

# Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais

Training program about the therapeutical intervention “relaxation, mental images and spirituality” (RIME) to resignify the spiritual pain of terminal patients

ANA CATARINA ARAÚJO ELIAS<sup>1</sup>, JOEL SALES GIGLIO<sup>2</sup>, CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA<sup>3</sup>, LINDA GENTRY EL-DASH<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Psicóloga e doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora de Pós-graduação e da Faculdade de Ciências Biomédicas do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (Ceunsp/Itu) e das Faculdades Integradas do Instituto Paulista de Ensino e Pesquisa (Ipep/ Campinas).*

<sup>2</sup> *Psiquiatra e professor-associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Analista junguiano e diretor de ensino da Associação Junguiana do Brasil (AJB).*

<sup>3</sup> *Enfermeira e professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).*

<sup>4</sup> *Professora-associada do Departamento de Linguística Aplicada do Instituto de Estudos da Linguagem da Unicamp.*

---

### Resumo

**Contexto:** Neste artigo, apresentamos um programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME) para profissionais de saúde, que objetiva re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. **Objetivo:** Analisar um programa de treinamento por meio da compreensão da experiência de profissionais na utilização da Intervenção RIME e da compreensão da experiência dos doentes na re-significação da dor espiritual, manifestada durante a aplicação do RIME por profissionais treinados. **Métodos:** Os sujeitos foram uma enfermeira, uma médica, três psicólogos e uma terapeuta alternativa voluntária, todos experientes ou estudiosos em cuidados paliativos, selecionados por convite e que atenderam 11 pacientes terminais internados em hospitais públicos das cidades de Campinas, Piracicaba e São Paulo (SP). A metodologia utilizada teve como base a pesquisa-ação e a fenomenologia. Os resultados qualitativos foram analisados pelo método análise do conteúdo por meio da técnica análise temática e os quantitativos foram analisados pelo método descritivo, utilizando-se o teste de Wilcoxon. **Resultados:** Na análise da vivência dos profissionais, encontramos cinco categorias e 15 subcategorias. Na análise da natureza da dor espiritual, encontramos como categorias mais prevalentes os medos da morte expresso pela negação e pela percepção do quadro clínico. Na aplicação do RIME, observamos diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ), isto é, no final das sessões os doentes relataram maior nível de bem-estar que no início das sessões. **Conclusão:** 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 prestar assistência espiritual segundo uma perspectiva acadêmica. Os resultados sugeriram que o RIME favoreceu a re-significação da dor espiritual de pacientes terminais.

*Elias, A.C.A. et al. / Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 60-72, 2007*

**Palavras-chave:** Terapia breve, cuidados paliativos, espiritualidade, técnicas de relaxamento, experiências de quase-morte.

---

### Abstract

**Background:** This article presents a training program for a therapeutic intervention involving relaxation, mental images and spirituality (RIME), which can be administered to help terminal patients to resignify their spiritual pain. **Objective:** Analysis of a training program based on the understanding of the experience of professionals in the use of RIME intervention and of patients in their resignification of spiritual pain, as revealed during the administration

of RIME by trained professionals. **Method:** The participants were a nurse, a female doctor, three psychologists and a volunteer alternative therapist, all experienced in or studying palliative care; they were invited to participate in the training program and were later in charge of caring for eleven terminal inpatients in public hospitals of Campinas, Piracicaba and São Paulo. The theoretical and methodological basis of the study involves action-research and phenomenology. Qualitative results were analyzed by the content analysis utilizing the thematic analysis technique. Quantitative results were analyzed descriptively using the Wilcoxon Test. **Results:** In the analysis of the professionals, experiences, five categories and fifteen sub-categories were found. In the analysis of the constitution of spiritual pain, we found the idea of fear of death to be the most prevalent, either expressed by negation of the gravity of the clinical prognosis or by the perception of this gravity. After the administration of RIME, statistically significant differences in perceived level of well being ( $p < 0.0001$ ) were expressed after sessions of RIME. **Conclusion:** The proposed training program proved to be effective in preparing health area professionals for the use of RIME intervention, qualifying them to provide spiritual assistance within an academic perspective. The results suggested that RIME promoted the resignification of spiritual pain in terminal patients.

*Elias, A.C.A. et al. / Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 60-72, 2007*

**Key-words:** Complementary therapy, palliative care, spirituality, relaxation techniques, near-death experiences.

“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” (Charuri, 2001).

## Introdução

Com base nos elementos descritos pelos pacientes que passaram por uma experiência de quase-morte (EQM) (Greyson, 2000, 2003; Kübler-Ross, 1998, 2003; Moody Jr., 1989, 1992; Morse e Perry, 1997; Parnia e Fenwick, 2002; van Lommel, 2004; van Lommel *et al.*, 2001) e que sugerem transcendência, Elias (2001, 2002, 2003, 2006) desenvolveu uma intervenção terapêutica para pacientes graves e terminais denominada Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) (Elias e Giglio, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b) e, na continuidade do estudo, desenvolveu um programa de treinamento para profissionais de saúde sobre essa intervenção terapêutica (Elias, 2005; Elias *et al.*, 2006a, 2006b, 2006c).

EQM 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 descritos a seguir:

- Sensação de estar morto;
- Sensação de flutuar para fora do corpo;
- Paz e ausência de dor;
- Emoções positivas;
- Capacidade de se deslocar na velocidade do pensamento, para o local que desejasse;

- Capacidade de ouvir o que os médicos e os familiares estavam falando de uma perspectiva que não teria se estivesse em seu corpo, deitado;
- Mover-se em um túnel e ser atraído por uma luz brilhante branca, dourada, azul ou visualizar bonitas pontes ou portas ornamentadas e belas, por onde atravessava para outra dimensão, para o mundo espiritual;
- Encontro com parentes ou amigos já falecidos;
- Contato com seres espirituais, denominados por esse paciente como seres de luz (comunicação com a luz), que irradiam amor incondicional, amparo, conforto e proteção;
- Entrada em lugares muito bonitos, como jardins floridos, bosques, lagos, envolvidos por uma luz muito brilhante;
- Recapitulação da própria vida não como julgamento, mas como forma de compreensão do que cada um verdadeiramente é do verdadeiro sentido da vida, que é o aprendizado do amor incondicional e a aquisição de conhecimento, principalmente autoconhecimento;
- Reestruturação positiva da personalidade mediante o contato com a “luz” (comunicação com a luz).

Segundo van Lommel (2004), os eventos anteriormente descritos e que constituem EQM 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 chamados “visões no leito de morte” e por pessoas que passaram por situações de grande risco à vida, em que a morte parecia inevitável, e das quais saíram totalmente ilesas, como acidentes durante escaladas em montanhas ou acidentes de trânsito, os quais são comumente chamados de “medo da morte”.

O desenvolvimento da intervenção RIME iniciou-se em 1998, quando Elias começou a trabalhar com crianças e adolescentes com câncer em fase terminal e observou sofrimento psicológico e espiritual importante nesses doentes; ao buscar um método para minimizar essa angústia, por sincronicidade, assistiu a um documentário sobre EQM (Moody Jr., 1992), observando que os indivíduos que haviam passado por essa experiência tinham minimizado o medo da morte. Assim, teve o *insight* de induzir a visualização dos elementos descritos por esses doentes que vivenciaram EQM a crianças e adolescentes que se encontravam na fase fora de possibilidades de cura, começando a delinear a intervenção RIME (Elias, 2003). Em 1999, foi aceita no programa de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e trabalhou durante o mestrado com mulheres adultas com câncer em fase terminal.

Nessa dissertação de mestrado (Elias, 2001, 2002, 2006; Elias e Giglio, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b), estudou, qualitativamente, a eficácia de intervenção RIME e observou que foi possível re-significar a dor espiritual durante o processo de morrer das pacientes com câncer, ou seja, a aplicação da intervenção RIME proporcionou melhor qualidade de vida neste processo de morrer e morte mais serena para as pacientes terminais atendidas, re-significando a dor espiritual que é representada pelo medo da morte e do pós-morte, idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade e ao sentido da vida, assim como culpas perante Deus.

Em resumo, a intervenção RIME consiste na integração das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos que representam a questão da espiritualidade, com base nos relatos de EQM. A espiritualidade é compreendida como a relação do indivíduo com uma área mais transcendental de sua psique e as mudanças que resultam dessa meditação (Jung, 1986) e a vivência do amor incondicional (Charuri, 2001). A escolha dessas bases teóricas, que definem a questão da espiritualidade, reflete as afinidades conceituais e filosóficas desses autores e o nosso estudo anterior no mestrado.

Na revisão da literatura sobre estudos relacionados a espiritualidade e morte, destacamos dois artigos. Barham (2003) relatou um estudo de caso sobre o controle dos sintomas, nas últimas 48 horas de vida, de uma paciente que escolheu a técnica budista para vivenciar o processo de morrer; o autor observou que os 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, segundo sua crença. Papatthanasoglou 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, por meio deles, pode-se simbolicamente encontrar os significados para as vivências. Oito participantes contaram suas experiências em relação à doença crítica e relataram seus sonhos por meio de entrevistas semi-estruturadas. A doença crítica foi conceituada como uma fase que conduz a transformações no *self*, ao despertar da espiritualidade e ao crescimento pessoal. Segundo os autores, os enfermeiros devem estar preparados para ajudar os pacientes que vivenciam o processo descrito em uma unidade de cuidados intensivos.

Em relação a estudos sobre intervenções para pacientes terminais que se relacionam com as técnicas utilizadas na intervenção RIME, as quais, em geral, são chamadas de terapias complementares ou alternativas, além do nosso estudo de mestrado (Elias, 2003; Elias e Giglio, 2001a, 2002a, 2002b), encontramos estudos que referiram promover qualidade de vida no processo de morrer utilizando musicoterapia (Hilliard, 2005), aplicando uma intervenção chamada terapia da dignidade, que consiste cuidar do paciente tendo como foco o seu nível de independência cognitiva e funcional e o controle dos sintomas físicos e psicológicos (Chochinov *et al.*, 2004), utilizando hipnose (Douglas, 1999) e a aplicação de intervenções religiosas: orar e falar com um clérigo ou espiritualistas; meditação e imaginação dirigida (Millison e Dudley, 1992). Em relação à meditação e à imaginação dirigida, também encontramos o trabalho de Birnbaum e Birnbaum (2004) que 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 interior. Muitos participantes relataram uma experiência positiva importante, incluindo acesso a conhecimento interno, altamente relevante para eles neste momento de suas vidas. Essas introspecções foram experimentadas como provenientes de uma parte mais profunda do próprio *self* do paciente (fonte interna) ou de um guia espiritual ou 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 dos estudos anteriormente relatados indicaram a necessidade de novas pesquisas, visto que os resultados ainda não podem ser considerados conclusivos.

Os métodos dessas terapias assemelham-se à intervenção RIME, e a inovação por nós proposta refere-se à indução da visualização por meio dos elementos descritos pelos pacientes que passaram por uma EQM. Apesar da importância crescente que os profissionais de saúde têm dado à questão da assistência espiritual, o nosso trabalho é pioneiro no Brasil no que se refere ao treinamento de profissionais para o uso de interven-

ções que minimizem o sofrimento espiritual e sobre os resultados dessas intervenções.

No Brasil, Silva (2005) alerta que o profissional que elabora os currículos dos cursos da área médica não pode ignorar essas práticas, cabendo algumas reflexões. A primeira é selecionar o que de bom a medicina alternativa oferece. A segunda é pensar como colocar esse 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 à relação médico-paciente que a alopatia, cabendo ao profissional de saúde recuperar esse recurso no atendimento à população e integrando-o ao uso adequado da tecnologia. Concluiu 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 dessa modalidade de atendimento nos guias curriculares de graduação e pós-graduação.

