

**CUIDADO INTEGRAL**  
AÇÕES CONTEMPORÂNEAS EM SAÚDE



ESTA OBRA FOI IMPRESSA EM PAPEL RECICLATO 75% PRÉ-CONSUMO, 25 % PÓS-CONSUMO, A PARTIR DE IMPRESSÕES E TIRAGENS SUSTENTÁVEIS. CUMPRIMOS NOSSO PAPEL NA EDUCAÇÃO E NA PREVERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE.

MARGARET RODRIGUES  
(ORGANIZADORA)

**CUIDADO INTEGRAL**  
AÇÕES CONTEMPORÂNEAS EM SAÚDE

MERCADO<sup>®</sup>  
LETRAS

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Cuidado integral : ações contemporâneas em saúde / Margaret Rodrigues, (organizadora) . – Campinas, SP : Mercado de Letras, 2012. -- (*Mercado de Letras Saúde*)

Vários autores

ISBN 978-85-7591-214-0

1. Autoconhecimento 2. Autoconsciência 3. Cuidados paliativos 4. Espiritualidade 5. Psicologia transpessoal 6. Saúde – Promoção I. Rodrigues, Margaret. II. Série.

12-00948

CDD-150.198

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Saúde integral : Abordagem Integrativa Transpessoal aplicada à saúde :  
Psicologia transpessoal 150.198

*Capa e gerência editorial:* Vande Rotta Gomide

*Revisão:* Helena Meirelles Gomide

DIREITOS RESERVADOS PARA A LÍNGUA PORTUGUESA:

© *MERCADO DE LETRAS*® EDIÇÕES E LIVRARIA LTDA.

Rua João da Cruz e Souza, 53

Telefax: (19) 3241-7514

CEP 13070-116

Campinas SP Brasil

[www.mercado-de-letras.com.br](http://www.mercado-de-letras.com.br)

[livros@mercado-de-letras.com.br](mailto:livros@mercado-de-letras.com.br)

1ª edição

**FEVEREIRO/2012**

*IMPRESSÃO DIGITAL*

– IMPRESSO NO BRASIL –

---

Esta obra está protegida pela Lei 9610/98.  
É proibida sua reprodução parcial ou total  
sem a autorização prévia do Editor. O infrator  
estará sujeito às penalidades previstas na Lei.

---

*Agradecimentos  
Gracias a La vida  
Que me há dado tanto...  
( Violeta Parra)*

*A todos os belos Seres que nos acompanham nesta jornada,  
que ensinam a cada dia sobre o viver, o morrer, o  
amor, e a nossa capacidade de transformação.*

*Gracias a La vida que me ha dado tanto,  
Me Dio El corazón que agita su marco,  
Quando miro El fruto Del cérebro humano...*

*Ao amor em suas múltiplas faces: família, amigos(as),  
pacientes, alunos, mestres ... enfim a cada Ser que  
contribui para que nosso mundo se torne mais rico  
e pleno de sentido em cada novo despertar.*

*Gracias a La vida que me há dado tanto,  
Me há dado La risa e me há dado El llanto...  
Me há dado La marcha de mis pies cansados,  
Com ellos anduve ciudades e charcos,  
Playas y desiertos, montanhas y llanos  
Y en La casa tuya, tu calle y tu patio...*

*Gracias a magia do viver com tantos profícuos encontros  
e reencontros que nos permitiram estar aqui e tornaram  
esta partilha possível.*



## SUMÁRIO

- Prefácio . . . . . 9  
*Vera Saldanha*
- Introdução . . . . . 15  
*Margaret Rodrigues*
1. Grupo multifamiliar com cuidadoras familiares  
e pré-adolescentes/adolescentes a partir de  
uma perspectiva transdisciplinar . . . . . 39  
*Daniela Arns*
2. Quando a integralidade interna dá  
sentido à saúde . . . . . 73  
*Denise M. T. Postay*
3. Novas cartografias na saúde coletiva:  
a espiritualidade na atenção  
primária à saúde (APS) . . . . . 95  
*Rosane Glasenapp*
4. A transpessoal e os cuidados paliativos –  
União para o Cuidar . . . . . 145  
*Rosane G. Gonçalves*

5. Sobre a relação terapêutica – transferência  
e contratransferência . . . . . 181  
*Rodrigo G. Thomasi*
6. A travessia dos momentos críticos vitais:  
a abordagem transpessoal e a resignificação  
do sofrimento causado pelo adoecimento . 221  
*Maria C. M. de Barros*



## PREFÁCIO

A emergência de novos paradigmas na saúde vem acentuando a necessidade de se repensar a doença, suas causas e recursos disponíveis à sua remissão, ou tratamento.

Nos insita a olhar não só os importantes avanços de ordem tecnológica ou dos medicamentos de última geração, mas também das disponibilidades de recursos internos do próprio paciente e da equipe de profissionais que atuam nesta área.

Nesse sentido o comprometimento em reduzir o sofrimento é um dos saberes contemplados pelos autores desta obra de excelência sobre cuidados físicos, psíquicos, em seus vários aspectos e contextos na contemporaneidade. O amplo espectro da saúde, cotejado nos capítulos desse livro nos traz profundas reflexões sobre o sentido da doença na inteireza humana.

Até que ponto pode-se favorecer ao paciente em seu estado de adoecimento uma nova percepção de

sua condição, resultando em ações positivas para sua recuperação física e também emocional. Para trazer uma percepção diferenciada em seu processo, de como a doença pode ser um fator de crescimento e transformação em sua vida.

Outro aspecto também de real importância observado neste livro foi o cuidar do cuidador. A doença reflete muitas vezes a fragmentação do sujeito diante de inúmeras situações internas e externas que seu corpo não conseguiu transpor. Os profissionais cuidadores muitas vezes padecem de males similares aumentando ainda mais a distância entre a saúde e a doença. Há que se ter, portanto, uma postura mais ousada e inovadora, indagar sobre o próprio processo adoecedor de nossa sociedade e das instituições, inclusive daqueles que tratam o doente e a doença.

Constatamos assim que uma revisão conceitual e paradigmática do significado real da saúde se fez presente através de uma leitura esclarecedora e agradável. Em 1942 a OMS (Organização Mundial da Saúde) conceituou a saúde não mais como só a ausência de doenças, mas também completo bem estar físico, mental, emocional, social e espiritual. Embora estejamos longe de alcançar este estado de saúde, também é fundamental nos lembrarmos de que mesmo diante da doença pode se ter diferentes níveis, mais ou menos saudáveis, a serem conquistados e promovidos para o paciente.

A emergência de novos recursos e metodologias que favoreçam a qualidade da vida, mesmo na presença da doença, que considere os distintos fatores de promoção do bem estar em nosso mundo contemporâneo que é necessário serem considera-

dos para que de fato o indivíduo seja cuidado na sua inteireza, trazendo à tona todas as possibilidades positivas que lhe são inerentes mesmo diante de seu quadro patológico.

Outro aspecto relevante, de importância crescente que nos foi tão bem evidenciado neste texto são as propostas que atendam não só ao paciente, mas consideram o grupo familiar sobretudo quando envolve adolescentes. Constatamos respostas bastante satisfatórias que nos foram apresentadas nesta edição em ações que integram a Abordagem Integrativa Transpessoal, a psicologia sistêmica e a psico-oncologia.

Sem deixar de validar aspectos positivos da medicação que já contribuíram para erradicar inúmeras epidemias e prolongar a vida de outras tantas pessoas; o foco no sintoma, na doença, bem como na medicalização como sendo os recursos prioritário e quase exclusivo de tratamento para o indivíduo tem gerado um aumento significativo de prescrições em alguns casos desnecessários e que ainda causam danos que antes não existiam no sujeito anteriormente.

Esta conclusão foi divulgada através do primeiro Seminário Internacional “A Educação Medicalizada”, realizado em novembro de 2010 na cidade de São Paulo e divulgado no Jornal Psi<sup>1</sup> do Conselho CRP/São Paulo.

Nesse evento, profissionais de áreas diversas se reuniram para debater a saúde na educação. Entre as indicações e propostas para as dificuldades das crianças, a professora Titular de Pediatria da Uni-

---

1. Publicação CRP de São Paulo, n.º 167 – Nov/dez – 2010.

versidade Estadual de Campinas (Unicamp) Dra. Maria Aparecida de M<sup>o</sup>ises, recomenda: “Olhem e escutem seus filhos. Procurem entender o conflito que eles est<sup>o</sup> vivenciando e oriente-os a partir da<sup>i</sup>”.

Assim s<sup>o</sup> in<sup>u</sup>meras as vozes de diferentes lugares nas quais observamos esfor<sup>o</sup>s de profissionais m<sup>e</sup>dicos, psic<sup>o</sup>logos, agentes da sa<sup>u</sup>de que se somam, agregando cada vez mais conhecimentos e percep<sup>o</sup>o da necessidade da converg<sup>e</sup>ncia de seus saberes para que novas possibilidades de atua<sup>o</sup>o mais eficaz na sa<sup>u</sup>de aconte<sup>o</sup>am.

Os conhecimentos reunidos em “Cuidado Integral – a<sup>o</sup>es contempor<sup>o</sup>neas em sa<sup>u</sup>de”, v<sup>o</sup>o de encontro a este novo panorama que se descortina para o ser humano e podem dar suportes as mudan<sup>o</sup>as em curso para as novas propostas de atua<sup>o</sup>o cl<sup>i</sup>nica.

Os autores nos apresentaram projetos que foram desenvolvidos e aplicados cuidadosamente, realizados com resultados consolidados no alcance de uma sa<sup>u</sup>de integral.

A abrang<sup>e</sup>ncia desse trabalho o coloca na categoria de um manual indispens<sup>o</sup>vel <sup>o</sup> todos aqueles que querem ter uma atua<sup>o</sup>o com excel<sup>e</sup>ncia no <sup>o</sup>mbito da sa<sup>u</sup>de. Valores positivos, espiritualidade, esperan<sup>o</sup>a ativa, resili<sup>e</sup>ncia, tornam-se fatores essenciais na perspectiva da Abordagem Integrativa Transpessoal aplicada <sup>o</sup> sa<sup>u</sup>de, a qual foi descrita em sua fundamenta<sup>o</sup>o e pr<sup>o</sup>tica por estes autores.

O empenho e a qualidade dessa produ<sup>o</sup>o nos traz uma imensa alegria pelos benef<sup>i</sup>cios j<sup>o</sup> realizados e que por meio dessa publica<sup>o</sup>o permitir<sup>o</sup>o que

muitos outros profissionais e pacientes também sejam beneficiados.

Leitura sem dúvida alguma indispensável e recomendada a todos aqueles que na área da saúde desejam novas possibilidades, excelência e melhores alcances em seu fazer profissional.

Mesmo diante de uma doença inevitável, incurável, o sofrimento pode ser transformado e a dor ser atenuada através da maestria do cuidar: cuidar do outro, da família, do ambiente e de si próprio.

Parabéns a todos os autores desta obra, pelo excelente trabalho que vocês estão compartilhando com o público.

Que o “Cuidado Integral” se multiplique cada vez mais, a todos vocês, e àqueles que por vocês são cuidados, assim como a todos os que utilizarem com cuidado integral os recursos e metodologia aqui apresentados.

