

Maria Sílvia Junqueira Wolff

Aprendendo a viver, cuidando de quem está morrendo

Monografia apresentada para conclusão do
Curso de Psico-Oncologia,
do Instituto Sedes Sapientiae, em 2004.
Sob orientação da
Prof. Dra. Maria da Glória Gonçalves Gimenes.

São Paulo, junho de 2008.

CLUBE do TARÔ

www.clubedotaro.com.br

Agradecimentos

A Glória, orientadora e amiga, pelo incentivo, carinho e disponibilidade com que me acompanhou neste trabalho.

Aos meus pacientes que me permitiram com eles tanto aprender sobre o viver... o meu respeito e carinho

Aos professores, terapeutas, amigos e familiares que sempre acreditaram em mim. Para cada um deles a minha gratidão

“Se hoje fizermos a melhor escolha em tudo, não apenas em nossos atos, mas também em nossas palavras e em nossos pensamentos, então teremos uma experiência incrivelmente feliz no momento da morte.”

Elisabeth Kübler-Ross

“Curioso que ela nada saiba sobre si mesma. Quem sabe sobre a morte são os vivos. A morte, ao contrário, só fala sobre a vida...”

Rubem Alves

“A morte alcança até o homem que dela foge.” Horácio

Sumário

Introdução

I – Abordagens Religiosas Sobre a Morte

II – A Morte na Visão da Psicologia

III – Considerações Sobre a Dor

IV – Pacientes em Fase Terminal

V – Metodologia:

1) Método

2) Técnicas

3) Procedimento

VI – Apresentação e Comentários dos Casos

Considerações Finais

Referências Bibliográficas

Introdução

A escolha do tema morte está muito relacionada com minha história de vida. Aos 25 anos, no parto de meu primeiro filho, sofri uma grande hemorragia e entrei em choque. Hoje sei que tive, por alguns segundos, uma “experiência de quase morte”. Senti que saí fora de meu corpo físico sem perder nada do que se passava ao meu redor. Vivi uma sensação bastante agradável e de muita paz. Admirou-me muito o fato de ser um momento de muita alegria e de não ter sentido medo, ou pena do que deixaria para trás. Tal vivência me fez perder qualquer temor que pudesse ter da morte; este assunto passou a me interessar sobremaneira daí para frente.

Nos últimos anos, tenho me voltado para o estudo do câncer, uma vez que fui uma paciente com este diagnóstico, fiz uma cirurgia para a retirada de um tumor e segui um protocolo de tratamento quimioterápico indicado para o meu caso.

Como trabalho como psicoterapeuta em meu consultório desde 1980, colegas e amigos que acompanharam meu processo de doença encaminharam-me vários pacientes com diagnóstico de câncer. Alguns eram pacientes terminais e já se foram; outros, eu tenho o prazer de acompanhar o sucesso da sua recuperação.

Minha prática profissional, mais os dois fatos de vida acima relatados, fizeram com que o câncer, a terminalidade e a morte se transformassem em temas familiares para mim.

Assim, agora, quando concluo o curso de Psico-oncologia, a escolha deste tema emergiu naturalmente com muita força como o favorito para minha monografia.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar três estudos de caso de pacientes fora de perspectiva curativa, por meio de uma abordagem psico-espiritual para facilitar o enfrentamento da morte, e as perdas associadas a ela, assim como forma de lidar com sentimentos de medo, solidão e deterioração física.

O relato do atendimento dos casos de pacientes em fase terminal tem como objetivos:

- Apontar atitudes facilitadoras assumidas por psico-oncologista – que atua também em cuidados paliativos – visando o melhor atendimento aos pacientes em fase terminal.
- Contribuir para uma reflexão acerca do papel da psico-oncologia, pela identificação dos recursos teóricos e práticos, visando melhor procedimento na fase de terminalidade.
- Mostrar como uma abordagem psico-espiritual pode ser utilizada para ajudar o paciente a obter melhores recursos no enfrentamento de suas dificuldades na fase terminal de sua doença.

- Correlacionar ou identificar etapas psico-espirituais no atendimento psico-oncológico.

Este trabalho é uma contribuição para aqueles que atuam com pessoas em estado terminal, em vias de fazer a sua passagem, para um outro estado de consciência, pela ênfase na importância dos aspectos psico-espirituais nesta prática.

I – Abordagens Religiosas sobre a Morte

As religiões vêm ocupando lugar de relevo na sociedade contemporânea tendo papel importante no desenvolvimento pessoal daqueles que, de uma forma ou de outra, acreditam em alguma força superior ao humano. Quase sempre buscam respostas a questões que o homem se faz desde tempos imemoriais.

Segundo Jean Yves Leloup (2001), autoridade nas questões que tratam da relação espiritualidade e morte, existem quatro grandes abordagens religiosas sobre a morte do ser humano:

1. No **Budismo**, a morte é encarada como uma oportunidade de despertar e de se libertar; é a morte “da forma” que a vida tomou no homem e não a morte da vida. O ser essencial continuará vivendo. Assim sendo é exaltado o enfrentamento da inexorável realidade da morte, para se obter uma melhor qualidade de vida interior e não se perder a existência em conflitos inúteis. O fundador dessa religião foi Buda, Sidarta Gautama, que nasceu e viveu na Índia há dois mil e quinhentos anos.

2. Para o **Hinduísmo**, a morte é compreendida como “karma”, consequência de nossos atos, de nossa responsabilidade sobre causas e efeitos. A morte é a oportunidade de vivermos num plano melhor ou pior de acordo com os atos praticados em nossas vidas, atos esses que geram o nosso “Karma”, palavra sânscrita que significa “ato”. A alma é imortal, não envelhece com o nosso corpo; não morre quando o indivíduo morre. O Hinduísmo tem uma característica que o diferencia das outras religiões: não tem um fundador, é uma religião eterna.

3. Na visão do **Cristianismo**, a morte é o despertar para a vida eterna; é a ressurreição, que leva à abertura da consciência para se alcançar uma realidade mais ampla e infinita. A morte é considerada um momento de passagem, isto é, a pessoa passa de uma vida finita para a vida eterna. O sofrimento não é apenas dor, mas, sim, uma oportunidade de crescimento. Ser eterno significa uma vida contínua; antes, durante e depois de nossa morte. Nesta visão é preciso considerar o conceito da alma, que é imortal. A morte é apenas a separação do corpo físico da alma. A crença é a de que ressuscitaremos num corpo glorificado. Portanto a morte é um

renascimento para a eternidade. Criado há dois mil anos com os ensinamentos de Jesus Cristo, é a religião que predomina no mundo ocidental.

4. Na **Visão Agnóstica**, a morte é o fim de tudo, não existindo mais nada depois dela; não é a morte que dá sentido à vida, pois leva com ela toda nossa existência não restando mais nada do “Ser”. Só os nossos atos e as nossas escolhas, durante a vida, dão a razão e o sentido do nosso existir. Para os agnósticos há a convicção de que todos os fenômenos do mundo podem ser atribuídos a condições físicas do existir como homem, não existem forças espirituais agindo independentemente de leis físicas.

A maioria das religiões coloca como ensinamento a imortalidade da alma humana. Isto é, um conceito que independe de ritos e credos. Considerando tal imortalidade, talvez mais correto seria dizer que o homem é uma alma que possui um corpo físico mortal.

Quem é e onde está Deus é uma das grandes diferenças entre as religiões ocidentais e orientais: para as ocidentais, Deus é o criador e está distante do homem; é Ele também quem nos redime e absolve. Já para as orientais, o Divino está presente em tudo e até mesmo no homem; a salvação se dá pelas ações em vida, que podem nos libertar do ciclo de reencarnações. (Gaarder, 2002)

Quando Mircea Eliade (1998) – filósofo romeno estudioso das religiões – fala sobre o mito do Eterno Retorno, está se referindo ao instante eterno. A nostalgia da eternidade se dá, quando, na intensidade do aqui e agora, é possível viver neste mundo, no instante presente, a certeza da eternidade. Em seus estudos, preocupou-se muito mais em analisar os vários tipos de “experiências religiosas” dos seres humanos, do que em estudar o conceito de Deus para os homens. Ele define o sagrado diferenciando-o do profano: sagrado indica algo que é separado e consagrado; enquanto que profano denota aquilo que está do lado de fora do templo, no mundo.

Meister Johannes Eckhart (1991), filósofo escolástico alemão, mestre na sagrada teologia nos séculos XIII e XIV – conhecido como místico – foi também precursor de algumas idéias modernas, motivo pelo qual foi perseguido pela inquisição. Na doutrina a respeito de Deus, a alma do ser criado move-se na direção do Ser Superior. No fundo da alma há uma centelha com a qual vemos Deus, dispensando imagens mentais, pois o contato é direto. O retorno a Deus é o destino de todos os homens.

Conceitos como alma e espírito têm um significado importante para a psicologia, cujos estudos se iniciaram com a busca de

melhor compreender a psique, que, em grego, significa sopro de vida, alma.

Para Jacob Levi Moreno, médico e psiquiatra criador do psicodrama, o trabalho terapêutico é resultante de três vertentes: médica, sociológica e religiosa. Em seu livro *Psicoterapia de grupo e psicodrama* (1966), diz: “O homem é algo mais que um ente psicológico, biológico, social e cultural, é um ente cósmico. Ele é responsável por todo o universo, por todas as formas do ser e por todos os valores. A existência do universo é mais importante que a vida e a morte do homem como indivíduo, como tipo de civilização, como espécie”. Em *As palavras do Pai* (1976), questiona: “Será que sou realmente, apenas e tão somente, uma massa perecível, uma tão desesperançada existência, ou seria eu o centro de toda a criação e da dimensão do cosmos?”.

Moreno, comentando a integração do homem com Deus, volta ao conceito hassídico de centelha divina, que nada mais é do que a criatividade e a espontaneidade como expressões do divino em nós. O Hassidismo – seita judaica criada por Baal Schen Tov no século XVIII na Europa Oriental – vê o homem como filho de Deus, filho do criador e, portanto levando parte Dele dentro de si. É a “Centelha Divina” que cada um de nós carrega e, ao expressá-la, somos também criadores como o Pai. (Gonçalves, 1988)

II – A Morte na Visão da Psicologia

A morte é nossa adversária mais antiga, misteriosa e implacável e tem sido estudada ao longo dos tempos por investigadores dos mais diversos campos do saber. (Calle, 1995) Não só o nosso corpo físico morre, mas o nosso ego, a nossa personalidade, enfim, todas as nossas relações e os papéis que desenvolvemos ao longo de nossas vidas.

Deixar de existir é um fato tão natural quanto existir. A morte é o fim de todos os nossos sofrimentos, dores e angústias e por isso pode trazer a idéia de descanso, de paz e de repouso eterno. Ela faz parte da vida, portanto, é uma etapa da nossa existência com a qual temos de aprender a conviver. Todos nós estamos programados para nascer, crescer, envelhecer e morrer.

Todo ser humano só tem uma certeza em sua vida: que irá morrer um dia. A morte é o acontecimento mais justo do mundo fenomenológico, porque não faz nenhuma distinção, atingindo a todos os homens em algum momento; é o único fato invariável na vida de cada pessoa.

É comum, hoje, o paciente sentir-se muito só em seu leito de hospital. A vida que levamos não nos deixa muitas possibilidades

de tempo para acompanhar o doente: a proximidade física parece difícil. É possível observar que parentes próximos se mantêm a um metro de distância da cama do enfermo. Assim, um dos sofrimentos a enfrentar é justamente esse sentimento de solidão, em que cada um está confinado a si mesmo. Deveríamos nos preparar para essa passagem; melhor seria ser aliado da morte quando este momento chegar.

Em nosso processo de envelhecimento, vamos nos dando conta de nossa finitude: nossa memória já não é a mesma, nossa pele e nossos cabelos não têm o mesmo viço, nosso caminhar torna-se menos firme e nossos reflexos ficam mais lentos... Pensamos em muitas coisas ao sentirmos que o tempo está passando. Nossa sociedade não se encontra preparada para falar abertamente e sem tabus sobre a morte e o morrer. Não é um tema que facilmente acontece em nossos encontros sociais, pelo contrário, não é considerado de “bom tom”.

Bruce Goldberg, em seu livro *Uma Tranqüila Transição* (1999), retoma, de pelo menos seis mil anos atrás, o conceito de morte consciente. Esse conceito remonta à civilização dos antigos egípcios e era praticado nas escolas iniciáticas, em que os ensinamentos eram transmitidos oralmente. Tais escolas estabeleceram conceitos que vieram a influenciar diferentes teologias: o mito do pecado original com a queda e ascensão da alma; a reencarnação; o conceito de um homem divino, que tem em si a união das duas naturezas (a divina e a terrestre)... É resultante desses ensinamentos o *Livro Egípcio dos Mortos*, que chegou até nossos dias, com técnicas de “bem morrer”. Datado de 1300 a.c. é o primeiro guia conhecido do pós-morte. Para os egípcios, os mortos entrariam em uma outra dimensão; eram enterrados com itens que seriam úteis para essa nova vida.

Na Suméria em 3 400 a.C., quando um senhor morria, seus servos do lar eram mortos a fim de poder conservar seu papel na encarnação seguinte.

Para os druidas, há 2500 anos, a morte consciente era a possibilidade de iluminação da alma.

Na Grécia antiga, na era helenista – época em que aconteceram as conquistas de Alexandre, o Grande, da Macedônia, quando se anexaram muitos territórios – a teologia que predominava era a da antiga religião grega, com suas crenças e divindades. Era uma época em que os cultos sobreviviam por longos períodos: os superiores foram dominando os inferiores e bárbaros, que praticavam até o sacrifício humano. Técnicas de morte consciente eram usuais; havia verdadeiros tratados sobre os rituais e a arte de bem morrer.

Os tibetanos dão muita importância ao momento da morte e aos últimos pensamentos, pois acreditam que eles irão dominar a próxima encarnação. Os ensinamentos da doutrina tibetana descrevem a lacuna que a alma tem entre o período que vai da morte ao próximo nascimento. Tais ensinamentos podem ser encontrados no *Livro Tibetano dos Mortos*, (tradução do *Bardo Thodol*) do século VIII d. C. que ensina como usar essas experiências para alcançar uma encarnação mais iluminada.

Já no século XX, no ocidente, Rudolf Steiner, criador da antroposofia, continua a insistir em que o estado entre vidas é uma continuação da vida na Terra e que a consciência desse período é vital para a evolução de nossas almas. Compara com o sono durante a noite, que revigora todas as nossas células.

Não seria o desapego de todos e de tudo no momento final uma forma de aceitação da nossa finitude?

Ninguém dá as “boas vindas” para a morte. Somos muito apegados à vida; a morte traz com ela a solidão, pois é sempre só que faremos a nossa passagem, ninguém pode morrer pelo outro. Podemos considerá-la como uma “dama imprevisível” mas que um dia irá nos tirar a vida, não respeitando pendências de qualquer ordem. Ninguém escapa dela, não existe exceção.

O medo do desconhecido carrega consigo um medo ancestral. Como ninguém volta para contar o que existe após a morte; ficamos só com as suposições: uns, com as possibilidades de como nossa essência transporá este portal ganhando a vida eterna; outros, com a crença de no final existir o fenômeno da dissolução total. Aceitar a transitoriedade da condição humana – que se aplica a cada um de nós – ajuda a aliviar o sofrimento e o medo que a idéia da morte costuma trazer. Não se pode mudar o fato de que vamos acabar um dia; mas podemos, sim, mudar o modo de nos relacionarmos com esse fato.

