

Re-significação da Dor Simbólica da Morte:

Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade

Resumo: Este artigo relata, dentro de uma abordagem qualitativa, o atendimento psicológico oferecido a quatro crianças e três adolescentes com câncer, fora de possibilidade de cura, desenvolvido através da integração das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos que descrevem a natureza da espiritualidade, dentro das premissas de uma psicoterapia breve de apoio. Através dos casos relatados, concluímos que essa forma de atendimento ao paciente terminal re-significa a dor simbólica da morte e proporciona qualidade de vida no processo de morrer e morte serena e digna.

Palavras – Chave: Espiritualidade, psicoterapia breve, cuidados paliativos, dor simbólica da morte, luto.

Abstract: This paper describes a specific terminal patient's psychotherapy that included mental relaxation and visualization of mental images related to elements of spirituality, offered to four children and three adolescents with cancer, without possibility of cure. We concluded that the patients had an improvement in the quality of life throughout the dying process, and died with dignity and serenity, after being treated through this specific approach of terminal patient's psychotherapy, which includes: mental relaxation, mental images and spirituality.

Key Words: Spirituality, brief psychotherapy, death symbolic pain, palliative care.

Ana Catarina de Araújo Elias

Psicóloga e Pedagoga.
Doutoranda e mestre em Ciências Médicas,
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, UNICAMP.
Especialista em Psicoterapia de base analítica pela F.C.S.M.
Dr. Maurício Knobel.
Professora da Pós – Graduação e da Graduação do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio e da Graduação das Faculdades Integradas IPEP.



O presente artigo relata, dentro de uma abordagem qualitativa, o atendimento psicológico oferecido a quatro crianças e três adolescentes com câncer fora de possibilidade de cura e que corresponde ao Projeto - Piloto que deu origem à Dissertação de Mestrado¹ desenvolvida com mulheres adultas, com câncer, fora de possibilidade de cura (Elias, 2001; Elias & Giglio, 2001a; Elias & Giglio, 2001b; Elias, 2002; Elias & Giglio, 2002a; Elias & Giglio, 2002b).

Masera *et al* (1999) sistematizaram em dois períodos os cuidados que devem ser oferecidos a uma criança que está morrendo de câncer. O primeiro período corresponde ao difícil momento de transição, quando o tratamento é considerado sem efeito e faz-se necessário abandonar a perspectiva de cura e introduzir um programa de cuidados paliativos. O segundo período se refere à assistência oferecida à criança e seus familiares durante a fase de cuidados

paliativos e ao acompanhamento da família depois da morte do paciente. Este artigo se reporta ao segundo período proposto pelos autores.

O comitê de taxonomia da “International Association for the Study of Pain” – I.A.S.P. (Associação Internacional para o Estudo da Dor), conceituou a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões teciduais reais ou potenciais ou descrita em termos de lesões teciduais (Merskey *et al*, 1979).

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

Denominamos dor simbólica da morte a dor psíquica e a dor espiritual, que são dois dos componentes do conceito de dor total proposto por Saunders (1991). Operacionalizamos o conceito de dor psíquica como o medo do sofrimento e o humor depressivo representado por tristezas, angústias e culpas frente às perdas e o conceito de dor espiritual como medo da morte e do pós-morte, idéias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus (Elias, 1999).

Visando a encontrar um método acadêmico 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 os elementos que descrevem a natureza da espiritualidade.

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

Os elementos que descrevem a natureza da espiritualidade foram estruturados a partir de pesquisas que descrevem o relato de pacientes que passaram por uma experiência de quase morte (Kübler – Ross, 1998; Mood Jr, 1989,1992) e voltaram a viver normalmente porque essas pessoas experimentaram de forma consciente a natureza espiritual da existência e trouxeram, em seus relatos, elementos importantes para re-significar a dor simbólica da morte, principalmente no que se refere à dor 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 (1986), 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 ao fortalecimento, amadurecimento que esse contato pode resultar para a personalidade. Isso pode acontecer, por exemplo, através da meditação.