*Vera Saldanha*  
Doutora em Psicologia Transpessoal  
(FE/Unicamp)



## INTRODUÇÃO

Nosso objetivo, nesta edição, é trazer a público algumas discussões e reflexões que têm sido feitas durante a formação no Curso de Pós-graduação em Psicologia Transpessoal, na proposta da Dra. Vera Saldanha.

A formação é aberta a profissionais de diversas áreas, dentro da premissa da multi e transdisciplinaridade. Assim, a partir dos conceitos abordados no decorrer do curso, diversos profissionais têm vivenciado e proposto um “novo olhar” em suas práticas e reflexões.

Nosso recorte, aqui, diz respeito a um grupo de profissionais que atua na área da Saúde, e que pesquisou e discutiu a aplicabilidade da Didática Integrativa, construindo, nos trabalhos apresentados, a possibilidade de uma nova “visão da saúde e do cuidar”, dentro de uma proposta mais abrangente, buscando a integralidade do Ser.

Partindo de uma visão antropológica, trazida por Maslow, que contempla o ser humano em suas dimensões física, emocional, mental e espiritual, conforme Saldanha (2007), podemos rever a forma e o conteúdo do “cuidar”, inserindo um “novo olhar” e uma práxis mais abrangente às dimensões do humano em nós mesmos.

A visão Transpessoal para os ocidentais é, por vezes, bastante complexa e de difícil prática, pois fomos educados e formados em um paradigma cartesiano, com uma visão dual que predomina no pensamento científico, e no mundo acadêmico, ainda hoje. Esta visão, que teve início no séc. XVII, com a elevação do Homem ao centro do saber, trouxe-nos uma hierarquização de saberes, onde, por exemplo, várias formas de conhecimento experienciadas através dos sentidos (saber sensório-motor, pensamento mítico etc.), são consideradas de menor valia, não utilizando, portanto, maiores elaborações cognitivas/mentais. Desse modo, também temas relacionados à percepção em seus aspectos mais sutis, da intuição à atenção, a criatividade e imaginação passaram a ser considerados “obscuros”. Assim, a ciência passou a validar somente o saber lógico-formal, relegando aos demais saberes um tom de descaso dito “científico”.

Nesse sentido, trazer para a Psicologia, a Medicina, e outros saberes que se propõem a cuidar do ser, a proposta de cartografias da consciência com origem em saberes não apenas lógico-formais, que, muitas vezes, originaram-se em conhecimentos filosóficos milenares, sejam ocidentais ou orientais, é um desafio a nossa forma de pensar “lógico-causal”. Por outro lado, tratar de temas abrangentes e



multidisciplinares possibilita a emergência nos vários campos do saber de entendimentos diversos sobre a Transpessoal, o que muitas vezes faz com que ela seja vista como um grande “guarda-chuvas”, que parece abarcar todas as propostas que não encontram lugar dentro do pensamento ortodoxo cartesiano.

Nossa proposta não é a de negar ou reprimir qualquer pensamento acadêmico ou empírico, pois somos partidários do entendimento Freudiano do mecanismo de repressão, que traz em sua dinâmica, seu necessário “retorno”. No mesmo sentido, entendemos que Luz e Sombra são apenas facetas de nosso entendimento dual, gerados pela mente cognitiva.

O objetivo é esclarecer e ampliar premissas que podem ser utilizadas na prática de trabalhos com uma linha de orientação transpessoal, instrumentalizados com a Didática Integrativa estruturada pela Dra. Vera Saldanha.

Quando falamos em conceitos e premissas da abordagem Transpessoal, temos a intenção de validar, de forma mais ampla, práticas científicas, passíveis de pesquisa e balizadas por novas vertentes teóricas, unindo os antigos com os novos saberes. Para isso, não podemos prescindir de um conjunto de crenças *a priori*, hipóteses metafísicas fundamentais e respostas a respeito da natureza da realidade e do conhecimento humano, qual seja de um paradigma. Mas, temos claro também que a natureza relativa de qualquer paradigma deve ser claramente reconhecida e não confundida, pelos cientistas, com a verdade sobre a realidade.

Então, quando falamos em ciência, e em paradigmas, parece-nos importante ressaltar o conceito de paradigma de alguns autores, como Morin (2001, p. 15), paradigmas são “*princípios supralógicos de organização do pensamento [...] princípios ocultos que governam a nossa visão das coisas e do mundo sem que disso tenhamos consciência*”.

Quando um paradigma é aceito pela maioria da comunidade científica, torna-se a forma hegemônica de abordar problemas, tendendo então, a ser confundido com uma descrição acurada da realidade, ao invés de ser usado como um mapa útil. Dessa forma, o paradigma funciona como uma viseira. Quando dados que “não fazem sentido”, em termos do paradigma, são trazidos à sua atenção, o habitual é não uma reavaliação do paradigma, mas uma rejeição ou distorção dos dados (Tart 1978).

Para Grof (1987), paradigmas devem ser vistos como modelos, não como descrições definitivas da realidade. Um paradigma entra em crise quando os cientistas descobrem *anomalias*, isto é, fenômenos que não se encaixam dentro daquele modelo. Kuhn (2006) notou que há um período de caos conceitual que precede as revoluções científicas, no qual a prática normal da ciência vai se modificando gradualmente. Nesses períodos há grandes discordâncias no meio científico, onde anomalias se acumulam até não ser mais possível negá-las no meio científico, instaurando-se a crise, período de “ciência extraordinária”, onde as melhores mentes do campo concentram sua atenção sobre o problema.

