UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LEONARDO RICCO MEDEIROS

A integralidade na saúde: (im)possibilidades de diálogo com o
pensamento de Huberto Rohden

RIBEIRÃO PRETO

2021

LEONARDO RICCO MEDEIROS

A integralidade na saúde: (im)possibilidades de diálogo com o
pensamento de Huberto Rohden

Versão Revisada

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Educação em saúde e formação de
recursos humanos

Orientador: Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ricco Medeiros, Leonardo

A integralidade na saúde: (im)possibilidades de diálogo com o pensamento de Huberto Rohden. Ribeirão Preto, 2021.

579 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Ronildo Alves dos Santos

1. Integralidade em saúde. 2. Metafísica. 3. Educação em Saúde. 4. Enfermagem Psiquiátrica. 5. Saúde Mental. 6. Análise de Conteúdo.

RICCO-MEDEIROS, Leonardo.

A integralidade na saúde: (im)possibilidades de diálogo com o pensamento de Huberto Rohden

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em 11/02/2021

Presidente

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Comissão Julgadora

Profa. Dra. Sílvia Matumoto

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Sílvio Luiz Sant'Anna

Instituição: Escola Superior de Gestão de Negócios

Profa. Dra. