

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**THAÍS MENDONÇA RESENDE**

**ACUPUNTURA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS AMBULATORIAIS: UM CUIDADO  
ESPIRITUAL DE ENFERMAGEM**

**Juiz de Fora  
2014**

**THAÍS MENDONÇA RESENDE**

**ACUPUNTURA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS AMBULATORIAIS: UM CUIDADO  
ESPIRITUAL DE ENFERMAGEM.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu*, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - área de concentração: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito para a obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Betânia Maria Fernandes

**Juiz de Fora**

**2014**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mendonça Resende, Thais .  
ACUPUNTURA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS AMBULATORIAIS: UM CUIDADO ESPIRITUAL DE ENFERMAGEM / Thais Mendonça Resende. -- 2014.  
087 p. : il.

Orientador: Betânia Maria Fernandes  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Cuidar. 2. Acupuntura. 3. Espiritualidade. 4. Teoria de Enfermagem. 5. Teoria Psicológica. I. Maria Fernandes, Betânia, orient. II. Título.

**THAÍS MENDONÇA RESENDE**

**Acupuntura para pacientes oncológicos ambulatoriais: um cuidado espiritual de enfermagem.**

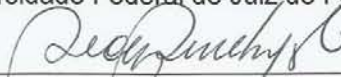
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu*, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - área de concentração: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito para a obtenção do título de mestre em enfermagem.

Aprovado em: 25/04/2014

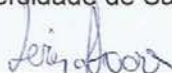
**BANCA EXAMINADORA**



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Betânia Maria Fernandes (Presidente)  
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Leonice Fumiko Sato Kurebayashi (1<sup>ª</sup> Examinadora)  
Universidade de São Paulo (USP)



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Teresa Cristina Soares (2<sup>ª</sup> Examinadora)  
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ruth Natalia Teresa Turrini (Suplente)  
Universidade de São Paulo (USP)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria das Dores Souza (Suplente)  
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

## DEDICATÓRIA

*O vento convida-me a deixar-vos.  
Menos pressa tenho eu do que o vento, porém, devo ir-me.  
Nós, os errantes, sempre em busca do caminho mais solitário, jamais começamos um dia onde encerramos o anterior; e a aurora nunca nos encontra onde nos deixou o poente. Mesmo quando a terra dorme, nós viajamos.  
Somos as sementes de obstinada planta e, quando maduros e na plenitude de nossos corações, somos espalhados ao vento...*

(Khalil Gibran)

Dedico este trabalho a todos que me incentivaram, inspiraram e encorajaram, e que assim, de forma particular, deixaram suas marcas durante esse processo enriquecedor e transformador. Contribuições singulares que com suas particularidades auxiliaram-me a superar, a explorar e a descobrir diversas facetas da Vida, desta Vida plena e fascinante, pois o desenvolvimento não se restringe ao campo cognitivo, mas trata-se de um desenvolvimento transpessoal. Não citarei nomes, pois muitos fizeram e ainda fazem parte desta construção, que na verdade não está acabada, pois compondo o processo dinâmico da Vida, hoje me revela outras nuances que me instigam a prosseguir. E nesse prosseguimento, a presença é algo contínuo; presenças que também me impelem continuamente e que certamente sentem minha gratidão ecoar em seus corações!

## AGRADECIMENTOS

*Nenhum homem pode revelar-vos o que não esteja semi-adormecido no alvorecer de vosso conhecimento.  
O mestre que caminha nas sombras do templo, entre os seus seguidores, não doa sua sabedoria, mas sim  
sua fé e sua ternura.*

*Se for realmente sábio, não vos convidará a entrar na mansão de seu saber, mas sim, vos conduzirá ao limiar  
de vossa própria mente.*

*O astrônomo pode falar-vos do seu conhecimento do espaço, mas não poderá passar-vos sua compreensão.  
O músico pode cantar o ritmo que existe em todo o espaço, mas não pode conceder-vos o ouvido que capta a  
melodia nem a voz que a reproduz.*

*E quem detém ciência dos números, pode vos contar sobre as regiões dos pesos e medidas, mas não pode  
vos conduzir até lá.*

*Pois a visão de um homem não empresta as suas asas a outro homem.*

*E assim, como cada um de vós é uma unidade da consciência de Deus, cada um deve vivenciar seu  
conhecimento de Deus e ter sua compreensão do mundo.*

(Khalil Gibran)

Agradeço à querida Betânia Maria Fernandes, minha orientadora, que me acolheu e que se dispôs ao desafio de me guiar na exploração de um tema, para ela, pouco familiar. A confiança depositada em mim foi fundamental para meu amadurecimento e para imprimir o toque pessoal neste trabalho, permitindo um processo construtivo prazeroso, criativo e, sobretudo, significativo para minha vida. Obrigada querida Betânia por compartilhar desse rico caminhar!

Minha gratidão especial ao querido Marcelo Ribeiro Dantas, psicólogo transpessoal e existencial, mestre em Letras, doutor em Ciência da Religião e pós-doutor em Psicanálise. Sua assessoria voluntária foi fundamental para o desenvolvimento do referencial teórico relacionado à psicologia transpessoal, ou seja, para a sustentação de minha pesquisa. Contribuição e presença inestimáveis! Gratidão eterna, meu querido!

Agradeço, enfim, a CAPES pelo incentivo financeiro, o que possibilitou viabilizar esta pesquisa isentando-me da oneração dos recursos pessoais.

## RESUMO

**Introdução:** O câncer tem sido considerado um problema de saúde pública mundial. Estratégias de controle vêm sendo desenvolvidas, incluindo os cuidados paliativos, que preconizam a assistência espiritual com o intuito de minimizar a dor espiritual comumente vivenciada pelos pacientes. A acupuntura tem sido utilizada nesse contexto e tem apresentado bons resultados no controle dos desconfortos físicos e emocionais; porém, não existem pesquisas que demonstrem sua atuação direta sobre a dimensão espiritual. Esta terapêutica encontra adesão entre os profissionais enfermeiros e respaldo teórico por meio da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. A teórica propõe o resgate do cuidar enquanto prática sagrada e aposta no uso dessa tecnologia para o alcance do objetivo citado acima. Influenciado pela psicologia transpessoal de Ken Wilber, o cuidado espiritual nessa perspectiva consiste em estimular o desenvolvimento consciencial em direção ao nível mais elevado de consciência, que é o transcendental, visto como forma de promover a realização plena do ser humano, ou seja, a harmonia integral. **Objetivos:** Identificar o desenvolvimento dos elementos espirituais dos pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial submetidos à acupuntura, segundo a teoria transpessoal de Jean Watson e Ken Wilber e avaliar a ação da acupuntura sobre a dimensão espiritual desses pacientes como uma prática complementar ao tratamento convencional e, também, como uma prática ampliadora do cuidado de enfermagem. **Metodologia:** Investigação de natureza qualitativa, com abordagem exploratória. O cenário foi uma instituição filantrópica e especializada no tratamento do câncer em um município mineiro. A coleta de dados ocorreu no ambulatório de radioterapia no período de agosto a outubro de 2013. Participaram do estudo treze pacientes do sexo feminino, com faixa etária entre 41-75 anos e período diagnóstico de um mês a cinco anos. Foram realizadas dez sessões de acupuntura, três vezes na semana, e com duração de trinta minutos cada sessão. Foram tonificados por meio do agulhamento os pontos dos aspectos mentais e espirituais (B42, B44, B47, B49 e B52). Os dados foram coletados por meio da entrevista semi-estruturada desenvolvida antes das dez sessões e ao término dessas. Os depoimentos foram gravados em mini gravador e posteriormente transcritos. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. **Resultados:** Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin e divididos em três categorias. Na primeira, “A vivência de experiências transformadoras”, a maioria das entrevistadas relatou momentos de paz profunda e relaxamento, além da remissão dos desconfortos físicos. Na segunda categoria, “O redescobrimto: uma nova forma de ‘Ser’”, os relatos apontaram para novas possibilidades de ‘Ser’, como aceitar, perdoar e adaptar-se. Na terceira, “A conscientização do ‘Eu’: ampliando a visão”, identificamos a emersão de elementos como clareza, harmonia, discernimento, força e coragem. **Conclusão:** A acupuntura parece ter atuado diretamente sobre a dimensão espiritual ao aliviar a dor espiritual e se mostrou como possível tecnologia ampliadora do cuidar. Os resultados encontrados propiciaram reflexões e novas indagações que apontam para a possibilidade da presente pesquisa ser explorada e desencadear novos olhares.

**Palavras-chave:** Cuidar; Acupuntura; Espiritualidade; Teoria de Enfermagem; Teoria Psicológica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer has been considered a global public health care issue. Control strategies have been developed, including palliative care, which endorse spiritual assistance to minimize the spiritual pain commonly experienced by the patients. Acupuncture has been utilized in such context presenting good results in the control of physical and emotional discomfort, although there is no research demonstrating its direct action over the spiritual dimension. This therapy finds accession among nursing professionals and theoretical support by means of the transpersonal care theory by Jean Watson. The author proposes the redemption of caring as a sacred practice and proposes the use of such technology to reach that goal. Influenced by the transpersonal psychology by Ken Wilber, spiritual care in this perspective consists on stimulating the consciencial development towards a greater awareness level; the transcendental, as a form of promoting the full realization of the human being, that is, the integral harmony. **Objectives:** Identifying the development of the spiritual elements in oncologic patients in ambulatory treatment subjected to acupuncture, according to the transpersonal theory by Jean Watson and Ken Wilber and assessing the action of acupuncture over these patients' spiritual dimension as a complementary practice to conventional treatment, highlighting the nursing care. **Methodology:** Investigation of qualitative nature, with exploratory approach. The setting was a philanthropic institution specialized in cancer treatment at a municipality in Minas Gerais. Data gathering took place at the radiotherapy ambulatory from August to October of 2013. Thirteen female patients took part in the study, with ages ranging from 41 to 75 years, and diagnostic period from one month to five years. They had ten acupuncture sessions, three times a week and thirty minutes each. Mental and spiritual aspects were toned by means of needle punctures (B42, B44, B47, B49 e B52). The data collected by means of semi structured interview developed before the ten sessions and after they had finished. Data gathering took place after approval by the Ethics Committee of Research with Human Beings – Brazil Platform. **Results:** The data was analyzed by means of Bardin's content analysis and divided into three categories. In the first one "Living transformative experiences", most of the interviewees related moments of profound peace and relaxation, beyond the remission of physical discomforts. In the second category "Rediscovering: a new form of 'Being'", the statements pointed to new possibilities of 'Being' as acceptance, forgiveness and adaptation. In the third one "Awareness of 'Self': magnifying the vision" we identified the immersion of elements like clarity, harmony, discernment, strength and courage. **Conclusion:** Acupuncture acted over the spiritual dimension by relieving the spiritual pain and presented itself as a possible technology in amplifying care. The results found made it possible to reflect and new considerations which point towards the possibility of the present research be explored and set in motion new perspectives.

**Keywords:** Care; Acupuncture; Spirituality; Nursing Theory; Psychological Theory.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL CONTEXTUAL</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	O câncer e seu percurso histórico: uma abordagem sobre sua complexidade	<b>15</b>
<b>2.2</b>	Os cuidados paliativos como estratégia para o resgate do cuidar em saúde e na enfermagem	<b>18</b>
<b>2.3</b>	A acupuntura como tecnologia do cuidar em saúde e na enfermagem: resgatando a integralidade	<b>23</b>
<b>2.4</b>	Espiritualidade, Ciência e Saúde	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>36</b>
<b>3.1</b>	A Psicologia Transpessoal	<b>36</b>
<b>3.2</b>	O Cuidado Transpessoal	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>43</b>
<b>4.1</b>	Delineamento do estudo	<b>43</b>
<b>4.2</b>	O cenário	<b>43</b>
<b>4.3</b>	Os participantes da pesquisa	<b>43</b>
<b>4.4</b>	Coleta dos dados	<b>44</b>
<b>4.5</b>	Aspectos éticos	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	A vivência de experiências transformadoras	<b>54</b>
<b>5.2</b>	O redescobrimto: uma nova forma de Ser	<b>58</b>
<b>5.3</b>	A conscientização do Eu: ampliando a visão	<b>62</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>72</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>83</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o câncer tornou-se um evidente problema de saúde pública mundial. Estima-se que em 2030 o número de novos casos de câncer seja de aproximadamente 21,4 milhões, sendo que desses, 13,2 milhões evoluirão para óbito. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda. No Brasil, as estimativas para o ano de 2014 serão válidas também para o ano de 2015 e apontam a ocorrência de aproximadamente 395 mil casos novos de câncer, sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma (182 mil novos casos). Espera-se um total de 205 mil casos novos para o sexo masculino e 190 mil para o sexo feminino (INCA, 2014).

Estratégias direcionadas ao controle do câncer têm sido desenvolvidas, sendo uma delas os cuidados paliativos. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) os definem como cuidados ativos e integrais prestados por equipe multiprofissional aos pacientes e a seus familiares diante de doença crônica, degenerativa, e/ou potencialmente fatal, sendo fundamental o controle da dor e de outros sintomas através da prevenção e do alívio do sofrimento, incluindo apoio ao luto (ANCP, 2009).

Nesse contexto, cabe à (ao) enfermeira (o) desenvolver suas ações sob um novo paradigma. A prática profissional pautada no modelo curativo e na doença perde seu sentido quando se depara com a condição de cronicidade e de possível terminalidade. A reelaboração das ações, nesse contexto de cuidado, visa à criação de estratégias para a redução do sofrimento do paciente nas suas várias dimensões. Além dos cuidados nas esferas física, psíquica e social, Gobatto e Araújo (2010) alertam para a importância do cuidado espiritual ao paciente oncológico, que comumente vivencia a denominada dor espiritual. Segundo esses estudiosos, ter como diagnóstico uma doença que carrega o estigma social de ser incurável e fatal desperta no ser humano o medo da morte, da pós-morte e do desconhecido, além de desencadear profunda crise existencial e abalos consideráveis na sua relação com o transcendente.

Em geral, muito se tem avançado no controle dos sintomas físicos e emocionais, bem como nos desajustes sociais; porém, o cuidado espiritual promovido pela equipe de saúde ainda é insuficiente, ficando em segundo plano quando comparado aos primeiros

(PERES et al, 2007). Batista (2010) relata que a abordagem superficial desse tema na formação universitária em saúde e a falta de conscientização do profissional sobre a dimensão espiritual do ser humano são alguns fatores possivelmente relacionados à problemática apontada por Peres e colaboradores (2007).

Incluir a assistência espiritual significa efetivar o cuidar em enfermagem, levando em conta seu aspecto integral. Esse princípio é defendido por Watson (2002) por meio da proposta do desenvolvimento de um modelo de cuidado centrado no indivíduo, na sua singularidade e na sua integralidade, resgatando o arquétipo feminino antigo do cuidar-curar, ou seja, conectar-se, intuir, sentir e cooperar. A autora acredita que olhar para a individualidade significa valorizar a dimensão espiritual do ser humano.

Nesse aspecto, Watson é inspirada pelas ideias de Ken Wilber, psicólogo transpessoal. Esse afirma que algumas doenças têm, em grande medida, causas e curas físicas, mas a maioria das doenças inclui componentes emocionais, mentais e espirituais. Para propor o equilíbrio total, ou seja, a saúde, o foco de sua proposta se dá no desenvolvimento espiritual ou transpessoal, uma vez que esta dimensão abrange as anteriores. Para alcançar a transcendência<sup>1</sup>, ou o acesso à dimensão espiritual, significa

Expandir o eu para além da esfera pessoal (física, mental e emocional), passando para a esfera da imensa vastidão, da claridade resplandecente, implicando que cada esfera mais elevada transcende e inclui seus precedentes, como várias correntes percorrendo ondas de inclusão maior (WILBER, 2013, p.121).

E, para realizar esse movimento, Wilber apresenta a proposta do Mapa Integral, que é composto por cinco elementos – os quais serão descritos mais adiante, sendo que esses se comunicam e devem ser continuamente desenvolvidos. Seria um roteiro, um auxílio, para que cada um aprenda a localizar e a valorizar os cinco elementos em sua própria percepção e assim acelerar o autocrescimento. E, no âmbito da assistência à saúde, esse processo deve ser bilateral, ou seja, compartilhado pelo profissional e por quem está sendo cuidado.

---

<sup>1</sup> Na literatura transpessoal encontramos como sinônimos as palavras dimensão espiritual, transcendência, transpessoal, espiritualidade, espiritual, Self, Eu, Ser. Dessa forma, é importante esclarecer que, de acordo com a literatura transpessoal, o cuidado espiritual é sinônimo de cuidado transpessoal, e a escolha do termo cuidado espiritual para título e objeto da presente pesquisa justifica-se pela, ainda, pouca divulgação/utilização da segunda terminologia na área da saúde.

Nesse sentido, com o intuito de efetivar tal mudança de atitude, o profissional de enfermagem precisa acessar uma nova consciência, transcender o espaço e o tempo linear. Esta postura potencializaria as ações de cura e de auto cura, ou seja, as transformações de forma recíproca. Esse modelo não descarta os avanços da medicina moderna, considerando esses ganhos importantes, mas aposta em uma relação equilibrada entre ambos (WATSON, 2002).

A partir desses princípios, Watson propõe um modelo de cuidar-curar transpessoal baseado na teoria do holograma, que define a existência de campos energéticos que circundam o Universo e tudo que nele habita, formando uma cadeia interconectiva. Nesse contexto, a consciência exerce um papel importante na regulação das frequências energéticas que determinam o processo de saúde-doença. Pensamentos negativos geram energias de baixa frequência que desencadeiam desequilíbrios físicos, emocionais e espirituais. O processo inverso simboliza a saúde. Se houver uma conexão com a consciência espiritual, na qual não existe flutuação de pensamento, alcança-se a cura integral. Se há sofrimento, há dualidade ilusória e domínio do ego. Na unidade, existe paz e manifestação do 'Eu' real/espiritual. Mecanismos para acessar essa dimensão são descritos pela autora, como por exemplo, os exercícios meditativos, a prática da yoga e as terapias complementares, como a acupuntura, ou seja, técnicas de autoconhecimento que visam à autotransformação (WATSON, 2002).

Kurebayashi (2009) relata que os enfermeiros têm utilizado a acupuntura como ferramenta de cuidar com o objetivo de prestar uma assistência integral por meio do desenvolvimento de uma visão ampliada do processo saúde-doença. Todavia, na opinião dessa autora, para que a enfermeira assuma o papel de acupunturista, dentro das instituições de saúde, deve haver um esforço reflexivo para incorporar os novos conhecimentos à prática profissional e um empenho para transformá-la.

Proveniente da medicina chinesa e caracterizada, no Ocidente, como uma terapia complementar, a acupuntura visa o equilíbrio global do indivíduo através do estímulo dos chamados pontos acupunturais que cobrem a superfície do corpo humano. A aplicação de agulhas como forma de estimulação tem sido um dos métodos mais difundidos e utilizados fora da China (MORAES, 2007).

No cuidado oncológico, a acupuntura tem apresentado bons resultados na analgesia e na redução dos efeitos colaterais provocados pelo tratamento quimioterápico (FUMIS, 2011). No entanto, tem sido relatado o possível acesso à dimensão espiritual do paciente através dessa técnica terapêutica (PERES et al, 2007). Mais especificamente, Kaufman e Salkeld (2008) descreveram a influência da acupuntura sobre essa dimensão como o resultado secundário de um tratamento, no qual o foco central era o desconforto físico provocado pelo câncer. Segundo os autores, os pacientes vivenciaram um momento de *insight*, uma sensação de paz e de alívio, que pode ser comparada aos efeitos da meditação.

Souza e Luz (2011) afirmam que a eficácia é o que constitui o objetivo das pesquisas para a legitimação da prática da acupuntura, embora ainda não existam evidências conclusivas sobre o seu mecanismo de ação. Muitas dúvidas foram esclarecidas, como é o caso do efeito da acupuntura no alívio da dor; porém, outras esperam ser elucidadas, conforme a hipótese sobre sua ação na dimensão espiritual.

Atuando como enfermeira e na minha prática de acupunturista, percebo que a acupuntura, contribui para a ampliação do cuidar em enfermagem. A partir da teoria energética<sup>2</sup>, a acupuntura propõe o equilíbrio entre o corpo, a mente, o ambiente e o transcendente. O indivíduo é considerado uma unidade microcós mica da natureza, da sociedade e do universo. Busca-se estimular o organismo através de uma relação equilibrada entre o micro e o macrocosmo ao invés de combater a doença, que é um processo natural do fluxo da vida, assim como o envelhecimento e a morte (MORAES, 2007). A proposta de atuar de forma harmônica e não controladora é perspectiva comum entre o cuidar e a acupuntura.