A aceitação de um novo paradigma depende não só de demonstração lógica, mas de fatores emocionais, políticos e administrativos; o que torna

difícil a jornada, podendo passar mais de uma geração, antes que a comunidade científica veja o mundo de forma completamente nova (Kuhn 2006).

No livro “Deus e a Ciência”, de Jean Guitton (1992), são encontradas questões sobre o período que estamos vivenciando no mundo científico, isto é, o de uma ruptura epistemológica. O advento da teoria quântica permitiu uma nova representação de mundo, ou ainda, uma releitura de escritos sagrados contidos em antigas tradições, onde a realidade “em si” não existe, mas depende do modo pela qual é observada; que as entidades elementares que a compõem podem ser onda e, ao mesmo tempo, partícula. Ou seja, que a realidade é num sentido profundo indeterminada.

A ciência ocidental moderna ainda está fundamentada numa ideia de separação total entre o indivíduo conhecedor e a realidade (separatividade), tida como completamente independente do indivíduo que a observa. Essa ciência mecanicista constituiu-se como base e força propulsora dos incríveis progressos das ciências naturais dos Séculos 18 e 19, mas hoje já não dá conta de inúmeras descobertas, como o surgimento de pesquisas sobre a consciência e a natureza da mente; os fenômenos que estão além dos domínios do consciente, tais como as experiências perinatais, as experiências transpessoais, os fenômenos psicóticos; os fenômenos socioculturais, como a religião em suas diferentes expressões e práticas, xamanismo; misticismo; ritos de passagem; cerimônias de cura; estados de transe; as práticas psicoterápicas experienciais; práticas da análise *junguiana*; o estudo da morte; estudos parapsicológicos; pesquisas psi-

codélicas; fenômenos como a telepatia, clarividência, projeção astral, visão à distância, diagnósticos e curas psíquicas, etc. (Grof, 1987).

O modelo vigente, na área da saúde, ainda busca explicar fenômenos como a inteligência humana, as artes, a religião, a ética e até a própria ciência, como produtos dos processos materiais do cérebro. A rigidez do paradigma *newtoniano*-cartesiano traz dificuldades, particularmente na prática da psicologia e da psiquiatria, pela aplicação inadequada do modelo biomédico às áreas que tratam com problemas da vida e do viver, e não de doenças (Grof 1987).

A partir dos resultados de experiências atômicas que apresentaram resultados contraditórios em relação à Física Clássica, a ciência viu-se obrigada a limitar a aplicação das leis anunciadas por Newton. Desde então, outras experiências sucederam-se, comprovando a limitada aplicabilidade desse paradigma a todos os fenômenos (teoria da relatividade de Einstein, a experiência das duas fendas de Thomas Young, o princípio da indeterminação de Heisenberg, o princípio da complementaridade de Bohr, entre outros).

Novos conhecimentos oriundos de diferentes áreas do saber humano expressam a emergência de um novo paradigma. As leis da natureza e da causalidade, os conceitos da matéria subdividida e observada começam a ser substituídos pelos conceitos de inúmeros físicos, entre os quais Planck, Einstein, Neils Bohr, Denis Gabor e David Bohm. A matéria passa a ser entendida como oscilações entre partícula e onda, não sendo possível determinar quando será uma ou outra. O determinismo se

perde, a neutralidade do observador no processo também desaparece. O observador interfere no processo, passando a fazer parte do sistema. O tempo e o espaço, que eram referenciais estáticos, passam a ser relativos.

A Abordagem Integrativa Transpessoal propõe, como já foi sinalizado, uma aliança entre as mais modernas teorias quânticas com as antigas tradições espirituais. Ela desperta um olhar para dentro de si mesmo e também para o mundo, apontando para a conexão do indivíduo com o Todo, atendendo, assim, às necessidades mais intrínsecas do ser humano em sua busca por sentido e significado na vida (Monteiro de Barros 2008). Ela se relaciona especialmente com o estudo empírico e a implementação das vastas descobertas emergentes das metanecessidades individuais e da espécie, valores últimos, consciência unitiva, experiências culminantes, transcendência de si, espírito, unidade, consciência cósmica, vasta sinergia individual e da espécie, encontro supremo, interpessoal, fenômeno transcendental (Saldanha, 2007).

A sistematização, denominada por Saldanha (2008, in Monteiro), Abordagem Integrativa Transpessoal destaca alguns conceitos fundamentais: os estados de consciência, que são o caminho pelo qual desenvolvemos o percurso Transpessoal. Onde diversos conteúdos são acessados e categorizados em cartografias de consciência, o segundo elemento do corpo teórico.

Nas cartografias de consciência são identificados aspectos ontogenéticos, vida uterina, aspectos psicodinâmicos e arquetípicos, inconsciente coletivo, superconsciência, entre outros. Esta experiên-

cia leva o ser à ampliação do conceito de vida, possibilitando a percepção dela com algo ilimitado, sem determinação de começo ou fim. A vida presente em tudo e os vários processos de morte e renascimentos vivenciados ao longo de uma existência, que se configuram como outro elemento fundamental do referencial teórico da Transpessoal Integrativa.

Segundo Saldanha (2008), trabalhar com uma perspectiva não dual, com polaridades, luz e sombra, feminino-masculino, vida-morte, como complementares, buscando a síntese, promovendo um novo conceito, por exemplo de Ego, que deixa de ser uma estrutura rígida. Então, o constructo Ego, quarto elemento do corpo teórico, passa a ser entendido como uma instância psíquica fundamental, conforme o conceito trazido por Freud, mas também a Transpessoal propõe uma ampliação. Quando trata o que seria “saudável” nas características do Ego, sugere a ideia de sua “plasticidade”, que permitiria ampliações e circunstanciais dissipações nas vivências de Unidade.

