

# RESSIGNIFICAÇÃO DA DESSOMA: EXPERIÊNCIA PESSOAL COM CRIANÇAS CARDIOPATAS

Enilda Lara

**RESUMO:** Este relato de aprendizado apresenta a trajetória de uma experiência vivida no caminho metodológico de uma pesquisa qualitativa, de cunho etnográfico, com base na autoexperimentação e na autopesquisa na convivência com gestantes e puérperas - mães de bebês cardiopatas graves, em uma unidade de cardiologia fetal. A interação com as participantes foi realizada por meio de entrevistas, observação participante e escuta ativa, que possibilitaram a construção de narrativas, que obedeceram à sequência temporal e causal dos eventos. Todos esses acontecimentos oportunizaram reperspectivar o caminho evolutivo, por meio da compreensão da dessoma de crianças cardiopatas, substituindo olhar dramatizado no cenário vivenciado, por novos filtros, proporcionados pelo acesso ao paradigma consciencial. Os resultados demonstraram a superação de posturas religiosas, a experimentação das competências parapsíquicas, interassistenciais e multidimensionais e através de reciclagens, a resignificação da dessoma, a compreensão do ciclo evolutivo das consciências e a grupocarmologia.

**Palavras-chave:** criança cardiopata; pesquisa qualitativa; Dessomatologia.

## INTRODUÇÃO

A minha experiência em pesquisa com crianças começou no mestrado em 2005, quando acompanhei 250 pares mães/bebês e seus desfechos na prática do aleitamento materno exclusivo, em um estudo quantitativo de base observacional (Weigert, 2005). Nesse período, não imaginava que no doutorado eu enfrentaria desafios e dificuldades ao me apropriar da complexidade da cardiopatia congênita infantil. As barreiras encontradas, por exemplo, algumas tentativas de entrevistas com as gestantes não se concretizavam, devido aos óbitos fetais que ocorriam durante a gestação e apreender uma nova metodologia de pesquisa. Ao mesmo tempo que estudava a metodologia de pesquisa qualitativa, experimentei uma abordagem que permite compreender, descrever e esclarecer os fenômenos sociais de acordo com as experiências, interações e comunicações vivenciadas por indivíduos ou grupos (Flick, 2009).

No ano de 2014, durante a realização do doutorado, vivenciei as etapas de desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, que favoreceu o meu entendimento da importância da teoria para a realização do estudo. Estudei sobre os

termos estruturantes das pesquisas qualitativas. Minayo (2013) relata que a matéria prima da pesquisa qualitativa é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação. E o movimento que informa qualquer abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar.

Assim, estudei que a pesquisa qualitativa não é baseada em um único conceito teórico-metodológico, sendo que as diversas abordagens caracterizam as discussões e direcionam a prática do estudo (Flick, 2009). Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas (Minayo, 2013). Entendi que o estudo qualitativo pode ser conduzido por meio de diferentes caminhos de acordo com o referencial teórico-metodológico escolhido.

Nessa direção, para Knauth e Leal (2014), o desafio para o aprofundamento dos diferentes fenômenos, da área da saúde, é o alinhamento de métodos qualitativos e quantitativos, e a necessidade de retomar os temas clássicos das ciências sociais e refletir sobre as implicações sociológicas e antropológicas no contexto estudado. Nessa direção, ao pesquisar as vertentes existentes da pesquisa qualitativa, optei pelo método etnográfico, para compreender a percepção de mulheres, cujos bebês cardiopatas graves nasceram em um serviço hospitalar em que atuo na cidade de São Paulo.

As entrevistas decorrentes desse caminho metodológico da pesquisa qualitativa terminaram por me exigir a vivência de interações energéticas com pessoas e ambientes. Destaco que por meio da observação participante e da realização de entrevistas imergi no cenário do estudo, o que proporcionou uma oportunidade ímpar de aprendizados, de autoconhecimento, crescimento e mudança de patamar evolutivo pela compreensão de novas perspectivas que, considero, devem ser compartilhadas com outras pessoas. Nessa direção, destaco Minayo (2012, p. 623), renomada pesquisadora brasileira que disse:

O trabalho de campo é uma nutrição da vida (...). antropológica que consiste em saber que nada se sabe, mas, também em expor o que se pensava saber, às pessoas que [no campo] podem contradizer [nossas verdades mais caras].

Diante desse cenário, pretendo compartilhar por meio deste texto, a trajetória de minha experiência, com base na autoexperimentação, vivida no caminho metodológico em uma pesquisa de caráter qualitativo, de cunho etnográfico. O termo experiência utilizado historicamente por Heidegger (citado por Minayo, 2012) diz respeito ao que o ser humano aprende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza. O sentido da experiência é a compreensão: o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida. Foi o que aconteceu comigo na convivência com gestantes e puérperas, mães de bebês cardiopatas

graves, em uma unidade de cardiologia fetal que possibilitou o acesso ao paradigma consciencial. A seguir descrevo as etapas da pesquisa qualitativa e a minha vivência, paralela, no acesso ao paradigma consciencial.

## 1. A PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa é uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que a construção do conhecimento e a aproximação do dinamismo da vida são resultados das relações entre os indivíduos presentes na realidade. Nesse contexto, é fundamental a importância do depoimento dos atores sociais envolvidos, dos discursos e dos significados transmitidos por eles, sendo o pesquisador o canal de contato com as pessoas e locais para observar, registrar e sistematizar dados do ambiente estudado (Denzin & Lincoln, 2006; Minayo, 2013).

A pesquisa qualitativa é uma prática válida e necessária na construção da vida social, uma vez que, os pesquisadores que optam pela pesquisa qualitativa, ao decidir pela descoberta de novas vias investigativas, não pretendem furtar-se ao rigor e à objetividade, mas reconhecer que a experiência humana não pode ser confinada aos métodos nomotéticos de analisá-la e descrevê-la (Chizzotti, 2003).