Além disso, observo em meu cotidiano profissional que, na maioria das instituições de saúde, o cuidado espiritual por parte da equipe de enfermagem não é considerado um aspecto que deveria fazer parte da assistência ao ser humano. Pondero que o cuidar direcionado à dimensão espiritual dos pacientes oncológicos se faz premente pela condição na qual eles se encontram, ou seja, a possibilidade de incurabilidade e de terminalidade, na maioria dos casos, experimentando a denominada dor espiritual. Nesse sentido, a

---

<sup>2</sup> A teoria energética descreve a existência de campos eletromagnéticos que circundam o universo e tudo que nele habita, formando uma cadeia interconectiva. No ser humano tais campos estão expressos através dos corpos energéticos, dos centros e dos canais de energia (MORAES, 2007).

acupuntura poderá ser uma prática que a enfermeira acupunturista utilizará na ampliação do cuidar.

A partir destas questões surgiu o meu interesse em desenvolver uma pesquisa cujo objeto de estudo é **“Acupuntura para pacientes oncológicos ambulatoriais: um cuidado espiritual de enfermagem”**.

Nesta investigação, foi proporcionada aos pacientes a aplicação de acupuntura e, posteriormente, foi feita uma análise da atuação desta técnica sobre a dimensão espiritual dos mesmos.

Assim, os objetivos desta investigação são:

- Identificar o desenvolvimento dos elementos espirituais dos pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial submetidos à acupuntura, segundo a teoria transpessoal de Jean Watson e Ken Wilber.

- Avaliar e discutir a ação da acupuntura sobre a dimensão espiritual desses pacientes como uma prática complementar ao tratamento convencional e como uma prática estimuladora do cuidado espiritual de enfermagem.

## **2 REFERENCIAL CONTEXTUAL**

### **2.1 O câncer e seu percurso histórico: uma abordagem sobre sua complexidade**

Ao longo dos séculos e mundialmente, o câncer foi abordado de diversas formas. De tragédia individual a problema de saúde pública, sua história foi marcada pelo incessante esforço das ações de saúde em tentar compreendê-lo e controlá-lo. A dificuldade em alcançar a cura, os altos índices de mortalidade e o conhecimento da natureza complexa da doença são fatores que têm projetado no imaginário coletivo a ideia de perenidade do mal e de limites do ser humano frente à ameaça de morte. Esse impacto social tem trazido consequências para a própria doença, seu tratamento e o meio onde se propaga (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

As primeiras citações sobre o câncer datam do período anterior à Cristo. Estudos realizados na Índia descreveram uma incidência significativa de lesões bucais entre os antigos, provavelmente relacionadas ao hábito cultural de ingerir sementes potencialmente cancerígenas. No Egito, arqueólogos encontraram fósseis com provável acometimento de osteossarcoma e essa descrição também é encontrada em papiros que datam de 1.600 a.C. (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Por volta de 220 - 580d.C., os chineses descreveram dois tipos de tumores: os não substanciais e os substanciais. Os primeiros poderiam ser associados aos casos benignos e os segundos aos malignos. Os tipos não substanciais ou massas de Qi seriam diagnosticados como provenientes da estase de Qi e da formação de Fleuma, apresentando característica móvel, localização não fixa e ocasional dor migratória. Por outro lado, os substanciais ou massas de Sangue seriam diagnosticados pela estase de Qi e de Sangue, apresentando característica dura, imóvel e geralmente dor fixa. Para a medicina chinesa, um caso prolongado de estase de Qi poderia evoluir no sentido de envolver a retenção de Sangue, ou seja, um paciente acometido há longo tempo por tumor não substancial, correria o risco de desenvolver o tipo substancial. Isto se explica devido ao fato de o Qi ser uma

substância com função circulatória, influenciando a circulação do Sangue, uma vez que estas duas substâncias estabelecem uma íntima relação<sup>3</sup> (MACIOCIA, 2010).

No século IV d. C., os gregos hipocráticos trazem uma interpretação sobre o câncer que influenciou o desenvolvimento da medicina biomédica contemporânea. Essa interpretação pode ser considerada como o primórdio da oncologia moderna e pós-moderna ocidental. Nesse período inicial, o câncer foi descrito como um tumor resultante do desequilíbrio dos fluídos orgânicos e que muitas vezes reaparecia depois de extirpado ou alastrava no organismo de forma fatal. Todavia, para os estudiosos do século XV, a desarmonia ocorria de forma mais específica e relacionada ao sistema linfático. A partir do século XVIII, a concepção de que o tumor era uma manifestação local de uma desarmonia geral passou ser substituída pela teoria do desequilíbrio local (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Durante o século XIX, apesar dos avanços relacionados à compreensão da doença, as possibilidades de tratamento permaneciam restritas. Com isso, durante a primeira metade do século XIX foram criadas instituições voltadas ao atendimento dos doentes, onde, desenganados, esperavam o momento da morte (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No fim do século XIX e início do século XX, os novos conhecimentos relacionados às técnicas cirúrgicas e de assepsia geraram uma onda de esperança em relação ao tratamento do câncer. Tais expectativas adentraram o século XX através da utilização de recursos inovadores, como a radioterapia, e se estenderam ao campo diagnóstico com a introdução do radiodiagnóstico (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No Brasil, até o início do século XX a preocupação dos médicos estava centrada no controle das doenças epidêmicas, sendo que os casos de câncer eram considerados isolados, não configurando, portanto, ações de saúde pública. A sociedade médica brasileira passou a se interessar de forma mais compromissada com a doença quando os cientistas internacionais começaram a divulgar o aumento nos índices apesar dos avanços conquistados em relação ao diagnóstico e ao tratamento. A hipótese levantada era de que

---

<sup>3</sup> Importante esclarecer que a Medicina Tradicional Chinesa ao propor a união dos conhecimentos tradicionais com o conhecimento biomédico contemporâneo, considera nos dias de hoje, a teoria acima descrita, em conjunto com a visão alopática. A história da Medicina Chinesa e seus princípios serão apresentados detalhadamente no capítulo 2.3.



as subnotificações da doença diminuíram, dando a impressão da ampliação dos índices (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Com isso, surgiram, no Brasil, na década de 90, os primeiros institutos interessados em pesquisar a doença em seus diversos aspectos e em normatizar as ações de controle. O aprimoramento das pesquisas relacionadas à teoria celular favoreceu a compreensão da patologia como produto da divisão celular desordenada, não mais como doença contagiosa. Assim, foi possível incrementar os estudos sobre sua etiopatogenia, os conhecimentos sobre anatomia patológica e descobrir as diversas formas de câncer, bem como, diferenciar tumores malignos de benignos e compreender o processo de metástase. Dessa forma, no campo terapêutico, teve início a utilização da quimioterapia e de outros processos terapêuticos. Esse período foi marcado também pelo incremento nas atividades educativas e preventivas (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Atualmente, os notáveis avanços e progressos alcançados na prevenção e no controle da doença têm contribuído sensivelmente para sobrevida e para a qualidade de vida dos pacientes. Devido à evolução técnico-científica, muitos tipos de câncer podem ser curados através de procedimentos cirúrgicos, de quimioterapia e de radioterapia quando diagnosticados a tempo. O prognóstico depende do estadiamento do câncer, nomeadamente os aspectos morfológicos e estruturais do tecido de origem, presença ou ausência de envolvimento linfonodal, bem como do grau de comprometimento de tecidos vizinhos e distantes. Essa classificação do câncer inclui avaliação quanto à possibilidade de cura e de resposta ao tratamento, baseada em dados estatísticos (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Apesar desses avanços positivos, é esperado um aumento nas estimativas de sua incidência em todo o mundo, conforme relatado anteriormente. Nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública. Esta perspectiva epidemiológica vem acompanhada de uma expectativa de temor social, pois o câncer é conhecido histórica e socialmente como algo que cresce e destrói a vitalidade (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Além desta concepção, a incerteza da cura e a possibilidade de morte iminente, aliadas ao sofrimento gerado, são associadas em muitas culturas à punição e ao castigo. Essas crenças podem trazer consequências desastrosas em todos os aspectos da vida do

paciente, tanto do ponto de vista emocional como da ação prática e concreta para o enfrentamento da possibilidade de adoecer por câncer (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008; TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

A pessoa diagnosticada com câncer vivencia sentimentos como impotência, medo da dor, da morte, ansiedade, desesperança, depressão, os quais consistem em variáveis que contribuem para o sofrimento relacionado à doença. Para além das alterações ocorridas no corpo físico, como a presença de cicatrizes cirúrgicas, efeitos da quimioterapia e radioterapia, ocorre, também, um conjunto de alterações cognitivas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. Com isso, têm sido desenvolvidas estratégias de enfrentamento do câncer que consigam dar respostas à gama de complexidade que envolve a doença e, dentre algumas delas, vem ganhando destaque os cuidados paliativos (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008; TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

## **2.2 Os cuidados paliativos como estratégia para o resgate do cuidar em saúde e na enfermagem**

O cuidado paliativo é uma modalidade de assistência proveniente do movimento *hospice*<sup>4</sup>. Nascido no final da década de 1960, na Inglaterra, esse movimento teve como idealizadora Cicely Saunders, que fundou o St. Christopher's Hospice<sup>5</sup>, primeiro local construído para receber pacientes com doenças avançadas e terminais. O movimento foi alicerçado em uma filosofia reivindicatória de assistência integral e igualitária, sendo marcado pela busca da legitimação científica na área médica (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

---

<sup>4</sup> É uma filosofia de cuidados que se concentra na assistência de pacientes com doenças avançadas e terminais. Alberga dois amplos programas: os cuidados paliativos e o cuidado *hospice*, sendo que esse último é praticado em locais especialmente construídos para receber esses pacientes, os quais são comumente denominados Hospices (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

<sup>5</sup> A estrutura do St. Christopher tem permitido não apenas a assistência aos doentes, mas esforços de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países. Pode-se dizer que a meta de torná-lo um pólo catalisador e formador em cuidados paliativos tem-se realizado plenamente, e, de um modo impressionante e veloz, tanto no Reino Unido quanto globalmente, com a presença já estruturada do movimento em 115 países (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

No início da década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com a psiquiatra norte-americana Elizabeth Klüber-Ross<sup>6</sup>, nos Estados Unidos, fez crescer também o movimento *hospice*. O primeiro Hospice americano foi fundado em Connecticut em 1975 e, em 1982, uma lei americana permitiu o estabelecimento do que passou a ser chamado “Hospice Care”<sup>7</sup> e promoveu, especialmente, ações de cuidado domiciliar. A ênfase nesse tipo de assistência possibilitou ao movimento americano ter um caráter diferencial em relação ao movimento inglês (MACIEL, 2008).

No Brasil, não há registros seguros de qual teria sido o primeiro Hospice, pois não há, até o momento, um histórico dessas instituições. Porém, pode-se inferir que o primeiro local com tais características foi criado em 1944, no Rio de Janeiro, e denominado “Asilo da Penha”. De caráter privado e filantrópico, esta instituição tinha por função assistir pacientes pobres com câncer avançado que não conseguiam vaga nos hospitais gerais nem no Serviço Nacional de Cancerologia. Apenas, a partir da década de 1980, surgiram outras unidades ou centros de cuidados paliativos no Brasil, de modo que a maior parte é vinculada ao tratamento de pacientes com câncer e/ou a centros de tratamento de dor crônica. Dentre eles, vem se destacando o Hospital do Câncer, vinculado ao Instituto Nacional de Cancerologia, com sede na cidade do Rio de Janeiro, que, além das práticas assistenciais, vem desenvolvendo atividades voltadas para o ensino e para a pesquisa em oncologia (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Em 1997, foi fundada, em São Paulo, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), com o objetivo de divulgar essa prática e de agregar os serviços que já existiam no Brasil, ainda que não padronizados, os quais, independente disso, já ofereciam assistência para pacientes fora de possibilidades terapêuticas em algum âmbito: internação, atendimento ambulatorial e/ou domiciliário (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006). Nesse mesmo ano, a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) criou a disciplina eletiva de Cuidados Paliativos e a Escola Paulista de Medicina desenvolveu o Curso de Tanatologia, ambos sob

---

<sup>6</sup> Klüber-Ross foi a pioneira nos estudos sobre tanatologia ao descrever todo o processo pelo qual passa a pessoa na fase final de vida (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

<sup>7</sup> Os EUA é o país com maior rede de oferta de “Hospice Care”. Em 2005, eram contabilizados 4.160. No âmbito hospitalar, dos 4.797 hospitais que responderam a uma pesquisa feita pela American Hospital Association, 950 tinham algum serviço de cuidados a doentes terminais em 2002 (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

orientação do professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, considerado o pioneiro em educação em cuidados paliativos no Brasil (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Por ter um papel fundamental na disseminação mundial do movimento paliativista, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu diretrizes de ações de saúde nessa área. Dentre elas, desenvolveu, em 2007, guias para o controle do câncer, incluindo um guia específico destinado aos cuidados paliativos. Nesse documento, o cuidado paliativo é conceituado como sendo uma abordagem que satisfaz as necessidades de todos os pacientes que requerem alívio dos sintomas físicos, e bem como necessidades de atenção psicossocial e espiritual e de apoio de suas famílias. Isso ocorre, em particular, quando os pacientes se encontram em fases avançadas e têm poucas possibilidades de cura ou quando se encontram em fase terminal de uma enfermidade (WHO, 2007).

Silva e Sudigursky (2008) complementam o que foi dito no parágrafo acima dizendo que a necessidade de cuidado paliativo não ocorre somente no momento da finitude, mas em todas as etapas da vida, principalmente, durante a evolução das doenças crônico-degenerativas por entender que a doença, desde o seu início, provoca alterações de diferentes aspectos no ser humano. Assim, na atualidade, a assistência paliativa vem sendo implantada em diversas áreas, como oncologia, pediatria, neonatologia, unidade terapia intensiva, geriatria e aos portadores do HIV/AIDS.

Quanto à modalidade de assistência, Pessini e Bertachini (2005) informam que os cuidados paliativos não dizem respeito, primordialmente, a cuidados institucionais, mas constituem-se, fundamentalmente, de uma filosofia de cuidados, que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições, ou seja, no domicílio da pessoa portadora de doença crônico-degenerativa ou em fase terminal, na instituição de saúde onde está internada ou em uma unidade específica dentro da instituição de saúde destinada exclusivamente a essa finalidade.

A partir da definição de cuidados paliativos, estabeleceram-se alguns princípios fundamentais:

Valorizar a vida e considerar a morte como um processo normal, não abreviando e nem prolongando a morte. Prover alívio da dor e outros sintomas estressantes. Integrar todas as dimensões humanas nos cuidados ao paciente. Oferecer um sistema de suporte para ajudar o paciente viver o mais ativo possível até a morte. Oferecer, ainda, um sistema de auxílio aos

familiares para conviverem com a doença do paciente e com suas próprias perdas (FUMIS, 2011, p.27-28).

O fato de o paciente estar em condição de incurabilidade não significa que não haja mais o que ser feito à luz do conhecimento acumulado na área da assistência à saúde. O que muda é o enfoque do atendimento, que agora se volta às necessidades do paciente e de sua família, em contrapartida ao esforço pouco efetivo para curar a doença (FUMIS, 2011).

O paciente inserido nesse contexto apresenta fragilidades e limitações complexas que não se limitam à esfera física. Diante disso, nasceu o termo *dor total* uma vez que a dor nos seres humanos é um quadro que, além da nocicepção<sup>8</sup>, envolve fatores não físicos que influenciam na vivência e na expressão da queixa de dor. Desse modo, o controle e o alívio da dor e dos demais sintomas são um direito do indivíduo e um dever dos profissionais, que devem criar estratégias para diminuir o sofrimento provocado por esse quadro. Assim, a busca pela qualidade de vida deve ser o objetivo principal das ações nessa área (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

É evidente que, nesse ambiente, compete aos profissionais desenvolver suas ações sob um novo paradigma. O bem-estar do ser humano passa a ser o foco da assistência e o cuidado, o meio para atingi-lo. Tem-se, então, um meio seletivo para a prática da enfermagem.

A função da enfermagem consiste em assistir o ser humano em sua integralidade e reconhecer esta pessoa como única e com necessidades particulares. Assim, o profissional deve estar aberto ao diálogo e deve escutar todos os envolvidos, paciente e familiar, estimulando-os a expressar suas queixas e seus sentimentos. Além dos cuidados na esfera física, a atenção deve se dirigir, também, à experiência da pessoa e de sua família de viver com uma doença crônica, degenerativa e/ou potencialmente fatal (SANTANA et al, 2009).

Atuar para além da cura e promover uma qualidade de vida no contexto global do paciente significa oferecer cuidados. Nesse sentido, Boff (2008) conceitua o cuidar da seguinte forma:

---

<sup>8</sup> Dor ligada aos receptores neurais que são ativados por estímulos mecânicos, térmicos ou químicos (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

O cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo, e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Compreende o acolhimento, a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida (p.33).

Santos e Incontri (2010) sintonizam-se com tal conceito ao afirmarem que o cuidar é ontológico, ou seja, é característica inata e que parece estar ligada à natureza primitiva do ser humano, à manutenção e sustentação da vida, em outras linhas, na sua relação com o sagrado, com o transcendente e com a espiritualidade. De acordo com esse princípio, a função do cuidador é reavivar a alma humana, trazê-la à tona, para que ela construa um mundo melhor a partir de seu despertar.

Esse pensamento é compartilhado por Jean Watson, teórica contemporânea em enfermagem. Nascida em 1940, é atualmente diretora do Centro de Cuidado Humano da Escola de Enfermagem da Universidade do Colorado e pesquisadora na área do cuidado humano e da perda (GEORGE, 2000).

Watson, através da teoria do cuidado transpessoal, propõe a inclusão da dimensão espiritual durante a assistência de enfermagem. Especificamente, a teórica defende a ideia de que é necessário superar a lógica do 'fazer', ou seja, há a necessidade de também consignar questões do 'Ser' para que os cuidados de saúde sejam completos. Ao se referir ao 'Ser', Watson incorpora ao campo do cuidado os conceitos transpessoais relacionados a algumas qualidades da consciência humana que não podem ser restritas ao corpo físico, pois o transcendem. Ela traz, dessa forma, a noção de um princípio primordial e imanente: um princípio ontológico-espiritual. Assim, ela propõe o cuidado transpessoal como forma de resgatar o antigo modelo de cuidar-curar focado na espiritualidade, sendo que isso significa uma abordagem baseada na energia feminina (WATSON, 2002).

Mas, para que esse movimento se realize, deve haver uma mudança do paradigma vigente em saúde que está pautado na energia masculina. Entretanto, esta reelaboração é vista de forma inclusiva, ou seja, os avanços científicos são considerados de grande importância e não são desprezados; entretanto, aposta-se em um olhar mais abrangente. E essa compreensão significa valorizar tanto os dados subjetivos quanto os objetivos em prol do cuidado enquanto prática integral (WATSON, 2002).

Todavia, a autora afirma que o processo de mudança do paradigma dominante não é uma proposta longínqua, mas uma semente latente em desenvolvimento no seio da sociedade. Esse fato é comprovado através da busca crescente por recursos assistenciais não convencionais e por novas filosofias de viver por grande parte da população. Assim, devido à demanda social, os serviços, os profissionais e, até mesmo, o meio acadêmico-científico têm incorporado estas novas tecnologias e filosofias, mesmo que de forma incipiente. Com isso, o que antes ficava à margem tem ganhado espaço significativo nos diversos meios sociais (WATSON, 2002).

Nesse sentido, Watson relata que instituições e profissionais estão se reestruturando pela mudança ontológica. Mas esta reestruturação exige abertura constante para que haja um movimento real de transcendência de paradigma, ou seja, somente através do desenvolvimento de uma consciência ampliada pode-se adquirir novos conhecimentos, bem como a capacidade de transformá-los em ação. E a autora acrescenta, ainda, que essas novas práticas baseadas ontologicamente não serão domínio exclusivo de qualquer profissão de saúde, mas afetarão todas as profissões relacionadas a essa área (WATSON, 2002).

### **2.3 A acupuntura como tecnologia de cuidar em saúde e na enfermagem: resgatando a integralidade**

No ocidente, a acupuntura, técnica da medicina chinesa mais difundida fora de seu território de origem, vem sendo implantada há mais de quarenta anos. Sua disseminação inicial ocorreu como parte de um conjunto de transformações sociais de abrangência mundial denominado contracultura (SOUZA; LUZ, 2011).

Nas últimas décadas do século XX, enquanto acelerava-se a ocidentalização da medicina na Ásia, caminho inverso ocorria na América e na Europa, influenciadas pelo movimento de contracultura, por volta de 1960. De forma geral, tal movimento representou uma reação contra a massificação e contra a unificação da sociedade, contra o anonimato e contra a objetivação do indivíduo e contra a cultura meramente intelectual, mecanicista e

capitalista. Esta tendência atingiu também as instituições médicas, estimulando críticas à medicina convencional por parte de alguns médicos que defendiam uma revisão do modelo biomédico (tecnológico, mercantilista e altamente especializado), visando uma humanização das ações de saúde (MORAES, 2007).

Nesse contexto, a acupuntura, juntamente a outros tratamentos denominados tradicionais, regionais, nacionais ou orientais, foi incluída em um conjunto de práticas ditas alternativas, complementares, integrativas ou não convencionais<sup>9</sup>. Além de propor a recuperação dos modelos hipocráticos de saúde, alcançáveis com o desenvolvimento de hábitos saudáveis e através de meios naturais, as práticas não convencionais visam a um atendimento voltado para o indivíduo e sua singularidade, não se limitando à dimensão biológica, mas incluindo a esfera psíquico-emocional e espiritual (MORAES, 2007).

Esse fator social teve reflexo nas definições oficiais da OMS que passou a incentivar tais práticas desde o final da década de 1970. Um dos elementos que impulsionou essa atuação foi a denominada “crise na saúde”. Em meio a um panorama mundial de desigualdades socioeconômicas, instalou-se uma crise sanitária ilustrada por índices de desnutrição, aumento progressivo de doenças crônico-degenerativas, novas epidemias e ressurgimento de endemias, além de outras patologias “subjetivas”, como síndromes de mal-estar, ansiedade, problemas musculoesqueléticos, entre muitos outros (FERREIRA; LUZ, 2007).

Foi nesse cenário que a acupuntura emergiu como uma prática mundial de saúde e que acabou sendo aceita pelas corporações médicas. Somente a partir dos anos 90 é que essa prática começou a ganhar um status mais elevado de método científico. De acordo com a OMS, a acupuntura é praticada em pelo menos 78 países, sendo uma especialização voltada para os profissionais formados na área da saúde. Nos Estados Unidos, a prática está legalizada em 38 estados. Na Bélgica, 74% dos tratamentos por acupuntura são receitados por médicos e, na Alemanha, 77% das clínicas para tratamento de dor utilizam a acupuntura (MORAES, 2007).

No Brasil, a acupuntura vem sendo utilizada como terapia complementar em vários hospitais universitários desde a década de 80. Nos últimos anos, essa prática foi

---

<sup>9</sup> Como exemplo dessas práticas, cita-se: a homeopatia, a antroposofia, a medicina ayurvédica, os florais, entre outras (MORAES, 2007).



regulamentada por alguns conselhos profissionais, o que favoreceu sua expansão, sobretudo nos serviços públicos de saúde por meio do reconhecimento oficial de sua utilidade (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que a acupuntura é uma terapia não regulamentada, por lei, no Brasil. Destarte, todo e qualquer profissional habilitado à realização desse método e que seja especialista em acupuntura, poderá exercê-lo, sem restrições. Foi nesse sentido que o Ministério da Saúde, por intermédio da portaria nº 971/2006, instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo normas de caráter genérico, sem interferências à substituição das técnicas empregadas na medicina ocidental (BRASIL, 2006).

De acordo com PNPIC, compete aos conselhos profissionais legislarem especificamente, sendo considerado ato ilegal qualquer classe profissional requerer exclusividade (KUREBAYASHI; OGUISSO; FREITAS, 2008). Nesse sentido, é garantido o título de especialista em acupuntura à (ao) enfermeira (o) pelo Supremo Tribunal de Justiça, fato que foi efetivado por meio da regulamentação desta prática pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN 197/1997).

Kurebayashi, Oguisso e Freitas (2008) relatam que a implantação da acupuntura no Sistema Único de Saúde é uma possibilidade para a enfermagem e para os enfermeiros redirecionarem suas práticas para o atendimento integral à saúde coletiva e individual da população brasileira. Os autores ainda afirmam que esse é um grande desafio para os profissionais da área de enfermagem, pois propõe mudanças para o paradigma vigente, uma vez que é necessário abandonar a alienação e a falta de interesse pelo novo e adotar uma postura ativa e compromissada.

As pesquisas publicadas pela enfermagem referentes à utilização da acupuntura são recentes e escassas. Observa-se concentração de estudos direcionados à avaliação da atuação desta técnica na assistência aos pacientes cardiopatas e obesos, no alívio da dor e da ansiedade e no auxílio ao trabalho de parto. Além desses temas, encontramos pesquisas que contemplam as questões éticas e legais relacionadas à prática da acupuntura por enfermeiros (BERTUGA, M. R.; TOLEDO, V. P., 2012; PRADO, J. M.; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P., 2012; HADDAD, M. L.; MARCON, S. S., 2011; SILVA, C. R., 2011; MARTINI, J. G.; BECKER, S. G., 2009; BRASIL, V. V.; ZATTA, L. T.; CORDEIRO, J. A. B.

L.; SILVA, A. M. T. C.; ZATTA, D. T.; BARBOSA, M. A., 2008; KUREBAYASHI; OGUISSO; FREITAS, 2008).

De acordo com a Associação Brasileira de Enfermeiros Acupunturistas (ABEnA)<sup>10</sup>, desde 2006, o número de enfermeiros que se especializam em acupuntura no estado de São Paulo tem aumentado significativamente, chegando a representar mais de 50% dos alunos nas turmas de especialização. Para o presidente da entidade, a acupuntura é uma área em que o enfermeiro tem maior autonomia como profissional liberal e esse é um dos fatores que influenciam na crescente demanda pela especialização em acupuntura.

Nos últimos anos, entre 25.000 e 30.000 multiprofissionais têm praticado a acupuntura no Brasil. Em São Paulo, 52% dos médicos prescrevem tratamento complementar e a acupuntura está entre os mais indicados. Esse estado é o maior centro de formação em acupuntura, contendo aproximadamente 200 escolas especializadas. Além disso, é o local de ocorrência de importantes eventos, como conferências, simpósios e congressos (BRASIL, 2006; MORAES, 2007).

Os princípios teóricos que embasam a prática e a pesquisa em acupuntura variam de acordo com a formação dos profissionais. Em muitos estudos, predomina o pensamento biomédico por meio da teoria neurofisiológica, já em outras abordagens prevalece o pensamento clássico chinês com sua visão mítica e cosmológica do mundo. Ainda, em outras correntes de pensamento se busca uma abordagem integrativa entre esses dois princípios teóricos. Em geral, as abordagens variam de acordo com a linha de formação do pesquisador (SOUZA; LUZ, 2011).

Nesta pesquisa, para abordar a influência da acupuntura sobre o bem-estar espiritual, foram utilizados como base de referência as investigações que resgatam os conceitos da escola clássica, uma vez que revelam os princípios filosóficos que embasam a Medicina Chinesa e que permitem compreender essa influência.

Há mais de três mil anos a.C., a Medicina Chinesa surgiu como resposta à observação, à dedicação e à experiência dos sábios taoístas<sup>11</sup> sobre a interação do ser humano e de seu estado de saúde com as mudanças da natureza. Esses pensadores

---

<sup>10</sup> Texto extraído do site: <http://www.abenanacional.com.br/index.html>. Acesso em 21 de maio de 2014.

<sup>11</sup> O Taoísmo prega os princípios da unidade, da integralidade e da ciclicidade, representados pelo Tao (Força Cósmica Original) (BLOISE, 2000).

pregavam o equilíbrio entre a natureza e o homem como forma de manter a saúde. Esse modo de pensar originou a primeira teoria de base da medicina chinesa conhecida como yin-yang<sup>12</sup> (SOUZA; LUZ, 2011; MORAES, 2007).

Mais tarde (1.700 - 1.100 a.C.), descobriu-se que a mutação yin-yang é subdividida em fases ou movimentos de transformação que encontram correspondência em todas as coisas e em fenômenos do universo. Esse princípio é definido como cinco elementos ou movimentos<sup>13</sup> (SOUZA; LUZ, 2011; MORAES, 2007).

Por volta de 220-580 d.C., na busca por respostas relacionadas à interação entre o organismo e o meio circunvizinho, surge a teoria dos canais e colaterais<sup>14</sup>. Nesse período é desenvolvida também a noção de substâncias vitais<sup>15</sup> que circulam nos meridianos e é descrita a localização de alguns pontos de acupuntura<sup>16</sup>. Outro acontecimento relevante desta fase foi o aparecimento do termo 'acupuntura'<sup>17</sup>. Essa palavra foi conceituada,

---

<sup>12</sup> Na China antiga, foram feitas observações que chegaram à conclusão de que a estrutura do ser humano era basicamente a mesma do Universo. Com isso, os fenômenos da natureza foram classificados em dois polos: o Yin (frio, escuro, repouso) e o Yang (calor, claridade, movimento) que são tanto estágios opostos de um ciclo como estados de agregação. Nada no Universo escapa desta relação que constitui a força motriz de toda origem, modificação e deterioração das coisas. A harmonia entre todos os elementos do Universo é alcançada quando há equilíbrio entre o Yin e o Yang que, em termos médicos, é sinônimo de saúde (MACIOCIA, 2007).

<sup>13</sup> Essa teoria apresenta um sistema de correspondências entre os fenômenos da natureza e o organismo humano, tais como, água - inverno – ouvido – ossos; fogo – verão – língua – vasos; madeira – primavera - olhos – tendões; metal – outono – nariz – pele e terra - período de transição entre as estações – boca – músculos (MACIOCIA, 2007).

<sup>14</sup> Os canais e colaterais, também denominados meridianos, se comunicam internamente com os órgãos e vísceras e externamente com a superfície do corpo. Todo esse sistema forma uma rede de energia que cobre o conjunto do corpo ligando os órgãos e os membros, comunicando o alto e o baixo, a superfície e o interior, bem como, regulando o funcionamento entre cada parte do corpo (MACIOCIA, 2007).

<sup>15</sup> A Medicina Chinesa considera a função do corpo e da mente como uma interação de substâncias vitais, substâncias essas que se apresentam de maneiras diferentes, sendo umas rarefeitas e outras imateriais, as quais formam um círculo de energia, interagindo umas com as outras, para formar o organismo. E a base disso tudo é o Qi, sendo todas as outras substâncias vitais (Sangue-Xue; Essência-Jing e Flúidos Corpóreos-Jin Ye) oriundas do Qi (MACIOCIA, 2007).

<sup>16</sup> Os pontos são locais específicos para onde a energia e as substâncias vitais dos canais e dos Zang-Fu se transportam. Quando o corpo humano está afetado por um desequilíbrio energético, desencadeando um processo patológico, pode-se tratá-lo através da manipulação dos pontos correspondentes para assim regularizar a energia nos canais e nos Zang-Fu (ROSS, 2003a).

<sup>17</sup> O termo está entre aspas, pois estudos relatam que a palavra acupuntura é ocidentalizada, uma vez que é derivada dos radicais latinos *acus* (agulha) e *pungere* (puncionar). Entretanto, a aplicação de agulhas é apenas um entre tantos métodos (moxabustão, magnetoterapia, acupressura, etc) desta terapêutica (ROSS, 2003b).

inicialmente, como tipo de prática utilizada para aliviar a dor manifestada em uma parte do corpo, mas que tem origem em outra (SOUZA; LUZ, 2011; MORAES, 2007).

Entre 115-1368 d.C., após a constatação de que o desequilíbrio interno era causa de patologias, surge a teoria dos Zang-Fu (órgãos e vísceras)<sup>18</sup>. Essa descoberta possibilitou aprofundar os conhecimentos sobre a fisiologia e a etiopatogenia, como também possibilitou aperfeiçoar as técnicas de diagnóstico e de tratamento. Durante esse longo período, baseado em uma visão cosmológica, ocorreu o desenvolvimento sistemático do modelo médico clássico que chegou a ser exportado para outros países asiáticos, como o Japão, a Coreia e o Vietnã, nos quais se desenvolveram mais linhagens, com outras especificidades (SOUZA; LUZ, 2011; MORAES, 2007).

O declínio da medicina clássica teve início em 1644 quando os valores ocidentais passaram a influenciar de forma significativa a cultura chinesa. A queda do último imperador da dinastia Qing marcou também o fim da Era Imperial, sendo instaurada em 1912 a República da China (SOUZA; LUZ, 2011; MORAES, 2007).

Motivado pelo pensamento ocidental, o novo governo empenhou-se no processo de industrialização e modernização da nação. Com essa nova postura, a ciência e a medicina ocidentais passaram a ser valorizadas e a medicina clássica foi considerada um conjunto de crenças supersticiosas, chegando a vias de extinção em 1927 (SOUZA; LUZ, 2011; MORAES, 2007).

A reconstrução da Medicina Chinesa teve início após a revolução comunista de 1949. Tendo recebido suporte de Mao Tse-tung, por motivos de saúde coletiva, econômicos e políticos, essa medicina foi uma ferramenta importante no processo de reconstrução da República Popular da China, uma vez que o objetivo de seus dirigentes era resgatar parte da cultura tradicional criando uma síntese entre a ciência e os valores modernos. A medicina decorrente desta proposta foi denominada Medicina Tradicional Chinesa (MTC) (SOUZA; LUZ, 2011; MORAES, 2007).

Durante as últimas décadas, a medicina chinesa vem se expressando mundialmente em três vertentes: Medicina Clássica Chinesa, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina

---

<sup>18</sup> Os Zang-Fu podem ser descritos como o Sistema de Órgãos e Vísceras da Medicina Tradicional Chinesa. Essa teoria representa um cenário amplo dos relacionamentos funcionais que proporcionam uma total integração das funções do organismo, emoções, atividades mentais, tecidos, órgãos dos sentidos e influência ambiental, indo além da ideia de estruturas específicas sob o aspecto anatômico-material (ROSS, 2003a).

Chinesa Contemporânea. Por Medicina Clássica entende-se o arcabouço teórico que fundamentou a prática terapêutica desde sua origem até a dinastia Qing. A Medicina Tradicional Chinesa é uma continuidade da primeira com novas formulações que não descaracterizam totalmente suas raízes. A Medicina Chinesa Contemporânea refere-se à corrente surgida depois da sistematização e unificação da MTC proposta por Mao Tse-tung. Essa vertente busca sua legitimação pela ciência ocidental, desvalorizando, com isso, alguns conceitos e práticas tradicionais da medicina chinesa (FERREIRA; LUZ, 2007).

Baseados em uma visão cosmológica de mundo, os terapeutas clássicos acreditam que para manter a saúde integral é necessário restaurar o estado pleno da vida e consciência, chamado Tao. Para isso, utilizam-se vários meios, como o estudo de clássicos escritos pelos grandes mestres do passado, os métodos místicos para restauração da ordem interna, a meditação como caminho para autotransformação e desenvolvimento espiritual e a medicina tradicional com seus diversos métodos terapêuticos, por exemplo, a fitoterapia, a dietoterapia, as massagens, os exercícios corporais e respiratórios e a acupuntura.

O caminho para o Tao, também denominado o retorno a unidade ou a fonte, é descrito como um processo de transcendência da existência individual até haver a comunhão com o não-eu, ou seja, com a energia celestial ou cósmica original. Fischer (1999) permite-nos compreender tal conceito ao descrevê-lo a seguir:

No Tao não existe a separação entre o mundo interior e exterior. Um depende do outro. A essência do Tao é acabar com todos os antagonismos. Seus movimentos são o conjunto contínuo desses antagonismos. Acontecimentos e transformações são o resultado da forma de ação do Yin e do Yang, os elementos originais femininos e masculinos, que influenciam todos os acontecimentos de forma polar. Os velhos sábios do Tao comparam a forma de ação do Yin e Yang com o sol ou a lua. Eles explicavam que quando a lua passou o seu estado cheio, ela se movimenta novamente à sua forma de aparecimento de lua nova, e quando o sol ao meio dia alcança o zênite, ela começa novamente a descer, e movimenta-se em direção ao pôr-do-sol. Em outras palavras, alcançar um estado significa a transposição para uma fase nova de existência, pois na morte está fundamentada uma nova vida. Para os sábios a morte significa o fim do ego, um processo que a pessoa do Tao tenta realizar ainda em vida. Quando esta formação artificial do “Eu” sumir de nossa existência, podemos viver além do nosso “Eu”, e isto é verdadeira vida (p.82).

O acesso à dimensão espiritual ou ao Tao através da acupuntura pode ocorrer por meio do estímulo dos denominados pontos dos aspectos mentais e espirituais. Eles correspondem no total cinco pontos relacionados aos cinco sistemas Yin, ou seja, ao caráter energético de cinco órgãos, tais como, Coração, Baço-Pâncreas, Pulmão, Rim e Fígado<sup>19</sup> (MACIOCIA, 2010; ROSS, 2003b).

Os pontos localizam-se na região dorsal, sobre o trajeto do canal energético da Bexiga (ANEXO A). Especificamente, estão em uma região entre o ângulo superior da escápula e crista ilíaca, a uma distância de aproximadamente seis centímetros dos corpos vertebrais. São nomeados da seguinte maneira: B42 (Pulmão), B44 (Coração), B47 (Fígado), B49 (Baço-Pâncreas) e B52 (Rim) (MACIOCIA, 2010; ROSS, 2003b).

Cada aspecto mental e espiritual tem uma denominação referente ao órgão relacionado, conforme relatado a seguir: “O Coração abriga *Mente*, o Pulmão abriga *Alma Corpórea*, o Fígado abriga *Alma Etérea*, o Baço-Pâncreas abriga *Intelecto* e o Rim abriga *Força de Vontade*” (MACIOCIA, 2010, p. 207).

Os cinco aspectos reunidos formam o “Espírito”, que é também chamado de *Shen*, ou às vezes de cinco *Shen*. O caractere chinês para *Shen* transmite duas ideias: manifestação espiritual e estender, estirar. É, portanto, uma substância vital pura e sutil que estende e medeia a relação entre o indivíduo e o ambiente (MACIOCIA, 2010). A relação indissolúvel entre os cinco aspectos é descrita da seguinte forma:

A *Mente* é uma transformação da Essência e do Qi. A *Alma Corpórea* é a assistente da Essência e do Qi. A *Alma Etérea* complementa mente e Qi. O *Intelecto* corresponde à memória, é a memória que depende do Coração que abriga a *Mente*. A *Força de Vontade* é como uma mente determinada e focada: o Rim armazena a essência e, por intermédio da *Força de Vontade*, pode-se cumprir nosso destino (MACIOCIA, 2010, p.207).

Trazendo esses conceitos para o campo da psique, parece haver uma relação entre *Mente-Ego* e *Alma Etérea-Eu* conforme descrito a seguir:

A *Alma Etérea* corresponde ao lado intuitivo, não racional da natureza humana, se comunica com o Céu e tem uma existência independente da

---

<sup>19</sup> O que é dito sobre os órgãos refere-se ao princípio energético e não à entidade anatômica.

mente. Em suma, a *Alma Etérea* é basicamente outro nível de consciência, diferente da *Mente*, mas intimamente relacionada a ela. É uma parte da psique responsável por intuição, inspiração e pelos movimentos de nossa psique para o ambiente/transcendente e para outras pessoas (MACIOCIA, 2010, p. 210). Por outro lado, a *Mente* proporciona controle e integração à *Alma Etérea*. Isso significa que a *Mente* tem que exercitar de alguma maneira “controle” sobre o material vindo da *Alma Etérea* (MACIOCIA, 2010, p. 214).

A *Alma Etérea* ajuda a *Mente* em suas atividades mentais. Além disso, proporciona a essa, que é responsável pelo pensamento racional, intuição e inspiração. Fornece também o movimento à *Mente*, na medida em que lhe concede a capacidade de auto discernimento e introspecção, bem como as habilidades de se colocar e de se relacionar com outras pessoas. Quando a relação entre *Alma Etérea* e *Mente* está equilibrada o indivíduo adquirirá visão tranquila, perspicácia e sabedoria (MACIOCIA, 2010).

## 2.4 Espiritualidade, Ciência e Saúde

As pesquisas científicas relacionadas à espiritualidade tiveram início com a psicologia científica e especificamente com o desenvolvimento da metapsíquica. Esse ramo da psicologia foi estruturado e estabelecido por Charles Richet no início do século XX e foi destinado a estudar os fenômenos que transcendiam a psicologia e que fugiam ao domínio físico da ciência materialista (MARX; HILLIX, 2012).

Durante o decorrer do início do século XX, outros pesquisadores se interessaram por trilhar o caminho da metapsíquica e, juntamente a Richet, se tornaram referências, como por exemplo, Gabriel Delanne, William Crookes, Friedrich Myers, entre outros. Os estudos dos fenômenos metapsíquicos foram classificados em dois tipos: subjetivos e objetivos. O primeiro caso refere-se à ocorrência exclusiva na área psíquica, sem ação dinâmica sobre objetos materiais. São alguns exemplos os fenômenos de criptestesia<sup>20</sup>, de premonição ou precognição<sup>21</sup>, de telepatia<sup>22</sup> e de clarividência<sup>23</sup>. Já o segundo caso diz respeito às

---

<sup>20</sup> Faculdade que alguns sensitivos possuem de perceber sensações (vibrações) impossíveis de adquirir por meio dos nossos sentidos normais (MARX; HILLIX, 2012).

manifestações que envolvem ações físicas sobre os objetos materiais, como por exemplo, os fenômenos de telecinésia<sup>24</sup> e de ectoplasma<sup>25</sup>. Assim, os fenômenos metapsíquicos são resumidamente conceituados como de origem física ou psicológica, como inabituais e como resultado de forças que parecem inteligentes ou de faculdades desconhecidas da mente (MARX; HILLIX, 2012).

Todavia, em meados do século XX, as críticas da comunidade científica relacionadas à validade do método científico empregado para explicar os fenômenos metapsíquicos assinala o declínio desse ramo da psicologia. Questionando os estudos qualitativos desenvolvidos até então, pesquisadores, como René Sudre, Joseph Branks, Ernesto Bozzano, entre outros, iniciam pesquisas aplicando o método quantitativo-estatístico-matemático e decidem-se pela substituição do termo metapsíquica por parapsicologia; e fenômeno metapsíquico por fenômeno paranormal, além de acrescentarem algumas mudanças conceituais (MARX; HILLIX, 2012).

A parapsicologia desenvolveu-se livremente até o início da década de 60 quando começou a ser contestada e classificada como pseudociência. Tem sido praticada até os dias de hoje, mas ainda sob a refutabilidade científica que argumenta a não corroboração dos resultados defendidos através do método científico (MARX; HILLIX, 2012).

Pode-se dizer que os metapsíquicos e os parapsicólogos tiveram em comum o interesse pela pesquisa dos fenômenos paranormais ou mediúnicos, ocorrendo somente a mudança de nomenclatura em relação a uma escola e outra para se referir ao mesmo tipo de fenômeno. Todavia, ainda na década de 60, surge uma nova teoria que procura estudar os fenômenos que estão 'além da psiquê': a Transpessoal. Através de um novo olhar, de uma nova vertente, os transpessoais, como Stanislav Grof, Charles Tart, Robert Ropp, Ken Wilber, entre outros, ocuparam-se do estudo das capacidades e das potencialidades

---

<sup>21</sup> Conhecimento, pelo sensitivo, de eventos futuros (MARX; HILLIX, 2012).

<sup>22</sup> Transmissão de pensamentos, sem o auxílio dos sentidos, a pequenas ou grandes distâncias (MARX; HILLIX, 2012).

<sup>23</sup> Visão, sem o auxílio dos olhos, através de objetos opacos, a pequenas ou grande distâncias (MARX; HILLIX, 2012).

<sup>24</sup> O deslocamento de objetos à distância, sem contato e com produção de ruídos (MARX; HILLIX, 2012).

<sup>25</sup> Designa os fenômenos onde ocorrem materializações de formas vivas, objetos, de personagens (MARX; HILLIX, 2012).



últimas, incluindo os seguintes assuntos: consciência unitiva, êxtase, experiência mística, auto-realização, essência, significado último, transcendência do self, espírito, singularidade, consciência cósmica, fenômenos transcendentais, entre outros. Essa pesquisa, que vai além do conhecimento dos fenômenos transpessoais, inclui a compreensão da relação disso com o desenvolvimento humano e com a investigação dos métodos indutores, como a meditação, a oração, as práticas contemplativas, entre outros (MARX; HILLIX, 2012).

A psicologia transpessoal surgiu em 1967, nos Estados Unidos, e caracteriza-se como um sincretismo teórico que abarca conteúdos de muitas escolas psicológicas (como as teorias de Carl Jung, Abraham Maslow, Viktor Frankl, Ken Wilber e Stanislav Grof) e teorias da física moderna, incluindo a mecânica quântica (Fritjof Capra, David Bohm e Amit Goswami). Foi introduzida no Brasil na década de 70 por Pierre Weil que ofereceu a primeira disciplina de psicologia transpessoal na Universidade Federal de Minas Gerais. Weil atuou, principalmente, no campo acadêmico com contribuições teóricas, culminando na criação da Universidade Internacional Holística da Paz em Brasília. E, na contemporaneidade, dentre os transpessoais brasileiros citam-se, Rocha Filho, Monteiro de Barros, Roberto Crema, entre outros (TABONE, 2013).

A psicologia transpessoal teve início com Maslow devido a sua insatisfação com as visões correntes sobre o desenvolvimento humano ofertadas pelo Behaviorismo e pela Psicanálise de Freud. Maslow defendia a ideia de que o ser humano necessitava transcender sua psique, conectando-se a outras realidades, procurando pela Verdade, de forma a entender sua existência e a ajudar a si próprio. Assim, esta área da psicologia vê o homem como um todo, composto de corpo, mente e espírito (transcendente), que é capaz de realizar escolhas, de transcender o limite físico do corpo, viajando fora do espaço-tempo (TABONE, 2013).

Dessa forma, a psicologia transpessoal abrange o ego, como as demais escolas de psicologia, e os estados além do ego, ou seja, essa escola de pensamento supera a realidade tridimensional vivenciada pelo ego, e, nesse ponto, entram as contribuições da física. Esse movimento de ampliação da realidade é denominado pelos transpessoais como fenômenos de expansão da consciência, pois se parte do universo restrito egóico para o universo ampliado transpessoal. O ser humano ao realizar esse movimento caminha para o estado transcendental de realização espiritual.

A psicologia transpessoal tem entre seus objetos de trabalho e pesquisa os estados não ordinários de consciência<sup>26</sup>, ou seja, estados ampliados de consciência. Esses estados são aqueles que transcendem o ego e que podem ser promovidos por diversas técnicas como a hipnose, a meditação, o relaxamento, os estados místicos das tradições religiosas mundiais, entre outros. Esta linha psicológica tem construído um diálogo produtivo com vários campos do saber visando uma compreensão ampla dos fenômenos humanos, assim, hoje encontram-se educadores, antropólogos, filósofos, e outros profissionais envolvidos em pesquisas desta abordagem (TABONE, 2013).

A espiritualidade e sua relação com a saúde têm sido objeto de investigação. As pesquisas demonstram que a espiritualidade constitui-se como fator de redução de óbitos ou do impacto de diversas doenças, como por exemplo, o câncer. Além da influência na esfera física, existem relatos da sua influência sobre os aspectos psíquicos através da redução no nível de estresse e de depressão (SANTOS; INCONTRI, 2010; PERES et al, 2007).

Todavia, muitos pesquisadores apontam para o fato de que a maioria das pesquisas desenvolvidas até o momento sobre a relação entre espiritualidade e saúde são escassas e recentes, e um dos maiores problemas identificados reside na controvérsia em torno do significado e da diferenciação entre espiritualidade e religiosidade. Tais autores alertam que as dificuldades existentes em relação aos conceitos podem se constituir em uma deficiência séria no campo de estudo da espiritualidade e da saúde, pois, se os termos não forem utilizados apropriadamente, esse campo de pesquisa enfrentará sérios problemas quanto à validade e coerência (SANTOS; INCONTRI, 2010; PERES et al, 2007).

A necessidade da diferenciação entre os conceitos de religiosidade e de espiritualidade não significa desconsiderar a influência recíproca. A religião organizada pode ser descrita como o relacionamento humano com o Sagrado que tenta abarcar a experiência subjetiva do Divino num determinado credo em particular, num determinado culto e numa dada comunidade. Desse modo, a religião está sujeita à corrupção e à distorção, especialmente, porque, na religião, pode-se tentar justificar a si mesmo e aos próprios preconceitos ao apropriar-se do poder do Sagrado. Santidade e interesse pessoal

---

<sup>26</sup> Dentre os estados ordinários de consciência, cita-se: os de vigília, os de sonho e de sono profundo. Quanto aos estados não ordinários de consciência encontramos: estados meditativos, estados alterados e experiências de pico. (WILBER, 2007).

misturam-se numa religião organizada. No seu aspecto mais autêntico, a religião vai ao encontro do desejo humano de comunhão com o Divino; já no seu aspecto mais degradante, a religião pode alienar a pessoa daquilo que é mais profundamente humano: a liberdade para amar (PERES et al, 2007).

Com isso, a escolha da teoria transpessoal como referencial teórico da presente pesquisa fundamenta-se no princípio adotado por esta linha teórica, o qual é identificar a sabedoria espiritual universal, que transcende épocas e culturas. Assim, busca-se uma base comum entre os múltiplos saberes religiosos e místicos, a qual seria a grande compreensão a ser alcançada pelo homem. Essa percepção é descrita como aquela que transcende a cognição, sendo produzida pela experiência direta com o Sagrado (MARX; HILLIX, 2012).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta investigação, o referencial teórico baseia-se na teoria transpessoal sob duas óticas: a psicologia transpessoal de Ken Wilber e o cuidado transpessoal de Jean Watson. Wilber é um dos principais nomes contemporâneos desse campo teórico, inclusive é considerado um dos pioneiros e é referenciado por Jean Watson em sua obra “Enfermagem Pós-Moderna e Futura: um novo paradigma da enfermagem”, na qual a autora apresenta a proposta do cuidado transpessoal. O autor, através de suas ideias, contribui significativamente para compreendermos a importância do desenvolvimento de todas as potencialidades humanas em direção àquela mais elevada – a transpessoal –, vista como forma de alcançar a realização plena do Ser. Ao lado disso, Watson traz para o campo da enfermagem esses conceitos como forma de estimular a prática mais ampliada do cuidar.

#### 3.1 A Psicologia Transpessoal

Wilber (2013) propõe, em sua teoria, a elaboração do denominado **Mapa Integral ou Abrangente**, o qual tem como objetivo permitir a utilização de todos os recursos disponíveis para o enfrentamento de qualquer situação da vida de forma abrangente e efetiva. Visando a uma atuação ampla, o mapa leva em conta todos os sistemas e modelos conhecidos de desenvolvimento humano e possibilita que esses se comuniquem. Dessa forma, o Mapa Integral ou Abrangente é uma proposta interdisciplinar e transdisciplinar que permite a comunicação entre áreas como artes, medicina, espiritualidade, ciência, política, sociologia, entre outras.

Para atuar sobre a integralidade do ser humano, o mapa decompõe seus principais componentes em cinco elementos essenciais que impulsionam a evolução humana, sendo eles: **níveis, estados, linhas, tipos e quadrantes**. Esses elementos podem aparecer de forma combinada, uma vez que a característica do mapa é a integralidade e alguns aspectos referem-se a realidades subjetivas, objetivas e entre outras realidades coletivas.

Os **Níveis ou Estágios de Consciência** são etapas progressivas e permanentes ao longo do curso evolutivo da própria expansão individual, ou seja, são avanços fundamentais na expansão de potenciais mais profundos e amplos. Desenvolvem-se de forma hierárquica levando a pessoa a uma consciência mais elevada, passando a se importar com os outros e a sentir compaixão. São descritos cinco tipos de níveis ou de estágios de consciência, sendo eles: egocêntrico (centrado em si mesmo), etnocêntrico (voltado para o meio circunvizinho), mundicêntrico (expandido para a coletividade e diferenciado), integrado (expandido e pouco diferenciado) e transpessoal/espiritual (indiferenciado/unitário) (WILBER, 2013).

Os **Estados de Consciência** diferem-se dos estágios de consciência por serem temporários, ou seja, referem-se ao acesso transitório a estados ampliados de consciência. Assim como vêm, eles vão embora, por mais profundos ou maravilhosos que sejam. Eles surgem, permanecem por um instante e desaparecem, conforme ocorre com as experiências de pico, por exemplo, o transe meditativo e o êxtase místico (WILBER, 2013).

As **Inteligências Múltiplas ou Linhas de Desenvolvimento** baseiam-se na concepção de que os seres humanos têm diferentes inteligências, como a cognitiva, a interpessoal, a moral, a emocional, a musical, a espiritual entre outras. A maioria das pessoas se sobressai em uma ou duas delas e é deficiente nas outras. Parte da sabedoria integral consiste em descobrir no que somos melhores e isso pressupõe a necessidade de conhecer e lidar com nossos pontos fortes e fracos e também com os dos outros. Assim, cada inteligência tem a potencialidade de crescer e de se desenvolver através de estágios progressivos. Com isso, ser desenvolvido integralmente, não quer dizer que o indivíduo tenha que se sobressair em todas as inteligências conhecidas, mas supõe-se o senso apurado para que, com uma auto-imagem mais integral, ele possa planejar seu desenvolvimento (WILBER, 2013).

As **Tipologias Horizontais** geralmente aparecem combinadas com níveis, linhas e estados, e partem da apresentação polar caminhando para a integração. Um exemplo comum são as tipologias 'masculino' e 'feminino'. No campo do desenvolvimento moral, a lógica masculina tende a expressar-se em termos de autonomia, justiça e direitos, enquanto a lógica feminina tende a se expressar em termos de relações, de consideração pelos outros e de responsabilidade. Mas, para a abordagem integral, o ideal é acessar o estágio

quatro do desenvolvimento. Esse é o estágio integrado, na qual a lógica masculina e a feminina em cada um de nós tendem a se integrar de maneira que há uma união paradoxal entre autonomia e relação, direitos e responsabilidades, atividade e comunhão, sabedoria e compaixão, justiça e perdão (WILBER, 2013).

Os **Quatro Quadrantes** (Anexo B) são quatro perspectivas fundamentais disponíveis em qualquer situação, ou seja, são quatro modos básicos de olhar para qualquer situação. Uma conduta integralmente informada levará todas essas dimensões em consideração e, com isso, chegar-se-á a uma abordagem mais abrangente e eficiente (WILBER, 2013). Descrevem-se os quatro quadrantes da seguinte forma:

- EU (interior/subjetivo do indivíduo) – os próprios sentimentos, pensamentos e sensações.
- ISTO (exterior/objetivo do indivíduo) – o comportamento físico e os componentes materiais.
- NÓS (interior do coletivo/dimensão cultural) – a consciência grupal, a percepção intersubjetiva, ou seja, a visão de mundo, os valores comuns e os sentimentos compartilhados.
- ISTOS (exterior do coletivo/dimensão social) – as formas e os comportamentos externos do grupo.

Wilber (2013) afirma que não se trata de meros conceitos, mas aspectos e contornos da própria experiência.

Ao aprendermos a localizar esses cinco elementos em nossa própria percepção, poderemos, mais facilmente, valorizá-los, exercitá-los, usá-los e, com isso, acelerar o crescimento e o desenvolvimento rumo a níveis mais elevados, mais amplos e profundos do “Ser”, ou seja, em direção ao nível transpessoal-espiritual (p.18).

Uma abordagem resumida do Mapa Integral implica dizer que cada pessoa tem capacidade para levar o “Eu”, a cultura e a natureza a modos cada vez mais elevados, amplos e profundos de ser, expandindo a identidade separada do ‘eu’ para uma identidade mais completa com o ‘nós’ e, também, para uma identidade ainda mais profunda com o ‘todos nós’ – com todos os seres sencientes<sup>27</sup> de todas as partes. Isso ocorre à medida que

---

<sup>27</sup> Seres que têm capacidade de sentir conscientemente algo, ou seja, de ter percepções conscientes do que lhes acontece e do que os rodeia (WILBER, 2013).

a própria capacidade para a Verdade, a Bondade e a Beleza da pessoa aprofunda-se e se expande, chegando a uma consciência cada vez maior e com uma abrangência cada vez mais ampla percebida no eu, incorporada na natureza e expressa na cultura (WILBER, 2013). Enfim, é importante que fique claro um aspecto: o Mapa não é um território, portanto, não é definido e delimitado, mas aberto às inúmeras possibilidades, as quais devem ser incluídas em qualquer abordagem que se pretenda abrangente.

### **3.2 O Cuidado Transpessoal**

De acordo com Watson (2002), o cuidado para se efetivar deve ter a qualidade de um momento de encontro, de troca, e de transformação, uma vez que um indivíduo é reflexo do outro. É um compromisso concreto com outro(s) para uma ação reflexiva de desconstrução e de reconstrução mútuas, mesmo que seja um ato espontâneo. Com base nesse princípio, pode-se notar que o desenvolvimento dos elementos componentes do mapa integral proposto por Wilber (2013) se refere, no contexto do cuidar, a atributos bilaterais, ou seja, relacionados ao cuidador e ao ser cuidado. Isso se dá, pois o cuidado, como entidade ontológica, é um processo dinâmico, não estático, e, assim, estabelece-se como um mecanismo contínuo de desenvolvimento que afeta todos os sujeitos envolvidos.

E, para que o cuidado ontológico seja resgatado, a autora propõe o desenvolvimento do arquétipo feminino presente no antigo modelo de cuidar-curar praticado pelas sociedades matriarcais. Esse modelo era visto como culto sagrado que cuida do “Ser” e do corpo como morada sagrada do “Ser”. O resgate do princípio feminino é proposto como forma de equilibrar o princípio masculino que impera nas ações da enfermagem e da saúde em geral. Assim, percebemos que Watson comunga da ideia sobre as tipologias que Wilber (2013) apresenta no que se refere ao equilíbrio entre “Ser” e “fazer”, entre flexibilizar e dominar, entre aceitar e resistir. Dessa forma, desenvolver a integração entre o princípio feminino e masculino também é requisito para aquele que cuida. E sobre esse aspecto Watson (2002) relata o seguinte:

É através da enfermagem, como arquétipo feminino sagrado, que eu procuro capturar outra metáfora geradora de vida para o cuidar, para a cura e paz, que equilibre as metáforas de guerra dominantes, como o sistema de pensamento existente (p.13).

Uma das propostas da autora refere-se à nova conceituação de corpo. Segundo ela, para o paradigma dominante, o corpo é restrito ao campo físico material e é tido como um objeto separado da mente e do espírito. Além disso, a concepção baseada no pensamento moderno considera o mundo um caos ingovernável a ser dominado e controlado. E o corpo, como elemento pertencente ao mundo, também é objeto de domínio e de controle (WATSON, 2002).

Assim, para o pensamento pós-moderno, o corpo ganha um novo conceito, tornando-se veículo para fundamento da nossa existência, uma reserva de consciência e de espírito corporizado. Resignificar o corpo envolve considerá-lo e senti-lo não mais restrito ao campo físico, aos cinco sentidos separados, e às dimensões habituais de tempo e de espaço:

O corpo na visão transpessoal permanece presente no mundo material e objetivo. Ao mesmo tempo, também se manifesta como um fluído, como vibrações elementares de luz e energia, como correntes elétricas. O corpo comunica e está em comunicação para além da superfície corporal. Cada campo de energia da consciência individual está em interação e trocas contínuas com todo o ambiente interno e externo – o campo de energia não físico da existência de cada um. A mente, o eu, a alma, o espiritual e o material, são um só (WATSON, 2002, p.134).

O corpo, que habitualmente é considerado um objeto isolado, desobediente e submisso, agora tem exigido uma compreensão mais generosa, acolhedora e intercambiável. Com isso, o modelo assistencial vigente tem conseguido sanar ou reparar as doenças do corpo físico, mas não consegue cuidar-curar o corpo transpessoal, interior, profundo (WATSON,2002).

Dessa forma, o novo paradigma deve oferecer recursos que acessem o corpo multidimensional. E Watson (2002) propõe, ao cuidar, a incorporação de filosofias e de práticas que se encontram registradas em uma espiral de sabedoria através do tempo e do espaço. E, dentre tais recursos, ela cita a meditação, a yoga, a acupuntura, entre outros.

Nesse universo de reformulações, o cuidar também precisa ser repensado:

O cuidar interessa-se pela arte de ser humano, faz apelo a uma presença de ser autêntico, do profissional, no momento do cuidar, mobilizando uma



atenção de cuidar-curar intencional. Este interessa-se pelo transpessoal e transcultural, pelo objetivo, subjetivo e intersubjetivo. Existe abertura para outra possibilidade de estar no mundo com o cuidar e o curar como uma ontologia contida numa cosmologia em expansão (WATSON, 2002, p. 11).

E, para que o profissional realize o cuidado transpessoal, é necessário que esse também se reformule, que acesse novas dimensões de consciência e de conhecimento em um estado contínuo de abertura. Assim, por meio de uma *intencionalidade*, é preciso que esteja aberto a novas possibilidades e experiências para que seja transformado continuamente; inclusive no momento do cuidar. Essa condição nos remete aos estágios de desenvolvimento citado por Wilber (2013), pois, para que haja ruptura de paradigma, um processo emancipatório autoreflexivo deve ser o fio condutor. E Watson (2002) relata que para

Desenvolver um novo modelo de consciência do cuidar devemos 'ir além', do que ainda não é, mas poderá ser. Esse é o nosso 'amplo despertar' das funções ontológicas que informam a nossa cosmologia e estruturam as questões acerca da nossa epistemologia, acerca da verdadeira natureza da realidade, da ciência, do cuidar, do conhecimento e da consciência (p. 126).

Esse despertar possibilita que o cuidar atue de forma a transformar mutuamente os sujeitos envolvidos nesse processo dinâmico, porque, para que o cuidador toque o outro em sua essência transformadora, ele precisa estar aberto para perceber o outro verdadeiramente. Além disso, é importante ressaltar que, em sua abertura, o cuidador também é afetado. E essa maior consciência de si e do(s) outro(s) é identificada por nós no conceito dos quatro quadrantes elaborado por Wilber (2013). Sobre essa característica do cuidar, Watson (2002) descreve que

Em sua origem, o cuidar transpessoal honra a unidade do Ser, mudando níveis de consciência. Este procura harmonizar o Ser para o eu e outros em relação ao eu mais profundo/mais elevado no mundo. Neste modelo, então, um momento de cuidar transpessoal também se pode tornar o campo que manifesta o espaço entre nós e o universo, o espaço transpessoal. Esta proposta de cuidado ocorre de pessoa a pessoa, mas vai além do individual. Este momento de cuidar pode libertar poder interior e pode ajudar a pessoa a ganhar um sentido de harmonia interior. Nesta estrutura, os dois indivíduos que se unem num momento de cuidar, estão ambos num processo de ser e de se tornar (p. 115).

Com base nesses princípios, a autora considera que o cuidar é uma prática espiritual, pois trabalhamos com a força existencial de outra pessoa, tanto quanto a nossa,

numa mesma jornada. Quando mantemos a pessoa em sua integralidade, estamos mantendo a saúde dela. E, quando sustentamos outra pessoa, sustentamos também a nós mesmos. Quando tocamos fisicamente o outro, estamos tocando muito mais do que o seu corpo, tocamos sua mente, seu coração, sua verdadeira alma. E, ao olharmos para a face de uma pessoa, olhamos para dentro do infinito e do mistério da alma humana. No momento em que olhamos para o infinito e para o mistério da alma humana, isso reflete o mistério e o infinito da nossa alma, e é isso que nos conecta com o infinito campo do Amor Universal, que nós fazemos uso em nosso cuidar e nas práticas em saúde (WATSON, 2002). Essa plena consciência de que o momento do cuidar é um instante sagrado, denota o desenvolvimento da inteligência espiritual que Wilber (2013) descreve como a percepção adquirida de que o Ser inunda tudo e todos indistintamente e continuamente.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Delineamento do Estudo**

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizada uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem exploratória. Uma investigação com essas características oferece condições de pesquisar como os fatos e os fenômenos se manifestam nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas vivenciadas pelas pessoas. De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa busca a compreensão da lógica interna do seu objeto de estudo, sejam esses os grupos, as instituições ou os atores.

### **4.2 O Cenário**

O cenário desta pesquisa foi uma instituição de cunho filantrópico e especializado no tratamento e na prevenção do câncer em um município da Zona da Mata Mineira. Noventa e quatro por cento de seu atendimento é direcionado ao Sistema Único de Saúde que inclui o serviço de internação e o ambulatorial, direcionado aos pacientes residentes no município e de cidades circunvizinhas. A coleta de dados ocorreu no ambulatório de radioterapia no período de agosto a outubro de 2013.

### **4.3 Os Participantes da Pesquisa**

Foram participantes do estudo os pacientes em acompanhamento ambulatorial, que faziam uso dos seguintes procedimentos terapêuticos: radioterapia, quimioterapia e antineoplásico oral. Os sujeitos foram indicados pela enfermeira e pela psicóloga

responsáveis pelo ambulatório, após avaliação daqueles em condições físicas e psíquicas para participar da pesquisa. Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes maiores de 18 anos que concordaram em participar e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os participantes que não concordaram em fazer parte da investigação após a abordagem inicial da pesquisadora relataram receio da agulha de acupuntura, fato que ocorreu com todos os pacientes masculinos abordados. Foram também excluídos participantes que não tinham condições de realizar as dez sessões de acupuntura, uma vez que estavam finalizando o procedimento terapêutico ao qual se submetiam.

É pertinente esclarecer, também, que, conforme descrito no projeto de pesquisa, a utilização de outra terapia integrativa e a presença de lesões cutâneas nos pontos de aplicação da acupuntura foram fatores observados como critérios para exclusão, porém, não houve ocorrência de tais aspectos.

Participaram da pesquisa 13 mulheres portadoras de câncer, sendo 10 entrevistadas acometidas pelo tumor de mama e três com câncer vaginal, intestinal e ocular respectivamente. A faixa etária variou entre 41-75 anos. Quanto à escolaridade, a maioria cursou parcialmente o ensino fundamental. Em relação ao estado civil, das treze participantes, 09 declararam serem casadas. No que diz respeito à crença religiosa e/ou filosófica, a maioria afirmou ser católica. O tempo de diagnóstico variou de um mês a cinco anos e o tipo de tratamento comumente referido é a radioterapia seguida do antineoplásico oral, e somente duas estavam se submetendo à quimioterapia concomitante.

#### **4.4 Coleta de Dados**

As participantes foram submetidas a dez sessões de acupuntura aplicadas pela pesquisadora. De acordo com a literatura especializada, esse número de sessões é considerado a média necessária para a avaliação de uma resposta terapêutica. Como o objetivo foi estimular a dimensão espiritual, a técnica utilizada foi a tonificação, o que significa manter a agulha no ponto de acupuntura entre 5 a 10 minutos (INADA, 2007).

Foram estimulados os pontos dos aspectos mentais e espirituais que totalizam cinco pontos situados na região dorsal (B42, B44, B47, B49 e B52 – Anexo A) margeando a coluna vertebral bilateralmente, em uma distância de aproximadamente seis centímetros dos corpos vertebrais e abrangendo uma região entre o ângulo superior da escápula e a crista ilíaca (LIAN et al, 2007). O método utilizado para a estimulação dos pontos de acupuntura foi o agulhamento; método escolhido por ser um dos mais difundidos no Ocidente. Foram utilizadas agulhas de aço inoxidável, esterilizadas, descartáveis, de diâmetro 0,25mm (finas) e de comprimento da lâmina de 4,0 cm. As sessões duraram em média trinta minutos, com retenção das agulhas por dez minutos e foram aplicadas três vezes na semana, em dias alternados.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista **semi-estruturada** (Apêndice A e B), que, segundo Minayo (2010), não obedece a uma ordem rígida de questões, o que permite ao entrevistador fazer as necessárias adaptações facilitando a compreensão para o entrevistado. Para o pesquisador, esse tipo de entrevista permite melhor produção de material e aprofundamento das informações. Assim, esta técnica possibilita o relato espontâneo sobre o tema e sua relação com outras questões. Além de proporcionar maior liberdade, permite ao sujeito discorrer sem respostas ou condições pré-fixadas pelo entrevistador.

Foram realizadas duas entrevistas **semi-estruturadas** com as participantes: a primeira antes de iniciar as dez sessões (Apêndice A) e a segunda após o término das dez sessões (Apêndice B). Foi utilizado também um diário de campo pela pesquisadora durante a aplicação da acupuntura com o objetivo de levantar questões relacionadas à participação e reações das pacientes durante o atendimento.

Os depoimentos foram gravados em mini gravador, garantindo-se a fidelidade das informações e sua posterior transcrição. Os dados foram coletados até sua saturação, utilizando-se como critério a reincidência das informações.

#### 4.5 Aspectos Éticos

Esse estudo obedeceu às normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012). Nesse sentido, foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) para a autorização da participação voluntária dos sujeitos da pesquisa no atendimento proposto e para a entrevista. Nesse instrumento, é descrito o objetivo da pesquisa, bem como todo o procedimento que será desenvolvido.

Foi assegurado o caráter voluntário e o anonimato das participantes da pesquisa. Garantiu-se a reprodução fiel dos depoimentos, o arquivamento dos dados e a possibilidade de acesso ao resultado da pesquisa. Foram informadas às participantes a presença de risco maior que o mínimo relacionado às técnicas invasivas, ou seja, a possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais como hematoma e sensibilidade no local da punção (CRF-SP, 2010) e o ressarcimento mediante eventuais danos. Todavia, nenhuma destas reações foi observada ou relatada no decorrer da pesquisa.

As participantes foram tratadas com dignidade, foram respeitadas em sua autonomia e foram defendidas em sua vulnerabilidade, objetivando-se a garantia dos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos sujeitos da pesquisa. Considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos pressupõe riscos, respeitou-se a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, assumindo-se o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Com isso, garantiu-se que danos previsíveis fossem evitados e que vantagens significativas fossem viabilizadas para os sujeitos da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Plataforma Brasil (Parecer Consubstanciado nº 310.223 – Anexo C) e mediante autorização da direção da instituição (Apêndice D). Todavia, é pertinente esclarecer, que o processo de aprovação foi difícil e demorado em ambas as

entidades. Houve a recusa inicial mediante questionamento sobre a utilização da acupuntura pela classe não médica. Com isso, foi necessário apresentar pessoalmente a legislação que ampara a aplicação da acupuntura pelo enfermeiro, apesar da citação das questões éticas no projeto. Devidamente respaldada, a legalidade da proposta passou a ser inquestionável. Além disso, ocorreu também a ausência de resposta da primeira instituição na qual se pretendia desenvolver a pesquisa, sendo que essa não emitiu sequer um posicionamento quanto à solicitação do desenvolvimento da pesquisa, apesar de inúmeras tentativas de resposta.

## 5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os dados foram analisados através da análise do conteúdo, de Laurence Bardin. Esse método consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visando identificar, especialmente, as mensagens subliminares, não verbais e de duplo sentido (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). Assim, foi determinante a observação atenta durante as entrevistas para uma condução adequada no sentido de captar pontos importantes para aprofundamento e melhor compreensão das falas. Paralelamente, a utilização do diário de campo possibilitou registrar as impressões relacionadas a cada expressão facial, entonação de voz, manifestação emotiva e gesto manifestado.

Após a análise, os dados foram categorizados tendo como base o referencial teórico apresentado e, assim, pudemos construir três categorias de análise. Todavia, pretendemos inicialmente, traçar fragmentos das histórias pessoais narradas pelas entrevistadas, antes das sessões de acupuntura, para, em seguida, desenvolver as categorias. Assim, realizamos uma apresentação prévia de cada participante, para adentrarmos no universo singular e subjetivo, aproximando e integrando narrador e leitor, para que a leitura seja uma leitura da alma, ou seja, uma leitura viva e pulsante a cada página.

Com o intuito de trazer vida ao texto, inspiradas por Jean Watson (2002) e por sua proposta de resgate do arquétipo feminino como meio de retorno ao ser espiritual, utilizamos denominações de algumas deusas cultuadas por diferentes culturas para representar as entrevistadas. Essa escolha representa uma forma de reverenciar e de agradecer a rica participação e contribuição destas mulheres sensíveis e guerreiras nessa pesquisa. Introduzimos os nomes, de forma poética, e assim dedicamos “O Mito Dinâmico da Criação” às estas grandes deusas:

*“No momento infinito, antes de tudo, a Deusa levantou-se do Caos e deu nascimento a Ela mesma.*

*Isto foi antes de qualquer coisa ter nascido, até Ela própria. E quando separou os céus das águas Ela dançou sobre elas.*



*Conforme ela dançava, assim aumentava Seu êxtase e em Seu êxtase Ela criou tudo o que existe.*

*Seus movimentos provocaram os ventos e assim o elemento Ar nasceu e respirou, e a Deusa nomeou a si mesma de: **Arianrhod, Cardea e Astarte.***

*E faíscas saíam de seus pés conforme Ela dançava e brilhavam como o Sol, e as estrelas se prenderam em Seus cabelos. Os cometas passavam sobre Ela e assim o elemento Fogo nasceu e a Deusa nomeou a Si mesma de: **Sunna, Vesta e Pele.***

*Sob os Seus pés moviam-se as águas formando ondas e assim os rios e lagos passaram a fluir e Ela nomeou a Si mesma de: **Binah, Mari Morgaine e Lakshmi.***

*E procurando descansar seus pés na dança, produziu a Terra de modo que as margens dos rios e mares fossem seus pés; as terras férteis, o Seu ventre; as montanhas, os Seus seios fartos e Seus cabelos, todas as coisas que crescem, e a Deusa nomeou a Si mesma de: **Ceridwen, Deméter e Mãe do Milho.***

*E Ela se tornou Aquela que é, foi e será, nascida de Sua própria dança sagrada, do prazer cósmico e da alegria infinita.*

*Ela sorriu e criou a mulher à Sua própria imagem, para ser a Sua Sacerdotisa.*

*De seus elementos – Terra, Ar, Fogo e Água – a Deusa criou Seu Consorte para lhe dar amor, prazer, companheirismo e para compartilhar.*

*A Deusa falou então às suas filhas:*

- Eu Sou a Lua que iluminará os seus caminhos e revelará os seus ritmos.*
- Eu Sou a Dançarina e a Dança.*
- Eu Me movo sem movimento.*
- Eu Sou o Sol que dá calor para germinar e crescer.*
- Eu Sou tudo o que será.*
- Eu Sou o vento que virá ao seu chamado e as águas que oferecem a alegria.*
- Eu Sou o fogo da dança da vida e a Terra abaixo de seus pés dançantes.*
- Eu Dou a todas às minhas Sacerdotisas os três aspectos que são Meus:*
- Eu Sou **Ártemis**, a Donzela dos animais e a Virgem da caça.*
- Eu Sou **Ísis**, a Grande Mãe.*
- Eu Sou **Ngame**, a Deusa Ancestral que sopra a mortalha.*
- Eu Serei chamada por milhões de outros nomes.*

- *Chamem por Mim, minhas filhas, e saibam que Eu Sou **Nêmesis**. Nós todas somos Donzelas, Mães e Anciãs.*

- *Oferecemos Nossa energia criada ao espírito das mulheres que foram, ao espírito das mulheres que virão e ao espírito das mulheres que crescerão.*

- *E assim iremos evoluir juntas.” (PRIETO, 2000, P.13-15)*

### ***Arianrhod (Deusa Galesa: da Roda Prata de Estrelas)***

Ela tem 63 anos, cursou até a quarta série do primeiro grau, é divorciada, e declarou ser católica. Descobriu o câncer de mama (E) em 2008 quando realizou mastectomia parcial com esvaziamento axilar, radioterapia e, após cinco anos, está finalizando o tratamento com antineoplásico oral. Relatou se sentir mais forte atualmente, comparando com a difícil trajetória inicial quando experimentou sentimento de desespero, mas sempre tentou não se entregar, mantendo muita fé em Deus. Procura passar força e pensamento positivo para as amigas do grupo de apoio às pacientes com câncer de mama.

### ***Ártemis (Deusa Grega: das Coisas Selvagens)***

Ela tem 58 anos, cursou o segundo grau completo, é divorciada, e declarou ser espírita cristã. Descobriu o câncer de mama (D) em 2011. Todavia, em 2006 teve um tumor no pulmão. Realizou mastectomia total em junho de 2013, com esvaziamento axilar e sem reconstituição da mama. Atualmente está em análise clínica para avaliar a terapêutica a seguir. Relatou que procura ser bem positiva porque se curou do câncer de pulmão e tem uma expectativa e uma esperança de que tudo correrá bem. Mas reconhece que ocasionalmente sente uma tristeza e um medo acompanhados do pensamento “Será que isso vai dar certo?” Entretanto, procura mudar esta atitude porque sabe que pode cair mais fundo, como ocorreu da primeira vez quando teve depressão. Sente que a experiência anterior ajuda na atual situação: “a não caminhar pelos mesmos caminhos”.

### ***Astarte (Deusa Semítica: do Amor, da Fertilidade e da Guerra)***

Ela tem 47 anos, finalizou o ensino superior completo, é casada, e declarou ser católica. Descobriu o câncer de mama (D) em julho de 2013 e estava em tratamento radioterápico. Estava muito sensibilizada, chorando com facilidade. Não reside em Juiz de

Fora, ficava hospedada na casa do irmão durante a semana para realizar a radioterapia diariamente e esse distanciamento dos filhos e do marido por cinco dias trouxe mais incômodo e tristeza.

***Cardea (Deusa Romana: da Vida Doméstica; das tranças e das fechaduras)***

Ela tem 51 anos, cursou até a quarta série do primeiro grau, é casada, e declarou ser católica. Descobriu o câncer de mama (E) em 2010 quando realizou quimioterapia e radioterapia. Em abril de 2013 se submeteu à mastectomia total, com esvaziamento axilar e reconstituição da mama. Atualmente faz tratamento com antineoplásico oral. Quando recebeu o diagnóstico ficou muito chateada, pois para ela foi tardio, não por descuido, mas por erro médico. E esse fato gerou mágoa em relação a esse profissional. Mas apesar desse contexto sempre procurou ser positiva e lutar com toda força pra seguir o tratamento.

***Ceridwen (Deusa Bretã: do Caldeirão da Sabedoria)***

Ela tem 72 anos, cursou o ensino fundamental parcialmente, é casada, e declarou ser evangélica metodista. Descobriu o câncer no canal vaginal em julho de 2013 e está em tratamento quimioterápico e radioterápico. Tem estado muito nervosa querendo entender “de onde vem isso?” E o que a deixa nervosa também são todos os transtornos que o tratamento provoca, mas pede muito a Deus força para conseguir passar por tudo isso.

***Deméter (Deusa Grega: da Colheita)***

Ela tem 51 anos, cursou o ensino superior completo, é casada, e declarou ser católica. Descobriu o câncer de mama (E) em 2011 quando fez mastectomia parcial e esvaziamento axilar. Terminou a quimioterapia e a radioterapia há seis meses e atualmente está em uso de antineoplásico oral. Relata que agora vive a expectativa desse período de controle medicamentoso por cinco anos, uma tensão de “como tudo irá caminhar?”

***Ísis (Deusa Egípcia: dos Dez Mil Nomes)***

Ela tem 51 anos, cursou até a sexta série do primeiro grau, é casada, tem uma filha que está grávida, mas que é solteira e mora com ela. Também declarou ser católica. Descobriu o câncer de mama (D) em 2008 quando fez mastectomia total, com

esvaziamento axilar e reconstituição da mama. Após a cirurgia passou por seis meses de quimioterapia, atualmente está finalizando o uso do antineoplásico oral. Relata que está na expectativa de ser avó, mas também está preocupada com o nascimento do neto, devido à situação instável da filha. O que a incomoda mais é a questão da filha e nem tanto a própria condição.

### ***Lakshmi (Deusa Indiana: do Amor e da Fortuna)***

Ela tem 41 anos, possui o terceiro grau completo, é casada, e declarou ser católica. Descobriu o câncer de mama (D) em janeiro de 2013. Em fevereiro se submeteu à mastectomia parcial e esvaziamento axilar, seguida por quimioterapia durante seis meses e atualmente está realizando radioterapia. Relata que, ao descobrir, não ficou desesperada, pensando “ah vou morrer, ah estou com câncer”. Mas sofreu um pouco com a forma com que o marido reagiu, por ele ter ficado abalado. Hoje está cansada, desanimada e estressada por conta do tratamento extensivo.

### ***Mãe do Milho (Deusa Asteca: da Subsistência, da vegetação e da Fertilidade)***

Ela tem 44 anos, estudou até a quarta série do primeiro grau, é solteira e declarou ser católica. Teve o diagnóstico de câncer de mama (D) em 2011. Realizou mastectomia total com esvaziamento axilar e reconstituição da mama em maio de 2013. Atualmente, em tratamento radioterápico. Relata que no começo ficou triste, e chorava muito, mas agora se sente muito bem e confiante.

### ***Nêmesis (Deusa Grega: da Justiça e da Boa Sorte)***

Ela tem 53 anos, possui formação superior completa, é casada, e relatou acreditar na existência de uma força superior que a guia e a protege. Diagnosticada com câncer no intestino grosso há quatro meses e, há 60 dias, realizou colostomia. Está em tratamento quimioterápico e radioterápico. Relata que, a princípio, ficou muito preocupada, nervosa e depressiva, chegando a passar por crise de depressão e de síndrome do pânico. Está sendo um período de difícil adaptação, além da crise conjugal que vivencia.

### ***Pele (Deusa Havaiana: do Fogo e do Vulcão Kilauea)***

Ela tem 49 anos, possui o primeiro grau incompleto, é casada, e declarou ser católica. Recebeu o diagnóstico de câncer de mama (D) em 2008 quando realizou mastectomia total, com esvaziamento axilar, sem reconstituição da mama. Em seguida fez quimioterapia e está finalizando o tratamento com o antineoplásico oral. Relata que, desde o início, enfrentou a situação sem ilusões, porque acompanhou a sogra e o pai com o mesmo problema, e tinha uma noção da trajetória. O mais difícil, que gerou angústia, foi a demora na cirurgia, pois internou-se três vezes para tentar a cirurgia, mas sempre ocorria algo que a impedia, conseguindo somente realizá-la na terceira vez em que foi internada. Fora isso, passou tranquilamente pelo tratamento, não teve reações com a quimioterapia, tendo-as somente agora, no fim, com o antineoplásico oral. O mais difícil está sendo a flebite causada pelo uso do remédio, a dor constante e as limitações provenientes disso.

### ***Sunna (Deusa Nórdica: do Sol)***

Ela tem 48 anos, cursou o segundo grau completo, é divorciada, e declarou ser evangélica. Descobriu um tumor na órbita ocular em 2012 quando fez uma cirurgia para remoção, mas houve reincidência após 6 meses. Está em tratamento radioterápico. Relata que, com o retorno do tumor e a indicação de uma nova cirurgia, ficou muito depressiva. Chegou a ficar alguns meses em casa sem tomar uma atitude, entregue, deitada o dia todo, sem vontade de sair, de fazer alguma coisa. Mas o quadro começou piorar, teve perda da visão, aumento da dor e episódios de síncope. Assim, ficou preocupada e resolveu retornar ao médico. Contudo, pela avaliação dele, o tumor tinha aumentado consideravelmente. Com isso, descartou nova cirurgia e a encaminhou para avaliação com outro médico que indicou para ela a radioterapia de forma urgente. Está sendo um momento difícil, com muitas perdas, mas tem encontrado força, principalmente em Deus.

### ***Vesta (Deusa Romana: da Lareira, do Lar e da Família)***

Ela tem 75 anos, possui o segundo grau completo, é casada, e declarou ser católica. Descobriu o câncer de mama (D) há seis meses quando realizou mastectomia parcial e esvaziamento axilar. Atualmente em tratamento radioterápico. Se sente confiante, principalmente, pela confiança em Deus, crê que tudo irá correr bem. É muito positiva, característica que lhe é natural. A questão que mais a incomoda no momento não se refere

à doença, mas ao relacionamento com o marido, devido a suspeita de infidelidade e ao fato de estar sendo difícil lidar com essa situação de forma equilibrada.

Ao final da apresentação de cada entrevistada, seguimos para a descrição das categorias de análise que extraem os significados das falas relacionando-os com os cinco elementos elaborados por Wilber (2013), em seu Mapa Integral, incluindo as contribuições de Watson (2002). A análise foi realizada tendo como influência predominante a teoria de Wilber, pois a psicologia transpessoal é capaz de compreender o ser cuidado e seu desenvolvimento. Já Watson, com o cuidado transpessoal, oferece maior suporte para entender o cuidador e suas ações. Além disso, procuramos ordenar as categorias de acordo com o desenvolvimento do próprio processo de transformação vivenciado pelas participantes.

## 5.1 A vivência de experiências transformadoras

*A coisa mais bonita que podemos experimentar é o misterioso  
(Albert Einstein)*

Estamos familiarizados com os habituais estados de consciência que são os de vigília, de sonho e de sono profundo. Todavia, existem estados não habituais de consciência, (como os meditativos induzidos pela yoga, oração e meditação), e ainda, os estados alterados de consciência, (como os induzidos pelas substâncias enteógenas<sup>28</sup>), além dos que se inserem em uma grande variedade de estados de pico – como os desencadeados por experiências intensas, por exemplo, ouvir uma boa música ou andar na natureza (WILBER, 2013).

Quanto aos **estados** não ordinários de consciência, qualquer pessoa pode ter uma experiência desta natureza, e a razão para que tal vivência seja possível é que esses

---

<sup>28</sup> Substâncias alteradoras da consciência, como aquelas encontradas em algumas plantas ou fungos utilizadas em rituais xamânicos (WILBER, 2013).

estados de consciência são possibilidades sempre presentes, uma vez que o simples 'contemplar algo' pode se tornar o fator desencadeador (WILBER, 2013).

Ao se caracterizar como uma experiência de expansão para além do ego, ou seja, de ultrapassar o limite físico, emocional e psíquico habitual em direção a estados mais profundos e elevados, nos estados transpessoais é comum a vivência de um sentimento de

Liberdade ardente e sublime que se liberta para o infinito a cada expiração, provocando arrepios em sua coluna com sua radiante intensidade ao deixar seu corpo, levando dádivas tão excessivamente imensas que todo o seu corpo explodiria se tentasse contê-las. (WILBER, 2013, p.214)

Observamos nesta investigação que, logo após a sessão de acupuntura e desde a primeira aplicação, a maioria das entrevistadas relatou a vivência de momentos significativos de uma paz profunda, que poderíamos dizer libertadora, visto que essa também se expressa no corpo relaxando-o de forma que parece flutuar em ondas de calafrios:

É uma sensação boa que parece estar flutuando, uma sensação diferente no corpo e uma intensa leveza. E aqueles arrepios gostosos friozinhos. (*Mãe do Milho*)

(...) durante as sessões, assim que você acabava de colocar as agulhas eu já começava a sentir como se tivessem ondas percorrendo a minha coluna. Como uma gota que cai na água formando ondas, uma sensação parecida! Além disso, o relaxamento e uma tranquilidade, uma sensação boa! (*Astarte*)

(...) começava a sentir assim que você colocava as agulhas. Começava a sentir uma sonolência, uns arrepios, como se fosse um relaxamento intenso, uma leveza, como se fosse uma pluma, parecia com a sensação de estar bêbada (Risos!). É como se o corpo tomasse outro tipo de constituição, uma sensação diferente e é difícil de explicar. Mas toda essa sensação traz bem-estar, conforto. Parece que a gente entra em contato com algo maior que supera este mundo aqui. (*Ártemis*)

Além da sensação física de relaxamento intenso, a remissão significativa de quadros álgicos e de outros desconfortos físicos foram sintomas comumente relatados desde a primeira sessão. Pode-se dizer que tal resultado está relacionado à argumentação de Wilber (2013) no que se refere à condição da dimensão espiritual, como quinto nível de desenvolvimento, abarcar as dimensões anteriores. Assim, a sensação de libertação se manifesta fisicamente relaxando o corpo, acalmado as dores e demais desconfortos:

As dores na coluna, na cabeça e nos ombros eu não sinto mais, desde que começou a acupuntura. Até o apetite e o mal-estar também melhoraram. *(Ceridwen)*

Para mim foi um bem-estar geral. Diminuição quase total das dores nas costas e no braço que eu sentia, o que ajudou muito no sono! *(Deméter)*

Olha eu senti bastante diferença, principalmente em relação às dores, ficou mais fácil de lidar com elas, porque já ocorrem há muito tempo. *(Arianrhod)*

Outro aspecto observado diz respeito à permanência de tais efeitos vários dias após a aplicação sequencial da acupuntura, evidenciando a possibilidade da vivência de **estágios** de desenvolvimento mais profundos e recorrentes através de uma prática contínua de contato com **estados** mais elevados (WILBER, 2013).

Existem, de fato, evidências experimentais consideráveis demonstrando exatamente isso:

Quanto mais se aprofunda nos autênticos estados mais elevados de consciência – como os estados meditativos – mais rapidamente você cresce e se desenvolve em qualquer um dos estágios de consciência. É como se o treinamento nesses estados mais elevados atuasse como lubrificante na espiral do desenvolvimento, ajudando você a se ‘desidentificar’ do estágio inferior e possibilitando o surgimento do próximo estágio mais elevado, até que você consiga permanecer em níveis superiores de percepção e, com isso, o que era um estado passageiro passa a ser um atributo permanente. (WILBER, 2013, p.43-44)

Assim, confirmamos esse acontecimento através dos seguintes relatos:

Uma sensação muito boa de relaxamento e de tranquilidade, claro, mais intensos durante a aplicação, mas que permanece, como um pano de fundo durante o dia e nos dias seguintes! *(Astarte)*

Interessante é que algumas vezes em casa, quando eu dou uma parada, por exemplo, deitada na sala para ler, e antes de dormir, sinto um relaxamento intenso, uma leveza intensa, um sentimento de paz, arrepios, iguais aos que sentia aqui durante as aplicações, uma sensação muito boa! (Risos!) *(Deméter)*

Percebi que tudo foi melhorando a cada dia, que foi intensificando. Passei a andar com mais leveza, parece que estava toda travada e fiquei muito feliz com isso. Eu já saía da sessão aliviada, e o alívio permanecia durante o dia e a noite e passei a dormir melhor também, sem dores. E esse alívio permanece até hoje! *(Ártemis)*



É pertinente esclarecer que não é possível ter uma experiência de pico de **estágios** mais elevados, porque os estágios se desenvolvem sequencialmente e, para isso, levam um tempo considerável. Todavia, em certas modalidades de treinamento psicológico e espiritual, pode-se induzir um amplo espectro de estados de consciência e de experiências corporais desde o começo. Essa ampliação da consciência pode ser comparada à experiência com a acupuntura feita nesta pesquisa. Dessa maneira, a frequência do estímulo de tais estados pode rapidamente induzir a níveis ou estágios mais elevados de consciência (WILBER, 2013).

Watson (2002) traz uma contribuição ao relacionar intencionalidade, desenvolvimento de níveis ampliados de consciência, energia e pensamento. A intencionalidade trata-se de um estado de abertura ou disposição, principalmente mental e emocional, no sentido de se cultivar pensamentos e sentimentos que proporcionem esse estado. Esse tipo de atitude tem a propensão de elevar a frequência vibratória, expandindo, assim, a consciência. Com isso, estabelece-se uma relação íntima entre consciência, pensamento, emoção e energia, e, quando esses aspectos são associados de modo positivo ou elevado, são sinônimos de cura interconectiva e integral:

À medida que aprendemos a moldar nossa luz através da ampliação da nossa consciência e da intencionalidade, também aprendemos a lidar com a nossa energia, com a sua depleção e reposição. Fazemos isso ao aprendermos a concentrarmo-nos com a energia universal, a que todos temos acesso. Podemos conseguir isto pela aquisição de uma prática conectiva diária; como os exercícios respiratórios, a meditação, o Tai Chi, entre outras. Cultivando as nossas próprias práticas espirituais, é um modo de manter a energia a fluir suavemente através do nosso corpo; é um modo de procurar sustentar uma consciência ampliada e uma intencionalidade de cuidar-curar (WATSON, 2002, p. 146).

Podemos comparar esse processo de desenvolvimento com a ativação de um mecanismo de abertura, no qual “cada vez mais há uma permissão para sentir esta Plenitude se você apenas se colocar de lado e permitir que ela o tome de assalto” (WILBER, 2013, p.214-215). E esse desenvolvimento de estados-estágios ampliados de consciência mostrou-se o dispositivo inicial para promover outras transformações ainda mais profundas e significativas, conforme evidenciamos nas falas das entrevistadas.

## 5.2 O redescobrimto: uma nova forma de ‘Ser’

*Há pessoas que choram por saber que as rosas têm espinhos.  
Outras gargalham de alegria por saber que os  
espinhos têm rosas.  
(Confúcio)*

O modo como uma determinada cultura vê uma doença – com consideração e compaixão ou com escárnio e desapego – pode ter um profundo impacto sobre a capacidade do indivíduo para lidar com a doença.

Homens e mulheres são condenados ao significado, condenados à criação de valores e julgamentos. Não é suficiente saber que se contraiu uma doença, mas é preciso entender também o, por quê? Em outras palavras, é necessário dar significado e julgamento para a moléstia com a finalidade de controlá-la. E o ponto fundamental é que o significado da enfermidade – negativo ou positivo, remissório ou punitivo, solidário ou condenatório – pode ter um enorme impacto sobre o indivíduo e sobre o curso da doença (WILBER, 2007, p. 48).

Assim, observamos que o diagnóstico do câncer gera um grau elevadíssimo de estresse nas pessoas. Os portadores vivem na incerteza sobre a cura e a morte, experimentando concomitantemente períodos de debilidade provenientes do processo terapêutico e do estágio evolutivo da própria doença. Durante esta fase, é comum a dura experiência da dependência e das limitações, e a vivência de emoções como a revolta, o medo e a dúvida. Esses aspectos foram observados nos relatos das entrevistadas antes de iniciarem as sessões de acupuntura, conforme é citado logo abaixo:

Choro muito. Às vezes fico um pouco assustada, querendo entender de onde vem isso? Estou muito nervosa, muito agitada, porque estou acostumada a cuidar do meu serviço, mas não posso fazer nada. Não gosto de ficar na cama também, não tenho lugar para mim dentro de casa. Deito está ruim, televisão não gosto. E dormir está difícil. *(Ceridwen)*

Às vezes vem a raiva. Fico querendo entender por quê? Esta semana o médico me prescreveu um calmante, porque a pressão estava ficando alta devido ao estado emocional e estava com dificuldade de dormir. Estou tendo que me adaptar a toda esta mudança. Tem hora que eu mesma tento relaxar. Tem hora que o pessoal pensa que estou dormindo, mas, não é, fico deitada tentando relaxar. Mas também fico com medo, com dúvida deste comportamento ser sinal de depressão, de querer ficar sozinha sabe! *(Nêmesis)*

Hoje estou cansada, desanimada emocionalmente e fisicamente por conta do tratamento, de ter que vir no hospital sempre. E também por causa da limitação do meu braço, de depender das pessoas para fazer coisas do dia a dia e isso me deixa um pouco estressada, pelo fato de sempre fazer tudo e agora não posso. *(Lakshmi)*

Todavia, após as sessões de acupuntura, foi comum o relato de um novo olhar e de uma nova forma de enfrentar o momento presente. Em relação a isto, Wilber (2007) descreve o desenvolvimento da **tipologia** feminina, como aspecto arquetípico, no que diz respeito a aprendermos a ‘Ser’, a seguir a corrente, a deixar fluir sem resistir ou lutar quando determinados momentos nos exigem esta postura. Na verdade, esta proposta é apresentada na busca pelo equilíbrio dos aspectos feminino e masculino nas situações em que um se sobrepõe ao outro. Podemos conferir esse movimento nas falas de Ceridwen, Nêmesis e Lakshmi quando conseguem caminhar da resistência para a aceitação:

A agitação e o nervosismo diminuíram bem. Passei a deitar depois do almoço, o que não gostava de fazer. Quando não posso fazer alguma coisa de casa, tudo bem. (...) Ainda fico um pouco preocupada com tudo isso, mas não como antes, não fico pensando tanto como antes. *(Ceridwen)*

Tenho me sentido mais calma, mais tranquila, principalmente em relação a toda essa mudança no corpo e nos hábitos de vida, antes ficava mais aflita, agora parece que estou conseguindo me adaptar. *(Nêmesis)*

Percebi que agora estou tendo que aprender a deixar as pessoas a fazerem as coisas por mim e ter paciência. Pelo fato de ter sido sempre muito ativa, de resolver tudo rápido, estou percebendo que este momento está me fazendo aprender a ser paciente e tolerante; a aprender esperar e a aceitar ajuda. E estou aprendendo também a não querer resolver o problema dos outros... *(Lakshmi)*

Encontrar o ponto de equilíbrio, entre ‘fazer’ e ‘Ser’, entre controlar e permitir, entre resistir e ceder, entre lutar e render-se é um dos pontos nevrálgicos na confrontação com o câncer (WILBER, 2007). E o encontro dessa harmonia minimiza o sofrimento ao trazer alívio e conforto, como nos estados alcançados pelas entrevistadas, fato que podemos perceber através das falas.

Mas, além de haver uma aceitação do momento, há também e, sobretudo, uma auto aceitação. Pois, só se consegue ‘Ser’ no presente, e esse estado é atingido através do aceitar a si mesmo continuamente. “O homem posterga ou recorda; ele não vive o presente, negligencia as riquezas que o cercam, lamentando o passado e/ou expectando o futuro. Ele

não conseguirá ser feliz e forte até que também viva, como a natureza, no presente, acima do tempo” (WILBER, 2007, p.286). Esta aceitabilidade do agora, onde reside o ‘Ser’, traz vitalidade e é percebida nas falas que se seguem:

Minha família fala que até minha fisionomia mudou, que estava mais triste, sempre com a cabeça baixa. E agora eles percebem mais vida. Estou até mais descontraída, fazendo “brincadeiras”, minha família também percebeu essa mudança. (*Ceridwen*)

Parece que até espiritualmente estou fortalecida, estou mais positiva e animada. Porque acho que estava bem pessimista. Estou muito melhor, muito melhor mesmo, muito, mas muito mesmo, adorei! (Risos) (*Deméter*)

E o aceitar a si abre caminho para aceitar o outro, para perdoar o outro e se libertar de sentimentos que aprisionam, como a mágoa e o ressentimento:

Olha, parece que a mágoa diminuiu, parece que meu coração está mais leve (Mágoa de um profissional). Engraçado, outro dia até passei por ele na rua, tinha tempo que não via, levei um susto, mas consegui cumprimentar, pois em uma outra vez me desviei dele. (Risos). Engraçado mesmo, agora você me perguntando e falando a respeito novamente, parece que fico menos incomodada. (*Cardea*)

Melhorou, é como se estivesse pensando menos neste assunto (Mágoa com o marido). E quando algum pensamento sobre isso vem, mudo o pensamento, não fico alimentando, cultivando. Graças a Deus, melhorei muito sobre esse assunto, depois que fiz aqui a acupuntura. Até minhas irmãs comentaram, que quando conversávamos pelo telefone sempre reclamava sobre isso e que ultimamente nem tenho tocado no assunto. Elas também falaram que percebeu que estou mais calma. Parece que esse alívio veio depois da terceira sessão, não foi? Quando eu te contei que cheguei em casa, chorei tanto, mas tanto como nunca tinha chorado antes, a sensação que tinha lavado a alma. Parece que foi depois daí que esse alívio veio. (*Vesta*)

Olha, agora que você falou, lembrei, porque não estava pensando nisso mais (Mágoa em relação aos colegas do trabalho), como se estivesse apagado, e percebo com isso que não sinto o mesmo incômodo... Engraçado, né!? Parece que não tem o mesmo peso, agora é o que consigo perceber! (*Deméter*)

O perdão é um mecanismo de recordar o verdadeiro ‘Eu’, é uma forma de ‘Ser’ verdadeiramente à medida que se distancia do ego e de seus recursos de auto defesa:

O ego, a sensação de um eu separado, não é apenas um constructo cognitivo, mas também afetivo. Isto é, não é sustentado apenas por conceitos, mas também por emoções. A emoção primordial do ego é o medo seguido pelo ressentimento. Em outras palavras, sempre que dividimos a consciência em sujeito *versus* objeto, em eu *versus* outro, então esse eu

sente medo, simplesmente porque existem agora muitos 'outros' lá fora que podem prejudicá-lo. Desse modo, nasce o ressentimento. A primeira manobra do ego, ao lidar com esse ressentimento, é tentar induzir; controlar os outros a confessar seus erros. Mas isso faz com que o ego se sinta temporariamente melhor, pois a natureza do ego é de não perdoar, porque o perdão enfraqueceria sua própria existência. Perdoar os insultos é enfraquecer a fronteira entre o eu e o outro. Assim, com o perdão, a consciência tende a se desapegar do ego e seus insultos, e voltar-se, ao contrário, para a Testemunha, o 'Eu', que trata igualmente sujeito e objeto. Então, o perdão é o modo de me desapegar do meu eu e lembrar do meu 'Eu' (WILBER, 2007, p. 151).

Perdoar significa equilibrar o ser e o fazer, o eu e o ego, o arquétipo feminino e o arquétipo masculino. Watson (2002) aponta que perdoar é curar, uma vez que a cura é sinônimo de harmonia. A autora sustenta essa afirmação realizando uma comparação das noções de yin e de yang com os tipos de pensamentos e de sentimentos. O yin e o yang são conceitos provenientes da filosofia taoista que representam aspectos polares dos diversos fenômenos da vida. No contexto psíquico e emocional do ser humano, Watson faz uma relação entre yin com os pensamentos e sentimentos 'negativos' e yang com pensamentos e sentimentos 'positivos'. Assim, ela propõe o equilíbrio entre ambos para se alcançar a harmonia-cura integral, e esse estado harmônico representa o contato com a Consciência Suprema, onde os opostos se unem. Energeticamente, o campo vibracional se estabiliza para gerar ondas cada vez mais crescentes, ampliadas e expandidas, representando níveis mais elevados de desenvolvimento consciencial.

Quando permitimos que correntes energéticas de alta frequência percorram nosso sistema, experimentamos mais energia. Pela seleção de nossos pensamentos, selecionamos que correntes emocionais vamos libertar e reforçar, assim, determinamos a qualidade de nossa luz e os efeitos que iremos exercer nos outros, e na natureza de nossas experiências de vida. Se estivermos atentos à luz da Consciência Suprema, somos capazes de expandir a nossa atenção e alcançar um nível de existência mais elevado (WATSON, 2002, p. 112).

Assim, entrar em contato com o 'Eu' ou com a Consciência Suprema traz também uma nova autoconsciência, como se fosse desenvolvida uma percepção mais aguçada de si e dos outros, o que foi identificado, mais adiante, nas falas das depoentes.

### 5.3 A conscientização do 'Eu': ampliando a visão

*É preciso ter um caos dentro de si para dar à luz a uma estrela cintilante.  
(Friedrich Wilhelm Nietzsche)*

Equilibrar o 'Ser' e o 'fazer' promove a aceitação de si, de como você simplesmente É e do outro, de como o outro simplesmente É. Essa aceitação ocorre no momento presente, em nenhum outro tempo, e inclui a aceitação daquele único instante com determinação para mudar as coisas que precisam ser modificadas naturalmente, em prol de emersão do "Eu" e da submersão do ego.

Trazer o 'Eu' à tona promove discernimento, clareza, atenção, tornando evidentes aspectos que anteriormente passavam despercebidos. Wilber (2013) define esse fenômeno como a presença da Testemunha ou do Observador, e relata o seguinte:

O observador em você; a Testemunha de si e do mundo inteiro ao seu redor, brilha e cintila com uma alegria esfuziante diante da liberdade de todo e de qualquer momento. Se você descansar em si como testemunha disso, tudo lhe mostrará mais claro, mais nítido, mais vasto... (p. 214)

Assim, a percepção de uma nova consciência surge através de alguns relatos conforme é descrito a seguir:

E parece que fiquei mais concentrada para rezar o terço, uma sensação como se estivesse totalmente inteira ao rezar, mais ligada. (*Astarte*)

Acho que ficava pensando muito, comparando a (cita seu nome) de antes com a de agora. Parece que estou pensando menos no passado e vivendo mais o presente. Estou aprendendo a viver o dia a dia, o hoje e ir descobrindo a nova (cita seu nome) positiva e forte, como já era, mas mais consciente do que é realmente importante na vida. Porque sempre fui ativa, mas não ligava muito para as coisas, só queria curtir, ficar bonita, bronzeada... Agora estou descobrindo uma (cita seu nome) mais bonita por dentro... Isso é que precisava encaixar em mim... e tá encaixando... (*Sunna*)

Antes da acupuntura eu achava que estava bem, que estava tranquila, mas hoje vejo que não estava bem, na verdade tentava me controlar diante das dores e das dificuldades.(...) Sinto que agora estou realmente tranquila, e que antes, na verdade, estava tensa; física e emocionalmente, e não me

dava conta.(...) Eu percebi, também, que a dor era resultado da tensão emocional. (*Ártemis*)

Podemos relacionar esses relatos com a ideia de Wilber (2013) sobre os **Quadrantes** quando há o desenvolvimento da percepção de todo momento vivido sob as perspectivas do 'eu' e do 'isto', uma vez que as entrevistadas adquirem um autoconhecimento que abrange tanto as questões subjetivas (consciência de pensamentos e de sentimentos) e objetivas (consciência corporal).

No entanto, esta percepção se estende também para o meio circunvizinho, quando se percebe melhor o que está além de si, o que inclui as perspectivas do 'nós' e do 'istos'. E essa nova postura na vida, ou seja, a maior presença e o equilíbrio, parece afetar aqueles que convivem com as entrevistadas.

O estado de Presença transforma não só a si, mas também os outros que se aproximam, às vezes um pouco, às vezes muito. Este estado faz com que, os outros presentes no presente, lembrem-se da necessidade de despertar, e assim as pessoas podem se sentir mais vivas, mais abertas, mais animadas, mais diretas, mais equilibradas, mais despertas (WILBER, 2007, p. 10).

Perceber melhor o outro inclui identificar que o estado que eu vivencio influencia no estado experimentado pelo outro. De acordo com isso, conseguimos identificar esse aspecto nas falas que se seguem:

A única pessoa que tenho mais próxima é o meu marido. Percebi que ele passou a ficar mais calmo, e até mais atencioso comigo. Acho que é porque fiquei mais calma e ele também ficou! (*Vesta*)

Ah... Minha família notou que estou mais paciente, mais aberta, mais alegre. Eles notaram! E aí modifica o ambiente todo. Até eles estão mais tranquilos. (*Deméter*)

É interessante que as pessoas agora param comigo, conversam, não sei se eu estava mais fechada antes, o que impedia que isso ocorresse. Parece que estou mais aberta. (*Ártemis*)

Passar pelas experiências transformadoras que proporcionaram descobrir novos modos de 'Ser', de estar, de realizar, de relacionar e de perceber demonstra o desenvolvimento das **Linhas** ou **Inteligências Múltiplas**, em especial da inteligência espiritual.

Um sinal do desenvolvimento desta linha é evidenciado pela observação do fortalecimento da coragem ou da fé, em oposição ao medo, esse que é sentimento base do ego. O desenvolvimento de tal atributo faz referência a uma maior percepção da eclosão de uma força intrínseca e extrínseca, conforme identificamos nos relatos que se seguem:

Não tenha dúvida que foi um benefício, foi como um fortalecimento da força, da fé; da ligação com a força superior. (*Arianrhod*)

Parece que me sinto mais forte... Você pode achar que está sozinha, mas não está. Você pensa ou fala a respeito e então você sente a presença de Deus te acolhendo e você adormece sem sentir. A cura está na gente, mas você tem que acreditar nisso e utilizar tudo que ajude nessa cura. (*Sunna*)

A inteligência espiritual baseia-se na concepção de que o “espírito” é visto não apenas como Fundamento nem como somente o estágio mais elevado, mas como a própria potencialidade direcionada a níveis mais amplos de desenvolvimento (WILBER, 2013).

É uma inteligência que conhece uma coisa, sendo essa coisa ao mesmo tempo em que é também seu criador. É o ‘Ser’ (essência) de tudo que existe, de maneira que conhecer e ser, ou ser sujeito e objeto, são um só numa presença não-dual. A tal Quididade ou Inteireza das coisas, anterior a todo e qualquer conceito, sentimento, pensamento e imagem, mas facilmente acessível bem aqui e agora como o simples sentimento de ‘Ser’ (WILBER, 2013, p.150).

Watson (2002) diz que esse estado de maior percepção de si e de tudo que lhe cerca inclui também a percepção de que o universo e o ser humano não estão restritos a esta dimensão habitual e corriqueira, estando envoltos em um campo multidimensional: o campo holográfico. E, nesse holograma composto por diversas ondas vibracionais energéticas, o corpo também ganha uma constituição ampliada que se conecta com esse todo continuamente. Assim, as vibrações do autocampo influenciam as vibrações dos diversos campos circundantes e, trazendo essa ideia para as relações sociais, significa dizer que o outro é profundamente afetado pelo eu. Então, buscar o autoconhecimento e o próprio equilíbrio representa valorizar a harmonia de tudo e de todos que nos cercam. Esta postura perante a vida demonstra uma noção de co-responsabilidade intrínseca às consciências mais ampliadas. Assim, esse abrir-se para si e para os outros, ao retirar a proteção egóica, evidencia a emanção da força e da coragem, as quais são potencialidades curadoras.



Até aqui podemos observar que todos os aspectos narrados convergem para um ponto central. Alcançar níveis mais elevados de desenvolvimento, integrar os opostos unindo as tipologias paradoxais, ampliar a consciência através dos quatro quadrantes e desenvolver a inteligência espiritual nos leva a um único destino: ao destino do 'Ser'. E a jornada parece ser surpreendente, inovadora, transformadora para culminar na

Grande e radiante vastidão descerrada que é você, a cada momento, que é tudo o que existe. Olhe! Olhe! Olhe! O que você vê? O que você pode ver, a não ser as texturas de seu próprio Ser, essa grande e Única Prova de sua própria Presença primordial, surgindo em todas as partes como o próprio mundo? Aquele mundo 'lá fora' não é outra coisa a não ser a experiência de você neste exato momento! Ouça o que eu digo: Tudo é você. Você é vazio. O vazio está se manifestando livremente. Manifestar-se livremente é libertar-se. Liberte-se! (WILBER, 2013, p. 216).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Nunca ande por caminhos já traçados, pois eles conduzem somente até onde os outros já foram.  
(Galileu Galilei)*

Ao desenvolver o percurso investigativo pudemos observar como os temas abordados (câncer, cuidados paliativos, cuidado espiritual e acupuntura) se relacionam de forma dinâmica, construindo uma teia de ligações na qual cada abordagem contribuiu de modo singular para a formação de um todo integrado.

Consideramos os cuidados paliativos como oportunidade de resgate do cuidar na saúde e, em especial, na enfermagem. Um movimento que se iniciou direcionado aos pacientes em condições de terminalidade, hoje, amplia suas ações para aqueles diagnosticados com doenças crônicas e degenerativas. Como enfermidades de tal natureza envolvem vários componentes de ordem física, emocional, psíquica, social e espiritual, devido à complexidade de sua fisiopatologia, os cuidados paliativos, com sua proposta de oferecer assistência integral, muito têm a contribuir para repensar as práticas em saúde, assim como para redirecioná-las.

Acreditamos que uma das principais contribuições da filosofia paliativista reside na inclusão da dimensão espiritual como aspecto a ser assistido. Esse é um ponto inovador até mesmo no contexto da Organização Mundial da Saúde, pois a definição de saúde desenvolvida por esse órgão não inclui a espiritualidade, sendo essa lacuna preenchida pela a proposta dos cuidados paliativos. Esse é um marco importante para as ações direcionadas ao cuidado espiritual, uma vez que respalda e legitima essas intervenções, possibilitando, também, que os profissionais assumam essa forma de assistência, principalmente em momentos de crise espiritual, de modo a ativar o manancial da Vida presente em todo ser humano.

Durante as primeiras entrevistas, constatamos a presença da dor espiritual em todas as falas das entrevistadas mediante evidente crise existencial, expressa por meio do choro, dos próprios relatos de inadequação, de insatisfação e até mesmo das queixas físicas. Esse é um novo aspecto a ser considerado à luz da teoria transpessoal, pois a dor espiritual não se restringe ao conflito com o transcendente, mas inclui todos os aspectos abarcados por ele

(psico-físico-social), o que nos remete ao conceito de dor total utilizado no âmbito dos cuidados paliativos. E, conciliando a teoria transpessoal com o taoísmo, base filosófica da medicina tradicional chinesa, percebe-se que essas formas de percepção são convergentes, uma vez que o Tao, como princípio energético-espiritual presente no Universo e em tudo que nele habita, promove a conexão entre os componentes, formando um todo interligado.

Tendo como base o princípio interconectivo, entende-se que, assim como a desarmonia se manifesta integralmente, a harmonia integral também é uma possibilidade, e esse estado pode ser promovido por meio de diversas ações, por exemplo, as terapêuticas energéticas-integrativas. É nesse sentido que compreendemos, por meio das falas das entrevistadas, que a acupuntura atuou sobre a dimensão espiritual ao trazer o alívio da dor espiritual. Esse entendimento foi possível, pois teve-se como embasamento os depoimentos analisados por meio da associação entre os objetivos traçados e o referencial teórico, dando origem às categorias de análise.

Nas vivências relatadas, foi possível identificar modos de 'Ser' que se mostraram transformados quando comparamos o antes e o depois das sessões de acupuntura, tendo como eixo norteador as percepções, os sentimentos e os pensamentos que expressam a forma como cada uma se relaciona consigo, com os outros e com o mundo (relações transpessoais). Apesar de todas as entrevistadas relatarem a percepção de benefícios, esses se desenvolveram de forma relacional, levando-se em consideração o tempo diagnóstico. Todas responderam intensamente nos dias de aplicação, porém, no caso daquelas com diagnóstico recente, a evolução não foi homogênea e ascendente, como ocorreu com as demais participantes. Ocorreram transformações evidentes, mas permeadas por oscilações. Possivelmente, a crise existencial vivenciada de forma aguda influenciou nesta resposta diferenciada.

Esses resultados foram descritos por meio de três categorias de análise que foram ordenadas tendo como base a evolução das sessões. A primeira, apresentada e intitulada "A vivência de experiências transformadoras", abordou os estados não ordinários de consciência que as entrevistadas vivenciaram de forma exacerbada durante as aplicações da acupuntura, os quais podem ser identificados através de efeitos como, sensação de paz, percepção do corpo flutuando, relaxamento intenso e alívio dos desconfortos físicos. Ainda nesta categoria, encontramos, também, relatos de prolongamento das experiências transformadoras, ou seja,

da continuidade, no decorrer dos dias, das sensações experimentadas durante as sessões de acupuntura, eventos relacionados aos níveis ou estágios de consciência.

Na categoria “O redescobrimto; uma nova forma de ‘Ser’”, identificamos elementos relacionados às tipologias horizontais quando as entrevistadas relataram mudanças comportamentais no que diz respeito ao desenvolvimento de atributos como: adaptação, aceitação e perdão, ou seja, realizaram um movimento em direção à lógica feminina, saindo da lógica masculina, de resistência.

Foi possível verificar, também, que o equilíbrio entre o atributo arquetípico masculino do ‘fazer’ (realizar e alcançar) e o valor simbólico feminino do ‘Ser’ (abraçar e aceitar) promove relações mais harmônicas e menos hierárquicas. O ‘fazer’ é dependente de regras e de julgamentos com o objetivo de realizar um presente melhor, mas esse é sempre projetado em um futuro e vinculado a um passado por meio da eterna insatisfação das coisas como elas são. Quando o ‘Ser’ abraça o ‘fazer’, o presente se instala através de um movimento de inclusão e de abertura, e, nessa entrega, se aceita todas as manifestações que ocorrem nesse momento único e singular. O abraço do ‘Ser’ representa a emersão do ‘Eu’ que promove clareza, discernimento e harmonia, através de um abraçar envolvente que extrapola os limites individuais. Esse movimento generoso relacionado aos quatro quadrantes evidenciou a expressão da força e da coragem, como atributos de fé, em oposição ao medo, o que marca o desenvolvimento da inteligência espiritual. Todo esse processo foi descrito na categoria “A conscientização do ‘Eu’: ampliando a visão”.

Mediante a análise das categorias, observamos que, de fato, a acupuntura atuou sobre a dimensão espiritual das pacientes tendo como parâmetro a teoria transpessoal, em especial a análise dos cinco elementos espirituais, os quais apareceram subliminarmente nas falas das entrevistadas. Dessa forma, a acupuntura se mostrou como tecnologia para o cuidado espiritual dos pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial. Além disso, se mostrou mais como resgate do cuidar em enfermagem enquanto atributo ontológico-espiritual do ser humano.

Por intermédio da teoria transpessoal, entendemos que propor o cuidado espiritual significa efetivar o cuidar enquanto ação integral, abrangente ou total, uma vez que a dimensão espiritual abarca todas as demais. Oferecer esse tipo de cuidado representa aliviar a dor espiritual, e, com isso, poderíamos dizer que tal condição relaciona-se com o

comprometimento do desenvolvimento dos cinco elementos espirituais, já que toda dor ou sofrimento é proveniente da restrição egóica, sendo que esta condição pode se findar ou amenizar quando há um movimento direcionado ao universo ampliado transpessoal. Assim, realizar o cuidado espiritual significa estimular aquele que está sendo cuidado a alcançar níveis elevados de desenvolvimento, tendo como objetivo o alcance do último nível: o transpessoal.

Conciliando a teoria de Wilber e de Watson, foi possível identificar os elementos do mapa integral presentes, também, na proposta do cuidar transpessoal. Com isso, percebemos que o processo de abertura, de conexão, de conscientização e de transformação deve ser bilateral para que o cuidado espiritual-transpessoal se efetive.

A proposta de Watson é desafiadora para o momento atual, pois apesar de estarmos na pós-modernidade, o movimento pós-modernista ainda não atingiu de forma plena em nossa sociedade. No âmbito da saúde, o paradigma modernista exerce sua influência através de práticas centradas na doença e no seu controle, na racionalidade e na objetividade, na relação hierárquica que ocorre entre os profissionais da saúde, como também entre esses e os pacientes. Esse modelo é o alicerce de um biopoder/biopolítica que encontra nessa estrutura um meio para manter o controle e ditar regras com o objetivo de defender determinados interesses. Dessa forma, trazer para o contexto dominante práticas e/ou ideias inovadoras requer esforço, comprometimento e ação conjunta para superar o paradigma vigente.

A utilização da acupuntura como tecnologia para o cuidar em enfermagem é um desafio, tanto pelo fato de romper com o que está estabelecido, quanto pela premissa de resguardar o seu caráter transpessoal, principalmente quando objetivamos oferecer o cuidado espiritual. Assim, é preciso um estado de atenção contínua no sentido de se evitar adaptações ao modelo biomédico, o que colocaria em risco sua ação integrativa e colaborativa com o cuidar.

Apesar de o SUS favorecer a inserção das práticas complementares nas instituições a ele vinculadas, possibilitando o acesso irrestrito e o benefício singular destas ações à população em geral, tem sido questionado o real alcance terapêutico destas práticas. Isso ocorre, pois o SUS, ainda que defenda os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, encontra dificuldades em instituí-los. Desse modo, incorporar as práticas

complementares às ações de saúde pública não significa garantir sua efetivação se os princípios que as sustentam não forem respeitados.

Com isso, é pertinente ressaltar, que efetivar a presente pesquisa foi um desafio complexo. O tema abordado raramente aparece incorporado aos compêndios didáticos, e, quando é observado, o tratamento desse é feito de forma desvinculada de uma abordagem que relacione câncer, cuidados paliativos, cuidado espiritual e acupuntura, o que exigiu um trabalho minucioso e exaustivo de associação das ideias. Além de ser raro, esse estudo também é inovador. Além disso, toda inovação pode encontrar barreiras ligadas à aceitabilidade, fato que foi evidenciado por meio do processo moroso e recorrente de avaliação ética e institucional.

Contudo, é provável que o desafio seja uma marca contínua no que tange à ressignificação do processo de saúde-doença e, conseqüentemente, no que tange às inúmeras possibilidades relacionadas às ações ampliadas de cuidar-curar. Ressignificar esse contexto representa a exigência de novos modos de Ser, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado, o que reflete em novos modos de estar com o outro.

Esse fato ficou claro após a própria experiência como pesquisadora no que se refere às marcas impressas no ser, às transformações subjetivas, às ressignificações das experiências vividas, pois esses processos, na verdade, foram bilaterais. Devido a isso, foi impossível não se afetar com as falas, com os olhares, com as lágrimas, com os sorrisos, com os gestos, com os abraços, ou seja, como toda Vida pulsante transbordando diante de mim. E, certamente, esse envolvimento, do mesmo modo que possibilitou a concretização do cuidar, viabilizou também, essa escrita, pois, quando realmente se vive o momento compartilhado, é possível trazer Vida às palavras, aos conceitos, fazendo ecoar no coração do leitor o real sentido da experiência vivida. Assim, é possível estender-reproduzir para além do momento vivido os efeitos de tal encontro. E essa é a beleza da existência, o que nos impulsiona: tocar o outro e ser tocado continuamente, e por meio desse toque toda transformação é possível!