Tudo o que nasce morre. Isso pode fazer com que cada instante, cada momento de nossas vidas seja muito importante.

Quando as pessoas se preocupam demais com a morte, o pensamento encontra-se no passado ou no futuro; a sabedoria, que pode nos liberar desse pensamento, está sempre no aqui e agora, em cada instante. Tal preocupação, quando muito freqüente, pode causar nos homens uma tanatofobia, ou seja, temor doentio da morte. Temos como certo que a morte é certa.

A narrativa mitológica é bastante rica em imagens arquetípicas que oferecem metáforas criativas para pensar a experiência e as relações humanas. Retomo, então, da mitologia grega, os mitos de Chronos e Kairós, cada qual representando uma dimensão de temporalidade.

Chronos, foi convencido por Gaia, sua mãe, a enfrentar Urano, seu pai. Urano ocultava sistematicamente seus filhos no corpo de Gaia, por receio de perder seu poder. Ao lutarem, Urano acaba castrado por Chronos, que assume o poder. Mas Urano lança uma profecia segundo a qual Chronos também seria destronado por um de seus filhos. Ele se casa com Réia tendo vários filhos os quais passa a devorar sistematicamente para não perder o trono. Mais tarde, um deles, Zeus – escondido por Réia numa gruta – enfrenta Chronos e o faz liberar os filhos que havia engolido.

Na mitologia grega, Kairós é um pequeno menino, que tem um enorme topete vermelho de fogo. Esse topete representa a oportunidade: quando Kairós passa e você consegue agarrar seu topete, agarrou a oportunidade. Acontece que ele passa sempre correndo, por isso, é preciso ficar muito atento. Kairós refere-se a um tempo com qualidade e eficácia; não se expressa por uma imagem uniforme, estática, mas por uma idéia de movimento. Refere-se a uma experiência temporal na qual percebemos o momento oportuno em relação a determinado contexto, objeto ou processo.

O tempo cronológico, aquele que nos remete ao mito de Chronos, foi criado pelo homem – ele nos devora: é o tempo do relógio que deverá ser trocado pelo instante, o momento, o “aqui e agora”, o tempo Kairós. A combinação intelecto/morte é muito poderosa e dominada pelo tempo cronológico. Por serem racionais, os homens preocupam-se com a morte, podendo mentalmente antecipar o seu desaparecimento o que motiva um sofrimento desnecessário. Essa capacidade tem sido causa de muita ansiedade. Seria fundamental que se trocasse o tempo Chronos pelo tempo Kairós, Senhor Divino, aquele que nos desperta para o outro lado da vida: o instante, o momento certo, o tempo de Ser na força do instante, no momento criativo. Kairós é o tempo da despedida de algo velho para o encontro com algo novo. O estreitamento do universo do ser passante, aquele que está morrendo, só se torna possível se vivenciarmos o tempo Kairós, que permite a ampliação da consciência, o instante singular, o presente, que guarda a melhor oportunidade para agir.

Se tivermos como certo que a morte é inevitável, deveremos cuidar de nossas relações com as pessoas que amamos, pois podemos perdê-las ou elas nos perderem sem aviso prévio. Há um ditado popular antigo que diz: “Viva cada instante como se fosse o último a ser vivido, mas com tal intensidade como se jamais fôssemos morrer”.

Moreno fala da importância do momento, do “aqui e agora”, o “hic et nunc” dos existencialistas. Para comentar o tempo vivido, o

da experiência subjetiva, baseou-se na distinção estabelecida por Bérghson entre o tempo convencional -determinado pelo relógio e pelas concepções espacializadas – do tempo que utilizamos – o fluxo temporal, a duração. Acrescentou, ao pensamento filosófico, a categoria de momento, que é vivido como se a duração fosse alterada subitamente e permitisse o destaque do instante que transforma as pessoas envolvidas. É o caso do momento do encontro, do momento em que criamos algo novo: são situações em que o ser humano se realiza. Para ele, a criatividade é o momento da espontaneidade, quando se dá o ato criativo, que é a manifestação do divino em cada um de nós.

Sigmund Freud, fundador da psicanálise, traz da mitologia, o antagonismo constante que se mantém dentro de cada um de nós, no jogo constante entre Eros – o deus grego do amor – e Tanatos – o deus da morte. As forças da vida, representadas por Eros, estimulam o crescimento, a integração, a autoproteção e a sobrevivência. As forças da morte, representadas por Tanatos, alimentariam os instintos destrutivos, as atitudes de auto-sabotagem, o medo da dissolução da vida, por exemplo. Tais forças nos remetem ao medo da morte, pois nos trazem a certeza de nossa finitude. Da conciliação dessas forças contraditórias, surge o equilíbrio e o vigor emocional necessários para viver.

Em seu livro *Além do princípio do prazer* (1976), Freud fala do impulso de vida e do impulso de morte habitando lado a lado dentro de nós. A morte é a companheira do amor: juntos, eles regem o mundo. No começo, Freud supôs que o amor tinha toda a importância. Agora, sabemos, pelo desenvolvimento de suas idéias a respeito da morte, que ela é igualmente importante. Biologicamente, todo ser vivo, não importa quão intensamente a vida queime dentro dele, anseia pelo Nirvana, pela cessação da “febre chamada viver”. O objetivo derradeiro da vida é a sua própria extinção. A vida tem de completar o seu ciclo de existência. Em todo ser normal, o impulso de vida é mais forte o bastante para contrabalançar o impulso da morte, embora no final esta resulte mais forte. Podemos entreter a fantasia de que a morte nos vem por nossa própria vontade: seria possível vencer a morte, não fosse por um aliado dela dentro de nós.

Carl Gustav Jung, diferentemente de Freud, situa a dualidade vida e morte na unidade, elas interagem de forma antagônica, mas também sincrônica, dentro do processo de desenvolvimento psicológico. A interação destruição-construção na transformação do ser tem início com a fecundação – quando cada célula tem a sua unidade destruída; dessa destruição, surge a nova vida (Byington, C. 1996). Em sua obra, Jung ressalta sempre a importância da

polaridade vida e morte operando dentro da unidade do Self; é a dualidade operando dialeticamente dentro da unidade.

Em certas ordens religiosas católicas, especialmente entre os trapistas, nos mosteiros os monges ao se encontrarem nos corredores, costumavam se saudar dizendo uns para os outros: “Memento Mori”, uma expressão em latim que quer dizer “lembre-se de que vai morrer”. Tal saudação funciona como um exercício espiritual de aceitação diária da morte, vêem-na como uma conseqüência da própria vida. A saudação “Carpe Diem”, também latina, que quer dizer “aproveite o dia”, é um contra ponto à saudação anterior. Podemos até dizer que são modos opostos de se encarar a vida: a primeira, de uma maneira mais alerta e negativa; a segunda, de uma maneira mais positiva e presente, ligada ao instante. Assim também nos parece que Freud via a morte de modo mais negativo e determinado, como o fim de toda a existência; enquanto que, Jung, buscava uma visão transcendente e espiritual de nosso existir na terra, chegando até a cogitar, principalmente ao final de sua vida, na sobrevivência da alma.

Cada vez mais, vemos, na literatura psico-oncológica, uma preocupação quanto a qualidade de vida de pacientes fora da perspectiva terapêutica, que compreende cuidados não só com o bem estar físico e psicológico, como também com questões relativas à consciência e ao espírito. (Hennezel, 1995) Pela impossibilidade de lidar objetivamente com aspectos espirituais das pessoas, a psicologia evita posicionar-se.

Em lugar de considerar a morte como uma grande inimiga a ser derrotada – e ela sempre nos derrota – acarretando a sensação de fracasso, devemos considerá-la um acontecimento natural, que a todos arrebatará em algum momento e com o qual podemos aprender a lidar, ou seja, não a considerando só como um processo triste e doloroso, mas, sim, como um desafio a ser enfrentado; procurando ouvir de fato as escolhas e desejos de quem está morrendo, mesmo quando estas não estejam em sintonia com nossas convicções. (Hennezel, 2003)

Diz Viktor E. Frankl (2001), professor de Neurologia e Psiquiatria na Universidade de Viena: “Vi morrer ateus convictos que durante sua vida ficavam horrorizados com a idéia de acreditar em algum ser superior ou coisa parecida, em algum sentido da vida dimensionalmente mais elevado; mas em seu leito de morte mostraram algo que durante décadas de sua vida jamais tiveram condições de mostrar: uma sensação de se saberem guardados...” Em seu livro, fala sobre as descobertas da análise existencial, dentro da espiritualidade inconsciente, sobre um relacionamento inconsciente com Deus, significando que sempre houve em nós

uma tendência inconsciente em direção a um ser superior. Seria uma relação imanente no homem, incluída no conceito de “inconsciente transcendente”; algo como uma religiosidade inconsciente, justamente com este Deus que denominamos de Deus inconsciente.

Os procedimentos nos atendimentos ao paciente sempre levam em conta o seu grau de religiosidade; suas crenças, seus mitos, sua espiritualidade e sua devoção. Para o psicólogo, não há diferença nenhuma entre o paciente ter fê ou ser agnóstico. Jean-Yves Leloup (2002) fala com muita propriedade sobre a fê, mostrando que podemos ser cristãos, budistas, ateus ou crentes, isso não importa; em primeiro lugar, somos seres humanos que devem enfrentar a dor e um certo número de medos, principalmente este medo do desconhecido que, para alguns, a morte representa. O psico-oncologista deve, então, procurar esse relacionamento com este Deus inconsciente, que cada paciente tem, mesmo sem se dar conta.

Assim, a postura adotada é a de respeito pelos valores e crenças daquele paciente que será atendido. Por isso, se fazem necessárias informações a respeito das suas crenças, seus valores. Essas referências fornecidas serão usadas para uma maior aproximação com sua linguagem.

O requisito fundamental em tais atendimentos é o amor, que deve ser um “Amor Incondicional” àquele “Ser” que ali encontramos. Muitas vezes teremos possibilidade de um único encontro com o paciente porque o seu fim está muito próximo.

III – Considerações sobre a Dor

A dor é uma das mais freqüentes razões de incapacidade e sofrimento para pacientes com câncer. E em algum momento da evolução, muitas vezes, experimentarão um ou mais de um tipo de dor. Cecily Saunders (2001) introduziu o conceito de “Dor Total” para uma melhor compreensão da dor crônica de origem neoplásica: a dor física causada pelos tratamentos oncológicos está, também, associada aos aspectos emocionais, sendo uma associação da “dor emocional”, da “dor social” e da “dor espiritual”. Quando a dor é crônica, trata-se de uma experiência extremamente desgastante, comprometendo a qualidade de vida, o cotidiano da pessoa, podendo levar o paciente a uma esquivia ou a um isolamento social.

O sonho da permanência, da imortalidade, ganhou um reforço com as descobertas e conquistas da medicina. Faz-nos pensar que a morte é uma adversária que poderia ser vencida pelos

avanços científicos e tecnológicos dos últimos anos, que, indiscutivelmente, aumentaram a eficiência dos diagnósticos, dos medicamentos, das técnicas cirúrgicas... Parece existir a possibilidade de cura para todas as doenças.

O medo de uma morte indigna, após um longo período de sofrimento, causa grande receio a cada um de nós, quando pensamos em nossa própria morte.(Carvalho, 1999) Na sociedade atual, o homem não tem espaço para seu processo de morrer: a medicina e suas descobertas tecnológicas atuam sempre para vencer a morte. Se um paciente é internado em estado terminal num hospital, há grande probabilidade que vá parar numa UTI e viver seus últimos dias ligado às máquinas e longe de seus familiares. Lógico que há casos em que esses avanços tecnológicos salvam vidas, mas não seria o mais indicado aos pacientes fora da perspectiva de cura.

Philippe Ariès (2003), formado em história pela Sorbone, diz que existiu, a partir dos anos 50, um fenômeno social importante: o deslocamento do lugar da morte. Já não se morre em casa, na companhia dos seus, mas no hospital, sozinho. Morrer no hospital não é mais uma ocasião de uma cerimônia ritualística centrada no moribundo; cercado de seus parentes e amigos, o que acontecia até então.

Quando o doente está hospitalizado, a morte é um fenômeno muito mais técnico. Ele, muitas vezes, fica privado de vivenciar a própria morte, por já ter perdido a consciência, ficando sob a tutela das decisões tomadas pelo médico e sua equipe. Como cada vez menos se morre em casa e cada vez mais no hospital, este é o lugar moderno da morte. Um novo poder intervém; é o poder do médico, que atrasa o máximo possível o momento de avisar a família. É muito difícil, para o médico, falar com o próprio doente sobre a sua morte. Existe o receio de ser envolvido numa cadeia de emoções e reações sentimentais e perder seu autocontrole. Não é comum ensinar aos estudantes de medicina o como devem agir em caso de perda de um paciente; sua formação está voltada para os tratamentos e intervenções que podem curar, a morte representa um insucesso do tratamento e do profissional envolvido.

Os doentes morrem nos hospitais, longe dos olhos e, não raro, do coração de seus familiares e amigos. O mundo ocidental transformou a morte numa situação a ser ocultada das crianças e banida das conversas cotidianas. Toda a conversa que lembre doença, velhice ou morte é evitada das mais variadas maneiras, o modo natural que todo ser humano sente diante da própria finitude, facilmente se transforma em pânico. Cada vez menos a

sociedade abre espaço para os rituais de luto que estão se tornando cada vez mais pragmáticos e rápidos.

Hoje, a morte de um familiar nos deixa embaraçados, assim o que importa menos é se o doente sabe ou não que sua hora está chegando. Caso ele saiba, que tenha a coragem e a elegância de ser discreto; comportando-se de uma maneira que permita à equipe do hospital e à sua família não se lembrarem de que ele sabe, e não precisarem conversar nada sobre a morte com ele.

Em outras épocas da história da humanidade, parece que era mais comum o sentimento antigo e intenso de familiaridade com a morte, sem desespero ou medo. Existia uma confiança mística. Com frequência ocorria uma convicção íntima da proximidade da morte; era comum, em certas classes sociais o hábito de fazer um testamento. As pessoas tomavam suas providências, tudo com muita simplicidade; colocavam em ordem seus negócios e assuntos profissionais, escolhiam o seu sucessor, expressavam suas últimas vontades, despediam-se de seus entes queridos; muitas vezes conversando com cada um em particular.

No século passado, em cidades do interior do Brasil, as pessoas morriam em casa, junto aos seus familiares e com a presença de seus parentes e até das crianças. Estas não eram impedidas de participar de nada. Muito ao contrário, elas participavam até do velório e enterro, com uma atuação de leveza em tal evento. Como o cortejo fúnebre seguia a pé para o cemitério da cidade, as crianças iam à frente em fila, levando flores que depois eram jogadas na sepultura do falecido.

Ainda em nossos dias, não temos medidas objetivas para mensurar a dor, ou para saber qual dor é mais forte que outra. Na visão da psicologia, sabemos que fatores emocionais contribuem para aumentar ou diminuir a dor. O medo, além de produzir uma contração física, pode causar abalos em nosso psiquismo, o que pode provocar o aumento da sensação dolorosa, intolerável e intensa podendo causar uma desordem em nosso mundo psíquico. Ela ocupa um enorme espaço em nosso organismo como um todo. A dor é um alarme dado por nosso corpo para nos avisar de que algo não vai bem, não está funcionando como deveria. Este alarme é vivido não só numa dimensão física e mas também psíquica.