Dessa forma, a espiritualidade não está relacionada a crenças e dogmas, que pertencem ao campo das religiões. Estas, sim, são as confissões de fé, são formas codificadas e dogmatizadas de experiências espirituais originárias.

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

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 à atenuação ou supressão da ansiedade e de outros sintomas clínicos como meio de favorecer um retorno à situação de homeostase anterior à descompensação ou crise. A segunda inclui em seus objetivos os mencionados acima para uma psicoterapia de apoio, somados às metas de desenvolver no paciente uma atitude de auto-observação e de compreensão de suas dificuldades dentro de suas motivações e de seus conflitos.

A intervenção psicoterapêutica para pacientes terminais, construída através da integração das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos que descrevem a natureza da espiritualidade, cujo objetivo é re-significar a dor simbólica da morte dessa categoria de pacientes, enquadra-se dentro dos objetivos da psicoterapia breve de apoio: recuperação do equilíbrio homeostático que se expressa no alívio dos sintomas. Os sintomas básicos a serem trabalhados são: a dor psíquica, representada pelo medo do sofrimento e humor depressivo (tristezas, angústias e culpas frente às perdas) e a dor espiritual, representada pelo medo da morte e do pós-morte, idéias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus.

Objetivamos, com essa intervenção psicoterapêutica, desfocar o pensamento do paciente dos medos, das angústias e das culpas específicas à situação da morte e do morrer e focá-lo em estados mentais de serenidade, tranqüilidade, beleza e paz, com o objetivo final de recuperar a homeostase psicológica, visto que a homeostase física não é possível de ser recuperada porque o paciente se encontra em fase terminal.

1 Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re – significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais. Dissertação de Mestrado de Ana Catarina de Araújo Elias, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (2001). Orientador: professor associado Joel Sales Giglio.

Metodologia

Sujeitos:

Quatro crianças e três adolescentes com câncer, fora de possibilidade de cura, tratados pela equipe médica da Unidade de Oncologia e Hematologia Pediátrica CLEMED e pela equipe multidisciplinar e de voluntários do Grupo em Defesa da Criança com Câncer (GRENDACC), em Jundiá, São Paulo.

Método:

Integração das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos que descrevem a natureza da espiritualidade, dentro das premissas da psicoterapia breve de apoio, para o paciente e psicoterapia breve de apoio integrada aos elementos que descrevem a natureza da espiritualidade, para os pais.

A técnica de visualização de imagens mentais pode ser trabalhada com as crianças através dos seguintes instrumentos: atividades gráficas, jogos e histórias infantis e, com os adolescentes, através de histórias infanto – juvenis e filmes, (com enredo que contenha relação simbólica com a dor psíquica e com a dor espiritual do paciente) e através da visualização propriamente dita.

Atividades gráficas e jogos: o material utilizado em atividades como desenhar, pintar, jogar jogos de tabuleiro, cartas etc. é o objeto concreto que permite o deslocamento para o exterior de medos, angústias, problemas internos e a possibilidade de expressá-los simbolicamente sem resistências (Aberastury, 1992). O simbolismo gráfico é análogo ao simbolismo dos sonhos. Em ambos existe um conteúdo latente que se manifesta através de símbolos, por processos de deslocamento e condensação (Freud, 1975). Segal (1975), baseada nos trabalhos de Melanie Klein, compreende a expressão gráfica / lúdica como representação simbólica das ansiedades e fantasias, ou seja, como a expressão simbólica de conflitos inconscientes.

Há, dessa forma, através dos jogos e das atividades gráficas, possibilidade de expressar e elaborar medos, ansiedades, angústias de separação, de desintegração e favorecer descargas de agressividade.

As histórias e os filmes são trabalhados como metáforas, que contribuem para a descoberta de novos significados para as experiências atuais através do “insight”. O “insight” é produto do pensamento primário associado ao pensamento secundário e as metáforas de filmes e histórias oferecem elementos que podem favorecer a produção mental de um “insight”. O “insight” está diretamente ligado à intuição. Segundo o Dicionário de Psicologia (1982), a intuição é

modo operativo da inteligência e seu produto, forma de conhecimento direto, caracterizada por sua natureza imediata e instantânea; consiste em organização interna espontânea, em percepção, ou em idéia ou imagem. Dessa forma, as histórias e filmes oferecem elementos para que os pacientes possam reorganizar seus conceitos, significados e crenças por si próprios, e assim criem novas imagens simbólicas sobre suas experiências e situações atuais.

A visualização propriamente dita, por orientação da imaginação, é uma técnica importantíssima no trabalho com imagens mentais. Visualizar é abstrair-se da realidade externa e imaginar. Segundo Carvalho (1999), pode-se visualizar através de vários processos. Entre esses, citamos três para esse método: a dissociação, que permite ao paciente focar seu pensamento em um tempo e um espaço diferentes do real tridimensional em que ele está inserido; a sugestão indireta, através da qual se pode induzir o paciente a focar sua atenção em imagens mentais tranquilas, prazerosas, positivas e revigorantes, de acordo com suas preferências e escolhas prévias, e a sugestão direta, através da qual se podem fazer afirmações aos pacientes, através de citações ou de imagens que o ajudem a abolir a dor, o sofrimento, o medo.

O método relatado neste artigo tem como pressuposto a crença na vida espiritual após a morte. Esse pressuposto não está vinculado a nenhuma religião ou credo religioso, e, sim, aos estudos e pesquisas de Kübler – Ross (1998) e Mood Jr, (1989, 1992), cujos elementos estão descritos por Elias (2001) e Elias & Giglio (2001). Portanto, é aspecto irrelevante a religião ou credo religioso dos pacientes e / ou seus pais. Estes podem ser filiados a qualquer religião ou credo e suas crenças específicas devem ser totalmente respeitadas.

Por outro lado, é critério para o desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica “relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade” que os pacientes (adolescentes e crianças maiores) e os pais das crianças pequenas acreditem em uma vida espiritual após a morte, visto este ser um dos principais pressupostos desta forma de abordar o paciente terminal.

Resultados

Primeiro caso: J.C.B., dezesseis anos, portador de osteossarcoma de membro inferior esquerdo, resistente à quimioterapia e cirurgia, tratado durante o período de possibilidade de cura em instituição de outra cidade.

J.C.B. recebeu nove atendimentos psicológicos domiciliares, através da integração das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos que descrevem a natureza

A técnica de visualização de imagens mentais pode ser trabalhada com as crianças através dos seguintes instrumentos: atividades gráficas, jogos e histórias infantis e, com os adolescentes, através de histórias infanto – juvenis e filmes, (com enredo que contenha relação simbólica com a dor psíquica e com a dor espiritual do paciente) e através da visualização propriamente dita.

da espiritualidade dentro das premissas de uma psicoterapia breve de apoio e sua mãe recebeu quatro atendimentos de psicoterapia breve de apoio integrada aos elementos que descrevem a natureza da espiritualidade no domicílio, incluindo um atendimento no pós-óbito.

J.C.B., aproximadamente uma hora antes do óbito, pediu que esta psicóloga colocasse a música suave e instrumental trabalhada durante o atendimento e pediu-lhe também para orientar o processo de visualização com as paisagens tranqüilas e bonitas que gostava. No momento do óbito, ainda escutava a música e estava sereno. Também havia a possibilidade desse paciente vir a óbito por asfixia, com muita aflição, o que não ocorreu; seu desligamento desta vida, deu-se conforme o relatado, de forma suave e serena.

Segundo caso: R.A.G., quatorze anos, portador de glioblastoma multiforme. Foi submetido à ressecção parcial do tumor, radioterapia e quimioterapia. Evoluiu com progressão do tumor e óbito.

R.A.G. recebeu dez atendimentos ambulatoriais, sete hospitalares e um domiciliar, e sua mãe, quatro no pré-óbito e dois no pós-óbito.

