe, da família e foi muito difícil porque no dia que a moça foi visitá-lo, os três filhos foram também visitá-lo, não com a mãe, foram com o avô. Ele sentiu porque o avô não deixava nada. Ele queria dar bolacha para as crianças, o avô não deixava as crianças pegarem. Neste mesmo dia a atual companheira de dezoito anos, com ciúmes da outra por ter ido visitá-lo, disse para ele que estava grávida. Então foi um baque que aconteceu no sábado. Como eu não estava na cidade, na segunda ele me ligou dizendo se eu podia ir mais cedo. Ele relatou tudo isso, conversamos longamente, e eu fiquei de voltar na quarta-feira. Eu tinha clareza que talvez eu não fosse encontrá-lo. Na quarta-feira ele foi para a UTI à tarde e eu liguei para o Hospital se eu podia continuar a Técnica RIME e o médico da UTI não aprovou minha entrada. Na quinta

ele faleceu à tarde. Ele estava sedado e a mãe foi visitá-lo. Têm dois relatos da mãe muito interessantes. Quando ele entrou no hospital pela primeira vez, ela viu uma pessoa muito iluminada, com um jarro nas mãos, como que ungindo M. e os antepassados ao redor. Ela foi Espírita, mas agora é Testemunha de Jeová e ela se permitiu relatar isto. No dia que ela foi visitá-lo na quarta-feira, ela disse que viu um Ser de Luz na parede também abençoando o filho e ela sabia que ele ia morrer. Ela disse para M. que ele poderia ir, que ele só iria dormir, que eles iriam se encontrar depois; que ele era muito amado e aí ela percebeu que ele chorava, embora sedado. No dia seguinte ele faleceu.

Pesquisadora Ana Catarina: Tranqüilo. Conseguiu se despedir de todos da família, entrar em contato com ele mesmo, com a alma dele.

Psicólogo Raúl: No caixão ele estava sereno. Bonito e sereno; muito do que aquilo que a gente via no hospital, onde ele se apresentava com um sofrimento muito grande. Eu senti também a morte dele. *No momento que ele estava morrendo eu estava na Instituição, onde eu trabalho a tarde, eu entrei na minha sala por volta das 14h00, 14h00 e pouquinho, não sei precisar o horário, sentei na poltrona e estava pensando no M., falando que ele podia ir, orando por ele e foi a hora que ele morreu.*

Pesquisadora Ana Catarina (emocionada): Que bacana. Você acompanhou espiritualmente a passagem dele. Foi um processo muito forte?

Psicólogo Raúl: Sim e o que proporcionou isto foi a Intervenção RIME. Eu tinha feito uma entrevista com os pais e ontem eu fui fazer uma entrevista final, que eu tinha combinado no velório. Eu cheguei e o pai estava sozinho, a mãe tinha saído. O pai estava em um processo de raiva, de se questionar por que não tinha ficado mais com ele; disse que queria ter tido a oportunidade que eu tive com o filho dele. Por outro lado disse que ficava perto dele, brigou com os médicos. Estava assim, muito revoltado, não aceitando a morte do filho. Com muita raiva e com uma culpa muito grande. Porque na história, a esposa do M. só tirou as crianças dele porque este pai do M. tinha mexido com a menina, filha do M. O M. já tinha dito que o pai também tinha mexido com a irmã dele, com o irmão que é homossexual e hoje é portador do HIV e mexeu com a ex-esposa dele. Sempre relatava isto como uma doença do pai. Ele foi morar na casa dos pais na parte do baixo; ele não queria um contato lá em cima porque ele sabia que ia acontecer isso. Mas os pais do M.

levaram as crianças para dormir em cima e a menina relata para a mãe que o avô mexeu com ela, com toques. Nós não sabemos até que ponto isto é verdade ou se foi uma desculpa da mãe para tirar as crianças do M. Porém o pai apresenta muita culpa e no processo que está no Fórum, está falando sobre isto. O pai é advogado, entrou com uma ação contra. Bem, a história deste moço é muito complicada.

Pesquisadora Ana Catarina: Sim, muito sofrida.