## Objetivo

Analisar um programa de treinamento mediante a compreensão da experiência de profissionais na utilização da intervenção RIME e da experiência dos doentes na re-significação da dor espiritual, manifestada durante a aplicação do RIME por profissionais treinados.

## Métodos

Estudo com base teórica metodológica na pesquisa-ação e na fenomenologia, com análise quali e quantitativa.

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 as decisões que devemos tomar. Trabalha no âmbito da intencionalidade e a análise deste vivido pode ser feita no geral (descreve a natureza de experiências) ou no particular (descreve o significado de determinadas experiências para um indivíduo ou um grupo de indivíduos), como pode também haver uma preocupação de se estabelecer relações de significado. No nosso estudo, a análise das experiências foi feita no particular, isto é, foram analisadas as experiências dos profissionais na aplicação do RIME, assim como também 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; a tese, neste artigo apresentada,

fundamentou-se na pesquisa fenomenológica de tipo empírico, que é uma aplicação do enfoque fenomenológico ao trabalho de pesquisa em psicologia, como ciência que trabalha com “dados empíricos”. A pesquisa-ação, por sua vez, pressupõe uma estrutura de relação co-participativa entre o pesquisador e os sujeitos (Bogdan e Biklen, 1994); no nosso estudo, essa relação co-participativa, entre a pesquisadora e os profissionais, objetivou transformar a situação relacionada à dor espiritual dos doentes terminais por meio da produção do conhecimento.

Os resultados qualitativos foram estudados mediante a análise de conteúdo ramificada na técnica análise temática, tendo como instrumentos a entrevista semi-estruturada, o questionário estruturado e o diário. Segundo Bardin (1994), o método da análise de conteúdo pode ser realizado por meio da análise temática, entre outras técnicas, e consiste fazer operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar algo para o objetivo analítico escolhido e, em seguida, deve-se fazer um agrupamento analógico dessas unidades em categorias. Minayo (2000) afirma que a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, uma frase ou um resumo. Os resultados quantitativos foram estudados pelo método descritivo através dos dados colhidos pelo instrumento Escala Visual Analógica de Bem-estar (EVA), modelo faces coloridas. 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.

Participaram do programa de treinamento uma enfermeira (responsável pela equipe de enfermagem no Setor de Oncologia do Hospital CAISM [Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher], uma médica (coordenadora do Programa de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP]), três psicólogos e uma terapeuta alternativa (duas das psicólogas e a terapeuta atuam na área de cuidados paliativos dos hospitais públicos citados e o terceiro psicólogo formou-se analista junguiano, tendo ampla experiência clínica, e é estudioso na área de cuidados paliativos).

Esses profissionais foram selecionados por convite e atenderam, no hospital e no domicílio, por meio do RIME, no total, 11 pacientes com câncer, na faixa etária entre 27 e 76 anos, com profissões que requeriam desde nível mínimo de escolaridade até graduação superior, e que professavam diferentes crenças religiosas, como a católica, a espírita e modalidades diversas da evangélica.

Os pacientes atendidos foram selecionados pelos profissionais, porque estes últimos julgaram que esses doentes estavam apresentando sofrimento importante no processo de morrer; tais pacientes haviam sido considerados fora de possibilidades de cura pela equipe médica responsável, exceto uma paciente, em que o RIME foi aplicada porque a enfermeira observou que ela, apesar de não estar fora de possibilidades de cura, estava evoluindo para o óbito com muito sofrimento, fato que realmente veio a ocorrer na madrugada seguinte à aplicação dessa intervenção.

As etapas para o desenvolvimento do RIME são, em resumo: identificação da dor espiritual por meio de entrevista semi-estruturada; condensação dos elementos da dor espiritual, descritos predominantemente por pensamento racional, lógico, em padrão de imagens simbólicas; orientação das técnicas de relaxamento mental e de visualização de imagens mentais integradas aos elementos que compõem a natureza da espiritualidade; sessões de orientação familiar também devem ser realizadas, de forma complementar à aplicação dessa intervenção terapêutica (Elias, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006; Elias e Gliglio, 2001a, 2001b, 2002a, 2006b).

O RIME foi desenvolvido em duas etapas. A fase 1 consistiu a docência de um curso de capacitação e a fase 2, da supervisão de Elias aos atendimentos realizados pelos profissionais treinados aos pacientes terminais.

O curso de capacitação (fase 1) foi ministrado por Elias, no primeiro semestre de 2004, em dois dias, na cidade de Campinas, estado de São Paulo.

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

Todo o conteúdo das aulas (Quadro 1) foi entregue em forma de livreto aos participantes, o qual foi desenvolvido com base na dissertação de mestrado de Elias (2001).

As supervições de Elias aos profissionais treinados (fase 2) foram realizadas no início dos atendimentos e após o óbito dos pacientes; uma das profissionais treinadas necessitou de supervisão intermediária, que foi realizada. Essas supervições foram desenvolvidas por meio de entrevistas semi-estruturadas, tendo como enfoque três temas: manejo do vínculo terapêutico, manejo do trabalho terapêutico na aplicação do RIME e a natureza das emoções e dos sentimentos vividos pelo profissional no atendimento ao doente.

Para a coleta de dados, os profissionais também responderam a um questionário estruturado e a um diário, que foram entregues para a pesquisadora na segunda entrevista, após o óbito do paciente. Por meio desse questionário, obtivemos dados específicos sobre o número e o tempo de duração das sessões, os resultados do bem-estar identificado na EVA, aspectos relevantes do histórico clínico do paciente atendido, a dor espiritual identificada, a experiência de re-sig-

nificação desta e os sonhos e vivências de natureza espiritual/transcendental do profissional, do paciente ou de algum familiar. Por meio do diário, que corresponde a uma lauda escrita pelos profissionais após o óbito do paciente atendido, obtivemos os dados sobre as contribuições do RIME para a melhoria do trabalho deles na área de cuidados paliativos, com pacientes portadores de doenças graves e terminais.

A EVA, modelo expressões faciais coloridas, foi apresentada pelos profissionais aos pacientes, no início e no final de cada sessão. Escolhemos o modelo faces com expressões coloridas porque como estamos medindo questões subjetivas relacionadas à dor espiritual, talvez o modelo numérico fosse mais “frio” para avaliar tais 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 formato lúdico na sua apresentação, mais bem atendam ao momento do paciente terminal, que, diante das circunstâncias clínicas, apresenta-se, em geral, emocionalmente regredido. A escala utilizada tem seis faces coloridas que expressam desde a ausência de sofrimento até 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 comparação da diferença dos escores no início e no final de cada sessão foi feita a partir das medianas, utilizando-se o teste de Wilcoxon, pois os dados foram considerados não-paramétricos.

## Resultados

Análise da experiência do profissional na utilização da intervenção RIME (fase 2)

Os dados desta análise foram colhidos em 11 questionários estruturados, 21 entrevistas semi-estruturadas e 11 diários e resultaram cinco categorias e 15 subcategorias, que apresentamos no Quadro 2.

Análise da natureza da dor espiritual e a experiência de re-significação dessa dor, manifestada pelos doentes, durante a aplicação da intervenção RIME (fase 2)

### *Análise qualitativa da dor espiritual*

Foram encontradas seis categorias e 11 subcategorias referentes à dor espiritual, as quais apresentamos no Quadro 3.

**Quadro 1.** Plano de aula do curso de capacitação para profissionais de saúde sobre a intervenção terapêutica para pacientes terminais: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME).

<b>Aula</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Estratégia</b>
1ª) Apresentação do grupo	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 visualização)	Projeção de imagens de belas paisagens 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
5ª) Fundamentos teóricos da espiritualidade adotados no estudo	Apresentação das bases teóricas do estudo Referências sobre o significado e a dimensão da espiritualidade O fenômeno das experiências de quase-morte (EQM) 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 a experiência de quase-morte [EQM])	O mundo espiritual, a morte e o pós-morte a partir dos relatos sobre a EQM Descrição dos elementos comuns encontrados nos relatos dos pacientes que passaram por EQM Identificação das mudanças possíveis de acontecer com uma pessoa que tenha passado por uma EQM Considerações filosóficas e espiritualistas a partir dos estudos sobre EQM	30 min.	Exposição oral e multimídia
7ª) Documentário	Relato de seis pacientes sobre a EQM	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 de Elias, colhidos na dissertação de mestrado e decodificados a partir do referencial junguiano e dos elementos sobre espiritualidade	60 min.	Exposição oral e multimídia
10ª) Intervenção terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME)	Principais aspectos da primeira sessão Manejo do vínculo e do trabalho terapêutico Linguagens simbólicas 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 espiritual Apresentação de casos incluindo a descrição da dor espiritual identificada e a operacionalização do RIME	90 min.	Exposição oral e multimídia
12ª) Exercício de relaxamento, visualização e espiritualidade	Exercício com base nos principais elementos a serem trabalhados com os doentes: belas paisagens, símbolos de transformação e seres de luz Troca de experiências entre os participantes	90 min.	Orientação verbal para visualização e audição de música Relato das vivências no grupo
13ª) Explicação sobre os instrumentos utilizados na pesquisa	Objetivos do estudo Método e instrumentos para coleta de dados	60 min.	Exposição por meio 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 no grupo de reflexão e conclusão

**Quadro 2.** Resumo das categorias encontradas e o número de profissionais que se referiram ao tema dessa categoria no mínimo uma vez e algumas citações dos profissionais, como exemplo.

Categorias	Número de profissionais (n = 6)	Algumas citações dos profissionais (como exemplos)
1) A intervenção RIME facilita o manejo do vínculo terapêutico	6	<p><b>Psicóloga 1:</b> Observei a formação do vínculo por meio das respostas de confiança e serenidade da paciente, diante da escolha das imagens, da audição de música e da visualização; a família da paciente me identificava como a “moça da música”.</p> <p><b>Médica:</b> Em um paciente que não podia mais se comunicar, os elementos foram escolhidos pelas informações dos familiares, e, na aplicação destes, o paciente reagiu positivamente, fato observado por meio da frequência respiratória e da expressão facial, indicando vinculação imediata.</p> <p><b>Terapeuta:</b> Senti-me como um anjo carregando o paciente, por meio dos procedimentos do RIME; o carinho que essa intervenção permite ao profissional expressar favorece a vinculação positiva do paciente.</p>
2) A intervenção RIME desperta, com frequência, sentimentos, percepções e emoções que sugeriam maturidade psicoespiritual no profissional de saúde que a aplica	6	<p><b>Psicóloga 2:</b> A única coisa que pode transformar é o amor. Na aplicação do RIME, doava amor para o paciente.</p> <p><b>Psicólogo 3:</b> Ocorre uma transformação na aplicação do RIME; há o acolhimento ao paciente e ao mesmo tempo o relaxamento do profissional. Cada vez que aplicava o RIME, sentia-me bem por ambos os motivos. Também aprendi a não ter preconceito em sentir compaixão.</p> <p><b>Enfermeira:</b> Ao aplicar o RIME, senti-me muito bem ao perceber que realmente estava ajudando uma pessoa em um momento muito difícil”, e o sentimento de paz que alcancei ao aplicar o RIME foi estendido para uma boa e pacífica resolução de conflitos, no meu trabalho de chefiar a equipe de enfermagem, assim como observei a ampliação de minha auto-estima por sentir que estava fazendo algo de muito bom para os pacientes.</p>
3) Os profissionais que aplicaram o RIME manifestaram sentimentos e vivências de natureza espiritual/transcendental que refletiram amor e paz e, algumas vezes, sonhos intuitivos	6	<p><b>Médica:</b> Senti renovar minhas energias após a aplicação do RIME, diferentemente da rotina dos outros dias que normalmente me deixa muito cansada. Tive a percepção intuitiva da presença dos seres de luz no ambiente, durante e após o término da aplicação do RIME, e senti-me protegida perante essa percepção.</p> <p><b>Psicóloga 1:</b> Tive sonhos que refletiram a percepção extra-sensorial e que favoreceram a introdução de sugestões no RIME, para lidar com as dificuldades dos pacientes; ao sair dos atendimentos, tive sensações palpáveis de amor, muita tranquilidade, paz, leveza, e as entendi como “muito estranhas”, advindas da presença de seres de luz no ambiente.</p> <p><b>Terapeuta:</b> Durante a aplicação do RIME, tive a percepção intuitiva da presença de seres de luz, assim como sensação de transcendência e leveza ao vivenciar minhas próprias questões espirituais.</p>
4) A aplicação da intervenção RIME, algumas vezes, desperta sensações, emoções e sentimentos negativos no profissional de saúde	4	<p><b>Psicóloga 2:</b> No início dos atendimentos ao primeiro paciente, senti medo de perder o controle porque a experiência com os procedimentos de visualização do RIME estava sendo experimentada de forma muito verdadeira; a percepção era de que tinha luz mesmo, que não era fruto da minha imaginação. Em relação à segunda paciente, senti insônia, forte angústia de morte e tive pesadelos depois das duas primeiras sessões de RIME; observei essas vivências pelo contato com a energia de pavor da morte da paciente.</p> <p><b>Médica:</b> Vivenciei uma sensação de cansaço após a aplicação da primeira sessão para a primeira paciente e senti necessidade de dormir na volta para o hospital. Esse cansaço foi derivado do acolhimento da angústia de morte da paciente.</p>
5) A intervenção RIME é uma proposta concreta, clara, viável e que apresenta resultados positivos em cuidados paliativos	6	<p><b>Enfermeira:</b> O RIME proporcionou serenidade e confiança para os pacientes, fato também percebido pelos familiares. Observei, depois a aprendizagem e aplicação do RIME, que a minha ação profissional se estende além dos cuidados físicos; inclui proporcionar alívios psíquico e espiritual e também aplicar uma técnica que proporcione paz ao paciente, psíquica e espiritualmente.</p> <p><b>Psicólogo 3:</b> A aplicação do RIME proporcionou grande contribuição para o meu desenvolvimento como pessoa e profissional, favorecendo um posicionamento mais inteiro em ambas as esferas e desenvolvendo um sentimento de segurança e serenidade diante do binômio morte-vida; também aprendi a não ter preconceito em sentir compaixão.</p> <p><b>Médica:</b> O luto do profissional é real e espiritual e o RIME também é uma porta para a cura desse luto. Também observei que foi importante aplicar o RIME em uma paciente com a qual já tinha um vínculo, para perceber que incluir a questão da espiritualidade nos cuidados médicos convencionais não atrapalha o tratamento clínico nem a confiança do paciente no médico, ao contrário, fortalece essa confiança. Concluí, após a aprendizagem e a aplicação do RIME, que não me sinto mais satisfeita em só cuidar das necessidades físicas do doente terminal.</p>

**Quadro 3.** Categorias encontradas em relação à dor espiritual e número de pacientes que apresentaram dor espiritual em cada uma das categorias, no mínimo uma vez.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Número de pacientes que apresentaram dor espiritual nesta categoria, no mínimo uma vez (n = 11)</b>
1ª) 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	5
2ª) 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	5
3ª) Medo do pós-morte por vivências ou sonhos espirituais negativos	Visualização de imagens apavorantes ou muito assustadoras	2
4ª) 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	5
5ª) 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	4
6ª) Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade por experiências de abandono afetivo projetado na espiritualidade	Dificuldade de transcendência e de confiança na espiritualidade	2

No Quadro 4 apresentamos, como exemplo, a dor espiritual de alguns pacientes e o seu processo de re-significação através da intervenção RIME.

#### Análise quantitativa da dor espiritual

Os dados sobre o “bem-estar” manifestado pelos doentes antes e após as sessões do RIME estão apresentados no quadro 5 e na figura 1. Embora o número de pacientes estudados tenha sido 11 (n = 11), na análise quantitativa trabalhamos com oito pacientes (n = 8), pois três deles não estavam mais conseguindo se comunicar verbalmente quando a aplicação do RIME foi iniciada; o processo de re-significação da dor espiritual desses três pacientes foi avaliado apenas qualitativamente, pelos profissionais e familiares, por meio das expressões faciais, apertos de mão, frequência respiratória e comunicações não-verbais, como expressar um beijo para o profissional, sorrir etc.

Foram calculadas as medianas e médias por doente e o número de sessões em que houve melhora de “bem-estar”. 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.

#### Discussão

Os profissionais observaram que os procedimentos do RIME, como possibilitar ao paciente a escolha de belas

imagens relacionadas à natureza, a audição de música, a visualização de lugares que sugeriam paz, tranqüilidade e harmonia e a referência a seres espirituais que transmitem amor, bondade, serenidade e proteção, favoreceram a sintonia do profissional com o paciente, e este se vinculou com mais facilidade.

Os profissionais também relataram que o clima emocional no *setting* terapêutico, por se apresentar com traço transcendental/espiritual de proteção e amor (referências à presença de seres de luz, anjos etc.), também favoreceu o vínculo, o que diante dos achados da pesquisa parece ser uma hipótese plausível.

A “escuta terapêutica” é um instrumento importante para os trabalhos desenvolvidos na área da saúde, podendo ser potencializada por meio de intervenções adequadas por parte do profissional, conforme pontuou Fiorini (1991). Observamos que na aplicação do RIME, a escuta terapêutica foi viabilizada de acordo com a história pessoal de cada paciente e das escolhas que o paciente fez da música para o relaxamento e das imagens da natureza, seres de luz e demais símbolos que foram 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 no tempo particular de cada um.