O conceito de Unidade na Transpessoal mostra a separatividade apenas como uma ilusão, percebida pela dimensão mais concreta dos sentidos. Donde se depreende que qualquer ação traz repercussões no processo individual e coletivo. Daí o entendimento da ecologia profunda, percebendo a interação do todo com as partes, que passam a ser entendidos como na Gestalt (figura e fundo), numa interdependência recíproca. Esse entendimento passa não só pela racionalização, mas pela vivência/experienciação. À medida que vivenciamos aspectos dessa integração, acessamos informações

de conteúdos mais amplos, através de dois eixos – o experiencial e o evolutivo. Conceitos estes que são parte da didática Transpessoal Integrativa.

O conceito de “Unidade” seria a não fragmentação. Neste entendimento, qualquer tipo de fragmentação, separando pessoas e objetos, gera crises psíquicas, com sentimentos de apego, prazer e desprazer, medo da perda, e conseqüente tensão e ansiedade.

Para Saldanha (2008), a saída da fragmentação permite acessar uma vida mais saudável, vivenciando sentimentos mais positivos. Aliando o conhecimento extrínseco e o intrínseco, com integração e autoconhecimento, é possível acessar valores transformadores que possibilitam a redescoberta de indivíduos melhores, capazes de conviver de forma mais harmônica e menos competitiva. O autoconhecimento resgataria nossa verdadeira humanidade.

### *Novos paradigmas e conceito de Saúde*

Dentro de um contexto de mudanças, vivemos neste novo milênio, uma grave crise na saúde que centraliza a doença como elemento estruturante de seu paradigma e institui a ciência das patologias como base da racionalidade médica ocidental, praticamente excluindo a milenar questão da arte de curar como foco central da prática e do saber médico. A medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção, o que pode ter contri-

buído para explicar a grande profusão das chamadas *terapias alternativas* (Luz 2005).

Como refere Glasenapp (2010) paralelamente, as novas descobertas e pensares que se colocam na área das ciências, na área da saúde, as formas de viver da população trazem, a cada dia, maiores exigências. Constatamos que nos últimos anos, melhoramos as condições de higiene e de saneamento básico, os diagnósticos são cada vez mais precisos e precoces, novas drogas são descobertas diariamente e, assim, as pessoas passaram a viver mais. À medida que métodos diagnósticos sofisticados permitem a visualização – em detalhes – de praticamente todo o corpo humano, o médico passou a olhar mais para os exames e menos para o paciente. Paradoxalmente ao progresso vertiginoso da Ciência, houve um aumento maciço das “doenças da alma”, pois o homem deixou de ser visto na sua inteireza. (Nobre s/d) Alia-se a isso, a iatrogenia clínica relativa aos danos causados pela intervenção médica no indivíduo, que já se tornou, nos Estados Unidos, a terceira maior causa de morte a ponto de, em 2003, a World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians oficializar o conceito de *prevenção quaternária* (proposto por Jamouille, em 1999), visando a proteger os pacientes da intervenção médica desnecessária e prevenir iatrogenias. (Norman e Tesser 2009)

Nos últimos cinquenta anos houve um crescimento progressivo de concepções e teorias psicossociais do adoecer, podendo – esse crescimento – significar uma busca de superação da clássica di-



cotomia corpo/mente da cultura ocidental. Além do surgimento e desenvolvimento da chamada medicina psicossomática, os saberes da psicologia, psiquiatria e a psicanálise têm exercido influência na prática dos clínicos, chamando a atenção para a importância das emoções e dos sentimentos nos fenômenos do adoecimento e da cura. Para Madel Luz, o desenvolvimento dessas teorias no interior do próprio saber médico tem favorecido abordagens holísticas do adoecer e do tratar, pois abre o campo explicativo da medicina para outros paradigmas, distintos do paradigma “duro” da biomedicina (Luz 2005).

Neto (2006) também concorda com a perspectiva de que estamos vivendo um momento que vem se convencendo chamar de *crise de transição paradigmática*. Um novo pensamento em ciência parece – rapidamente – ganhar importância, embora, ainda, não tenha se constituído num paradigma científico coerente.

Dethlefsen (1983) trata das possibilidades ilimitadas e das habilidades da medicina moderna e, ao mesmo tempo, das desconfianças quanto à sua onipotência, que faz com que um crescente número de pessoas busque métodos de cura natural, sejam eles antigos ou modernos. Muitas críticas têm sido feitas aos métodos ortodoxos, seja aos efeitos colaterais, ao mascaramento de sintomas, a ausência de um tratamento humanitário, os custos elevados, etc. E, nesse sentido, muitos médicos têm buscado alternativas e muitas discussões têm sido feitas nessa área. Segundo ele, se forem reunidos todos os esforços e métodos alternativos, podemos falar numa medicina holística e, assim, articulá-la, pro-

porcionando uma abertura para a diversidade de modalidades que, antes de tudo, não devem perder de vista que o ser humano é um todo composto de corpo e alma, formando uma unidade. Para ele a medicina moderna não falha em suas possibilidades de ação, mas na visão de vida na qual se fundamenta, de forma muitas vezes silenciosa e irrefletida. Assim, torna-se necessário refletir, não sobre novas modificações funcionais, mas sobre a carência filosófica nas áreas da saúde.

Nesse contexto de mudanças e novas formas de “ver e entender” o mundo, convivemos com o velho e o novo na área da saúde. É necessária uma paulatina revisão de conceitos.

Quando falamos em saúde, um dos conceitos mundialmente acolhidos é o da Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 1946 a OMS declarou que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS 1946).