Psicólogo Raúl: Na adolescência o M. levou um tiro uma vez, quase morreu. Depois se envolveu com drogas. Então, ele teve uma história muito complicada. Mas, mesmo assim, ele conseguiu se desligar desta vida de uma forma tranqüila.

Pesquisadora Ana Catarina: Interessante a mãe do M. ter visualizado um jarro com água sendo jogada na cabeça dele, porque ele gostava da imagem da cachoeira.

Psicólogo Raúl: Isto eu sinalizei para a mãe na última entrevista. A mãe chegou depois de uma hora que eu estava conversando com o pai. Coloca-se com muita saudade. Os pais do M. estavam na briga, na justiça, para ter as crianças de volta porque elas estavam com o outro avô, eu os chamei a razão dizendo que eles já estavam na faixa dos sessenta anos. Como a mãe já fez dez cirurgias, tem hipertensão e mora só ela e o marido, eu disse para eles analisarem se tinha condições de cuidar destas crianças de oito, quatro e três anos. Irão passar pelo processo da infância, adolescência, fase adulta. Foram concebidos quando os pais usavam drogas. Falei para eles avaliarem se irão dar conta de criar as crianças. Na hora da emoção, se briga para isto e para aquilo, mas precisa ter clareza. As crianças foram com o avô paterno para Minas em um sítio e pode ser que lá eles se desenvolvam bem. Neste segundo encontro disseram que pensaram melhor e concluíram que não têm condições mesmo de criar as crianças. Eles agradeceram muito o trabalho que eu fiz com o M. e até no velório eles também agradeceram muito.

Pesquisadora Ana Catarina: Eles sentiram que o trabalho foi superbom para o M. Parece-me que as tarefas inacabadas, como diz a Kübler-Ross, foram fechadas e o M. pode se desligar desta vida em paz.

Psicólogo Raúl: Fez uma revisão de vida fantástica, dormiu toda a noite e acordou de manhã com uma fome muito grande e no dia seguinte foi para a UTI. Até um companheiro que estava no quarto com o M. disse para o pai no dia seguinte que ouviu um

pouco da conversa e que eu, o psicólogo, tinha ouvido muito do M. e que não sabia como o M. tinha agüentado estar vivo.

Pesquisadora Ana Catarina: Este colega de quarto sentiu o peso da vida que o M. teve. Com a RIME o M. pode fechar estas tarefas inacabadas.

Psicólogo Raúl: Foram onze vezes que eu apliquei a RIME depois da conversa e dez vezes que eu fiz só conversas.

Pesquisadora Ana Catarina: Esta conversa faz parte da RIME porque existem pacientes que estão em condição de falar e ouvi-los faz parte da RIME para compor o exercício de relaxamento. Agora claro o psicólogo tem mais condições para trabalhar a RIME em nível psicoterapêutico e o enfermeiro, médico e outros profissionais da saúde trabalham em nível terapêutico, só com a re-significação da Dor Espiritual. Você quer falar mais alguma coisa sobre este trabalho com a RIME?

Psicólogo Raúl: Não.

Pesquisadora Ana Catarina: Então eu só tenho a te agradecer e foi um trabalho maravilhoso.

Psicólogo Raúl: Foi muito bom para mim também.

- DIÁRIO

O Psicólogo Raúl escreveu: "*A experiência vivenciada ao atender ao paciente M.V. veio contribuir e muito para o meu desenvolvimento como pessoa e como profissional, sem preconceito em ter compaixão. Acompanhá-lo no momento mais crucial em que se encontra o Ser Humano, o estar diante da morte, do desconhecido, do imaginado e mesmo daquilo que se sabe, mas nunca se imagina que pode acontecer conosco, me deixou mais forte. Em cada encontro, em cada aplicação da técnica RIME, eu me sentia tranqüilo e também relaxado e seguro. Isso fazia com que o vínculo com o paciente (ser) se tornasse mais estreito, o que acontecia também no relacionamento com os familiares. Em resumo, a técnica ajudou-me também a me posicionar mais inteiro profissionalmente e pessoalmente, possibilitando um sentimento de segurança e serenidade diante do binômio morte – vida*".

6.2. - 2º. PACIENTE

O segundo paciente atendido pelo Psicólogo Raúl foi excluído da pesquisa, pois embora clinicamente ruim, não havia ido a óbito até o fechamento deste estudo em treze de agosto de 2005.

7. PROFISSIONAL ELOÍSA (NOME FICTÍCIO) / ENFERMEIRA

ENTREVISTA ÚNICA (a profissional não conseguiu atender nenhum paciente terminal utilizando a Intervenção RIME, dentro do prazo estipulado).

Local: Hospital Público / Serviço de Atendimento Domiciliar.

Entrevista realizada em fevereiro de 2005.

Breve rapport.

Pesquisadora Ana Catarina: Se você quiser, o seu nome pode ser omitido e será usado um nome fictício, assim como em relação à identificação do Hospital. Como você não pôde atender talvez seja mais confortável procedermos desta maneira.

Enfermeira: Como você preferir.

Pesquisadora Ana Catarina: O que eu quero saber é o que aconteceu. Por que você não conseguiu atender? Quais as dificuldades que você teve?

Enfermeira: A primeira questão foi o fato de eu ter que ficar quase sempre no lugar da Coordenadora do Serviço. Agora por exemplo, ela está de férias e eu estou no lugar dela, não posso sair e não posso ver os pacientes. Tem um enfermeiro na parte da manhã e um enfermeiro na parte da tarde, quando a coisa fica feia mesmo é que eles me chamam e eu vejo o paciente. É como só sair para apagar o incêndio. Eu fico aqui para organizar o Serviço, o que dificulta para eu sair e atender os pacientes. Por incrível que pareça, esse final de ano, desde que fizemos o Curso de Capacitação, acho que tivemos apenas dois ou três pacientes com câncer terminal. Tivemos pacientes terminais sim, mas com câncer, que tivéssemos condições de ir na casa e aplicar a RIME como você ensinou no curso, era muito difícil. Nós íamos um dia e em seguida o paciente internava no Hospital e não tínhamos mais condições de aplicar essa modalidade de tratamento. Uma moça, agora, no final do ano, eu queria atendê-la e quando eu voltei de férias, ela tinha sido internada em outro hospital.

Pesquisadora Ana Catarina: Entendi.

Enfermeira: Se o paciente vem para o nosso hospital, até conseguimos um vínculo maior, mais se vai para algum outro hospital e são vários com leitos para o SUS, eu não consigo entrar para aplicar essa intervenção. Um hospital que eu não conheço, para mim fica difícil.

Pesquisadora Ana Catarina: Entendi. Você não conseguiria aplicar a RIME em um hospital que você não tem acesso, não conhece. Então a dificuldade foi: primeiro, desde o momento que você fez o Curso de Capacitação, você ficou auxiliando a coordenação; você ficou fazendo uma co-coordenação. Essa foi a principal dificuldade?

Enfermeira: Nesse exato momento que eu fiquei substituindo a Coordenadora ou até junto com ela, pois estamos ampliando o Serviço de Atendimento Domiciliara para toda a cidade, ela saía e eu ficava coordenando o Serviço, ou havia muitas reuniões na Secretaria de Saúde ou com outros Serviços de Atendimento Domiciliar. Por isso eu tinha dificuldade de ir na casa do paciente; eu não conseguia formar vínculo com nenhum paciente.

Pesquisadora Ana Catarina: Entendi. E o segundo problema foi que tiveram poucos pacientes terminais nesse período de seis meses, no atendimento do SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar).

Enfermeira: Sim.

Pesquisadora Ana Catarina: Agora, em relação a técnica em si, a Intervenção RIME, você sentiu alguma dificuldade, sentiu algum problema pessoal, depois da Capacitação para usar a Intervenção RIME.

Enfermeira: O que eu acho e que depois que fizemos o Curso deveria haver a cada dois meses uma reciclagem. Principalmente para mim, eu voltei agora de férias, fui tentar fazer, fui olhar tudo aquilo lá, não me senti segura em aplicar a técnica; precisaria ter alguém assessorando, assim “mais em cima”.

Eu precisava de alguém junto. O fato de eu ter ficado parada por seis meses, quando eu fui retomar, não lembrava mais. Fui ler o material, mas precisava de uma reciclagem. Não é um tema que qualquer um faz, qualquer lugar faz; não é um tema o qual

você possa discutir com todo mundo. Por esta razão é necessário ter pessoas que caminhem junto conosco. Eu praticamente estava sozinha aqui. Ninguém mais estava sabendo também.

Pesquisadora Ana Catarina: Essa era a função da Supervisão; depois que você fizesse o primeiro atendimento eu daria a supervisão. Se você tivesse feito a supervisão, conforme proposta do Programa de Treinamento, esse processo que você está pedindo, teria acontecido. Se você tivesse feito o primeiro atendimento ou mesmo se você tivesse me pedido uma supervisão antes de iniciar os atendimentos, esse processo teria acontecido. *(Observo que procurei pela profissional perguntando-lhe se estava tendo dificuldades ou se precisava de mais orientações, várias vezes, no decorrer dos seis meses subseqüentes ao Curso de Capacitação; uma vez fui pessoalmente ao hospital conversar com ela e, depois, telefonei umas três ou quatro vezes e também mandei dois e-mails para o SAD. A profissional sempre dizia que não precisava de mais nenhuma orientação, que estava implantando um novo serviço, mas que iria atender os pacientes até janeiro de 2005).* Isto que você está falando é pertinente, mas eu teria dado essa supervisão para você.

Enfermeira: Também foi comodismo meu, eu achava que iria dar conta. Eu tentei conversar com a filha de um paciente, mas eu entrei de férias e ele morreu.

Pesquisadora Ana Catarina: Você não teve tempo. Você sente que precisaria de supervisão. Mas a supervisão iria acontecer.

Enfermeira: Eu demorei em começar e esqueci. Não é uma coisa que todo mundo faz, não tinha com quem discutir.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu que demorou muito para começar a aplicação da RIME?

Enfermeira: Isso.

Pesquisadora Ana Catarina: Como se passaram seis meses depois do treinamento, você está me dizendo que perdeu muita coisa, e precisaria estar estudando para retomar.

Enfermeira: Quem começou a atender logo depois do Curso de Capacitação, deve ter sido muito interessante. Muito interessante. Essa moça que eu queria fazer a RIME, não deu certo porque ela internou em outro hospital.

Pesquisadora Ana Catarina: Pessoalmente, você teve alguma questão, que você acha que não se identificou com a técnica. No Curso de Capacitação você disse que tinha se identificado. Posteriormente, você acha que houve alguma questão para você não se identificar?

Enfermeira: A única coisa que eu senti um pouco de dificuldade foi em relação à música. Não é todo lugar que eu poderia estar colocando-a. Houve um paciente que eu comecei a fazer o atendimento no Pronto-Socorro, um lugar tumultuado, a música ali, não teria condições. Se eu aparecesse com um aparelho de som ali o pessoal iria me colocar para correr. É um local de emergência, entrando e saindo gente toda hora; mas foi onde ele ficou um bom tempo. Eu achei até que ele fosse falecer ali. Eu cheguei a conversar com a filha, mostrei o álbum, mas a música, eu não consegui colocar.

Pesquisadora Ana Catarina: Mas se você não puder utilizar a música, não tem problema. Por exemplo, a Dra Goretti, ela foi atender um paciente e estava sem música, o CD não funcionou; ela aplicou a RIME sem música.

Enfermeira: Eu achei que era uma exigência. Eu conversei com a filha. Mas eu esbarrei no problema da música, pelo local onde o paciente estava. Em casa talvez eu consiga, mas dependendo de onde o paciente está, não dá.

Pesquisadora Ana Catarina: Essa questão é maleável. A Goretti não usou a música porque não foi possível no momento e não teve problema nenhum. Eu falei no Curso de Capacitação que teve uma paciente que era evangélica e não podia ouvir música e eu propus aplicar a técnica, sem música. Nós faríamos o relaxamento só com a respiração. O que foi o principal problema mesmo, para você? É importante sabermos disso.

Enfermeira: Eu acho que foi mais a questão do local. Se eu tiver que trazer o aparelho de som no hospital, eu não vou fazer isso. Conversar com o paciente, isso não tem problema, mas o aparelho de som e a música, eu fiquei meio cismada.

Pesquisadora Ana Catarina: Por quê? Como assim?

Enfermeira: Eu não sei se os outros vão aceitar eu chegar com um aparelho de som no Pronto-Socorro; tem muitos pacientes juntos; você está conversando com um paciente, um está tomando banho, outro está fazendo curativo. Eu não conseguiria ficar à

vontade. E o próprio tempo meu também. O tempo que eu consigo passar com um paciente, não é tão grande assim.

Pesquisadora Ana Catarina: Você tem pouco tempo para ir ao hospital.

Enfermeira: No domicílio eu até conseguiria, mas não tinha ninguém. A Dra A. falou para mim que tinha surgido uma paciente terminal, eu ia começar a atendê-la, mas ela foi internada em outro hospital.

Pesquisadora Ana Catarina: Você atende só no Pronto-Socorro ou você atende na Enfermaria também?

Enfermeira: Onde houver paciente.

Pesquisadora Ana Catarina: Porque no Pronto-Socorro não há viabilidade de música, mas na Enfermaria não há problema nenhum.

Enfermeira: Esse hospital é um tumulto. Tem um tomando banho, outro fazendo curativo. O horário que eu posso ir é mais ou menos tumultuado. Geralmente na parte da manhã ou começo da tarde. Eu cheguei a entrar em um quarto, mas tinha um monte de gente.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu que não tinha estrutura? Você não se sentiu bem em relação à estrutura do hospital? Entrar e começar colocando uma música.

Enfermeira: Isso para mim não foi possível.

Pesquisadora Ana Catarina: Foi uma dificuldade a qual você não conseguiu lidar. Eu já atendi várias vezes em Hospital Municipal e realmente, o Pronto Socorro é uma confusão, você não consegue. Mas eu conversei com o médico, colocamos o paciente na sala de curativos e eu o atendi dentro desta sala.

Enfermeira: Cada um tem uma realidade, aqui praticamente é impossível isto. Eu não tenho tanta assim afinidade com o pessoal, com os médicos de chegar e falar. Por mais que o SAD faça parte do Hospital, nossa afinidade não é tão grande assim. O SAD é o SAD, o Hospital é o Hospital.

Pesquisadora Ana Catarina: Você não tem uma abertura, uma integração entre o SAD e o Hospital.

Enfermeira: Não tenho liberdade com os funcionários. Quando tem paciente nosso internado aqui, nossa, parece que estamos implorando para ir lá atendê-los. "Não rola liso". Às vezes precisamos trazer pacientes nossos para o Hospital, mas não há uma boa integração. O contato do SAD com o Hospital, que é muito grande, não é fácil. Seria bom que a gente tivesse vínculo com alguém em especial, um médico. É diferente para quem trabalha dentro do Hospital. Nós conseguimos trabalhar com liberdade, no domicílio do paciente; consegue falar com a família e com o paciente. Mas a maioria dos nossos pacientes vêm para o Hospital e acabam morrendo no Hospital. Pacientes terminais, com dor, no finalzinho, vêm para o hospital. No final de semana não trabalhamos, na segunda somos informados que o paciente morreu. Acho que este foi o ponto que mais me dificultou para realizar o trabalho.

Pesquisadora Ana Catarina: A questão administrativa?

Enfermeira: Eu não sou muito aberta para chegar e pedir para atender. Eu sou mais introvertida, mais fechada.

Pesquisadora Ana Catarina: Você não tinha um ambiente trabalho propício para aplicar a RIME e não teve condições pessoais de criar esse ambiente?

Enfermeira: Isso! E uma coisa vai puxando a outra. Por isso eu não fui tanto atrás para tentar aplicar a RIME.

Pesquisadora Ana Catarina: Por você não ter essa integração dentro do Hospital porque você trabalha no SAD, você se sentiu receosa de entrar com música?

Enfermeira: Não me senti à vontade.

Pesquisadora Ana Catarina: Você não sentiu segurança para aplicar a RIME dentro do Hospital, porque não é o seu ambiente de trabalho? Você não tem afinidade e nem intimidade com os profissionais do Hospital.

Enfermeira: Quase nenhuma.

Pesquisadora Ana Catarina: Então foi uma questão puramente administrativa?

Enfermeira: Não; tem meu lado pessoal também. Eu sou uma pessoa fechada, dependendo de quem fosse chegar, eu não conseguiria falar que vim aplicar uma técnica.

Não é o meu caso. Eu preciso ter todo o ambiente preparado para eu chegar. Isto para mim dificultou um pouco. Não dá para chegar e fazer; precisa ter um processo. Chegar, escolher alguém e aplicar, para mim não teria valor.

Pesquisadora Ana Catarina: Como você não tem essa integração com a UTI, como você se sentiu?

Enfermeira: Não tenho nenhuma integração. Pelo contrário quero ver a UTI longe.

Pesquisadora Ana Catarina: O que você sentiu: foi timidez, vergonha, falta de afinidade com os profissionais, ou foi vergonha de aplicar a Intervenção RIME?

Enfermeira: O problema que eu tenho é que perdi meu pai nessa UTI e não posso nem ver essa UTI na minha frente. Quando eu tenho que entrar nessa UTI para pegar um atestado de óbito, alguma coisa, para mim é a morte. Não gosto de ninguém que fica lá dentro; todos me lembram a morte do meu pai nessa UTI.

Pesquisadora Ana Catarina: Então você tem uma dificuldade de trabalhar nessa UTI, porque seu pai morreu lá.

Enfermeira: E ele entrou pelo Pronto-Socorro. Se ele tivesse ficado na Enfermaria teria sido uma outra coisa. Não existe afinidade deles com os outros profissionais aqui, mas nem que houvesse, eu não quero afinidade com eles. Na casa, no domicílio, seria bem mais fácil.

Pesquisadora Ana Catarina: Você não teve casos no domicílio.

Enfermeira: Eu trouxe a família, conversei sobre a RIME, ficamos umas duas horas conversando, sem problema nenhum. Mas o paciente foi internado.

Pesquisadora Ana Catarina: Criou um bloqueio. Então a principal barreira foi que você inevitavelmente teria que atender no Hospital. Por questões pessoais e administrativas, você não conseguiu adentrar no Hospital. Essa foi a principal questão?

Enfermeira: Com certeza.

Pesquisadora Ana Catarina: Isso fecha o problema que você enfrentou para a aplicação da RIME ou você quer falar mais alguma coisa?

Enfermeira: Acredito que não.

Pesquisadora Ana Catarina: O que você sentiu quando aprendeu a RIME? Indicaria essa Intervenção?

Enfermeira: Indicaria. Outras pessoas talvez tenham oportunidade de aprender. Eu não consegui aplicar porque essa técnica, a gente tem que ter disponibilidade para aplicá-la. Eu não encontrei em mim, aqui nesse serviço, disponibilidade para aplicá-la. Não é só chegar e fazer. Precisa ter todo um clima, a cabeça tem que estar tranqüila. Eu não posso estar aplicando a RIME e pensando que tenho que atender o outro que está morrendo aqui fora. Eu tenho que estar diretamente voltada para esse atendimento. Isso para mim é muito difícil. Não dá para sair para fazer só aquilo. Quando eu saio, vou com uma lista de pacientes, quatro, cinco. Não que eu não consiga; se eu falar que não vou ficar e vou fazer esse atendimento, eu vou. Mas eu prefiro fazer as outras coisas. Para aplicar a RIME precisa de uma dedicação integral, e é muito difícil.

Pesquisadora Ana Catarina: É uma questão pessoal sua?

Enfermeira: As funcionárias aqui, em relação a uma técnica como a RIME, eu não sei como elas vêm isso. Eu acho que pela postura delas, elas não acreditam muito nesta forma de atendimento e eu não poderia contar com elas. Geralmente nós vamos em duas pessoas na casa do paciente; dependendo de quem está comigo, eu sei se posso contar ou não. Nós temos muitos funcionários que não dão credibilidade para esse tipo de atendimento. Eles querem trabalhar só daquela forma mecânica, não querem fazer mais nada, além disso. Temos vários funcionários assim. Mas temos também a S. que é fisioterapeuta, a Dra A., e mais uns três, quatro funcionários que a gente pode conversar, o resto não quer saber de nada nessa linha.

Pesquisadora Ana Catarina: Os outros funcionários só querem trabalhar dentro de uma linha mecânica.

Enfermeira: Se você faz algo diferente eles criticam muito.

Pesquisadora Ana Catarina: Pelo que você está me dizendo agora, parece que você teve um pouco de dificuldade de fazer sozinha o trabalho, junto a esta equipe. Parece que a equipe que você trabalha, de uma maneira geral, tem várias pessoas que criticam os trabalhos que envolvem as questões psíquicas e também, obviamente, as questões

espirituais. Então você sentiu uma dificuldade pessoal para enfrentar a equipe e fazer este trabalho sozinha. É isso? Uma dificuldade de enfrentar a equipe?

Enfermeira: Eu acho que se tivesse alguém que estivesse junto comigo eu teria me empenhado mais. Eu fui atrás dos pacientes quando tive disponibilidade, mas se tivesse alguém comigo, eu teria trabalhado mais. Teria talvez entrado no Hospital, com cara feia ou não, a gente teria arranjado. Algum lugar a gente teria conseguido. Eu acho que se tivesse alguém comigo, teria facilitado para mim. Primeiro foi o tempo, eu não tinha disponibilidade e aí isso se tornou conveniente, não apareceu paciente e ficou assim.

Pesquisadora Ana Catarina: Você se acomodou. Parece-me então que o ponto principal que levou você a não atender os pacientes, é o que está aparecendo agora, no final da entrevista. Esse ponto é que você se sentiu sozinha para enfrentar a crítica das pessoas que acham que a enfermagem tem que trabalhar apenas com os aspectos biológicos e não trabalhar com os aspectos psicológicos e espirituais. Qual a formação destas pessoas?

Enfermeira: Auxiliares de enfermagem.

Pesquisadora Ana Catarina: A maioria das pessoas que criticam são formadas em auxiliar de enfermagem? Eles trabalham junto com vocês e você teve uma dificuldade de estar enfrentando essas pessoas?

Enfermeira: Dificuldade de estar contando, de estar colocando. Todos assistiram a sua exposição aqui no SAD. (A pesquisadora havia dado uma aula prévia para a equipe do SAD, antes do Curso de Capacitação que a enfermeira Eloísa participou). Poucos realmente aproveitaram a aula. Pouquíssimos levaram algo de bom para os pacientes, a partir da sua aula. Nem lembram mais o que você falou. Falam que não querem pensar em morte.

Pesquisadora Ana Catarina: Ninguém quer pensar na morte.

Enfermeira: Eles não querem saber do sofrimento.

Pesquisadora Ana Catarina: Não querem ter o trabalho de lidar com a dor do paciente?

Enfermeira: Isso. O trabalho. Nós sabemos que lidar com esses aspectos psicológicos e espirituais, demanda um pouco mais, demanda uma ação da própria pessoa, não é mecânico. No seu ritmo, mas demanda um esforço e eles não querem saber disso. Se eu tivesse com a S. (fisioterapeuta) teria deslanchado.

Pesquisadora Ana Catarina: Você sentiu falta de apoio, alguém junto para trabalhar a técnica RIME?

Enfermeira: Você daria assessoria, estaria junto supervisionando, mas eu não sabia como começar, se tivesse alguém da equipe junto, aí sim, vamos lá!.

Pesquisadora Ana Catarina. Ok. Está ótimo! Esse foi mais um dado para o nosso trabalho. Obrigada.