Do ponto de vista psicológico, é preciso, quando atuamos como psico-oncologista, saber qual o significado e o sentido daquela dor para aquele paciente; se há uma diferença entre a dor física e a dor psicogênica, qual o espaço que ela ocupa em sua vida. Partindo do pressuposto de que quem melhor sabe de seu desconforto é o próprio paciente, quando nos diz que sente dor, temos de considerar que realmente ela existe “de fato” para ele; talvez não da

maneira que supomos que deva doer. Nosso desconhecimento e incompreensão não devem contribuir para o aumento da sua intensidade. A dor é, portanto uma experiência subjetiva e pessoal.

Ao recordarmos de nossa infância, lembraremos como muitas de nossas dores eram aliviadas com um carinho ou um beijo de uma pessoa que amávamos. Assim também, o adulto, quando recebe atenção, apoio e carinho, pode suportar melhor e com mais coragem a intensidade de sua dor.

Um dos significados psicológicos mais comuns, que identificamos na dor, é o de expiação de uma culpa, por exemplo, justificada por comportamentos ou atitudes adotadas ao longo de nossas vidas.

Numa visão psicanalítica, são definidos os princípios de dor e de prazer. Procuramos sempre o prazer para a diminuição da dor. Há uma maneira de o psiquismo funcionar nessa busca, em que, muitas vezes, pode haver uma distorção. Por exemplo, os mecanismos sádicos e os masoquistas. Podemos usar a nossa dor para nosso próprio sofrimento ou para causar dor e sofrimento no outro. Essas são maneiras agressivas de o psiquismo lidar com a dor. Outras vezes, a pessoa busca aplacar suas culpas por meio de suas dores, pois, é mais fácil fazer um papel de vítima e de sofredor do que assumir erros e culpas. Podemos ainda, quando sentimos dores insuportáveis, como a dor da perda de uma pessoa amada, provocar outras dores, psíquicas ou físicas, aparentemente menores, que servirão para aplacar a dor maior, a da perda, que nos seria intolerável.

É importante ressaltar que esses mecanismos nem sempre ocorrem de maneira consciente. Cabe aos profissionais de saúde identificá-los pela sua importância. Torna-se fundamental privilegiar uma escuta ativa, ouvir com atenção o relato da pessoa e descobrir o espaço que a dor está ocupando em sua vida.

Observando o funcionamento do psiquismo, vemos ainda que a dor e a doença, algumas vezes, permitem que o indivíduo adie sua morte. Diante do diagnóstico de uma doença grave, um paciente pode buscar um novo equilíbrio com suas forças vitais, afastando-se de situações de stress que colocam em risco a sua vida, revendo-a, resignificando seus valores, estabelecendo mudanças em sua rotina para buscar a sua cura e uma nova harmonia em sua personalidade. Portanto, neste caso, mesmo que pareça paradoxal, a dor e a doença permitem que se estabeleça um novo pacto com a vida.

IV – Pacientes em Fase Terminal

Os sintomas mais comuns de pacientes em fase terminal são a fraqueza e o cansaço. Percebemos que seu mundo se estreita a algumas poucas pessoas significativas. Outros sinais que demonstram que a morte se aproxima são o desinteresse em participar de muitos assuntos, a perda de peso, a diminuição da atenção ao meio ambiente, as extremidades muito frias, dificuldades de deglutição, desidratação, respiração mais estertorosa, diminuição das eliminações e, às vezes, movimentos involuntários.

Historicamente, o marco de transformação da assistência a doentes sem resposta curativa, deu-se na Inglaterra quando Cecily Saunders, pioneira no atendimento de pacientes em cuidados paliativos, fundou o St. Christopher Hospice, em 1967, que foi o primeiro Hospice de que se tem notícia. Cecily considerou que a dor, além da dimensão física, apresenta a dimensão: emocional, a social e a espiritual. A ênfase na importância dos três sintomas amplia as responsabilidades dessa assistência que, deve atuar para além do controle de sintomas físicos, priorizando o alívio do sofrimento humano e considerando o impacto de suas ações, segundo as considerações de qualidade de vida dos próprios pacientes. Ao longo de seu trabalho, acrescentou ainda a dimensão familiar, a financeira, a mental e a interpessoal nesse processo.

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assim definiu os cuidados paliativos; “Os cuidados ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor e de outros sintomas entre outros problemas sociais e espirituais são da maior importância. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias”. Essa forma de atendimento possibilita aos pacientes terminais o direito de escolher como gastar o tempo que lhes resta de maneira mais agradável e tranqüila.

Quando Elizabeth Kübbler-Ross publicou seu livro *A morte, um amanhecer* (1997), abriu espaço para que esses assuntos fossem tratados, acrescentando então etapas espirituais àquelas já por ela colocadas em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* (2000), que teve sua primeira publicação em 1969: *Negação, Raiva, Barganha, Depressão e Aceitação*.

Na fase da negação muitos pacientes negam para si próprios e aos outros, o fato óbvio de que estão morrendo. A negação funciona como um “para-choque” após as notícias inesperadas e chocantes

sobre seu diagnóstico. Negar o fato permite ao paciente recuperar-se com o tempo e procurar outras medidas menos radicais para lidar com a doença.

Na etapa de raiva os doentes sentem uma revolta contra a vulnerabilidade física. É freqüente o questionamento: – Não, não é verdade, como isso pode acontecer comigo? O médico e os familiares devem ajudá-lo, com seu respeito e atenção, a sobrepujar tais reações.

O estágio da barganha é uma tentativa de adiamento. O doente estabelece uma meta: o casamento de um filho, o nascimento de um neto, a formatura de uma filha... A maioria das barganhas é feita com Deus com o pedido de troca por um pouco mais de tempo de vida.

Na fase de depressão o paciente não pode mais negar a doença, torna-se mais debilitado, não está mais respondendo aos tratamentos; há um grande sentimento de perda e, junto com ela, a noção de morte iminente. É importante nessa fase, que os familiares aceitem esta depressão como uma elaboração das perdas e que não peçam para o paciente reagir a ela, mas o ajudem nessa elaboração.

Após passar pelas etapas anteriores, o paciente aceita a terminalidade. É a fase da aceitação, o cansaço e a fraqueza trazem a necessidade de dormir mais, de se desligar do ambiente, de diminuir as comunicações verbais e quando livre das dores, já feita a despedida de seus entes queridos, sente que pode se aquietar e morrer em paz.

Cada vez mais, se tem valorizado o atendimento nas questões psico-espirituais, tendo em vista todas as preocupações com um paciente em fase terminal. Tais questões procuram, respeitando a crença de cada um, facilitar a vinculação da alma com Deus. A autora possibilitou o rompimento do conhecimento tão somente racional para que se possa ter uma visão do homem transcendente, um “Ser Total”, de forma integrada.

Quando conseguimos não ter mais medos, apegos nem identificações com o nosso ego, a morte poderá se dar de maneira infinitamente mais fácil.

Moreno criou o termo Ego-Auxiliar para definir um instrumento importante no psicodrama. Ele inspirou-se na idéia da mãe que é o primeiro ego auxiliar da criança, auxiliando-a a entrar no mundo desde o momento do nascimento, depois na amamentação e no crescimento. Assim ego auxiliar como instrumento terapêutico ajuda o indivíduo a fazer aquilo que não está conseguindo sozinho, assim como torna sua tarefa menos árdua e mais consciente.

Maria da Glória G. Gimenes (2001, 2003 p. 157) descreve três etapas psico-espirituais a serem utilizadas como um esquema norteador àqueles que se propõem a assumir o papel de auxiliar de Passagem:

1ª Etapa.

Contexto: Agonia: quando a pessoa entra em contato com dores físicas, emocionais, sociais e espirituais.

Objetivos: Minimizar o medo, desbloquear energia, trabalhar o apego, facilitar a resolução de pendências, trabalhar o luto antecipatório, facilitar que o cliente entre em contato com sentimentos e possa expressá-los.

Resultados espirituais esperados: o doente começa a reconhecer e a entrar em contato com auxílio psico-espiritual.

2ª Etapa

Contexto: Auto-Julgamento – quando a pessoa revê suas ações, atitudes e sentimentos frente a fatos relevantes da vida.

Objetivos: Minimizar a culpa, a vergonha, a ansiedade e o medo; entrar mais em contato com o sentimento de confiança, resignificar o conceito de justiça divina; entrar em contato com o sentimento de amparo e proteção; iniciar o reconhecimento da presença amorosa em todos os momentos de sua vida.

Resultados espirituais esperados: aumentar a confiança em um Ser Superior, experimentar consolo ou conforto espiritual, sentimentos de integração com o universo, início de sentimentos devocionais/adoração/louvor.

3ª Etapa

Contexto: a Entrega – a pessoa admite que é hora de passar a outro estado de consciência.

Objetivos: Maximizar a confiança no amparo universal, facilitar a entrega, entrar em contato com o sentimento de amor Divino, Universal.

Resultados espirituais esperados: sentir-se perdoado, aceito, amparado e protegido por um Ser Superior; dar graças pela vida e entregar-se conscientemente a passagem para outro estado de consciência “.

Considerando o papel de auxiliar de passagem que Gimenes nos traz, coloco como sugestão aliarmos o conceito de ego auxiliar de Moreno com o de Gimenes e chamarmos de Ego auxiliar de passagem a pessoa que se propõe a ajudar o doente em fase terminal.

V – Metodologia

1. MÉTODO:

Sujeitos: Três pacientes: duas do sexo feminino, atendidas no hospital, e um paciente do sexo masculino, atendido na UTI:

Caso nº 1 – paciente, com câncer metastático de pâncreas, 64 anos.

Caso nº 2 – paciente, com câncer metastático de útero, 63 anos.

Caso nº 3 – paciente em estado de coma causado por um extenso derrame cerebral, 83 anos.

As pacientes estavam esperando pelo atendimento e já haviam sido informadas sobre o que seria feito. As famílias já sabiam que as pacientes estavam fora de possibilidades terapêuticas, e queriam que elas recebessem atendimentos que pudessem confortá-las.

Quanto ao paciente masculino, por se encontrar em coma, sua família foi avisada sobre as técnicas a serem utilizadas, sendo que a intervenção foi autorizada por sua esposa. O consentimento do médico responsável pelo paciente também foi obtido.

A modalidade terapêutica utilizou técnicas corporais de relaxamento, por meio de toques sutis de algumas partes do seu corpo, com a finalidade de aliviar o desconforto físico e emocional causados pelos tratamentos e pela doença. Buscou uma revitalização aplicando o Reiki. A visualização também foi utilizada como técnica, para possibilitar ao doente contato com a sua realidade íntima. Todas as técnicas visam a melhor qualidade de vida possível nesta situação.

2) TÉCNICAS:

A seguir, descrevo as técnicas utilizadas nos atendimentos:

a. Técnicas de Visualização

É uma técnica baseada nas pesquisas e estudos de Gerard Epstein (2000), médico psiquiatra norte-americano, que tem demonstrado sua eficácia prática em pacientes com diferentes tipos de enfermidades. O trabalho com imagens foi uma estratégia usada para levar os pacientes a fazer contato com sua realidade subjetiva interna.

No psicodrama o nome dado à técnica de visualização é psicodrama interno; trata-se de uma visualização dirigida. Propõe-se ao paciente que deite, sinta o seu corpo, acompanhe o fluxo da sua respiração e entre em contato com as imagens que surgem.

Pede-se, em seguida, que descreva essas imagens, que vão sendo vivenciadas e dirigidas como num psicodrama em cena aberta.

b. Técnicas de Relaxamento

Utilizamos um método de relaxamento baseado no treinamento autógeno de J.H. Schultz (in Sapir, 1974) e que basicamente consiste em:

- Percepção, atenção e acompanhamento da respiração.
- Soltura e alívio das tensões musculares.
- Percepção do corpo como um todo e em suas partes por meio das diversas sensações.

Este relaxamento permite um maior contato com o corpo e o relaxamento da mente. A atenção focalizada na respiração leva a maior oxigenação, ajudando a reduzir as tensões corporais.

a. Toques Sutis e Calatonia

Pethö Sandor (Delmanto, 1997), médico húngaro, elaborou um método cuja técnica consiste em toques muito delicados em diferentes partes do corpo buscando a soltura das tensões musculares, que muitas vezes adotam uma postura muita rígida e incorporada ao físico da pessoa. Esses toques sutis respeitam as manifestações físicas e emocionais que possam ocorrer; buscam restabelecer o fluxo energético para possibilitar vivências mais profundas e plenas.

b. Reiki

O Reiki é uma técnica milenar de cura, pela imposição das mãos, redescoberta em meados do século XIX por Mikao Usui, um professor de Kyoto.

Essa técnica enérgica traz harmonia e equilíbrio aos núcleos vitais e sutis do corpo, chamados, no hinduísmo e no budismo, de “chacras”. Chakra é uma palavra em sânscrito que significa “roda”, indicando o movimento circular de energia nesses centros que, são centros de força energética.

Os chacras principais, situados no corpo, são em número de sete: coronário, o da testa (entre as sobrancelhas/3º olho), o laringeo, o cardíaco, o plexo solar, o umbilical e o basal. Cada um dos chacras é um centro de acumulação de energia vital e espiritual que se distribui pelo corpo; há uma glândula correspondente a cada um dos chacras:

- a glândula pineal corresponde ao coronário; a pituitária ao 3º olho; a tireóide ao laringeo; o timo ao cardíaco; o pâncreas ao plexo solar; as adrenais ao umbilical; e as gônadas ao basal.

Essa técnica visa proporcionar ao paciente maior conforto, bem estar e equilíbrio físico e psico-espiritual.

3) PROCEDIMENTO:

A solicitação de atendimento do caso nº 1 foi feita pela filha da paciente, que consentiu em recebê-lo. No caso nº 2 a solicitação foi feita pela psicóloga que acompanhava a paciente, que, da mesma forma, consentiu. Nestes dois casos as pacientes estavam internadas no hospital.

No caso nº 3, o atendimento foi feito a pedido da esposa. O paciente encontrava-se internado, no hospital, numa unidade de terapia intensiva.

As sessões duraram uma hora nos casos nº 1 e nº 2 e uma hora e meia no caso nº 3.

Nos três atendimentos, apenas uma sessão foi realizada com cada paciente.

No caso nº 1, só uma psicóloga realizou o atendimento, nos casos nº 2 e nº 3 duas psicólogas fizeram o atendimento em conjunto.

Inicialmente as pacientes dos casos nº 1 em nº 2 foram esclarecidas que a intervenção terapêutica consistia na utilização de técnicas corporais de estimulação por meio de toques sutis em diferentes partes do corpo. Seria feita uma energização através do Reiki e se utilizariam técnicas de visualização e relaxamento. No caso nº 3 a família foi informada sobre as técnicas que poderiam ser utilizadas, pois o paciente estava inconsciente.

As psicólogas se preparam para o atendimento, primeiramente a sós, para buscar a ajuda de forças ligadas à crença de cada uma delas.

Nos três casos o atendimento começa com um pedido espiritual de amparo e proteção baseado na crença de cada um dos pacientes. A seguir, é feita a abertura do campo energético do paciente. Essa técnica é baseada em ensinamentos do Reiki. Começamos a trabalhar cada um dos chacras visando harmonizá-los energeticamente.

Após essas etapas que foram comuns nos três casos, priorizamos o que emerge em cada um deles.

Finalizamos todos os atendimentos fechando o campo energético do paciente seguindo etapas do Reiki.

VI – Apresentação e Comentários dos Casos

Os casos relatados foram extraídos da minha prática clínica no acompanhamento de pacientes em fase terminal.

Caso nº 1 – é de uma paciente, diagnosticada há cinco meses atrás, desde então em tratamento quimioterápico. Encontrava-se, há duas semanas, internada em um quarto de hospital, em fase terminal de um câncer de pâncreas.

O trabalho foi feito com a presença de uma psicóloga e de sua filha.

A paciente encontrava-se bastante agitada, mexendo no tubo de oxigênio; estava tomando morfina, oscilando entre lucidez e algumas visões e alucinações.

Colocou-se uma música calma (Angels Kisses – Ralf Bach) e preparou-se o quarto aspergindo essência de lavanda. Segundo a aromaterapia, essa essência é relaxante, tranqüiliza o emocional, diminui a ansiedade, a angústia e a irritação.

Iniciou-se o trabalho com a solicitação de ajuda espiritual, que era significativa para cada uma das três pessoas. Seguindo ensinamentos do Reiki, abrimos seu campo energético para receber a energização. É uma manobra em que colocamos uma mão acima da cabeça do paciente, a uns dez centímetros de distância, e vamos descendo a mão pelas laterais chegando aos pés e subindo pelo outro lado de volta até a cabeça. A outra mão fica próxima do corpo do terapeuta.

A seguir, foi solicitado que a paciente procurasse prestar atenção a sua respiração; o ar entrando na inspiração e saindo na expiração; que sentisse o peso de seu corpo na cama, procurando relaxar a cabeça, seus braços, seu tronco e suas pernas, enfim todo o seu corpo. Em seguida, que tentasse tranqüilizar seus pensamentos; sua mão esquerda foi segura pela psicóloga. Criou-se um ambiente de tranqüilidade, de paz e de luz.

A paciente sentiu a presença de seu anjo da guarda, foi pedido que ela visualizasse esse anjo, com muita luz dourada em torno dele e que essa luz pudesse envolvê-la também. A paciente falou que sentia esta luz e junto com ela a sensação de muita paz.

Como a paciente se sentia muito angustiada, com culpa e visões que lhe causavam muito medo, sabendo anteriormente de suas crenças e fê, (ela é evangélica), solicitamos para que pedisse perdão por suas falhas, e que se sentisse acolhida e perdoada pela misericórdia de Jesus. Sabíamos também de sua devoção por Jesus.

Pedimos em seguida que ela se recordasse os bons momentos de sua vida, e se ligasse a eles, aqueles que lhe trouxeram muita alegria e prazer, como por exemplo, a emoção que sentiu com o nascimento de seus dois filhos. A paciente foi relaxando; em alguns momentos parecia estar dormindo. Pedimos que se lembrasse, com toda a intensidade afetiva, de momentos positivos, tranquilos e alegres; que se apropriasse dessas recordações, pois eram momentos felizes de sua história de vida. Solicitamos que visualizasse Jesus, seu acolhimento amoroso e sua infinita misericórdia, que se dirigisse a ele pedindo coragem para seguir o seu caminho com muita paz e tranquilidade; que imaginasse, qual de seus entes queridos, que já tinham ido, estaria esperando para recebê-la nesse outro tempo e espaço; seria sua mãe, quem sabe?

Seus chacras foram trabalhados, equilibrados energeticamente, seguindo passos do Reiki; deu-se particular atenção ao plexo solar procurando minimizar os sintomas decorrentes do câncer de pâncreas.

Também baseadas em ensinamentos da aromaterapia, foi aplicado o óleo de rosas brancas em seus pulsos e plantas dos pés. A rosa traz ao paciente equilíbrio da mente, pensamentos amorosos e vibrações de harmonia.

Houve um momento em que a paciente se assustou dizendo que havia relaxado tanto que pensou que fosse morrer, mas que ainda não queria ir. Assustada, perguntou quem era o jovem bonito, vestido de terno que estava no quarto.

Fechamos seu campo energético também seguindo ensinamentos do Reiki.

A paciente pediu para jantar, já alguns dias não conseguia se alimentar. Comeu com apetite sua sopa, por vezes alimentando-se sozinha, o que também não estava fazendo. Tomou o suco e pediu a gelatina dizendo que se sentia bem mais disposta e preparada para enfrentar o que fosse acontecer.

Ao ser perguntada sobre quem seria esse homem que tinha visto, disse ser um vizinho e amigo que já havia falecido há algum tempo.

O contexto dessa paciente era o medo da morte: sentia-se com culpas e receio de não ser perdoada, pois, segundo sua crença, Jesus poderia curar, se assim ela o merecesse.

A intervenção teve a intenção de facilitar o contato com Jesus Cristo; buscava-se proteção e acolhimento, assim como trazer a lembrança de momentos alegres e positivos, para que pudesse se ligar a essas boas recordações. O procedimento foi de prepará-la para sentir-se absolvida de suas falhas, protegida por Deus bem

como de minimizar seu medo da morte. Pelo Reiki, recebeu energia para suportar as dores e ter coragem de seguir seu caminho.

A paciente faleceu 12 dias após esta intervenção.

Caso nº 2 – A paciente está há quatro anos em tratamento quimioterápico, conseguindo viver com qualidade de vida: dirige seu carro, viaja, faz suas compras, vai muitas vezes sozinha ao tratamento... Mas abandonou sua profissão, de artista plástica, não foi mais a seu atelier e nem deu mais aulas. Estava com câncer de útero, metastático, em fase terminal da doença, internada num quarto de Hospital, medicada com morfina para dor, mas consciente.

O atendimento foi feito por duas psicólogas; uma colocou-se próxima à cabeceira da paciente e a outra aos pés da cama. Colocou-se uma música bem suave, só instrumental (Os anjos de Wiona – Aurio Corrá) e aplicou-se no quarto spray de lavanda, que na aromaterapia é uma essência relaxante e tranquilizante.

Iniciou-se o trabalho com a abertura de seu campo energético. A seguir começou um relaxamento com a paciente, feito com palavras ditas em tom de voz suave. Foi solicitado que permanecesse com seus olhos fechados, que prestasse muita atenção à sua respiração, o ar entrando na inspiração e saindo na expiração. E que se conscientizasse do peso de seu corpo na cama, e sentisse bem esse peso, percebendo também o peso da cabeça, tronco, braços e pernas.

Quando perguntada como estava se sentindo, disse estar muito bem e que seu corpo também estava bem leve. Falou que o seu mestre a estava esperando na porta do Hospital, do lado de fora, encostado no muro. Foi pedido que ela o visualizasse em seu quarto, junto a ela. Facilmente ela sentiu a sua presença ao seu lado, na cabeceira de sua cama, muito próximo dela. Suas feições cada vez mais se tranquilizavam.

Foram energizados o seu chacra coronário e as plantas de seus pés. Seu corpo foi relaxando cada vez mais; todos os seus chacras foram sendo energizados e harmonizados. A paciente foi entrando num estado de sonolência, mas acompanhava tudo ao seu redor. Foram canalizadas energias de paz, confiança e entrega.

Deu-se uma particular atenção à região de seu plexo solar. Seu abdome estava muito dilatado e aumentado, com energia bloqueada: foi então cuidadosamente trabalhada esta região procurando-se aliviar as dores e sintomas decorrentes de sua doença. Por meio do Reiki terminou-se de harmonizar os outros chacras.

Seu campo energético foi fechado e protegido. A paciente relatou sentir-se tranqüila, em paz e confiante para enfrentar seu tratamento. Falou que se sentia mais forte para o que tivesse que enfrentar.

O contexto desta paciente era sua tensão e dores físicas. A intervenção foi desbloquear regiões que estavam muito congestionadas, que impediam a passagem de energias. A atitude foi de trazer muita paz e energia para que pudesse seguir o caminho que lhe estivesse destinado.

A paciente faleceu 21 dias após esta intervenção.

Relato a seguir o **Caso nº 3**, do paciente internado na unidade de terapia intensiva, em estado de coma em conseqüência de um derrame cerebral. Esse trabalho foi realizado por duas psicólogas, na presença de sua família: a esposa, três de seus cinco filhos e um de seus melhores amigos, um médico.

Iniciou-se o trabalho com todos os presentes, acima mencionados, colocando-se em torno do leito do paciente, formando uma barreira de proteção ao trabalho, isolando-o dos demais pacientes da UTI. Solicitou-se que cada um pedisse ajuda, seguindo cada um a sua crença.

Uma das psicólogas posicionou-se perto de sua cabeça e a outra de seus pés. Foi aberto seu campo energético. As psicólogas começaram a trabalhar seu chacra coronário e as plantas dos pés. Seguiu-se o trabalho em sua testa (3ª visão) e no chacra laríngeo. Percebeu-se um bloqueio neste chacra, a sensação era de que o paciente ainda teria alguma coisa a dizer para sua esposa e familiares; era como se estivesse engasgado, com necessidade de se comunicar.

Perguntada, a esposa disse que ele havia recebido uma notícia pelo telefone, na véspera, que o deixara bastante preocupado; em seguida queixou-se de dor de cabeça e poucas horas depois teve o derrame. Foi então pedido que ela lhe acalmasse falando para que não se preocupasse, que tudo seria resolvido. Assim ela falou, pedindo também que ele seguisse seu caminho para a luz. Estas palavras foram ditas com muita emoção por ela.

Foi percebida a comunicação do paciente que queria dizer a sua esposa, que ela era a “flor mais bela do seu jardim”. A esposa fez suas despedidas, falando do amor que os uniu por 53 anos e que este nunca morreria; disse que ele levaria o seu amor e que ela ficaria com o dele; que esse era um momento de passagem para um outro plano e não de morte; que ela sentiria muitas saudades, mas que também tinha a certeza de que iriam se reencontrar em outro tempo e espaço. Em seguida, falou para que ele procurasse a luz e

seus entes queridos que já haviam partido, especialmente por seu pai, com quem tinha tido uma ligação tão especial, afirmando que os dois se reencontrariam em breve. Lembrou-o de que toda a sua família iria se unir a ele um dia, pois ele era uma pessoa muito querida, amada e especial para todos eles.

Foi identificada uma especial preocupação com sua filha mais velha, que não estava presente naquele momento. Mais uma vez, sua esposa tranqüilizou-o, dizendo que ela havia passado a noite toda com ele, naquela hora estava descansando, e estava muito bem.

Todos os que o acompanhavam estavam bastante emocionados, e nesse momento, enviaram muita energia de amor e carinho para que ele pudesse seguir seu caminho.

Seus chacras foram ungidos com óleo de essência de rosa branca. Foi dada especial atenção ao seu chacra coronário e o do plexo solar.

Sua esposa leu uma oração do livro (*Invocação à luz – Invocação diária pelos que estão deixando a Terra*) dedicada aos seres que estão de partida. Os filhos tiveram suas conversas com ele e fizeram as suas despedidas. Foi cantado um salmo religioso, cujo tema era de gratidão ao Senhor.

Em muitos momentos e, principalmente quando sua esposa falava com ele, no monitor percebia-se que seus batimentos cardíacos baixavam de frequência e assim permaneciam por alguns segundos, e que suas feições descontraíam-se.

Os presentes deram-se as mãos, pedindo proteção, muita paz e tranqüilidade para o paciente. Terminou-se o trabalho fechando seu campo energético. O paciente ficou com uma aparência muito tranqüila, estava preparado para seguir seu caminho.

O contexto deste paciente era sua terminalidade; a intervenção realizada enfocou as despedidas de seus familiares, suas últimas comunicações e o trabalho em seus chacras. A atitude foi prepará-lo para ter a energia necessária a fim de seguir o seu caminho para a luz.

O paciente faleceu 15 horas depois dessa intervenção.

Considerações Finais

A evolução tecnológica da medicina com meios de se prolongar a vida útil do homem, de mantê-lo jovem e de atrasar o seu envelhecimento, torna muito pouco atraente e até um despropósito falar da morte e de fatos a ela relacionados.

Percebendo que a existência chega ao fim, procurando encarar a morte com naturalidade, refletindo sobre ela, poderemos torná-la mais familiar e menos ameaçadora.

As perdas que cada um de nós vai vivendo durante a vida, deveriam nos ensinar a melhor conviver com nossa finitude, e aprender a aceitar a transitoriedade da nossa condição humana.

É sabido que as pessoas com fortes envolvimento religiosos, geralmente têm menos medo da morte. A fé ajuda a superar o medo e a ansiedade em relação à idéia de finitude. A religião pode trazer para o indivíduo certezas sobre porque se vive e porque se morre. Algumas religiões até falam sobre o que acontece após a morte. A transcendência da alma traz a visão de permanência da essência, que não morrerá; continuará existindo de alguma forma em algum outro lugar. Ao refletir sobre a finitude teremos a possibilidade de enfrentar a morte com mais recursos, sentindo maior preparo e conhecimento para passar por ela quando esse momento chegar.

Poder contar com um atendimento psico-espiritual para aqueles que estão morrendo, ter como possibilidade poder dizer as últimas palavras a quem amamos é um fator que alivia a ansiedade, a solidão e o medo; é um direito essencial de todo ser humano. Tão fundamental quanto ter uma boa vida é ter uma morte mais humana, num clima de maior suavidade, ternura e amor.

Não é preciso temer a morte, mas sim vivenciá-la com coragem.

Referências Bibliográficas

- ALVES, R. O médico. Campinas: Papirus, 2002.
- ARIËS, P. História da morte no ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BOWKER, J. Los significados de la muerte. Cambridge: University Press, 1996.
- BYINGTON, C. A. B. O arquétipo da vida e da morte: um estudo da psicologia simbólica. Junguianas: revista da sociedade brasileira de psicologia analítica. n° 14, p. 92-115, novembro 1996.

CARVALHO, M. M. M. J. (org.) Dor um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999.

CALLE, R. A. Enseñanzas para una muerte serena. Madrid: Temas de hoy, 1995.

DELMANTO, S. Toques sutis. São Paulo: Summus, 1997.

ELIADE, M. Tratado de história das religiões. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

EPSTEIN, G. Imagens que curam. Campinas: Livro Pleno, 2000.

FRANKL, V. E. A presença ignorada de Deus. São Paulo: Sinodal, 2001.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. Obras completas, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GAARDER, J.; NOTAKER, H.; HELLERN, V. O livro das Religiões. São Paulo: Cia. Das Letras, 2002.

GOLBERG, B. Uma tranqüila transição. São Paulo: Pensamento, 1999.

GIMENES, M. G. G. A Passagem – um desafio ao amor. São Paulo: Portallis, 2001.

_____. A passagem entre a vida e a morte: uma perspectiva psico-espiritual em cuidados paliativos domiciliares. O mundo da saúde, v. 27, n.1, p. 153 – 158, jan/março 2003.

GONÇALVES, C. S; WOLFF, J.R; ALMEIDA, W.C. Lições de Psicodrama, São Paulo: Agora, 1988.

HENNEZEL, M. La mort intime. Paris: Éditions Robert Laffond, 1995.

HENNEZEL, M.; LELOUP, J. Y. A arte de morrer. Petrópolis: Vozes, 2003.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

KÜBLER – ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. A morte: um amanhecer. São Paulo: Pensamento, 2001.

LELOUP, J. Y. Além da Luz e da sombra. Petrópolis: Vozes, 2002.

MEISTER, J. E. O livro da Divina Consolação e outros textos seletos. Petrópolis: Vozes 1991.

MORENO, J. L. Psicoterapia de grupo y psicodrama. México: Fondo de Cultura Económica, 1966.

_____. Las palabras Del padre. Buenos Aires: Vancu, 1976.

SAPIR, M. Psychothérapies de relaxation chez l'adulte. In Encyclopédie Médico – Chirurgicale. Paris: Éditions Théchniques, 1974.