Embora tal definição tenha significado um avanço – uma vez que deslocou o foco exclusivo da doença – está ainda longe de ser uma realidade, porém surge como um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Ao mesmo tempo, já surge com várias críticas, pois parece sugerir a ideia de uma “saúde ótima”, possivelmente inatingível e utópica, já que a mudança, e não a estabilidade, é predominante na vida. Saúde não é um “estado estável”, que uma vez atingido possa ser mantido. A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde, dependendo do

momento, do referencial e dos valores que atribuíam a uma situação.

Naomar de Almeida Filho (2000) propõe que o conceito de saúde constitui um ponto-cego para a ciência epidemiológica, postulando que não há base lógica para uma definição negativa de saúde, tanto no nível individual quanto no coletivo. No nível individual sugere que sejam consideradas as seguintes proposições: (a) “Nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença.” (b) “Nem todos os isentos de doença são sadios”.

Na prática clínica e na vida cotidiana, segue o autor, identificamos com frequência indivíduos ativos, social e profissionalmente produtivos, sem sinais de comprometimento, limitação funcional ou sofrimento, auto e hetero-reconhecidos como sadios, que, no entanto, são portadores de doenças ou sofrem de agravos, sequelas e incapacidades parciais, mostrando-se, muitas vezes, profusamente sintomáticos. Outros, ao contrário, encontram-se infectados, apresentam comprometimentos, incapacidades, limitações e sofrimentos sem qualquer evidência clínica de doença. Além da mera presença ou ausência de patologia ou lesão, precisamos também considerar a questão do grau de severidade das doenças e complicações resultantes, com repercussões sobre a qualidade de vida dos sujeitos. Em uma perspectiva rigorosamente clínica, portanto, a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá, de modo algum, ser definida como “ausência de doença”. No nível coletivo, com menos propriedade ainda, se pode falar em uma definição negativa de saúde. O que seria uma família sadia ou uma cidade saudável, indaga o autor?

Para Vasconcellos (2009), o conceito de saúde da OMS reproduz a visão reducionista e dicotômica do homem, negligenciando a noção de homem *integral*. A própria noção de 'equipe multidisciplinar' nada mais é, para essa autora, que o reflexo dessa fragmentação, em que se reduz o humano ao biológico, ao social e ao psicológico.

O desafio da integralidade nos lança ao "desafio da complexidade" trabalhado por Morin (2001). O entendimento sobre o campo da saúde coletiva e os estudos da complexidade vêm propondo a ênfase na necessidade da ciência resgatar sua capacidade de gerar sínteses, diante de um sujeito fragmentado e dos desafios oriundos do processo de especialização (Almeida Filho 1997; Morin 2000, 2001, 2002, *apud* Severo e Seminotti s/d)

O caminho para uma prática interdisciplinar passa primeiro, necessariamente, por uma mudança de paradigma no âmbito das ciências da saúde. A experiência humana deve ser focalizada e, nesta perspectiva, saúde/ doença mental ou saúde/ doença física perdem o sentido, pois tudo se resume a experiências humanas, bem ou malsucedidas que podem, neste caso, gerar sofrimento.

A experiência humana é de alguém em um contexto socioeconômico, em um lugar, com uma história filogenética particular, um desenvolvimento ontogenético, em uma situação, que leva a um estilo de vida e com crenças e valores singulares que não podem ser descartados, porque todos esses fatores perpassam seu estado de saúde e/ ou doença. Saúde e doença deixam de pertencer a dois polos diferentes, pois criar estratégias de amenizar o sofrimento é uma atitude saudável e a doença,

também perpassa a saúde, visto que um completo bem-estar é apenas um ideal que não condiz com a realidade de sujeitos concretos (Vasconcellos 2009).

Dentro de novos paradigmas, a doença passa a ter um “sentido” que precisa ser compreendido.

Dethlefsen (1983) lembra que o corpo nunca estará somente doente ou só saudável, pois nele se expressam as informações da consciência. Tudo o que acontece no corpo de um ser vivo é a expressão de um padrão de informação. Assim, pulso e coração seguem determinado ritmo, a temperatura corporal é mantida num nível constante; as glândulas secretam hormônio e anticorpos são formados, funções que não se podem explicar em termos puramente materiais. O funcionamento corporal tende a ser harmonioso, a isso se dá o nome de saúde. Se uma função falha, ela compromete a harmonia do todo, e então se fala em doença.

Saldanha (2008) lembra que para Maslow o indivíduo é um todo integrado, no qual a personalidade é um sistema aberto organizado e dinâmico. O desenvolvimento da personalidade ocorre a partir de uma necessidade, motivo ou impulso soberano, com uma tendência inerente ao crescimento e autoperfeição. Nesse sentido, a Transpessoal considera a possibilidade de ampliação dos conceitos de processos primário e secundário, trazidos por Freud.

O processo primário é regido pelo “princípio do prazer”, sendo a forma original de funcionamento da psique. O secundário é o processo regido pelo “princípio da realidade”, que se desenvolve gradativamente, com pensamentos organizados, caracterizando um ego maduro.

Maslow (1990 in Saldanha 2008) amplia os conceitos da psicanálise, alertando para o fato de que no inconsciente há também aspectos saudáveis, curativos e desejáveis. E que seria importante uma síntese desses processos para o pleno desenvolvimento do ser, onde o inconsciente não representaria um “perigo”, podendo vivenciar suas fantasias, imaginação etc., como forma de tornar o indivíduo cada vez mais saudável.

Baseada na concepção de Maslow, no entendimento do processo de individuação, na tendência do ser, a evolução da consciência, no que Pierre Weil (*in* Saldanha 2008) chama de “procura da unidade”, o olhar Transpessoal remete a um novo conceito, que seria o “processo terciário”, definido como um conjunto de referenciais inerentes ao desenvolvimento do ser humano, que favorecem o despertar da dimensão espiritual, propiciando a atualização de valores positivos, saudáveis e curativos, tanto individual quanto coletivamente, um processo regido pelo “princípio da Transcendência”. Neste princípio, há uma orientação de um impulso em direção ao despertar espiritual, por meio da própria humanidade do ser, da pulsão de vida, de morte, e além delas.