A etnografia, metodologia escolhida para esta pesquisa, é a arte e a ciência de descrever um grupo humano, suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e suas crenças. O emprego da etnografia favoreceu o meu contato direto com as vidas cotidianas das mães de bebês cardiopatas graves. Assim, coletei dados sobre as experiências humanas vividas, a fim de discernir padrões previsíveis e de descrever as diversas instâncias imagináveis dessa vivência.

Acompanhar a trajetória dessas mães e bebês permitiu a minha participação subjetiva ao modo de uma observadora daquelas vidas. Ao anotar cada fala, sentimentos e reações, foi possível a transformação e a análise de acontecimentos passados, que existem apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato que pode ser consultado novamente. Dessa maneira, consegui perceber e entender as experiências e as vivências dessas mães, e suas diferentes culturas para o enfrentamento da realidade na trajetória da doença de suas crianças cardiopatas (Geertz, 1999).

As narrativas apresentadas por essas mães me possibilitaram, como pesquisadora, organizar os episódios e fatos das ações cotidianas, do tempo passado e do lugar de onde viviam. A narrativa permitiu a inclusão das razões das participantes para os seus atos e os acontecimentos. Destaco que a linguagem representa a realidade, logo, as narrativas requerem interpretação sistemática; elas não falam por si só, ou fornecem um acesso direto ao tempo, a lugares ou a culturas (Sarbin, 1986).

Assim, o estudo das narrativas apresentadas pelas mães possibilitou compreender a vida no tempo, obter o significado dos eventos e o quanto as ações das pessoas auxiliam no processo de formação de sua própria história, e em quem essas mães estão se transformando em decorrência do que viveram (Garro, 1994).

A partir dessa abordagem metodológica desenvolvi o estudo de doutorado intitulado *Trajetória de gestantes/puérperas em uma Unidade de Cardiologia Fetal de um Hospital Filantrópico: uma abordagem etnográfica*, que me permitiu ressignificar a morte biológica (dessoma) de crianças cardiopatas pela lógica do mecanismo evolutivo do paradigma consciencial. Nessa perspectiva, de acordo com Carvalho e colaboradores (2019), o conceito de dessoma é a desativação do soma - em substituição ao termo "morte" que remete a "fim", "extinção". Cada pessoa possui vários corpos, sendo o soma o mais denso e adaptado para a vida nesta dimensão.

Diante dessa abordagem, aprendi então o conceito de holossoma, conjunto dos quatro veículos de manifestação da consciência: o *soma* ou corpo físico; o *energossoma* ou corpo das energias, também conhecido por holochakra; o *psicossoma* ou corpo das emoções; e o *mentalsoma*, ou corpo do discernimento. Esses veículos ou corpos facultam a manifestação consciencial nas diversas dimensões da existência, desde as mais sutis até as mais densas.

Em síntese, a escolha pela pesquisa qualitativa, me levou a descobrir outro paradigma, o consciencial, reperspectivando o conceito central de minha pesquisa: de morte para dessoma.

## **2. SOBRE A TESE TRAJETÓRIA DE GESTANTES/PUÉRPERAS EM UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA FETAL DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO: UMA ABORDAGEM ETNOGRÁFICA**

A tese foi elaborada com a proposta de compreender, por meio da escuta, da observação participante, em uma abordagem qualitativa, a percepção das gestantes no ciclo gravídico e puerperal de bebês com diagnóstico de cardiopatia congênita grave - *Síndrome de Hipoplasia do Coração Esquerdo* (SHCE), em uma instituição filantrópica, originária da ação de voluntárias de uma Associação Beneficente Síria, pioneira em cardiologia, que apoia o Ministério da Saúde por meio do *Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde* - PROADI-SUS (Lara, 2014).

A doença cardíaca congênita (DCC) compreende qualquer alteração na anatomia do coração e de seus vasos sanguíneos. A incidência de Cardiopatias Congênitas (CHD) é de 8 a 10 por 1.000 nascidos vivos, ou seja, 1 caso em 100 nascimentos. No Brasil nascem 28.900 crianças com DCC por ano (1% do total de nascimentos), das quais cerca de 80% (23.800) necessitam de cirurgia cardíaca,

e metade delas, no primeiro ano de vida. As malformações congênitas representam a segunda principal causa de mortalidade em crianças menores de um ano. A DCC é a mais frequente delas e com a mais alta mortalidade no primeiro ano de vida no Brasil, sendo a segunda causa de morte até 30 dias de vida. As manifestações da doença cardíaca congênita são muito variáveis podendo ocorrer logo após o nascimento, ou mais tarde na infância ou adolescência (Soares, 2020).

A SHCE é uma das cardiopatas mais severas, que corresponde a quarta cardiopatia mais frequente na idade neonatal, com incidência de 7% a 9% (1:4000 a 6000 nascidos vivos) e mortalidade de 25% na primeira semana de vida. A SHCE não só representa o defeito congênito mais comum, mas também contribui com maior percentual de mortalidade infantil ao nascimento (Barber-Marcial, Tanamati, 2005; Brenner, Kuehl, 2011; Lara, 2014; Hcor, 2022).

Sem tratamento, 95% dos bebês com esta síndrome morrem no primeiro mês de vida. Para realizar o tratamento é necessário realizar três cirurgias cardíacas durante os primeiros dois anos de vida ou um transplante cardíaco. Esses tratamentos envolvem muitas experiências estressantes e riscos. Os tratamentos não são uma “cura” e as crianças precisarão de atendimento especializado pelo resto de suas vidas (Lara, 2014; Pequenos corações, 2022).

O referencial teórico adotado para a análise interpretativa dos achados desta investigação foi o referente à *Trajatória da Doença Crônica*, proposto por Michael Bury (1997), no intuito de evidenciar e compreender a experiência das participantes - mães de crianças com diagnóstico de cardiopatia congênita. De acordo com esse referencial, embora a doença possa acontecer em qualquer fase da vida, a expectativa da sociedade é de uma vida longa e saudável.