R.A.G., nos trabalhos de visualização, gostava de imaginar-se na praia empinando uma pipa. Dois dias antes do seu óbito, teve uma convulsão e entrou em estado semi-inconsciente. Esta psicóloga encontrou-o na enfermaria do hospital muito agitado, e foram necessárias inúmeras tentativas para acalmá-lo e direcionar sua mente para um estado positivo. Após aproximadamente meia hora de esforços no sentido de levar o paciente a um estado mental tranqüilo, este começou a relatar, ainda semi-inconsciente, que estava com dificuldade de empinar a pipa, pois não tinha vento e nem sol, chamando em seguida a psicóloga pelo nome. Esta, por sua vez, acompanhou o paciente em sua imaginação, ajudando-o a empinar a pipa e a ver o sol. R.A.G. acalmou-se, dormiu em seguida e, desse momento até o óbito, não apresentou mais os sinais de agitação e confusão mental. Foi a óbito segurando a mão da mãe que, orientada por esta psicóloga, foi direcionando a mente do paciente para paisagens tranqüilas.

Terceiro caso: R.S.G., dezessete anos, portador de meduloblastoma diagnosticado aos quinze anos de idade. Foi submetido à ressecção cirúrgica e radioterapia. Após um ano, apresentou recidiva do tumor, sendo tratado com quimioterapia, com boa resposta. Após dez meses do término do tratamento, apresentou progressão do tumor e óbito.

R.S.G. recebeu três atendimentos ambulatoriais e sete hospitalares, e sua mãe, cinco no pré-óbito e dois no pós-óbito.

R.S.G. ficou internado na UTI da neurologia por dez dias antes do óbito, consciente, mas com as cordas vocais e os movimentos corporais paralisados. Esta psicóloga combinou códigos de comunicação com o paciente, onde fechar os olhos significava sim, e abri-los significava não. Dessa forma, esta psicóloga pôde certificar-se de que o paciente a ouvia. O trabalho de relaxamento e visualização propriamente dito, levando o paciente a focar sua mente em imagens tranqüilas e positivas, foi checado pelo "biofeedback" porque R.S.G. estava ligado ao monitor cardíaco. Na penúltima sessão antes do relaxamento e visualização, o batimento cardíaco oscilava entre 130 e 135 batidas por minuto. Após o atendimento psicológico, caiu para 120 a 125 batidas por minuto. Na última sessão de atendimento psicológico, quatro dias antes do óbito, antes do trabalho psicológico o batimento cardíaco estava em torno de 140 batidas por minuto, e após o atendimento com música e orientação da mente do paciente para paisagens bonitas e tranqüilas, o batimento cardíaco caiu para uma média de 120 batidas por minuto. A mãe do paciente relatou para esta psicóloga que observou que R.S.G., nos últimos dias de vida, foi ligando-se, gradativamente, em definitivo, com esse mundo imaginário belo, até chegar ao óbito.



Quarto caso: L.F.S.S., vinte e dois meses, portadora de mielodisplasia que evoluiu para leucemia mielóide aguda M7, aos dezoito meses de vida. Recebeu tratamento quimioterápico, porém não chegou a entrar em remissão da doença.

L.F.S.S. recebeu três atendimentos ambulatoriais e sete hospitalares e seus pais, quatro no pré-óbito e cinco no pós-óbito.

Com L.F.S.S., o trabalho básico constituiu na elaboração da angústia de separação através de brincadeiras de 'esconde-esconde' e 'perder-recuperar', associadas a músicas suaves e histórias infantis com imagens coloridas e belas. No dia do óbito, a leucemia havia atingido a região do tronco encefálico e, por esse motivo, a paciente teve uma paralisia das cordas vocais. Aproximadamente uma hora antes do óbito, os pais, principalmente a mãe, falaram a L.F.S.S. sobre sua ida para 'um lugar bonito'. Essa foi uma forma de oferecer à criança segurança, conforto e suporte emocional. Alguns momentos antes do óbito, a paciente conseguiu voltar a falar e pediu colo para o pai, despedindo-se dele com um abraço. Em seguida, pediu colo para a mãe e

J.C.B., aproximadamente uma hora antes do óbito, pediu que esta psicóloga colocasse a música suave e instrumental trabalhada durante o atendimento e pediu-lhe também para orientar o processo de visualização com as paisagens tranqüilas e bonitas que gostava. No momento do óbito, ainda escutava a música e estava sereno. Também havia a possibilidade desse paciente vir a óbito por asfixia, com muita aflição, o que não ocorreu; seu desligamento desta vida, deu-se conforme o relatado, de forma suave e serena.

mamadeira. A mãe, sabendo que ela não poderia mamar, procurou tranquilizá-la dizendo que o 'mama' iria demorar um pouco, mas viria. A criança disse que estava bem e foi a óbito em seguida, no colo da mãe, tranqüila, segundo os pais.

Quinto caso: A.S.R., dois anos e meio, sexo masculino, portador de leucemia mielóide crônica.

A criança recebeu três atendimentos hospitalares na U.T.I., e a mãe recebeu três atendimentos no pré-óbito e quatro no pós-óbito.

As técnicas utilizadas foram relaxamento mental induzido por música infantil suave e estimulação da visualização de imagens mentais belas através de histórias sobre um mundo belo com parque de diversão multicolorido, gangorras, gira-gira, cavalinhos, bolas, flores, arco-íris, outras crianças e por onde se chega através de um caminho dourado de sol. Observamos que A.S.R., apesar de se acalmar com essa intervenção, sentia-se muito aflito com o sofrimento da mãe. No dia do óbito, esta psicóloga foi atendê-los pela manhã. O paciente apontava insistentemente o café da manhã para a mãe, mostrava-se muito preocupado com ela e só se acalmou quando esta cedeu e se alimentou. O sofrimento de A.S.R. frente à grande dificuldade de sua mãe em deixá-lo partir era evidente. Relatamos para a mãe casos de experiências de quase morte (Kübler – Ross, 1998; Mood Jr, 1989,1992) explicando a importância da aceitação dos pais frente à iminência da morte. A mãe de A.S.R. minimizou sua angústia, mas, mesmo assim, continuou demonstrando muita dificuldade em separar-se do filho. A criança, que demonstrava sofrer com o sofrimento da mãe, só foi a óbito quando esta, por uma repentina vontade de fumar, afastou-se do leito. A.S.R. ficou sob os cuidados de uma enfermeira e desta psicóloga, que segurou com uma mão o oxigênio e colocou a outra sobre o coração da criança, procurando passar um sentimento de amor e proteção. A criança foi em seguida a óbito, quase imediatamente após a saída da mãe, sem aflição e sem demonstrar angústia.

Sexto caso: D.S.L., três anos, sexo masculino, portador de neuroblastoma de abdômem e tórax. A criança, que estava entubada e sedada, recebeu seis atendimentos hospitalares na U.T.I. e os pais, três atendimentos no pré-óbito e um atendimento no pós-óbito. As técnicas utilizadas com D.S.L. foram as mesmas utilizadas para A.S.R: relaxamento mental através de músicas suaves e estimulação da visualização de imagens mentais belas, através de histórias sobre um mundo belo, conforme relatado no caso de A.S.R. Nos primeiros atendimentos, a criança apresentava reações, chorava e se acalmava em seguida, apesar de entubada e sedada. Nos últimos, já não apresentava mais nenhum tipo de reação, parecendo que já havia se desligado deste

mundo. Foi a óbito sem apresentar reações de angústia, medo ou aflição.