Ainda em Saldanha (2008) temos o entendimento de patologia, que, conforme Maslow, se estabeleceria como um fracasso do desenvolvimento pessoal mais pleno, ou seja, não ter chegado a ser aquilo que poderia ser, até mesmo biologicamente, se tivesse crescido e evoluído sem nenhum obstáculo às possibilidades humanas e pessoais. Assim, o enfoque da saúde precisaria de uma atualização do modelo médico, nos conceitos de saúde

e enfermidade, na relação médico-paciente, psicólogo-paciente, etc. Propõem-se uma substituição dos conceitos de enfermidade e saúde psicológica pelo conceito mais pragmático, público e quantitativo de humanidade plena ou diminuída, a qual poderia ser reversível ou não, porque seria dinâmica, pela dialética intrínseca entre impulso e as defesas contra ele. Nesse sentido, atuariam no indivíduo dois conjuntos de forças: de um lado pressões no sentido da saúde; de outro forças regressivas, patológicas, geradas pelo medo e pela ansiedade (Maslow *in* Saldanha).

Para Dethlefsen (1983), a doença tem uma intencionalidade e um objetivo que, em seu sentido mais geral e absoluto, pode ser descrito como cura, no sentido de torná-la uma unidade. Mas que se dividida a doença em todas as suas formas sintomáticas de expressão, que representam todos os passos rumo ao objetivo, se poderia questionar a intenção de cada um dos sintomas e verificar sua mensagem, a fim de saber qual o próximo passo que se requer da pessoa. Assim, seria necessário perguntar o sentido de cada um dos sintomas, sem deixar-se levar apenas pelas causas funcionais.

Estas análises controversas sobre as diferentes formas e questões ao se abordar saúde podem estar sinalizando o “caos conceitual que antecede as revoluções científicas”, conceito descrito no início desta construção. Quando saímos da discussão sobre o conceito de saúde, percebemos que as ações em saúde estão sob o mesmo processo de indefinição e, além disso, fragilizadas pelo paradigma vigente que não oferece recursos e instrumentalização para que suas práticas encontrem a

eficácia necessária ao bem-estar de tantos que precisam de seu amparo.

As novas e necessárias formas de trabalhar conceitos e ações em saúde solicitam uma proposta alicerçada em vertentes teóricas abrangentes e complementares, que acolham, entendam e promovam o Ser em sua multidimensionalidade. Essa busca parece congruente com uma necessária mudança que nos remete não só às novas teorias, mas a novas práxis, que, no Brasil, já estão propostas em sua política pública de saúde, na proposta de humanização da saúde, com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), que afirma a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde (Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização – Brasília – 2003).

Na proposta de humanização da saúde brasileira, um ponto a ser destacado são os dados que chamam a atenção quanto à avaliação dos serviços prestados e ao atual despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva, que toda a prática de saúde propõe (Política Nacional de Humanização – Brasília – 2003).

É no contexto de pensar formas integrais de cuidar, onde a apropriação da dimensão subjetiva do sujeito e de suas ações nas práticas da saúde interna (do indivíduo) e externa (do coletivo) entrelaçam novos olhares e possibilidades de ajustes e intervenções, que os autores descortinam suas propostas, através de pesquisas, discussões e análises, no transcorrer deste livro.

Quando falamos em “cuidadores”, sejam médicos, psicólogos, enfermeiros etc., entendemos que é necessário despertar e estimular, nos profissio-



nais, uma visão abrangente de ser humano. Nesse sentido, evocamos ainda o conceito de “cuidar” de Leloup (2007), quando diz “Trata-se de cuidar daquilo que não está bem, dos sintomas; fazer tudo o que é necessário para cuidar da doença, evidentemente. Ao mesmo tempo, cuidar, igualmente, daquilo que está bem, do que não está doente no doente. Porque é a partir deste espaço de saúde que a cura poderá, talvez, ocorrer”, e ainda “cuidar do Ser é, também, cuidar do outro; cuidar dessa alteridade que sempre nos escapa”.

Uma concepção de Cuidado Integral do Ser implica um olhar abrangente e, ao mesmo tempo, uma busca de esvaziar-se de si mesmo, de seus *a priori*, de seus medos (Leloup 2007). Muitos profissionais da área da saúde têm buscado formações que lhes permitam tratar de forma diferenciada, onde nem permaneçam blindados ao sofrimento do outro, nem sejam engolidos por ele, pois nenhuma dessas formas seria de grande auxílio no processo. Nesse sentido, encontro nas fontes filosóficas de antigas tradições espirituais grandes contribuições, quando nos permitimos vivenciar e entendermos um pouco os conceitos de compaixão, o que não seria nem a negação ou fuga à dor do outro, nem a perda da identidade ou das competências do cuidador. Rinpoche (1992), quando fala sobre compaixão, esclarece que não é somente uma sensação de simpatia ou cuidado com a pessoa que sofre, não é apenas uma ternura ou um sentimento nítido das necessidades daquele que está a sua frente, das suas dores. É também uma determinação prática e contínua em fazer tudo o que for possível e neces-

sário para aliviar os seus sofrimentos. Assim, a compaixão só é verdadeira quando é ativa.