Dessa maneira, quando há o surgimento da doença há, também, o rompimento da estrutura social e cultural do indivíduo, expondo-o, conseqüentemente, às ameaças a sua identidade. Nesse pressuposto, três aspectos da resposta à experiência da doença crônica podem ser distinguidos. O primeiro seria a *ruptura biográfica*, causada pela enfermidade e as tentativas iniciais em lidar com a incerteza que ela traz; o segundo é o *impacto* do tratamento na vida diária e no cuidado à saúde; e o terceiro é a adaptação e o manejo da doença, ou seja, a maneira dos indivíduos e a família respondem à vivência da doença e tentam reconstruir suas vidas (Bury, 1997).

Em relação à ruptura de pressuposições e comportamentos, há quebra das fronteiras do senso comum, o que sugere uma abordagem “disruptiva” à doença. Esse estágio, caracterizado pelo questionamento “O que está acontecendo?”, envolve atenção aos estados corporais que nem sempre são trazidos à consciência e decisões sobre procurar ajuda. Em segundo lugar, há rupturas mais profundas nos sistemas explanatórios que são normalmente usados pelas pessoas, de tal maneira que está envolvida uma revisão fundamental da biografia e do autoconceito

da pessoa. Em terceiro lugar, há a reação à ruptura envolvendo a mobilização de recursos, no enfrentamento de uma situação alterada (Bury, 1997).

A *ruptura biográfica* é caracterizada pela perda potencial da identidade e pela perda do controle sobre o corpo. Resultante das alterações corporais, do aparecimento dos sintomas e do estabelecimento do diagnóstico, há uma quebra das crenças e comportamentos cotidianos. Esse estágio, traduzido pelas perguntas: “O que está acontecendo? Por que eu? Por que agora?” Envolve atenção para aspectos não conscientes e decisões sobre a procura de ajuda. Neste estudo, as participantes deparam-se com esse estágio quando da descoberta da gravidez e, sobretudo, com o diagnóstico da cardiopatia congênita.

Na segunda fase da *Trajatória da Doença Crônica*, que considera o impacto do tratamento, e o cuidado à saúde, os serviços de saúde são parte dos recursos disponíveis para enfrentar os efeitos perturbadores da doença, podendo proporcionar segurança às pessoas, mas também momentos de apreensão e ansiedade, uma vez que elas estão chegando aos referidos serviços com sentimentos ambivalentes. Se, por um lado, vislumbram a possibilidade de cura ou melhora, por outro, tomam consciência da necessidade da convivência com tratamentos, intervenções e cuidados que, geralmente, são obrigatórios, de longa duração e, em alguns casos, dolorosos.

Com o passar do tempo a pessoa começa a ter um maior conhecimento sobre a sua doença, sobre a forma de tratamento e inicia um processo de compreensão das informações recebidas dos profissionais, de outros pacientes e dos meios de comunicação. Dessa maneira, as mães tornam-se mais confiantes e estabelecem critérios para avaliar a evolução do tratamento adotado.

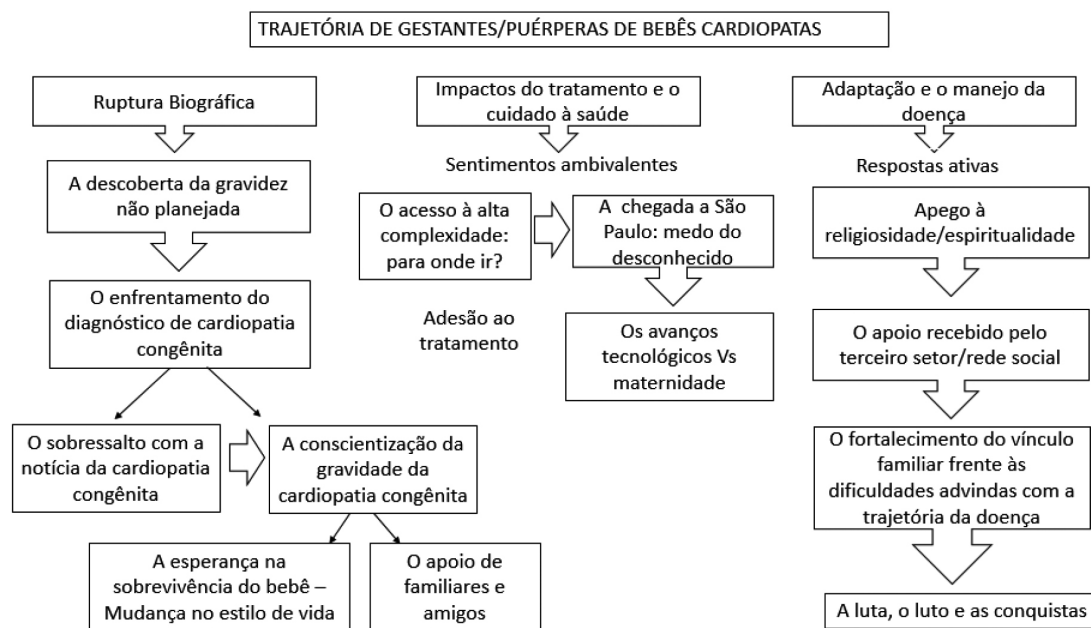
A adaptação e o manejo da doença ocorrem quando há respostas ativas dos indivíduos aos desafios em relação à identidade e ao estilo de vida. Devem ser levadas em conta, ainda nesse contexto emocional, as reações da família, muito semelhantes às das participantes (ambivalência, culpa, raiva e luto). No grupo familiar, o parceiro desempenha papel importante, por reações que podem se manifestar por meio de apoio e companheirismo ou sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade, culpa e outros.

As participantes do meu estudo foram oito gestantes, cujos bebês são portadores de cardiopatia congênita-SHCE, proveniente de diferentes estados da federação e maiores de 18 anos. Os dados foram coletados em 16 entrevistas semiestruturadas, que ocorreram em dois momentos: quando as participantes estavam ainda gestantes e após o nascimento dos bebês (puérperas). O referencial teórico escolhido foi a pesquisa qualitativa, pautada na antropologia cultural, com o método etnográfico e a base da *Trajatória da Doença Crônica* (Lara, 2014).

A partir da análise das narrativas realizei a organização dos relatos, por meio de leitura atenta, reiterativa, cheia de perguntas, impregnada e saturada, que

desvendou os significados e a experiência vivida, cujos resultados principais estão contidos no seguinte diagrama (Figura 1):

**Figura 1.** Esquema demonstrativo da trajetória de gestantes/puérperas de bebês cardiopatas segundo o referencial de Michael Bury (1997).



Fonte: Autoria própria

O desafio é saber que muitas crianças cardiopatas vão morrer por falta de acesso à alta complexidade. Embora a regulação do acesso esteja bem estabelecida pelo SUS na teoria, na prática o que se vê pelas especificidades desses serviços é que tais alternativas são restritas, gerando incertezas.

Quanto a minha vivência neste trabalho, lidar com a morte de crianças cardiopatas inevitavelmente levou-me a reflexões sobre o meu papel e se este trabalho fez parte do meu aprendizado. Nesse prisma, busquei conhecimento para me fortalecer com lucidez e discernimento perante as dificuldades que se apresentavam: compreender a morte biológica e a interface do estudo com a Conscienciologia.

Este estudo me possibilitou vivenciar o significado da frase que escutei da Professora Maria Cecília Minayo: “Para que serve a ciência se não for para diminuir o sofrimento da humanidade?”. Portanto, conhecer como as gestantes/puérperas perceberam e avaliaram o atendimento prestado foi de suma relevância para: 1) repensar a forma de organização do serviço, evidenciando o papel do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas contribuições podem ter um impacto direto na melhoria do SUS; e 2) conseqüentemente, inserir uma lente que me permitiu observar e compreender o fenômeno em sua profundidade (Lara, 2014).



### 3. REFLEXÕES AUTOPARADIGMÁTICAS NESTE CAMINHO METODOLÓGICO

Fazia-se necessário o enfrentamento e o entendimento da lógica dessas mulheres, e de acordo com a pesquisa qualitativa, compreender o que naquele momento significava ter a capacidade de me colocar no lugar do outro, respeitando suas crenças, seus valores e entendendo que para a operacionalização deste estudo precisava estar ao lado das gestantes e da equipe que as assistia. Então, lembrei-me de três princípios inegociáveis que aprendi com a Professora Maria Cecília Minayo (2013), durante a trajetória da pesquisa e que seriam fundamentais para o alcance desse propósito, vejamos:

a) O princípio da intersubjetividade: somos feitos da mesma matéria e espírito das pessoas que atendemos; escutar as dores das participantes do estudo traz uma interação de empatia, de reflexão, de valores, que somos vulneráveis.

b) O princípio da compreensão: temos a capacidade de nos colocar no lugar do outro e compreender que as experiências e vivências de cada pessoa são singulares; e que neste momento meu papel era de assistência, escuta, compartilhamento.

c) O princípio do respeito à racionalidade de qualquer ser humano: somos capazes de produzir verdades sobre nós mesmos e sobre o mundo.

Entretanto, ao vivenciar a interação com as participantes do estudo, me deparei com algumas barreiras que precisavam ser vencidas, o que me levou a refletir sobre os limites paradigmáticos quanto à morte e quanto à forma de assistir as mães enlutadas.

1. Meu desconhecimento sobre o procedimento de correção das cardiopatias congênitas: quando cheguei ao HCor escutava sempre sobre o ícone do Cuidado Cardiopatia Congênita, Professor Dr. Adib Jatene (1929-2014), responsável pelo desenvolvimento da técnica “Cirurgia de Jatene” para correção da transposição das grandes artérias. Escutava muitas histórias nas entrevistas, os relatos dos depoimentos, por exemplo: “os médicos iam colocar uma válvula que precisava passar pelo furinho da barriga. Essa válvula ia passar pelo cordão umbilical e ia até a veinha da nenê, que estava entupida e ia encher um balãozinho. Quando o balãozinho enchesse, a veia ia desentupir e eles iam tirar o balãozinho para que o coração voltasse a bater”. Esse procedimento foi feito intraútero e, assim que a bebê nascesse, já teria uma cirurgia. Ia conhecendo através das narrativas e depois conversava com a equipe que me explicava sobre os procedimentos. Muitos bebês passavam pelo procedimento híbrido, que é um tratamento que envolve procedimento cirúrgico e hemodinâmico intervencionista. O procedimento consiste na bandagem das artérias pulmonares e a implantação de um *stent* no ducto



arterioso. Para mim era difícil pensar em colocar *stent* e realizar cirurgia do coração em adultos, quanto mais em recém-nascidos. Várias situações desse tipo foram me fortalecendo para abordar a doença.

2. Abordar a doença: quando as gestantes chegavam ao serviço da Cardiologia Fetal do HCor, já tinham passado pelo reconhecimento da doença no momento pré-natal, as famílias chegavam com esperança da cura de seus bebês. As famílias obtinham informações desde o preparo emocional à aceitação da doença. Quanto mais precoce for o diagnóstico da SHCE, mais tempo a equipe multidisciplinar poderá trabalhar de maneira oportuna e racional com a família, para o aconselhamento e a orientação do prognóstico em curto e longo prazo, e quais serão as opções de tratamento e os resultados esperados (Abrahão, 2019, p. 179). Meu comportamento era escutar, aprender, interagir com muita racionalidade e acolhimento.

3. Auxiliar as gestantes e mães de bebês cardiopatas dessorados a enfrentarem o luto: conversava com as psicólogas, pois as gestantes tinham o acompanhamento psicológico desde a entrada no programa de atendimento da Unidade Fetal até o acompanhamento na sala de parto. “O anúncio da anomalia, vivido como uma ferida e uma humilhação é, a princípio, um cataclisma emocional ao qual é difícil de se subtrair. O sonho do bebê é quebrado. Morte e enfermidade estão muito próximas” (Abrahão, 2019, p 67). Diante do óbito do bebê, era oferecido ambulatório pós-óbito ou o encaminhamento da mãe para serviço externo de psicoterapia. As entrevistas feitas por esta autora, no caso dos bebês que iam a óbito, eram depois desta etapa. Percebi que a escuta qualificada e as interações eram de grande auxílio, pois em nossas entrevistas elas demonstravam sentimento de gratidão, apesar do desfecho.

Ou seja, o impacto inicial de lidar com procedimentos cirúrgicos delicados e complexos e com mães enlutadas me levou a buscar novos recursos conscienciais para assistir essas mães e também com meus conflitos autoparadigmáticos com relação à morte, conforme descrevo no próximo tópico.

#### 4. ACESSANDO AS IDEIAS DA CONSCIENCILOGIA

Na atual vida intrafísica, entre o final da adolescência e início da adultidade, desconfie que tinha algum trabalho para desenvolver com crianças. Busquei uma formação na área da saúde. Iniciei as atividades em hospitais, atuando em maternidade de pediatria e unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIPED). Convivi com mães de bebês em estado grave e, por vezes, a evocação divina era um recurso de consolo na interação assistencial. Lidava com tranquilidade, sempre positiva e comunicativa, e por vezes a religião foi consolo e esperança: “*tudo vai dar certo*”.

Quando se pensa nas possíveis repercussões emocionais dos pais de uma criança cardiopata, primeiramente deve-se considerar o simbolismo que o coração carrega consigo: são atribuídos significados relativos às características principalmente afetivas de uma pessoa, por exemplo, a bondade, a generosidade e a índole. Tais significados proporcionam o surgimento de uma série de fantasias relacionadas, inclusive, à personalidade da criança que está por vir (Abrahão, 2019, p. 67).

Nesta pesquisa, o autoenfrentamento foi inevitável. As posturas religiosas, por si só, não davam mais conta de assistir a essas mulheres, cujos bebês tinham uma das cardiopatias mais graves, a SHCE. Neste momento, percebi ter crenças dogmáticas, a saber: castigo, culpa, pena, pecado, medo da morte física, aversão a algum processo relativo à morte biológica do corpo humano, principalmente de crianças, a Tanatofobia - “pai e mãe de todos os medos e fobias humanas” (Strachicini, 2019, p. 43) - e de vivenciar o luto das mães e famílias.

Outro jeito de pensar é o da visão conscienciológica<sup>1</sup>, na qual a morte é conhecida na qualidade de dessoma, isto é: “A dessoma (des + soma) é a desativação do soma, o corpo humano, a curto ou a longo prazo, condição exclusiva, próxima e inevitável para todas as conscins (Vieira, 2003, p. 942). Conforme Strachicini (2019), o desconhecimento da essência multiexistencial e multidimensional é o que explica o medo da morte. A certeza de que somos uma consciência (ou alma) que tem um corpo e não um corpo que tem uma alma, pode ajudar e extinguir esse medo. As consciências não se perdem, mas reencontram-se para realizar ajustes denominados grupocármicos, avaliar os erros e acertos e fazer correções de curso evolutivo, que ocorrem tanto na intrafísica quanto na extrafísica.

Percebi que era imprescindível a desmistificação de diversas crenças religiosas e principalmente encontrar esclarecimentos sobre tabus, medos e desdramatizar a dessoma através da busca da estabilidade emocional e posicionamento racional frente à morte biológica (Carvalho, 2019), como, por exemplo, a crença de que nascemos para ter uma vida longa e feliz, a qual leva à não aceitação de morte em crianças.

---

1. “A Conscienciológica é a Ciência aplicada ao estudo da consciência de modo abrangente, integral, multidisciplinar, multicultural, multidimensional, multitemporal, multiexistencial, holopensênica, holossomática, holomnemônica, holobiográfica, holocármica e, sobretudo, segundo as reações perante as energias imanentes e as energias conscienciais, bem como os múltiplos estados, níveis de acuidade e condições de manifestação, através das auto e heteropesquisas dos atributos mentaisomáticos, paracerebrais e fenômenos conscienciais em geral” (Vieira, 2003, p. 82 e 83).

## 5. VIVENDO UMA CRISE DO CONFLITO DE PARADIGMAS: COMO DESDRAMATIZAR A DESSOMA DE CRIANÇAS CARDIOPATAS?

Faço este questionamento pois, anteriormente, o processo de dramatização era evidente neste contexto, pois a cada dessoma o viés religioso estava sempre presente. Exemplo disso se dava a cada morte dessas crianças, onde o sentimento de culpa, de perda e castigo eram sempre presentes. Contudo, consegui superar essas situações. Essas inquietações e reflexões me levaram a estudar a Conscienciologia e passei a desdramatizar os acontecimentos em virtude do processo de transição do paradigma religioso, antes vivenciado, para o paradigma consciencial, com seus novos aprendizados. As ideias envolvidas nesta transição estão descritas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Cotejo paradigma religioso - paradigma consciencial

PARADIGMA RELIGIOSO	PARADIGMA CONSCIENCIAL
Verdades inquestionáveis	Verdades relativas de ponta: refutáveis, questionáveis e verificáveis
“Acredite agora, viva com uma hipótese não comprovada até o dia da sua morte”	Princípio da descrença, não acredite em nada, tenha suas próprias experiências
Culpa, punição, castigo	Reciclagens, evolução, grupocarmalidade
Terceirização	Autonomia
Acomodação	Crise de crescimento
Passividade	Autoesforço
Medo da morte	Compreensão sobre o ciclo multiexistencial e a continuidade da consciência

Com a transição de paradigma ficou evidente que esta autora carregava a pensividade no sen (sentimentos-emoções). Na verdade, eu não tinha conhecimento de que os acoplamentos aúricos entre duas consciências pudessem intervir nas próprias emoções. Quando adquiri entendimento do equilíbrio holossomático, consegui melhorar a lucidez e a assistência às participantes do estudo.

Através da neociência, tive oportunidade de acessar novos filtros, pois a consciência é, ao mesmo tempo, sujeito, objeto e instrumento de pesquisa conscienciológica. Desta forma, a autopesquisa levou esta autora a identificar os traços passíveis de autorreciclagem – mudança íntima, sem a qual não ocorre a evolução.

Em resumo, o fato importante nesta trajetória foram as reciclagens intraconscienciais vivenciadas, proporcionando mudanças para melhor, através de um novo entendimento sobre a existência humana, superação das crenças dogmáticas, a exemplo de “entregar ao divino os acontecimentos”.

## 6. APANHADO DE APRENDIZADOS EVOLUTIVOS SOBRE A DESSOMA

Comecei a adquirir novas sinapses e com a movimentação de energias a interação com as participantes do estudo aconteceu com mais discernimento, sentindo a necessidade de desapegar do paradigma pessoal ultrapassado. Observava padrões de vitimização, pela interferência de consciexes sofredoras, buscando assistir e percebendo que os fatos vivenciados são oportunidade de recomposições grupocármicas.

Desta forma, com base no princípio da inseparabilidade grupocármica, *de que ninguém perde ninguém*, o luto pela dessoma das crianças deixou de ser um fardo, ficando esta autora mais racional, podendo focar em qualificar a interassistência junto às mães dessas crianças.

Outro ponto a destacar foi a possibilidade de interagir energeticamente com os companheiros das participantes da pesquisa, pois estes as acompanhavam até o local onde aconteciam as entrevistas.

Entre idas e vindas para visitar os bebês, na UTI, encontrava-me com esses pais e conversava sobre a evolução dos bebês. Em uma dessas ocasiões, em uma visita a uma das participantes na Unidade de Internação, e o pai, que acompanhara o parto, relatou a felicidade de ver seu filho, e o amor que sentira. Senti-me privilegiada por compartilhar esses momentos especiais da vida deles e observei o quanto essas falas fortaleciam o vínculo entre o casal. Também nestes momentos sentia a presença dos amparadores de função e os banhos energéticos eram perceptíveis.

De posse de neologismos conscienciológicos, tive a oportunidade de conversar com os casais sobre os bebês que não sobreviveram e, ao entrar na seara da espiritualidade, alguns falavam em outras vidas, que “estava escrito que seria assim”. As impressões desta autora eram que eles já tinham informações parapsíquicas e eu, então, já tinha um pouco mais de lucidez sobre o assunto. Obviamente, não era abordado abertamente os novos estudos sobre o paradigma consciencial. Respeitava as crenças e culturas dos pais, todavia vivenciava fenômenos parapsíquicos.

Em todo este trabalho pesquisístico, foi possível vivenciar algumas retrocognições que trouxeram melhor compreensão do trabalho com crianças nesta vida intrafísica. Em uma dessas experiências obtive informações sobre ter sido, em vida pregressa, negligente com um certo grupo de crianças em determinada localidade da Europa.

Experienciei projeções com bebê que me avisou da dessoma (morte biológica), chamada na conscienciologia *Projeção Antefinal* (Vieira, 2019, p.146) – Experiência da consciência fora do corpo humano, involuntária ou forçada, comum aos doentes terminais em que a consciência dá adeus a familiares e amigos. Tenho

a hipótese que a consciência bebê acompanhou todas as intervenções assistenciais ao seu tratamento do soma.

Observei que bebês que ficaram pouco tempo nesta dimensão uniram os casais; as reflexões foram muitas; muitas oportunidades de reciclagens. Uma das questões mais importante que aprendi foi sobre escutar, eu tinha uma maneira prescritiva de ser, sempre apontando caminhos, mas aprendi através da metodologia da entrevista e da vivência do parapsiquismo, acolher, escutar as mães e suas narrativas e perceber uma grande oportunidade de vivenciar a interassistência.

Das lições aprendidas fica a compreensão sobre a imortalidade da consciência. Tive oportunidade de realizar muitos cursos e de ter as próprias experiências; acessei inúmeros verbetes que me foram muito esclarecedores, entre eles alguns que me ajudaram a refletir sobre a dessoma. Por exemplo, destaco o verbete *Cultura da Dessomatologia*<sup>2</sup> (Lopes, 2012).

Descobri também a Técnica da Tenepes<sup>3</sup>. Quando frequentava o Instituto Internacional de Projeciologia e Conscienciologia, no Centro de Estudos Avançados em São Paulo - IIPC - CEA-SP, lugar onde a escrita da minha tese fluía, fazia pedido de Tenepes para as crianças cardiopatas.

Descobri que eu era uma conscin tenepessável: “a pessoa interessada em adquirir compreensão sobre a tarefa evolutiva da tenepes, visando priorizar a evolução consciencial no trabalho de assistência, e que ainda não é tenepessista” (Thomaz, 2015, p. 71). Entretanto, avaliei que quando fazia inúmeros pedidos de TENEPES para as crianças cardiopatas, ainda não tinha alcançado a condição de uma Consciência Antidogmática<sup>4</sup>.

Foi ficando claro que a “consciência é mais do que o estado consciente, a razão ou a ética, que definia o próprio sujeito, a pessoa pesquisada e compreendida sob a abordagem de um princípio consciencial, ego, personalidade, self, espírito, alma, essência, em contínuo processo evolutivo, com possibilidades de manifestações em diferentes corpos, dimensões, vidas- experiências multimilenares e em muitas dimensões, lugares e planetas” (Cerato, 2005, p.17).

---

2. “A Cultura da Dessomatologia o cabedal de conhecimentos teáticos, o padrão de comportamentos, o conjunto de costumes e o corpo de valores evolutivos formadores da neomundividência relativa à desativação do corpo físico, entendida a passagem natural a outra condição paravivencial alternante à existência humana, implantada de modo gradativo pela conscin, homem ou mulher, pesquisadora das verpons conscienciológicas” (Lopes, 2012).

3. “A Tenepes é a transmissão de energia consciencial, assistencial, individual; realizada todos os dias, 7 dias por semana, 365 dias por ano, com horário fixo; Técnica aplicada com isolamento intrafísico total da consciência, trabalho auxiliado por amparador ou amparadores extrafísicos, praticada na vigília física ordinária, ou seja, pela consciência intrafísica. Tem foco assistencial: consciências carentes ou enfermas, intra ou extrafísicas” (Vieira, 2011, p.11).

4. “Consciência Antidogmática: é a condição de autonomia assumida pela mulher ou homem, atuando com lucidez no exercício pleno do livre-arbítrio, no ato de fazer escolhas lúcidas para a própria vida, agindo pela própria vontade, rejeitando cangas de opiniões coercitivas alheias, verdades absolutas in-verificáveis, doutrinas e dogmas de todas as naturezas e, a partir disso, dinamizando existência pessoal e grupal” (Strachicini, 2019, p.21).

Com base nesses novos estudos, da Conscienciologia, esta autora procurou superar as próprias incoerências no processo de transição autoparadigmática, mediante algumas autoprescrições:

1. Não ser apenas consumidor da Conscienciologia, tentar evoluir com afinco, autoesforço e autopesquisa (Remédios, 2012).
2. Não assumir que a Conscienciologia seja a verdade absoluta – utilizar o princípio da descrença – considere experimentar e não admitir nada sem questionar e refletir. Comprove tudo pela autexperiência (Vernet, 2020, p. 35).
3. Conquistar a autonomia bioenergética através da Técnica do Estado Vibracional (Bolfe, 2020, p. 15).
4. Qualificar os pensenes (Kunz, 2016, p.28).
5. Qualificar o parapsiquismo através do discernimento (Weigert, 2021, p.41).
6. Identificar as reciclagens prioritárias.

Nessa direção compreendi mais um pilar da Conscienciologia, a **Cosmo-ética**. A evolução da consciência se dá necessariamente em grupo, juntamente com outros compassageiros evolutivos. Reconheço que a convivência com as participantes do estudo faz parte da minha trajetória nesta vida intrafísica. Ninguém evolui sozinho. “A Cosmoética é a *Ética Cósmica*, multidimensional, mais ampla que a intrafísica, regendo as interações conscienciais nas múltiplas dimensões” (Vernet, 2021, p. 26).

Vivenciei o acolhimento das inúmeras instituições conscienciocêntricas pelos diversos cursos que realizei e as inúmeras tertúlias a que assisti, levando-me a inquietações principalmente em aplicar o método científico nos estudos da própria autopesquisa. Acessei uma ortopensata do professor Waldo Vieira que diz:

As **autopesquisas científicas** compõem o principal apoio sólido que o Ser Humano dispõe contra a irracionalidade, o obscurantismo, as megaimaturidades e as lavagens subcerebrais de toda a natureza que campeiam e subvertem a Socin, quando ainda patológica (Vieira, 2019a, p.223).

Gosto muito da noção de autopesquisa, que envolve a busca do autoconhecimento de modo técnico e que, por isso, leva à aceleração de reciclagens intraconscienciais, podendo gerar mudança de patamar evolutivo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de artigos e verbetes da Conscienciologia, me deparei com as infinitas possibilidades de abordar o tema e a necessidade de avançar na construção de um conhecimento científico de cunho interassistencial. Isso significou, pensar

e escrever um projeto de pesquisa pautado na metodologia conscienciológica para organizar as frentes interassistenciais, auto e maxiproexológicas, identificando e descrevendo meu público-alvo e construindo significados multidimensionais pessoais (Kauati, 2014; Zaslavsky, 2021; Weigert, 2021). Desse modo, considero que essa etapa de transição autoparadigmática é uma oportunidade evolutiva.

Percebi ao longo da trajetória a qualificação da assistência prestada, saindo de uma condição limitada de crenças religiosas, para uma condição mais avançada de autonomia consciencial. Conheci ferramentas que me possibilitaram ampliar a assistência prestada para conscins e conciexes assistidas neste contexto, em parceria com amparadores técnicos de função. Por exemplo: tarefas de esclarecimento, mobilização básica das energias, tenepes, projeção e docência conscienciológica.

Todos esses acontecimentos oportunizaram reperspectivar o caminho evolutivo, por meio da compreensão da dessoma de crianças cardiopatas, substituindo olhar dramatizado no cenário vivenciado, por novos filtros, proporcionados pelo acesso ao paradigma consciencial. A consciência que se sente incansável na condição assistencial, espero ter esclarecido sobre o meu processo de ressignificação da dessoma.

## REFERÊNCIAS

- Abrahão, A. L. & Jatobá, M. M. (2019). *Enfermagem em Cardiopatas Congênitas: Neonatal e Pediátrica*. São Paulo: Atheneu.
- Barber-Marcial, M. & Tanamati C. Síndrome da hipoplasia do coração esquerdo.(2005) In: Santana M.V.T. *Cardiopatas do recém-nascidos: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Atheneu.
- Brenner JI, Kuehl K. Hypoplastic left heart syndrome and other left heart disease. *Cardiology in the young*. 2011, 21(suppl2): 23-27.
- Bury M.(1997). *Health and illness in a changing society*. London: Routledge.
- Carvalho, C., Pavezzi, L., Benine, M.C. & Carvalho, W. (2019). *Dessoma: Novas abordagens para o estudo da morte*. Epígrafe. Foz do Iguaçu, Editares
- Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estudos avançados*.2013; 27(78):7-26.
- Cerato, Sonia (2005). *Autopesquisa da Consciência*. Caderno de Campo do Pesquisador. Foz do Iguaçu: Instituto Internacional de Projeciologia e Conscienciologia.
- Chizzotti, A. A. (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Port Ed.*, 16(2), 221- 236.
- Denzin, N. K.(1989). *Interpretative interactionism*. London: Sage.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In:



- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Orgs.). (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Flick, U. (2009). *Desenho da Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Gadamer, H.G. (1999). *Verdade e método*. 3.ed.Trad. Petrópolis: Vozes.
- Garro, L.C. (1994). Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind and body in stories concerning the temporomandibular joint. *Soc Sci Med*, 38(6),775-788.
- Geertz, C. A. (1989). *Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Hospital do Coração (Hcor). Protocolos assistenciais da cardiopediatria - Filantropia do Hcor [internet]. São Paulo: Hcor; 2022. Disponível em: <http://www.hcor.com.br>.
- Heidegger, M. (1988). *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes.
- Kauati, Adriana. (2014). Autopesquisa, parapsiquismo e autocientificidade. *Interparadigmas*, 2(2), p.12.
- Knauth, D. R & Leal, A. F. (2014). A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. *Interface Comum Saude Educ*. 8(50), 457-67.
- Kunz, G. (2016). *Manual do materpensene: a síntese da consciência*. Foz do Iguaçu: Editares.
- Lara, Enilda Maria de Sousa. (2014). *Trajatória de gestantes/puérperas em uma unidade de cardiologia fetal de um hospital filantrópico: uma abordagem etnográfica*. (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Lopes, Adriana. (2012). Verbete: Cultura da Dessomatologia. *Enciclopédia da Conscienciologia*. Foz do Iguaçu, Editares.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, Maria Cecília de Souza. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-623.
- Minayo, Maria Cecília de Souza. (2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25.ed. Rio de Janeiro: Vozes.
- Pequenos corações. (2022). O que é a síndrome de hipoplasia do coração esquerdo? Recuperado de <http://www.pequenoscoracoes.com/shce.html>.
- Remédios, J. (2012). Verbete: Síndrome do Conflito de Paradigmas (Parapatologia; Nosográfico). *Enciclopédia da Conscienciologia*. Foz do Iguaçu, Editares.
- Santos, L. & Andrade, L.O.M. (Orgs). (2013). *Saúde Pública, meu amor*. Campinas, SP: Saberes.
- Sarbin, T.R. (1986). *Narrative psychology*. New York: Praeger.
- Strachicini, W. (2019). *Consciência antidogmática: reciclagem de ideias dogmáticas da ciência, filosofia e religião pela Conscienciologia*. Foz do Iguaçu: Editares.
- Soares, A. M. (2020). Mortalidade em Doenças Cardíacas Congênitas no Brasil - o que sabemos? *Arq. Bras. Cardiol*, 115(6), 1174:1175.

- Souza, A.L., Wottrich, S.H., Seelig, C., Viguera, E.S.R & Ruschel, P.P. (2007). O acompanhamento psicológico a óbitos em unidade pediátrica *da SBP*,10(1),151-160.
- Thomaz, Marina & Pitaguari, Antonio (Orgs).(2015). *Tenepes: assistência interdimensional lúcida*. Foz do Iguaçu: Editares.
- Vernet, O. (2020). *Descenciograma: fundamentação e tática*. Foz do Iguaçu: Editares.
- Vieira, W. (2003). *Homo sapiens reurbanisatus*. Foz do Iguaçu, PR: Associação Internacional do Centro de Altos Estudos da Conscienciologia (CEAEC).
- Vieira, W. (2019a). *Léxico de ortopensatas*. 2. ed. e aum. Foz do Iguaçu: Editares.
- Vieira, W. (1994). *O que é conscienciologia*. Rio de Janeiro, IIPC.
- Vieira, W. (2011). *Manual da tenepes: tarefa energética pessoal*[livro eletrônico]. 3.ed. Foz do Iguaçu: Editares.
- Vieira, W. (2013). *Nossa evolução*. 3. ed. Foz do Iguaçu: Editares.
- Vieira W. (2019b). *Projeciologia: Panorama das experiências da consciência fora do corpo*. 11.e. Foz do Iguaçu: Editares.
- Weigert, E.M., Giugliani, E.R., França, M.C., de Oliveira, L.D., Bonilha, A., do Espírito Santo, L.C. (2005). Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr* (Rio J), 81,310-6.
- Weigert, Gabriel Lara. (2021). *Verbete: Construção Multidimensional de Significados*. *Enciclopédia da Conscienciologia*. Foz do Iguaçu: Editares.
- Weigert, Gabriel Lara. (2022). *Autoconfiança Parapsíquica*. Foz do Iguaçu: Editares.
- Zaslavsky, Alexandre. (2019). Autoexperimentação Consciencial: O Método Científico Conscienciológico. *Conscientia*, 23(3), 147-158.
- Zaslavsky, Alexandre. (2021). *Verbete: Método*. *Enciclopédia da Conscienciologia*. Foz do Iguaçu: Editares.

**Enilda Maria de Sousa Lara** é graduada em Nutrição (Instituto Metodista de Educação e Cultura -Porto Alegre-RS), Mestre em Pediatria pela Universidade Federal do RS (UFRGS), Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora de Projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – (PROADI-SUS) no Instituto de Ensino e Laboratório de Implementação do Conhecimento em Saúde do Hospital do Coração - LICs/Hcor/São Paulo. Voluntária da Conscienciologia desde 2015 no Instituto Internacional de Projeciologia e Conscienciologia-SP, sendo docente desde 2015. Tenepessista desde 2015.