Observamos que o RIME beneficiou não só os pacientes, mas também os profissionais que aplicaram, no que se refere à maturidade psicoespiritual. Segundo Freud (1975), há uma constante luta entre a vida e a



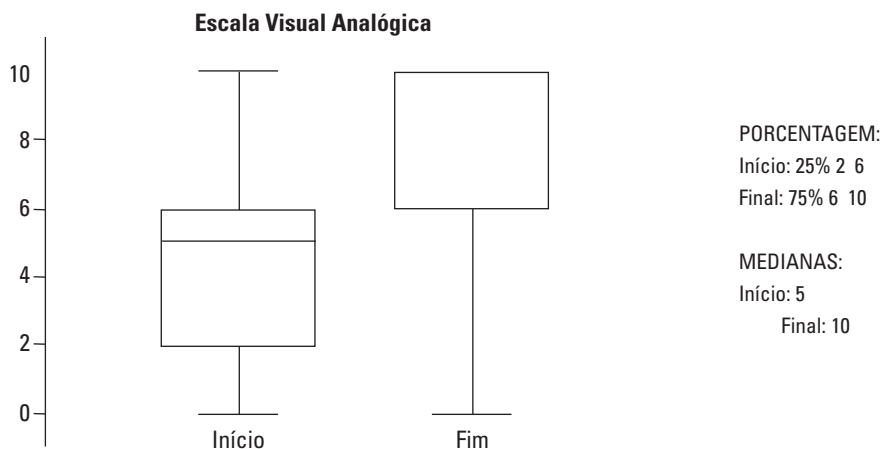
**Quadro 4.** Exemplos de como as categorias em relação à dor espiritual foram encontradas e como se deu o processo de re-significação.

<b>Categorias</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Dor espiritual</b>	<b>Processo de re-significação</b>
Medo da morte por negação da gravidade do quadro clínico	Paciente E.O.G. (feminino, 74 anos, 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 por percepção da gravidade do quadro clínico	Paciente S.G. (masculino, 62 anos, câncer de mediastino + síndrome de compressão de veia cava superior [SCVCS], espírita de umbanda, electricista)	Fisionomia pesada e que transparecia angústia antes da aplicação da intervenção RIME	Quando a médica 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 roncospiratórios, a respiração ficou mais calma. Mas a maior mudança foi no semblante, que expressava serenidade e paz durante e após a aplicação do 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 do RIME. O coração parou de bater em torno de 3 minutos após a parada respiratória. Imediatamente, a irmã do paciente percebeu o quanto sua expressão era absolutamente serena
Medo do pós-morte por vivências ou sonhos espirituais negativos	Paciente Z.B.O. (feminino, 52 anos, câncer de pulmão, católica, professora e advogada)	Visualização, nos primeiros atendimentos por meio do RIME, de uma paisagem morta e envergada e pelos pesadelos que costumava ter com monstros e insetos (abelhas) gigantes	A paciente conseguiu visualizar uma paisagem bonita e agradável em que se sentiu bem, assim como visualizou um anjo da guarda, a quem deu o nome de Gabriel, se encontrando com ela e se lembrou de 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 esses familiares
Medo do pós-morte pelo sentimento de desintegração, de inexistir, de ser afetivamente esquecido	Paciente N.J. (feminino, 55 anos, câncer de útero, católica, professora)	Necessidade de se sentir conectada com um mundo espiritual belo, protetor e acolhedor	Durante a aplicação do RIME, a paciente não só visualizou os seres de luz e se sentiu envolvida em amor por eles, como também relatou ter visto esses seres no quarto em que se encontrava, os quais ela interpretou como arcanjos crianças. Nesse momento, relatou para a psicóloga que aplicava o RIME que não estava mais com medo
Idéias e concepções negativas em relação ao sentido da vida pela ausência desse sentido e sentimentos de vazio existencial	Paciente M.V.C.S. (masculino, 30 anos, 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 própria vida, principalmente no que se referia à vida familiar	A questão da família foi trabalhada tanto verbalmente quanto nas visualizações do 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
Idéias e concepções negativas em relação à espiritualidade por experiências de abandono afetivo projetado na espiritualidade	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 em um afogamento, mas não fazia nada para salvá-la	A paciente passou a visualizar as imagens que escolheu, tais como: bosque muito verde, cachoeira, rio, caminho iluminado. A psicóloga sempre usou imagens nas quais a paciente acreditava: a presença de anjos; o amor que Deus tinha por ela e que também era perdão; que não estava julgando, e sim acolhendo. Falou muito para ela se ligar à 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, segundo o relato dessa psicóloga que a atendia

**Quadro 5.** Escore de bem-estar manifestado pelos pacientes (n = 8) utilizando a Escala Visual Analógica (EVA) antes e após a intervenção RIME:

Paciente	Número de sessões em que se avaliou o bem-estar	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.	3	Escore 4, 2, 2 Total = 8 Média = 2,6 Mediana = 2	Escore 8, 8, 10 Total = 26 Média = 8,6 Mediana = 8	3
P.M.	5	Escore 0 + 0 + 0 + 0 + 0 = 0 Média = 0 Mediana = 0	Escore 4 + 4 + 8 + 4 + 0 = 20 Média = 4 Mediana = 8	4
M.S.S.	4	Escore 4 + 2 + 0 + 2 = 8 Média = 2 Mediana = 0	Escore 6 + 6 + 6 + 10 = 28 Média = 7 Mediana = 6	4
N.J.	3	Escore 2 + 8 + 10 = 20 Média = 6,6 Mediana = 8	Escore 10 + 10 + 10 = 30 Média = 10 Mediana = 10	2
Z.B.O.	4	Escore 5 + 5 + 6 + 6 = 22 Média = 5,5 Mediana = 5,5	Escore 5 + 5 + 6 + 7 = 23 Média = 5,75 Mediana = 5,5	1
M.L.C.I.	1	Escore 0 Média = 0 Mediana = 0	Escore 10 Média = 10 Mediana = 10	1
M.A.S.	2	Escore 6 + 2 = 8 Média = 4 Mediana = 4	Escore 8 + 8 = 16 Média = 8 Mediana = 8	2
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 = 110 Média = 10 Mediana = 10	11
Total de 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 1.** Gráfico *box plot*. Escores de bem-estar relatados pelos doentes utilizando a Escala Visual Analógica de Bem-estar, antes e no final das sessões de RIME.

morte. Nessa luta, o organismo acaba sucumbindo, reduzindo-se à matéria inorgânica, entretanto os impulsos de vida (amorosos) saem vitoriosos sempre que houver uma ação fecunda. Observamos que essa intervenção favoreceu a expressão da fecundidade, identificada nos sentimentos, percepções e emoções referidos pelos profissionais.

Ao concebermos a intervenção RIME, ainda no projeto-piloto de nosso estudo de mestrado, viabilizamos nosso objetivo de induzir a EQM em doentes terminais para favorecer uma morte mais serena e digna, porque observamos que os indivíduos que haviam vivenciado a EQM haviam perdido ou minimizado o medo da morte. Perante os achados, observamos que não só os pacientes terminais, mas também os profissionais que aplicaram o RIME vivenciaram elementos referentes a uma EQM, o que integrou suas personalidades de forma saudável e construtiva.

Por meio das vivências relatadas pelos profissionais, também experimentadas pela psicóloga pesquisadora, observamos que na aplicação do RIME, além dessa inserção psíquica do profissional no limiar entre o mundo físico e o “mundo espiritual”, ocorreu 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 essa razão, consideramos que o RIME não é uma intervenção fácil de ser aplicada, pois, unir terapeuta e doente em um único sentimento requer disponibilidade interna e entrega por parte do terapeuta.

Observamos também 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 e sensações de cansaço, insônia, pesadelos após a aplicação do RIME no início dos atendimentos de pacientes com profundo medo da morte; também mencionaram emoções de impotência e frustração ante as resistências do doente. Perante a observação anteriormente citada de que na aplicação do RIME terapeuta e doente unem-se em um único sentimento, que há uma aproximação inconsciente entre ambos, espera-se perfeitamente que quando a dor espiritual do doente esteja exacerbada e este ainda não tenha vivenciado os elementos do RIME, como a conexão psíquica com os seres de luz, o profissional, ao aplicar essa intervenção, entre em contato com e também vivencie esses sentimentos, sensações e emoções negativos.

Todos os profissionais consideraram o RIME uma intervenção viável que apresenta resultados positivos no tratamento de doentes em cuidados paliativos.

Observamos que nove pacientes (n = 11) apresentaram medo da morte, caracterizando esse aspecto da dor espiritual como o sofrimento prevalente e mais relevante diante do processo terminal, o que é congruente com nosso estudo de mestrado. 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 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 essa dor à esfera pessoal, o que gera estresse profissional desnecessário, além de atendimento insatisfatório às necessidades do doente.

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 que no início da sessão.

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 essa razão, recomendamos que este seja breve, segundo as possibilidades de atendimento ao doente.

Em relação a 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 27 e 76 anos, o que indicou a possibilidade do uso do RIME tanto para adultos jovens como adultos na meia-idade e 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 graduação superior, o que sugeriu a possibilidade de aplicação do 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 por meio do RIME, independentemente da religião que o paciente professe.

Não encontramos em nenhuma fase de nosso estudo, desde o projeto-piloto até o doutorado, nenhuma contra-indicação à aplicação do RIME, mas ressaltamos que a aplicação da intervenção RIME só foi avaliada em pacientes que acreditavam na vida espiritual pós-morte e utilizada por profissionais que também acreditam nessa vida espiritual, portanto não sabemos os efeitos do uso do RIME por profissionais ou pacientes ateus, ou que tenham alguma religião, mas que não acreditem na vida espiritual pós-morte.

Observamos que o RIME induz vivências semelhantes às descritas pelos doentes que passaram por uma EQM, tanto ao profissional que a aplica como ao paciente que se submete a essa intervenção, o que sugere que a visualização das imagens toma curso próprio e individualizado, muito além de um simples imaginar por sugestão.

Na fase 1 de nosso estudo, tivemos a participação de mais uma enfermeira curso de capacitação, mas que não conseguiu atender nenhum paciente terminal por meio do RIME, dentro do prazo estipulado. Essa enfermeira também é muito experiente na área de cuidados paliativos e trabalha no serviço de atendimento domiciliar de um hospital público. Realizamos uma entrevista para conhecer as dificuldades encontradas por ela e observamos que se sentiu incapaz de enfrentar a crítica dos profissionais que acham que a enfermagem tem de trabalhar apenas com os aspectos biológicos e não atender aos aspectos psicológicos e espirituais. 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 (Kuhn, 1996).

## Conclusão

O programa de treinamento proposto mostrou-se eficaz em preparar profissionais de saúde para o uso da intervenção RIME, capacitando-os a cuidar e prestar assistência espiritual segundo uma perspectiva acadêmica.

Os resultados qualitativos e quantitativos obtidos sugeriram que a intervenção RIME favoreceu a re-significação da dor espiritual dos pacientes terminais, promovendo qualidade de vida, dignidade e melhora de bem-estar no processo de morrer.

Tanto os profissionais como os pacientes, na maioria das vezes, responderam positivamente à aplicação dessa intervenção, pois observamos que o RIME promoveu maior serenidade e aceitação diante da iminência da morte.

O estudo, neste artigo relatado, foi desenvolvido com base em uma metodologia acadêmica apropriada e é pioneiro ao propor e testar um programa de treinamento sobre uma intervenção que trabalhe a questão da espiritualidade, mas as limitações devem ser consideradas. O desenho desta pesquisa não permitiu a utilização de grupo controle para comparar os resultados do RIME com os resultados de outras intervenções, mas em trabalhos futuros pretendemos resgatar essa limitação, inserindo um grupo controle no método. A segunda limitação referiu-se ao tamanho de nossa amostra, pois embora os resultados tenham sido significativos e colhidos dentro de rigorosa metodologia acadêmica, não podem ser generalizados, o que sugere a necessidade de se realizar novos estudos para melhor compreensão da experiência do profissional na aplicação da intervenção RIME, principalmente no que se refere à compreensão

das vivências de natureza espiritual, e também para melhor compreensão dos elementos da intervenção RIME, que favoreceram a experiência de re-significação da dor espiritual dos doentes.

Este estudo envolveu apenas pacientes em estágio terminal de câncer e, por essa razão, recomendamos que sejam realizadas pesquisas sobre a aplicação desta intervenção em outras situações, como no pré e no pós-cirúrgico, no tratamento da oncologia desde a fase do diagnóstico, no tratamento de doenças psicossomáticas, com pacientes que tentaram suicídio e também para o tratamento psicoespiritual de profissionais de saúde que não façam uso do RIME.

Indicamos também a possibilidade de aplicação do RIME por cuidadores, de forma a ampliar o número de pacientes que possam vir a ser beneficiados por esta intervenção.

## Referências

- Amatuzzi, M.M. - Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estud. Psicol.* 13 (1): 5-10, 1996.
- Bardin, L. - *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa, 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): 245-251, 2003.
- Birnbaum, L.; Birnbaum, A. - In search of inner wisdom: guided mindfulness meditation in the context of suicide. *Scientific World Journal* 18 (4): 216-227, 2004.
- Bogdan, R.C.; Biklen, S.K. - *Investigação qualitativa em educação*. Porto, Portugal, 1994.
- Charuri, C. - *Como vai a sua mente?* 3. ed. PC, São Paulo, 2001.
- 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): 134-142, 2004.
- Douglas, D.B. - Hypnosis: useful, neglected, available. *Am J Hosp Palliat Care* 16 (5): 665-670, 1999.
- Elias, A.C.A. - Relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade na re-significação da dor simbólica da morte de pacientes terminais [dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- 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*. Instituto de Psicologia Analítica de Campinas (Ipac), Campinas, pp.191-202, 2002.
- Elias, A.C.A. - Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicologia Ciência e Profissão* 23 (1): 92-97, 2003.
- Elias, A.C.A. - *Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais* [tese]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2005.
- 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*. Manole, Barueri, pp. 333-346, 2006.
- Elias, A.C.A.; Giglio, J.S. - A questão da espiritualidade na realidade hospitalar: o psicólogo e a dimensão espiritual do paciente. *Estud Psicol* 8 (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 de pacientes terminais. *Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia* 16, 14-22, 2001b.
- Elias, A.C.A.; Giglio, J.S. - Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para re-significar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens e espiritualidade. *Rev Psiquiatria Clín* 29 (3), 116-129, 2002a.

- Elias, A.C.A.; Giglio, J.S. - Sonhos e vivências de natureza espiritual relacionados à fase terminal. *Mudanças* 10 (1), 72- 92, 2002b.
- Elias, A.C.A.; Giglio, J.S.; Pimenta, C.A.M. - Curso de capacitação sobre a Intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espiritual em cuidados paliativos. *Prática Hospitalar* 43: 91-96, 2006a.
- Elias, A.C.A.; Giglio, J.S.; Pimenta, C.A.M. - A dimensão espiritual do ser humano em uma perspectiva acadêmica. *Revista Técnica IPEP* 6 (1): 29-46, 2006b.
- Elias, A.C.A.; Giglio, J.S.; Pimenta, C.A.M.; El-Dash, L.G. - Therapeutical Intervention, Relaxation, Mental Images and Spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients. A training program. *The Scientific World JOURNAL* 6: 2158-69, 2006c.
- Fiorini, H.J. - *Teorias e técnicas de psicoterapias*. 9. ed. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1991.
- Freud, S. - *Obras psicológicas completas*. Vol. XXIII. Imago, Rio de Janeiro, 1975.
- 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.
- Greyson, B. - Near-death experiences in a psychiatric outpatients clinic population. *Psychiatric Services* 54 (12): 1649-1651, 2003.
- Hilliard, R.E. - Music therapy in hospice and palliative care: a review of the empirical data. *Evid Based Complement Alternat Med* 2 (2): 173-178, 2005.
- Jung, C.G. - *Obras completas*. Vol XI. Vozes, Petrópolis, 1986.
- Kübler-Ross, E. - *A roda da vida*. Sextante, Rio de Janeiro, 1998.
- Kübler-Ross, E. - *O túnel e a luz*. Verus, Campinas, 2003.
- Kuhn, T.S. - A estrutura das revoluções científicas. 4. ed. Coleção Debates. Perspectiva, São Paulo, 1996.
- 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. Hucitec-Abrasco, São Paulo/Rio de Janeiro, 2000.
- Moody, Jr. R. - *A luz do além*. 3. ed. Nórdica, Rio de Janeiro, 1989.
- Moody, Jr. R. - *Documentário: Vida após a morte*. NCA Forever, São Paulo, 1992. 60'. (vídeo).
- Morse, M.; Perry, P. - *Transformados pela luz*. Nova Era, Rio de Janeiro, 1997.
- 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.
- Silva, A.L. - Relação médico-paciente. *Rev. Assoc. Med. Bras* 51(3): 132, 2005.
- 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): 2039-2045, 2001.
- van Lommel, P. - About the continuity of our consciousness. In: Machado, C.; Shewmon, D.A. *Brain death and disorders of consciousness*. Kluwer Academic/ Plenum Publishers, New York/Boston/Dordrecht/London/Moscow, pp. 115-132, 2004.