Todavia, compartilho o pensamento dos teóricos transpessoais de que para ser um cuidador transpessoal, ou seja, que por meio de suas ações se almeje o nível máximo de atuação e realização, é imprescindível fomentar em si mesmo o potencial transformador. Com isso, é fundamental que o profissional busque recursos para o autodesenvolvimento,

como a yoga e a meditação, que fazem parte da rotina diária da pesquisadora. Levando esse fator em consideração, acredito que isso possa ser um diferencial no momento do cuidado. Com isso, quero dizer que os resultados encontrados na presente pesquisa podem se modificar de acordo com o contexto onde será aplicada, e dentre tais variáveis cita-se também o vínculo estabelecido com as participantes, uma vez que os encontros foram frequentes, com duração moderada e envolvimento significativo, característica última permitida pela pesquisa qualitativa.

Desenvolver esta investigação possibilitou renovar a alma, ressignificar o cuidar e reelaborar o modo de ser enfermeira. Na verdade, trouxe a compreensão do fundamento ontológico das ações de enfermagem e a consequente percepção de que podemos cuidar-curar se realmente estivermos dispostos, abertos e comprometidos, pois, assim como o objetivo do ser humano é transcender diariamente, o cuidar é uma das ferramentas disponíveis para promover esta transcendência.

Além de possibilitar transformações subjetivas, esta pesquisa também propiciou reflexões que culminaram em algumas indagações. Se houvesse participação dos homens teríamos encontrado os mesmos resultados? O cenário da pesquisa, levando em consideração o contexto socioeconômico da população, influenciaria nos dados encontrados? Podemos considerar que utilizamos um protocolo fechado, com a aplicação de pontos definidos. Mas se fosse desenvolvida uma consulta de acupuntura, com atendimento individualizado, na qual, além dos pontos estabelecidos, outros seriam aplicados tendo como base o diagnóstico energético encontrado, os resultados seriam os mesmos? Se o número de sessões fosse aumentado, as respostas seriam ainda mais profundas e significativas? Esses questionamentos demonstram que a presente pesquisa pode ser amplamente explorada e pode desencadear novos resultados. Assim, sugerimos outras investigações considerando o desenvolvimento desta visão ampliada.

## REFERÊNCIAS

ANCP, Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: 2009.

BATISTA, P. S. S. A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. **RECIIS – Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v.4, n.3, Rio de Janeiro, 2010, p.49-55.

BERTUGA, M. R.; TOLEDO, V. P. Acupuntura na assistência de enfermagem ao paciente portador de arritmias cardíacas: pesquisa bibliográfica. **Rev. Bras. de Med. de Família e Comunidade**, v.7, supl 1-25, Florianópolis, 2012.

BLOISE, P. V. **O Tao e a Psicologia**. São Paulo: Angra, 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRASIL, V. V.; ZATTA, L. T.; CORDEIRO, J. A. B. L.; SILVA, A. M. T. C.; ZATTA, D. T.; BARBOSA, M. A. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. **Rev. Eletr. de Enferm.**, v.10, n.2, Goiás, 2008, p.383-394.

BRASIL, Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.466/12**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: 2012.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Atitude de ampliação do acesso. Brasília: 2006.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16, n.4, Rio de Janeiro, 2008, p.495-500.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.197/1997**. Estabelece e reconhece as terapias alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras) como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem e dispõe sobre normas regulamentares. Brasília: 1997.

CRF-SP, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (2010). **Manual de biossegurança em acupuntura**. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/59786676/15/BIOSSEGURAnCA>. Acesso em: 21/10/2012.

FERREIRA, C. S.; LUZ, M. T. Shen: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, v.14, n.3, Rio de Janeiro, 2007, p.863-875.



- FIGUEIREDO, M. G. M. C. A.; STANO, R. C. M. T. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.37, n.2, Rio de Janeiro, 2013, p.298-307.
- FISCHER, T. **Wu Wei – A arte de viver o Tao**. São Paulo: Árvore da Terra, 1999.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos *hospices* modernos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.17, supl.1, Rio de Janeiro, 2010, p.165-180.
- FUMIS, R. R. L. Dor e qualidade de vida: a acupuntura como ferramenta adicional nos cuidados oncológicos. **Rev. Bras. Med.**, v.68, n.esp, São Paulo, 2011, p.26-28.
- GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- GOBATTO, C. A.; ARAÚJO, T. C. C. F. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. **Rev. Soc. Bras. Psicol. Hosp.**, v.13, n.01, Rio de Janeiro, 2010, p.52-63.
- HADDAD, M. L.; MARCON, S. S. Acupuntura e apetite de trabalhadores obesos de um hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, v.24, n.5, São Paulo, 2011, p.676-682.
- INADA, T. **Técnicas simples que complementam a acupuntura e a moxabustão**. São Paulo: Roca, 2007, 296p.
- INCA, Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2014.
- KAUFMAN, K.; SALKELD, E. J. Home hospice acupuncture: a preliminary report of treatment delivery and outcomes. **The Permanent Journal**, v.12, n.1, Oregon, 2008, p.23-26.
- KUREBAYASHI, L. F. S.; OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. Acupuntura na enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.2, 2008, p.210-212.
- KUREBAYASHI, L. F. S. Acupuntura na saúde pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros. **Cultura de los cuidados**, ano XIII, n.26, 2009, p.27-33.
- LIAN, Yu-Lin; CHEN, Chun-Yang; Hammes, M; KLOSTER, B. C. **Atlas Gráfico de Acupuntura Seirin: Representación de los puntos de acupuntura**. Alemanha: Könnemann, 2007.
- MACIEL, M. G. S. Definições e princípios dos cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, R. A.(org.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008, p.521-531.
- MACIOCIA, G. **A prática da medicina chinesa**. São Paulo: Roca, 2010.
- MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina chinesa**. São Paulo: Roca, 2007.

MARTINI, J. G.; BECKER, S. G. A acupuntura na analgesia do parto: percepção das parturientes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.3, Rio de Janeiro, 2009, p.589-594.

MARX, M. H.; HILLIX, W. A. **Sistemas e teorias em psicologia**. São Paulo: Cultrix, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hicitec, 2010.

MORAES, M. R. C. **A Reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira**. 2007. 244p. Dissertação. (Mestrado em Ciência da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC**, v.15, n.4, Curitiba, 2011, p.731-747.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiq. Clín.**, v.34, n.1, São Paulo, 2007, p.82-87.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, v.29, n.4, São Paulo, 2005, p.491-509.

PIETRO, C. **Todas as deusas do mundo**. São Paulo: Gaia, 2003.

PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006.

PRADO, J. M.; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. - USP**, v.46, n.5, São Paulo, 2012, p.1200-1206.

ROSS, J. **Sistemas de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa**. São Paulo: Roca, 2003a.

ROSS, J. **Combinação dos pontos de acupuntura**. São Paulo: Roca, 2003b.

SANTANA, J. C. B.; CAMPOS, A. C. V.; BARBOSA, B. D. G.; BALDESSARI, C. E. F.; PAULA, K. F.; REZENDE, M. A. E.; DUTRA, B. S. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bioethikos – Centro Universitário São Camilo**, v.3, n.1, São Paulo, 2009, p.77-86.

SANTOS, F. S.; INCONTRI, D. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. **O mundo da saúde**, vol.34, n.4, São Paulo, 2010, p.488-497.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul. Enferm.**, v.21, n.3, São Paulo, 2008, p.504-508.

SILVA, C. R. **Uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros do Vale do Paraíba Paulista na assistência à mulher em trabalho de parto: frequência e fatores associados**. 2011. 118p. Dissertação. (Mestrado em enfermagem) – Universidade de Guarulhos, Guarulhos.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Análise crítica das diretrizes de pesquisas em medicina chinesa. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, v.18, n.1, Rio de Janeiro, 2011, p.155-174.

TABONE, M. **Psicologia transpessoal: introdução à nova visão de consciência em psicologia e educação**. São Paulo: Cultrix, 2013.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. Loures: Lusociência. 2002.

WHO-World Health Organization (2007). **Cancer control. Knowledge into action. Guide for effective programmes. Palliative care**. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>. Acesso em: 04/10/2011.

WILBER, K. **A Visão Integral**. São Paulo: Cultrix, 2013.

WILBER, K. **Graça e coragem: espiritualidade e cura na vida e morte de Treya Killam Wilber**. São Paulo: Gaia, 2007.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE A**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

*Dados de caracterização dos sujeitos*

Nome:		
Idade:	Escolaridade:	Estado Civil:
Crença religiosa/filosófica:		Tempo de diagnóstico:

***Questões norteadoras para a entrevista***

***(antes das sessões de acupuntura)***

- 1- Como tem se sentido neste momento da sua vida?
- 2- Você tem vivenciado algum sentimento do tipo medo, raiva, tristeza, angústia? E pensamentos repetitivos relacionados a estes sentimentos?
- 3- Você tem vivenciado algum sentimento do tipo alegria, coragem, segurança, vitalidade? E pensamentos relacionados a estes sentimentos?
- 4- Qual tipo de sentimento/pensamento é mais constante ou habitual?
- 5- Fisicamente você tem sentido algum desconforto? Qual (ais)?
- 6- Como vem se relacionando com as pessoas mais próximas?
- 7- Você tem tido algum tipo de percepção não muito usual?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE B**

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

***Dados de caracterização dos sujeitos***

Nome:		
Idade:	Escolaridade:	Estado Civil:
Crença religiosa/filosófica:		Tempo de diagnóstico:

***Questões norteadoras para a entrevista***

***(ao final das dez sessões de acupuntura)***

- Sentiu alguma mudança em você após as sessões de acupuntura? Se sim, explique quais foram as mudanças que ocorreram?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE C**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada (o) a participar, como voluntária (o), da pesquisa “Acupuntura para pacientes oncológicos ambulatoriais: um cuidado espiritual de enfermagem”. Os objetivos desta pesquisa são: identificar o desenvolvimento dos elementos espirituais dos pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial submetidos à acupuntura, segundo a teoria transpessoal de Jean Watson e Ken Wilber e avaliar a ação da acupuntura sobre a dimensão espiritual desses pacientes como uma prática complementar ao tratamento convencional e ampliadora do cuidado de enfermagem. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: realizar dez sessões de acupuntura, em dias alternados, com duração de trinta minutos. Serão estimulados através de agulhas de acupuntura (esterilizadas e descartáveis) dez pontos localizados na região das costas. A profundidade da aplicação será de 0,5cm, ou seja, subcutânea. Comumente o procedimento nesta região do corpo é indolor, sendo referidas sensações semelhantes a uma contração muscular. O tempo de permanência da agulha será em torno de dez minutos. Podem ocorrer, após a sessão, reações como sensibilidade e hematoma no local da punção. Toda a técnica seguirá uma conduta de segurança que é de conhecimento da pesquisadora que é acupunturista. Será realizada uma entrevista antes do início das sessões, e ao final das dez sessões de acupuntura que serão gravadas em mini gravador, objetivando-se total fidelidade ao seu depoimento. Para participar desta pesquisa você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida (o) sobre ela em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, como também retirar seu consentimento a qualquer momento o que não acarretará qualquer penalidade. Será garantido o seu anonimato em qualquer publicação resultante desta pesquisa. Esta pesquisa apresenta risco que está relacionado às reações adversas. Você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos produzidos pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora por um período de 5 anos e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informada (o) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Participante de Pesquisa

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:  
CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF - PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900 - FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL: BETÂNIA MARIA FERNANDES**

**ENDEREÇO: FACULDADE DE ENFERMAGEM/ CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF**

**JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900. FONE: (32) 2102 3297 / E-MAIL: [betaniafernandes@uol.com.br](mailto:betaniafernandes@uol.com.br)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE D

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Declaro minha anuência para os solicitantes procederem à coleta de dados para a pesquisa provisoriamente intitulada "O bem-estar espiritual e a aplicação da acupuntura pela enfermeira aos pacientes oncológicos institucionalizados", que será realizada pela enfermeira mestranda em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora: Thais Mendonça Resende, sob orientação da Profª Drª. Betânia Maria Fernandes. Estou ciente dos objetivos da mesma bem como dos procedimentos e meios para sua realização, tendo garantia do sigilo e anonimato e também da não ocorrência de qualquer prejuízo ou dano à instituição ou aos sujeitos da pesquisa.

Juiz de Fora, 11/03/2013

Dr. João Paulo Vieira  
DIRETOR CLÍNICO  
HOSPITAL ASCOMCER  
CRM 26171/5  
CPF 554.266.206-04

Dr. João Paulo Vieira  
Diretor Clínico - Hospital Ascomcer



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE E

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Na qualidade de Diretor Clínico da Instituição, AUTORIZO a realização da pesquisa cujo título provisório é: "O bem-estar espiritual e a aplicação da acupuntura pela enfermeira aos pacientes oncológicos institucionalizados" a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Betânia Maria Fernandes e mestranda Thaís Mendonça Resende. DECLARO que a instituição apresenta a infraestrutura necessária à realização da pesquisa.

Juiz de Fora, 11/03/2013

Dr. João Paulo Vieira  
DIRETOR CLÍNICO  
HOSPITAL ASCOMCER  
CRM 26171/5  
CPF 584.296.206-04

---

Dr. João Paulo Vieira  
Diretor Clínico - Hospital Ascomcer





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE F**

**CARTA INFORMATIVA À INSTITUIÇÃO**

Ilmo Sr. Dr. João Paulo Vieira

Solicito de Vossa senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa: “Acupuntura para pacientes oncológicos ambulatoriais: um cuidado espiritual de enfermagem” que será desenvolvida por Thaís Mendonça Resende, discente do Programa de Pós-graduação, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Betania Maria Fernandes.

Os objetivos desta pesquisa são: identificar o desenvolvimento dos elementos espirituais dos pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial submetidos à acupuntura, segundo a teoria transpessoal de Jean Watson e Ken Wilber e avaliar a ação da acupuntura sobre a dimensão espiritual desses pacientes como uma prática complementar ao tratamento convencional e ampliadora do cuidado de enfermagem.

Informo ainda, que o nome da instituição não será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos. Será garantida a ética em relação aos sujeitos envolvidos seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde relacionada às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Juiz de Fora, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

Thaís Mendonça Resende  
Discente do PPG- Mestrado em Enfermagem da UFJF

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> BETÂNIA MARIA FERNANDES  
Orientadora



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE G**

**CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Juiz de Fora, \_\_/\_\_/\_\_

Prezada Adriana Barcellos

Enfermeira responsável pelo serviço de enfermagem do Hospital Ascomcer

Eu, Profª Drª. Betânia Maria Fernandes, docente da Faculdade de Enfermagem da UFJF, juntamente com a enfermeira mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Thaís Mendonça Resende estamos desenvolvendo uma pesquisa, provisoriamente intitulada: “Acupuntura para pacientes oncológicos ambulatoriais: um cuidado espiritual de enfermagem”. Os objetivos desta pesquisa são: identificar o desenvolvimento dos elementos espirituais dos pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial submetidos à acupuntura, segundo a teoria transpessoal de Jean Watson e Ken Wilber e avaliar a ação da acupuntura sobre a dimensão espiritual desses pacientes como uma prática complementar ao tratamento convencional e ampliadora do cuidado de enfermagem.

Para o desenvolvimento da investigação está prevista a realização de dez sessões de acupuntura em dias alternados e a aplicação de uma entrevista antes do início das sessões, e ao final das dez sessões de acupuntura. Esta pesquisa será realizada após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e mediante consentimento da direção da instituição de saúde.

Gostaríamos de contar com o seu apoio e a sua colaboração no sentido de selecionar os pacientes que serão convidados à participar do estudo para que seja desenvolvida essa pesquisa, que poderá nos fornecer subsídios para conhecer os aspectos espirituais dos pacientes oncológicos ambulatoriais submetidos à acupuntura e avaliar a atuação desta técnica como uma prática integrativa da enfermeira para o cuidado espiritual destes pacientes e estimular novos estudos sobre esta temática.

Colocamo-nos à disposição para o que for necessário e contamos com sua valiosa contribuição.

Atenciosamente,

---

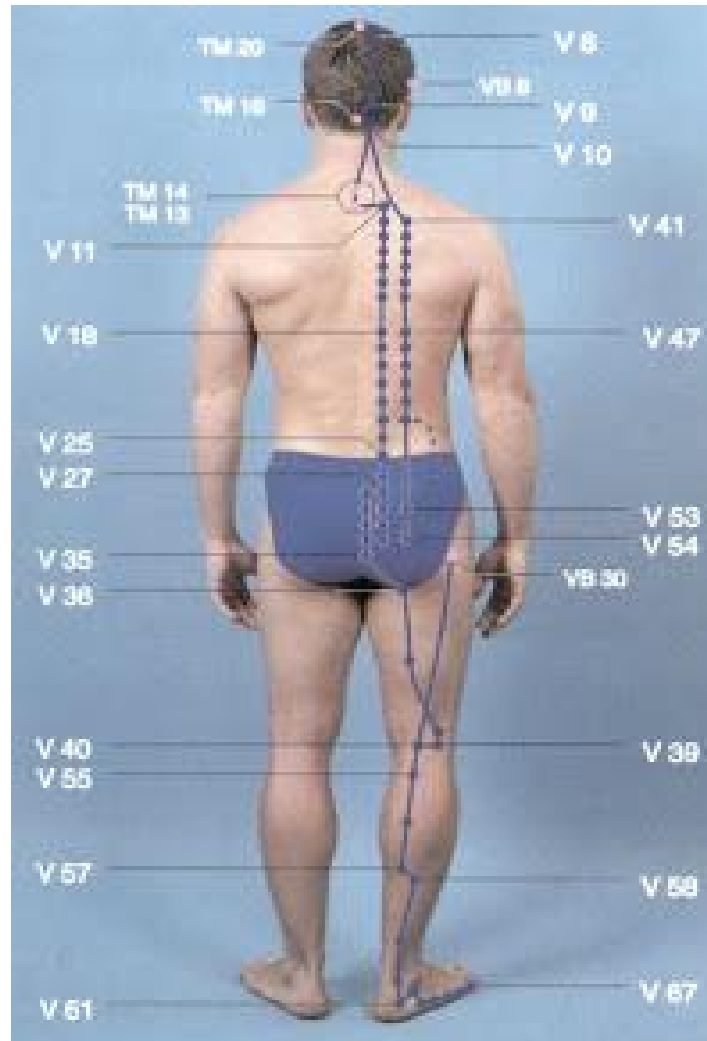
Profª Drª Betânia Maria Fernandes  
Orientadora da pesquisa  
Campus Universitário, Bairro Martelos  
Cep: 36036-900, Tel: (32)2102-3297

---

Thaís Mendonça Resende  
Pesquisadora  
Av. Olegário Maciel 2365/104, Paineiras  
CEP: 36016-550, Tel:32168832

## ANEXO A

### Canal da Bexiga\*



Fonte: LIAN, Yu-Lin; CHEN, Chun-Yang; Hammes, M; KLOSTER, B. C. **Atlas Gráfico de Acupuntura Seirin: Representación de los puntos de acupuntura.** Alemanha: Könnemann, 2007.

\*Versão em espanhol do Canal da Bexiga (Vejiga)

## ANEXO B

### Os Quatro Quadrantes segundo Ken Wilber



Fonte: WILBER, K. **A Visão Integral**. São Paulo: Cultrix, 2013.

**ANEXO C**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O BEM-ESTAR ESPIRITUAL ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA ACUPUNTURA PELA ENFERMEIRA AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

**Pesquisador:** BETANIA MARIA FERNANDES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 11447313.1.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 310.223

**Data da Relatoria:** 20/06/2013

**Apresentação do Projeto:**

- Projeto relevante e descreve as bases científicas que justificam o estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- Riscos e benefícios estão bem caracterizados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- Metodologia pertinente e bem escrita.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Todos apresentados de acordo com a pesquisa.

**Recomendações:**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

**Cont. AXEXO C**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 310.223

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Diante do exposto e de acordo com as atribuições definidas na Res.CNS 196/96, manifesto pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 20 de Junho de 2013

---

**Assinador por:**  
**Paulo Cortes Gago**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N      **CEP:** 36.036-900  
**Bairro:** SAO PEDRO  
**UF:** MG      **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788      **Fax:** (32)1102-3788      **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br