Saldanha (2008) aponta ainda, como importantes instrumentos de cuidados, os chamados *recursos auxiliares ou adjuntos* indicados tanto para o paciente quanto para os profissionais da área da saúde, pois ambos têm necessidade de autocuidados. Entre esses recursos estariam a meditação, o relaxamento, a respiração e a contemplação, favorecendo um estado mais sereno à mente.

A prática da meditação tem sido de grande auxílio no exercício da minha profissão, vivenciar o que os Tibetanos chamam de “*tonglen*” (dar e receber), possibilitando uma prática de não medo do sofrimento ou da contaminação, mas ao mesmo tempo uma atitude prudente. Perceber aquilo que está para além do Ego, preenchendo-se de força e inteligências necessárias no processo de acompanhar o outro em sua jornada, como refere Leloup (2007).

Concordamos com Dethlefsen (1983), quando este afirma que o ser humano possui uma essência independente do tempo que, de alguma maneira, precisa concretizar e tornar consciente no transcurso de sua existência pessoal.

Sob o fio condutor de nossa proposta de um “cuidado integral”, estaremos falando da relação que se estabelece no dia a dia de cuidador/cuidado, em seus diversos aspectos. E do que percebemos como possibilidades, além da visão da doença, por onde é possível estabelecer-se um olhar que permita vislumbrar aspectos saudáveis do ser a cada momento dessa incrível jornada que escolhemos trilhar, ao tratar com as mais variadas facetas do

humano na eterna busca de concretizar a essência que o constitui e que o transcende em seus diversos momentos de muitas mortes e profícuos renascimentos. Nesse sentido, os autores trazem seus questionamentos e também apontam alternativas em suas práticas de trabalho, na área da saúde, num contexto contemporâneo e pulsante, onde são vivenciadas alegrias e angústias ao deparar-se com questões de saúde pública, vida e morte, saúde e doença e tantas outras questões que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores, na busca de sair da fragmentação, buscando dar, cada vez mais, sentido, identidade e inteireza à sua prática.

Esperamos que a leitura proporcione, a cada um, muitas possibilidades de resignificações, de questionamentos e abertura a novas possibilidades no pensar, no falar e no agir. E que possamos, de alguma forma, contribuir para o estabelecimento de novas práticas na busca da saúde integral, favorecendo o despertar da consciência em cada um e em todos os seres.

### *Bibliografia*

BRASIL (1990). *Lei orgânica de saúde* (com base no art. 198 da Constituição Federal de 1988). Brasília: SUS.

BRASIL (2006). *Pacto pela Saúde: Política Nacional de Atenção Básica*, vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021). Acesso em: 23/11/09.

- DETHLEFSEN, Thorwald e DAHLKE, Rüdiger (1983). *A Doença como Caminho*. São Paulo: Ed. Cultrix.
- GLASENAPP, Rosane (2010). *Novas Cartografias na Saúde Coletiva: A Espiritualidade na Atenção Primária à Saúde (APS)*. Trabalho de Conclusão de Curso. Porto Alegre: Convênio ALUBRAT e SPEI.
- GROF, Stanislav (1987). *Além do Cérebro*. São Paulo: Ed. McGraw-Hill.
- Guitton, Jean (1992). *Deus e a Ciência*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.
- KUHN, Thomas S (2006). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- LELOUP, Jean-Yves (2001). *Carência e Plenitude*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Uma arte de cuidar: estilo alexandrino*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- LUZ, M. T. (2005) "Cultura contemporânea e medicina alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século xx." *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento).
- MONTEIRO DE BARROS, Maria Cristina (org.) (2008). *A consciência em expansão: os caminhos da abordagem transpessoal na educação, na clínica e nas organizações*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- MORIN, Edgar (2001). *Introdução ao Pensamento Complexo*. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget. Disponível em: [http://www.ial5775.xpg.com.br/edgar\\_morin.pdf](http://www.ial5775.xpg.com.br/edgar_morin.pdf). Acesso em: 03/06/10.
- NETO, E. S. (2006) "Construção (auto) biográfica e formação de educadores: um olhar desde uma perspectiva transpessoal", in: *II Congresso Internacional de Pesquisa (Auto) Biográfica*, Salvador, BA. Disponível em:

[http://www.metodista.br/poseducacao/corpo-docente/elydio-dos-santos-neto-1/Autobiografia\\_formacao\\_transpessoal.pdf/file\\_view?](http://www.metodista.br/poseducacao/corpo-docente/elydio-dos-santos-neto-1/Autobiografia_formacao_transpessoal.pdf/file_view?) Acesso em: 23 /11/09.

- NORMAN, A. H. e TESSER, C. D. (2009) "Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde." *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 25, n.º 9, pp. 2012-2020.
- RINPOCHE, Sogyal (2001). *O livro tibetano do viver e do morrer*. São Paulo: Ed. Talento.
- SALDANHA, Vera (2008). *Psicologia transpessoal: abordagem integrativa - um conhecimento emergente em psicologia da consciência*. Ijuí: Ed.Unijuí.
- \_\_\_\_\_. (1999). *A Psicoterapia Transpessoal*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Ventos.
- TART, C. A. (1978). "Fundamentos científicos para o estudo de estados alterados de consciência", in: WEIL, Pierre *et al.* *Pequeno tratado de psicologia transpessoal*, vol. II: mística e ciência. Petrópolis: Vozes.
- VASCONCELLOS, L. R. (2009). *Os conceitos de saúde/doença mental e a atuação do psicólogo na área da saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: <http://ser-psico.blogspot.com/2009/12/os-conceitos-de-saude-doenca-mental-e.html>. Acesso em: 18/07/10.
- VASCONCELOS, E. M. *Espiritualidade na educação popular em saúde*. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt06/t066.pdf>. Acesso em: 22/08/10.
- \_\_\_\_\_. (org.) (2006). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec.