

A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar: O Psicólogo e a Dimensão Espiritual do Paciente

Ana Catarina de Araújo Elias¹

Joel Sanes Giglio²

Visando minimizar o sofrimento psicológico de pacientes Fora de Possibilidade de Cura e promover Qualidade de Vida na Dor Simbólica da Morte, representada pela Dor Psíquica e Dor Espiritual, desenvolveu-se um método integrando-se as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, o qual foi estruturado a partir de pesquisas que descrevem os relatos de pacientes que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), e voltaram a viver normalmente. Neste artigo discorreremos sobre os dados que estruturam o conceito de Espiritualidade na composição do método proposto, para re-significar a Dor Simbólica da Morte de pacientes terminais.

Palavras-chave: dor simbólica da morte, cuidados paliativos, espiritualidade, psicologia hospitalar, pacientes terminais.

Abstract

The Psychologist and the Patients' s Spirituality in the Hospital

This paper describes the elements of Spirituality's conception, which integrates the techniques of Mental Relaxation and Mental Images. This method is intended to promote Quality of Life in the Death Symbolic Pain, what is represented by the Psychic Pain and Spiritual Pain, in the care of terminal patients. The elements of Spirituality' s conception are based in psychiatric research on the report of patients that experienced a Near Death Experience and come back to the normal life.

Key words: death symbolic pain, palliative care, spirituality, hospital psychology, terminal patients.

Introdução

O conteúdo do presente artigo foi apresentado em Mesa Redonda no V Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, realizado de 09 a 12 de outubro de 2000, em São Paulo e deriva da Dissertação de Mestrado: Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re-signifi-

cação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais que foi desenvolvida pela autora e orientada pelo co-autor na Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP.

O comitê de taxonomia da "International Association for the Study of Pain" - I.A.S.P.,

¹ Psicóloga pela PUC - Campinas; Mestre em Ciências Médicas, área Saúde Mental, UNICAMP; Especialista em Psicoterapia de base analítica pela F.C.S.M. "Dr Maurício Knobel"; Membro Efetivo da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, filiada à International Association for the Study of Pain.

Endereço para correspondência: Av. Jesuíno Marcondes Machado, 189, Campinas, S.P. CEP 13093 320 - Fones (19) 3294 9184 / (19) 9705 2579. e-mail: catarinaelias@hotmail.com

² Médico Psiquiatra; Analista Junguiano pela Associação Junguiana do Brasil e pela International Association for Analytical Psychology; Professor Associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

³ Órgão Financiador da Pesquisa: CAPES.

(Associação Internacional para o Estudo da Dor), conceituou a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões teciduais reais ou potenciais ou descrita em termos de lesões teciduais. (MERSKEY *et al*, 1979).

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

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

Denominamos 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 o medo da morte e do pós-morte, idéias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus. (ELIAS, 1999).

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

Nesse artigo discorreremos sobre os dados que estruturam o conceito de Espiritualidade na composição do método proposto.

Desenvolvimento

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 - 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 na sua época. Uma mudança de paradigma inclui uma grande e profunda modificação de idéias e percepções do mundo.

Vivemos, neste final de milênio, um período de transição, de mudanças quanto aos paradigmas que norteiam o conhecimento científico.

A pergunta básica que se formula nos últimos anos é sobre o que vem a ser Realidade. Já no começo do século XX, em 1937, FREUD (1975), afirmou que a realidade pura é inatingível, pois observamos um objeto como ele se apresenta a nossa percepção, e por detrás do que é percebido pelos nossos órgãos sensoriais está o que se pode chamar estado real das coisas. (ELIAS & GIGLIO, 2000).

A Ciência Clássica está baseada na filosofia de DESCARTES (1596-1650). Este filósofo do século XVII estruturou sua filosofia concebendo o Universo como um sistema mecânico que consiste em objetos separados, os quais, por sua vez, podem ser reduzidos a seus componentes materiais fundamentais, cujas propriedades e interações, acreditava-se, determinam completamente todos os fenômenos naturais. Essa concepção cartesiana da natureza foi, além disso, estendida aos organismos vivos, considerados máquinas constituídas de peças separadas. (CAPRA, 1982). Esta foi a base do pensamento da Ciência Clássica: racional, cartesiano, dual e reducionista.

O século XX ficou marcado por descobertas importantes no campo da Física, da Biologia, da Psicologia e da Medicina, que

fundamentam a Nova Ciência em uma base de pensamento circular, monista e sistêmico.

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

Desde o início do século XX a Biologia reconheceu que o padrão de organização de um sistema vivo é sempre um padrão de rede que produz continuamente a si mesma, ou seja, a função de cada componente consiste em participar da produção ou da transformação dos outros componentes da rede, de forma que essa referida rede é produzida pelos seus componentes, em uma relação sistêmica circular e não dentro de uma concepção mecânica e reducionista, como havia concebido Descartes. (CAPRA, 1996).

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

A Psiconeuroimunologia, uma área de interface entre a Psicologia e a Medicina, tem demonstrado que os sistemas: psíquico, neuro-endócrino e imunológico são interligados.

Observamos também que vários autores da área da saúde abordaram e estudaram a inter-relação entre a mente e o corpo e, frente às evidências, a visão biopsicossocial de ser humano tomou-se, no final do século XX, questão comprovada e aceita pela comunidade científica. (ACHTERBERG, 1996; CARVALHO, 1994; CAUDILL, 1998; EPSTEIN, 1990;

FIGUEIRÓ, 1999; KOVÁCS, 1999; LANG, 2000; MARTY, 1993; MAYOL, 1992; MELLO FILHO, 1997; MONTAGU, 1988; PIMENTA&PORTNOI, 1999; ROSEN, 1994; SIEGEL, 1989; SIMOTON, SIMONTON, CREIGHTON, 1987; TUCKER, 1999).

No final do século XX Associações Científicas começaram a reconhecer tratamentos relacionados a centros de energia como a Homeopatia e a Acupuntura, uma área da Medicina Chinesa. A Associação Médica Brasileira (A.M.B.), por exemplo, reconheceu a Acupuntura como Especialidade Médica através da Resolução 1455/95.

As Terapias Alternativas foram reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem pela Resolução 197. A Técnica Reiki, tratamento de origem oriental, cujo princípio se baseia na transmissão de "energia cósmica" pelas mãos, favorecendo a saúde, é uma das Terapias Alternativas reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem. (FARIAS, 1998).

A Terapia Reiki também é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) como uma Terapia Complementar (MAC NEED MAN, 2000). Esta Instituição (O.M.S.) também coloca, na orientação dos Princípios Básicos que devem nortear um programa de Cuidados Paliativos, o Princípio de integrar ao tratamento médico tradicional aspectos psíquicos e espirituais.

Pesquisas abordando a importância da inclusão da Espiritualidade nos tratamentos médicos convencionais e dando suporte para a ampliação da visão de ser humano para biopsicossocial e espiritual, também, no final do século XX, começaram a ser publicadas no cenário científico internacional da área médica. Vários, entre esses estudos, recomendam que o Currículo de cursos como Medicina, Enfermagem e outros da área da saúde sejam revistos de

forma apropriada e passem a incluir no seu conteúdo programático a aprendizagem sobre aspetos espirituais.

BRADY *et al* (1999) afirmaram que a grande maioria dos instrumentos para medir Qualidade de Vida em Oncologia não inclui espiritualidade como um elemento importante, mas, frente aos resultados que obtiveram em sua pesquisa, observaram que o bem-estar espiritual é tão importante quanto o bem-estar físico e concluíram que o modelo de ser humano para se medir Qualidade de Vida em Oncologia, deve ser o biopsicossocial e espiritual. MYTKO & KNIGHT (1999) concluíram em seus estudos que a inclusão regular de aspectos religiosos e espirituais em estudos de Qualidade de Vida é necessária para melhor compreender e trabalhar a integração corpo-mente-espírito no tratamento do câncer e recomendaram que o Currículo de cursos como Medicina, Enfermagem e outros da área da Saúde devem ser revistos de forma apropriada, incluindo aspectos espirituais. GIOIELLA, BERKMAN e ROBINSON (1998) relataram que os resultados de seus estudos com 80 mulheres portadoras de câncer ginecológico apóiam a inclusão da espiritualidade como parte da rotina de avaliação e intervenção dos pacientes e que essa inclusão pode ajudar a diminuir o nível da angústia psicossocial do paciente. FRYBACK & REINERT (1999) realizaram um estudo qualitativo para investigar como pacientes portadores de uma doença com prognóstico ruim em algum grau vivenciam essa fase de suas vidas, a qual consideram como crítica. Trabalharam com 10 mulheres portadoras de câncer e 05 homens portadores de HIV- AIDS. Os resultados sugeriram que espiritualidade é um componente essencial para sentimentos de saúde e bem-estar. A maioria dos entrevistados considerou espiritualidade como uma ponte entre esperança e falta de sentido na vida. Os pacientes que encontraram signi-

ficado nesse conceito de espiritualidade após terem ficado doentes apresentaram melhor Qualidade de Vida neste período do que a que tiveram antes do diagnóstico. BURTON (1998) demonstrou que a espiritualidade / religiosidade é um elemento significativo na vida da maioria dos americanos e possui uma função importante no enfrentamento de períodos de crise, como câncer. Por esta razão os profissionais da área de saúde deveriam aprender a usar apropriadas avaliações de protocolos e incluir apropriadas intervenções espirituais / religiosas em sua prática profissional. PUCHALSKI & LARSON (1998) escreveram sobre a importância do desenvolvimento curricular da Espiritualidade nos cursos de Medicina e afirmaram que as escolas médicas devem começar a ensinar os seus alunos a lidarem com os interesses espirituais dos pacientes e que os sistemas de saúde devem começar a prover experiências práticas para cuidados compassivos. Pontuaram, no seu artigo, que pesquisas com pacientes e alguns membros da comunidade médica mostraram que médicos, de forma geral, esqueceram a compaixão na prática profissional e, na maioria das vezes, ignoram os interesses espirituais dos pacientes. Concluíram, frente aos dados colhidos, que o médico do século XXI deverá, além de desenvolver excelente habilidade técnica, ser também cuidador compassivo que respeita todas as dimensões da vida do paciente. THOMSEN (1998) afirmou que corpo, mente e espírito estão integralmente conectados, mas, no Ocidente, o treinamento médico tem-se limitado aos aspectos físicos mensuráveis e às necessidades psíquicas, mantendo-se alheio às necessidades espirituais dos pacientes. Afirmou que uma revisão do ensino médico se faz necessária, visto que a inclusão da aprendizagem sobre aspectos espirituais na prática dos profissionais da área médica ainda não é uma parte típica dos currículos das escolas de medi-

cina. É, porém, é algo que os pacientes querem e esperam, como parte dos cuidados médicos a eles oferecidos.

No cenário brasileiro VASCONCELLOS (2000) relata que, numa memorável reunião da Comissão Científica do XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, realizado de 28 de abril a 10 de maio de 2000, em São Paulo, discutiu-se sobre a pertinência de se incluir no programa científico daquele evento a questão da Espiritualidade. Com rapidez e facilidade, os membros da Comissão Científica chegaram ao consenso de inserir essa discussão no âmbito do fórum mais importante daquela associação, o Congresso.

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

No que se refere à Espiritualidade, faz-se importante conceituá-la e diferenciá-la de Religião.

Segundo JUNG (1986), Espiritualidade não está em referência a uma determinada profissão de fé religiosa e, sim, na relação transcendental da alma com a divindade e na mudança que daí resulta. Religiões, por sua vez, são as confissões de fé. São formas codificadas e dogmatizadas de experiências religiosas originárias. Desta forma Espiritualidade está relacionada a uma atitude, a um movimento interno, a uma ampliação da consciência, a um contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e ao fortalecimento, ao amadurecimento que este contato pode resultar para a personalidade. Este contato com uma área mais profunda, mais transcendental da psique pode ser estimulado pelo Psicólogo através de técnicas

cas como Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais que contenham elementos simbólicos baseados nos relatos dos pacientes que vivenciaram uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) voltaram a viver normalmente. Por outro lado, as Crenças Religiosas a que são filiados os pacientes não correspondem ao campo de intervenção científica do Psicólogo e devem ser plenamente respeitadas quanto às suas escolhas e preferências.

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

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

KÜBLER-ROSS (1998), frente aos resultados de suas pesquisas, concluiu que a morte, na sua definição tradicional, não existe. Essa médica psiquiatra suíça, radicada nos Estados Unidos, afirmou que os pacientes terminais passam pelos cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão, aceitação e "depois de terem feito tudo o que tinham a fazer na Terra", deixam o corpo que aprisiona a alma como um casulo aprisiona a futura borboleta e então, passam pela maior experiência de suas vidas. De acordo com as entrevistas - em tomo de vinte mil - que a autora compilou com pessoas que foram dadas como mortas e voltaram a viver normalmente, a morte ocorre em quatro fases distintas. Na primeira fase as pessoas relataram

que se sentiram flutuando para fora de seus corpos e presenciando o que acontecia no local. Afirmaram que assumiram uma forma etérea. Na *segunda fase* as pessoas observaram que deixaram seus corpos para trás e se sentiram em um estado de vida depois da morte, o qual definiram como espírito e energia. Perceberam-se capazes de ir a qualquer lugar com a rapidez do pensamento. A terceira fase iniciou-se, segundo os pacientes, quando, guiados por um "anjo da guarda", eles entraram em um túnel ou em um portão intermediário e sentiram-se atraídos por uma Luz dourada brilhante que irradiava calor, energia, espiritualidade e, principalmente, amor incondicional. Em geral, esta foi esta 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, mas todas afirmaram que o contato com a Luz produziu um profundo efeito em suas vidas. Algumas afirmaram ter recebido grandes conhecimentos; outras voltaram com dons proféticos e outras passaram a ter um novo discernimento, uma nova capacidade de avaliação. Foram uníssonas em afirmar que essa vivência ensinou-lhes que existe apenas um único significado para a vida: o Amor. 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 observa-

ram, as vidas de todas as pessoas estão entrelaçadas; cada pensamento e ação tem o efeito de uma ondulação e atinge todas as outras formas de vida do planeta. Nesta retrospectiva também observaram o que suas vidas poderiam ter sido, o potencial que tinham.

MOOD JR. (1989/ 1992), entrevistou e acompanhou em tomo de 2000 pacientes que passaram pela Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), expressão cunhada pelo autor para classificar o grupo de pessoas que estiveram em coma profundo ou foram dadas como clinicamente mortas por seus médicos, e voltaram a viver normalmente. Observou que ocorreu o mesmo padrão de relato no mundo todo, independentemente da cultura ou da religião de pessoa, e que a presença de crenças religiosas não foi o que determinou a Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) e nem seu conteúdo, pois tanto religiosos como ateus trouxeram o mesmo tipo de relato. Esse autor encontrou nove elementos comuns nos relatos. Observou que nem todas as pessoas que passaram por uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) exibiram todos os sintomas descritos: algumas tiveram um ou dois; outras, cinco ou seis, mas é a presença de pelo menos um desses elementos que define se o paciente vivenciou realmente uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), ou não.

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

- *A sensação de estar morto*: os pacientes vêm-se flutuando acima do corpo, sentem medo e confusão e em seguida acalmam-se e compreendem o que está acontecendo.
- *Paz e ausência de dor*: a dor cessa assim que o paciente deixa seu corpo.
- *A experiência de estar fora do corpo*: pacientes sentem-se flutuar e percebem-se no "corpo espiritual"; descrevem-no como uma nuvem colorida ou um campo de energia.

- *A experiência do túnel*: abre-se um túnel ou portal e o paciente depara-se com uma luz muito brilhante. A sensação básica é estar atravessando uma passagem em direção a uma luz intensa. No século XV, o pintor holandês BOSCH pintou esse tema em sua obra “Ascensão dos Abençoados”⁴.
- *Seres de luz*: pacientes relataram terem-se encontrado com seres que brilhavam com uma bela e intensa luminescência que parecia permear tudo e fazê-los transbordar de amor. Nesse momento, segundo MOOD JR (1989, 1992) também pode ocorrer o encontro com parentes e amigos que já faleceram.
- *O ser de luz*: Interpretado como Deus, Cristo, Buda, Alá, etc, este ser irradiava amor e compreensão absoluta. Pacientes sentiram o desejo de ficar junto dele para sempre, mas foram informados de que teriam que retomar para seus corpos terrestres.
- *A recapitulação*: conduzida pelo Ser de Luz, emerge uma recapitulação panorâmica, colorida, tridimensional, de todos os atos que a pessoa cometeu na vida, na perspectiva de uma terceira pessoa e num tempo completamente diferente daquele que conhecemos.
- *A rápida ascensão para o céu*: alguns não passaram pela experiência túnel e ascenderam para o céu, vendo o Universo da perspectiva dos astronautas. Jung, em 1944, quando sofreu um ataque do coração, relatou ter flutuado para o espaço e ter visto nosso planeta à distância, em uma visão gloriosa.
- *Relutância em retornar*: os pacientes relatam terem-se entristecido a princípio; sentiram saudades desse estado feliz, mas reconheceram a necessidade de continuar vivendo e cumprindo suas tarefas.

Além destes nove aspectos MOOD JR também observou que, depois da Experiência de Quase Morte (E.Q.M.), os pacientes muda-

ram sua estrutura de valores, passaram a priorizar os aspectos humanos e fraternos e perderam o medo da morte.

Em relação à espiritualidade, MOOD JR observou que uma Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) quase sempre estimula a curiosidade espiritual. Muitos passaram a estudar e aceitar os ensinamentos espirituais dos grandes pensadores religiosos. Contudo, isso não significou que se tenham tomado os pilares da igreja local. Pelo contrário, essas pessoas tenderam a abandonar posições dogmáticas, em relação às doutrinas religiosas.

RODONAIA, doutor em psicologia, russo, refere-se a sua Experiência de Quase Morte (E.Q.M.) da seguinte forma: sentia dor e estava no escuro, não enxergava nada. Não conseguia mexer o corpo, as mãos. Compreendeu que não estava mais em seu corpo, mas que existia. Sentiu muito medo do desconhecido. Não conseguia compreender como podia continuar existindo sem seu corpo, quando percebeu que pensava e que, se pensava, existia. Percebeu também que, se pensando, existia, podia também escolher o foco de seu pensamento. Optou por pensar positivamente e, como estava no escuro, começou a pensar sobre a luz. Assim que começou a pensar sobre a luz, viu a luz, surpreendeu-se, quis entrar na luz e passou pelo túnel, vivenciando a experiência relatada por muitos: o encontro e conversa com Seres Luminosos. Ao voltar de sua experiência de semi-morte, esse psicólogo russo concluiu que estamos vivos por causa do Amor, que a dimensão do espírito é a vida eterna e que a morte não existe: ela é como uma estação de trem aonde se chega para passar para uma outra vida⁵.

4 BOSCH, H. apud COPPLESTONE T. Vida e obra de Hieronymus Bosch. Rio de Janeiro: Editora Publicações, 1997, 79p.

5. RODONAIA, G. apud MOOD JR R. Vídeo: Vida após a morte. São Paulo: NCA Forever, 60', 1992.

MOOD JR. (1989, 1992) concluiu que esses relatos não são alucinações pelas quais os pacientes passam ou um processo natural de desligamento quando o cérebro está morrendo, e sim experiências reais, porque inúmeras vezes os pacientes fizeram descrições muito corretas do que estava acontecendo ao seu redor, de uma perspectiva que não poderiam ter se estivessem no corpo, na cama do hospital, deitados.

Ambos os médicos psiquiatras, KÜBLER ROSS (1998) e MOOD JR (1989, 1992), constataram que as pessoas que experimentaram, de forma consciente, a natureza Espiritual da vida, que é diferente da natureza religiosa conforme já conceituado, desenvolveram maior aptidão para a felicidade, estrutura de personalidade mais sólida, mais madura, mais afetiva e, por mais paradoxal que possa parecer, passaram a viver suas vidas de forma mais plena, integrada e serena.

MILLER (1997) entrevistou, por oito anos, mais de duzentos sacerdotes, teólogos e líderes espirituais pertencentes a cerca de trinta grupos culturais distintos e a esse material acrescentou os relatos, opiniões e vivências de seus pacientes. Ao analisar os resultados, observou que, a despeito da diversidade de suas origens culturais, as referências às jornadas do pós-morte são constituídas, em maior ou menor grau, por quatro bem definidos aspectos ou estágios, denominados pela autora como:

- *Espaço de espera*, que se refere à transformação do ser físico em ser espiritual.
- *Fase do Julgamento*, onde a vida do indivíduo é avaliada e o destino do seu espírito é designado.
- *Reino das possibilidades*, etapa em que o espírito desfruta dos resultados do julgamento ou se submete a eles. Passa a existir nas paragens do pós-morte.
- *Retorno ou renascimento*, momento em que o espírito retoma à vida em um novo corpo ou escapa à roda da vida e se junta ao Todo Universal.

A principal proposta da integração das técnicas de Relaxamento Mental e Imagens Mentais com o conceito de Espiritualidade, ao qual nos referimos neste artigo, é criar o cenário mental de um mundo espiritual belo e reconfortante. Esta proposta equivale à etapa descrita por MILLER (1997) como *Espaço de Espera*, onde, tanto para os mortos como para os vivos, a realidade de mudança começa a aprofundar-se. Através do método Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade os pacientes podem, ainda em vida, conscientizar-se de sua transformação de ser físico em ser espiritual e morrer de forma serena e digna.

Segundo MILLER (1997), os tibetanos acreditam que os resultados alcançados na *Fase do julgamento* são influenciados por três fatores: maneira como o indivíduo viveu, forma como enfrentou as quarenta e nove provas no pós-morte (estado de Bardo) e estado psíquico em que se encontrava na hora da morte. O método Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade favorece uma melhora no estado psíquico dos pacientes, o que, de acordo com a crença tibetana, é aspecto favorável para a vivência da *Fase do Julgamento* no pós-morte.

Conclusão

Os dados, neste artigo citados, que estruturam o conceito de Espiritualidade para a sua composição desse conceito com as técnicas de Relaxamento Mental e Visualização de Imagens Mentais, mostram-se de extrema relevância para o trabalho do profissional de saúde com pacientes terminais porque oferecem elementos importantes para a re-significação da Dor Simbólica da Morte, principalmente no que se refere ao medo da morte e do pós-morte, idéias e concepções em relação à Espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus, que são os componentes da Dor Espiritual.

Referências Bibliográficas

- Achterberg, I. (1996). *A imaginação na cura: Xamanismo e medicina moderna* (p.236). São Paulo: Summus Editorial.
- Brady, M.J. et al. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. In: *Psychooncology*, 8 (5), 417-28.
- Burton, LA. (1998). The spiritual dimension of palliative care. In: *Semin. oncol. nurs.* 14 (2), 121-8.
- Capra, F. (1982). O ponto de mutação (20ª ed., p. 447). São Paulo: Editora Cultrix.
- Capra, F. (1996). *A teia da vida*. (7ª ed., p. 256). São Paulo: Editora Cultrix.
- Carvalho, M.M.J. (1994). Visualização e câncer. In M.M.J. Carvalho, *Introdução a psiconcologia* (pp. 161-72). Campinas: Editorial Psy II.
- Caudill, M. (1998). *Controle a dor antes que ela assumo o controle: Um programa clinicamente comprovado* (pp.48-66). São Paulo: Summus Editorial.
- Copplestone, T. (1997) *Vida e obra de Hieronymus Bosch* (p. 79). Rio de Janeiro: Editora Publicações.
- Descartes. (1996). *Vida e obra* (p. 431). São Paulo: Nova Cultural. (Os Pensadores).
- Elias, A.C.A. (1999). Um jeito mais brando de enfrentar a morte. In: *Revista Viver Psicologia*, 80, 14-16.
- Elias, A.C.A., & Giglio, I.S. (2000). O estado real da nova ciência. In: *Revista Viver Psicologia*, 86, 30-31.
- Epstein, G. (1990). Imagens que curam (6ª ed., p. 239). Rio de Janeiro: Xenon Editora.
- Farias, M. (1998). As práticas alternativas do cuidar. O ceticismo posto à prova. In: *Revista Nursing*, 2, 4.
- Figueiró, J.A.B. (1999). Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: M.M.J Carvalho (Org.), *Dor, um estudo multidisciplinar* (pp. 140 -158). São Paulo: Summus Editorial.
- Freud, S. (1975). *Obras psicológicas completas* (Vol. XXIII, pp. 165-237). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Fryback, P.B. & Reinert, B.R. (1999). Spirituality and people with potentially fatal diagnoses. In: *Nurs Forum*, 34 (1), 13-22.
- Gioiella, M.E., Berkman, B., & Robinson M. (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. In: *Cancer Pract*, 6 (6), 333- 8.
- Jung, C.G. (1986). *Obras completas* (Vol. XI, p.4). Petrópolis: Editora Vozes.
- Kovács, M.J. (1999). Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. In: M.M.J. Carvalho (Org.), *Dor, um estudo multidisciplinar* (pp.318-337). São Paulo: Summus Editorial.
- Kübler - Ross, E. (1998). *A roda da vida* (p. 319). Rio de Janeiro: Sextante Editora.
- Kuhn, T.S. (1996). *A estrutura das revoluções científicas* (43ed., p. 257). São Paulo: Editora Perspectiva. (Coleção Debates).
- Lang, E.V., Benotsch, E.G., FICK, LI., & Spiegel, D. (2000). Adjunctive non - pharmacological analgesia for invasive 'medical procedures: A randomized trial. In: *The Lancet*, 355 (9214), 1486- 90.
- Mac Need Man, D. (2000, Agosto 26). *Curso de Formação em Reiki, nível 1*. Tetragrama, Instituto de Estudos e Pesquisas Holísticos.
- Marty, P. (1993). *A psicoterapia do adulto* (p. 87). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mayol, R. (1992). *Câncer, corpo e alma* (p. 189). São Paulo: Editora Os Magos.
- Mello Filho, J. (1979). *Concepção psicossomática: Visão atual* (pp. 1-19). Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro.
- Merskey, H., Albe-Fessard, D.G., Bonica, U., Carmon, A., Dubner, R., Kerr, F.W.L, Lindblom, V., Mumford, J.M., Nathan, P.W., Noordenbos, W., Pagni, C.A., Renaer, M.J., Sternbach, R.A., & Sunderland, S. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on Taxonomy. In: *Pain*, 6, 249-52.
- Miller, S. (1997). *Depois da vida: Desvendando a jornada pós morte* (p. 221). São Paulo: Summus Editorial.

- Mood, JR R. (1989). *A luz do além* (3ª ed., p. 159). Rio de Janeiro: Editora Nórdica.
- Mood, JR R. (1992). Vídeo: Vida após a morte. São Paulo: NCA Forever, 60'.
- Montagu, A. (1988). *Tocar: O significado humano da pele* (p. 427). São Paulo: Summus Editorial.
- Mytko, J.J. & Knight, S.J. (1999). Body, mind, spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. In: *Psychooncology*, 8 (5), 439-50,
- Pimenta, CAM. & Portnoi, A.G. (1999). Dor e cultura. In: M.M.J. Carvalho (Org.), *Dor, um estudo multidisciplinar* (pp. 159-173). São Paulo: Summus Editorial.
- Puchalski, c.M. & Larson, D.B. (1998). Developing curricula in Spirituality and medicine. In: *Acad. Med.* 73, 97-4.
- Rosen, S. (1994). *Minha voz irá contigo!* (p. 268). Campinas: Editora Psyll.
- Saunders, C. (1991). *Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold.
- Siegel, B.S. (1989). *Viver bem apesar de tudo* (p.186). São Paulo: Summus Editorial.
- Simonton, O.C., Matthews - Simonton, S., & Creighton, J.L. (1987). *Com a vida de novo. Uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer* (6ª ed., p. 238). São Paulo: Summus Editorial.
- Tucker, J.B. (1999). Modification of attitudes to influence survival from breast cancer. In: *The lancet*, 354 (9187). 1320.
- Thomsen, R.J. (1998). Spirituality in Medical Practice. In: *Arch dermatol*, 134, 1443-1446.
- Vasconcellos, E.G. (2000). *Psiconeuroimunologia: Uma história para o futuro*. In: V.A. Angerami-Camon, *Psicologia da saúde. Um novo significado para a prática clínica* (pp. 24-5). São Paulo: Editora Pioneira.