Sétimo caso: E.A.R., onze anos, sexo masculino, portador de leucemia mielóide aguda m3; não estava fora de possibilidade de cura e sim, no início do tratamento, com bom prognóstico. Internado para começar o tratamento quimioterápico, queixou-se de muita dor nos joelhos. Esta psicóloga propôs relaxamento mental, induzido por música suave instrumental para crianças e orientação para visualização de imagens mentais belas, com o objetivo de desfocar a atenção da criança da dor. E.A.R. aceitou. Quando o exercício terminou e a criança abriu os olhos, observamos que ele estava espantado. Perguntamos se ele não tinha gostado da técnica; E.A.R. respondeu que sim, tinha gostado, mas que tinha sido muito real e que, além do cenário orientado na visualização, ele havia visto também três crianças vestidas de branco que tinham vindo brincar com ele. Perguntamos se ele queria contar mais sobre elas. E.A.R. disse que não e cobriu a cabeça. Perguntamos se a dor tinha melhorado e ele disse que sim. No dia seguinte, essa criança apresentou um sangramento cerebral importante, entrou em coma, morte cerebral e foi a óbito alguns dias depois. Havíamos entendido, após o exercício, que E.A.R. não quis falar sobre a visualização para não sair do estado de relaxamento e voltar a sentir dor, mas, frente aos fatos, observamos que essa criança teve, na verdade, uma percepção intuitiva sobre sua própria morte através do exercício de relaxamento mental e visualização de imagens mentais e que essas técnicas, de alguma forma, ajudaram essa criança, porque a "dor melhorou".

Discussão

Observamos que o método proposto, integração das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos que descrevem a natureza da espiritualidade, favoreceu a re-significação da dor simbólica da morte dos sete pacientes, porque todos puderam ir a óbito com dignidade moral, emocionalmente amparados e mentalmente em paz.

Observamos também, através dos atendimentos de D.S.L., que é possível, através dessa técnica, ajudar uma criança entubada e sedada a morrer de forma mais serena.

A psicoterapia breve de apoio oferecida aos pais, acrescida, durante os atendimentos, de informações sobre os elementos que compõem a natureza da espiritualidade (Elias, 2001; Elias & Giglio, 2001), permitiram a estes lidar com sua dor e expressar seus sentimentos e emoções com seus filhos ainda em vida, favorecendo a elaboração do luto.

Comparando os acompanhamentos que fizemos aos adolescentes e às crianças durante o processo

de morrer, observamos que os adolescentes frente à dor simbólica da morte apresentaram tanto a dor psíquica como a dor espiritual, mas as crianças apresentaram apenas a dor psíquica, representada pelo humor depressivo vinculado à angústia de separação.

Atribuímos ao fato de as crianças não apresentarem a dor espiritual o estágio cognitivo em que se encontram. Elkind (1975), baseado nos estudos de Piaget, afirma que, dos dois aos sete anos, as crianças se encontram no estágio do pensamento pré-operacional e, dos sete aos onze anos, no estágio do pensamento operacional concreto, o que significa que crianças ainda não desenvolveram a capacidade de pensar de forma abstrata, necessária para o

sentimento de medo da morte e do pós-morte e para o desenvolvimento de idéias e concepções em relação à espiritualidade, para elaboração de pensamentos sobre o sentido da vida e da morte e sobre o sentimento de culpa perante Deus.

Pontuamos que, embora as crianças não apresentem a dor espiritual, o aspecto espiritualidade continua sendo um dos componentes do método aplicado, visto que se orienta a criança, por exemplo, através de histórias infantis, a imaginar mundos belos, por onde se chega através de um caminho dourado de sol, pressupondo-se que seu espírito irá para um mundo espiritual que acreditamos existir, baseados nos relatos dos pacientes que vivenciaram uma experiência de quase morte.

Ana Catarina de Araújo Elias

E-mail: anacatarinaelias@uol.com.br

Tel.: 019 3294 9184 e 019 9705 2579.

Recebido 07/08/01 Aprovado 22/11/02

Aberastury, A. (1992). *A Criança e Seus Jogos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Achterberg, J. (1996). *A Imaginação na Cura: Xamanismo e Medicina Moderna*. São Paulo: Summus.

Arnold, W.; Eysenck, H.J. & Meili, R. (1982). *Dicionário de Psicologia* (vol. 2). São Paulo: Loyola

Carvalho, M.M.J. (1994). Visualização e Câncer. Em Carvalho, M.M.J. (Org.), *Introdução a Psiconcologia* (pp.161 – 72). Campinas: Editorial Psy II.

Carvalho, M.M.J. (1999). A Hipnoterapia No Tratamento da Dor. Em

Carvalho, M.M.J. (Org.), *DOR, Um Estudo Multidisciplinar* (pp.222 – 47). São Paulo: Summus.

Caudill, M. (1998). *Controle a Dor antes que Ela Assuma o Controle: Um Programa Clinicamente Comprovado*. São Paulo: Summus.

Elkind, D. (1975). *Crianças e Adolescentes. Ensaios Interpretativos sobre Jean Piaget*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar.

Elias, A.C.A. (1999). Um Jeito mais Brando de Enfrentar a Morte. *VIVER Psicologia*, VII, n° 80, 14 - 16.

Elias, A.C.A. (2001). *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.

Elias, A.C.A. & Giglio, J.S. (2001a). A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar: O Psicólogo e a Dimensão Espiritual do Paciente. *Estudos de Psicologia*, 18, n° 3, 23 - 32.

Elias, A.C.A. & Giglio J.S. (2001b). 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 – 21.

Elias, A.C.A. (2002). Intervenção Psicoterapêutica para Pacientes Graves e Terminais. Em: GIGLIO, Z.G. & GIGLIO, J.S. (Org), *Anatomia de uma época: olhares junguianos através do binômio Eficiência / Transformação* (pp.191 – 202). Campinas: Instituto de Psicologia Analítica de Campinas, IPAC.

Elias, A.C.A. & Giglio J.S. (2002a). Intervenção Psicoterapêutica na área de Cuidados Paliativos para re-significar a Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais através de Relaxamento Mental, Imagens e Espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica da USP*, 29, n° 3, 116 – 129.

Elias, A.C.A. & Giglio J.S. (2002b). Sonhos e Vivências de Natureza Espiritual relacionados à Fase Terminal. *Revista Mudanças – Psicologia da Saúde / UMEP*, 10, n° 17, 77 – 100.

Epstein, G. (1990). *Imagens que Curam*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Xenon. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989, p. 19 - 20.

Florini, H.J. (1991). *Teorias e Técnicas de Psicoterapias*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Freud, S. (1975). *Obras Psicológicas Completas (vol. IV)*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1975). *Obras Psicológicas Completas (vol. V)*. Rio de Janeiro: Imago.

Jung, C.G. (1986). *Obras Completas (vol. XI)*. Petrópolis: Vozes.

Kübler - Ross, E. (1998). *A Roda da Vida*. Rio de Janeiro: Sextante.

Masera, G.; Spinetta, J.J.; Jankovic, M.; Ablin, A.R.; D'Angio, G.J.; Van Dongen – Melman, J.; Eden, T.; Martins, A.G.; Mulhern, R.K.; Oppenheim, D.; Topf, R. & Chesler, M.A. (1999). Guidelines for Assistance to Terminally Ill Children with Cancer: A Report of SIOP Working Committee on Psychosocial Issues. *Medical and Ped. Oncology*, 32, n° 1, 44 – 48.

Merskey, H.; Albe – Fessard, D.G.; Bonica, J.J.; Carmon, A.; Dubner, R.; Kerr, F.W.L.; Lindblom, V.; Mumford, J.M.; Nathan, F.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. *Pain*, 6, 249 - 52.

Mood, J.R.R. (1989). *A Luz do Além*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nórdica.

Mood, J.R.R. (1992). *Vídeo: Vida após a Morte*. São Paulo: N.C.A. Forever.

Rosen, S. (1994). *Minha Voz Irá Contigo!*. Campinas: Psy II.

Saunders, C. (1991). *Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold.

Segal, H. (1975). *Introdução à Obra de Melanie Klein*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago.

Simonton, O.C.; Simonton, S.M. & Creighton, J.L. (1987). *Com a Vida de Novo. Uma Abordagem de Auto – Ajuda para Pacientes com Câncer*. 6ª ed. São Paulo: Summus

Thomsen, R.J. (1998). Spirituality in Medical Practice. *Arch Dermatol.*, 134, 1443 – 1446.

Referências bibliográficas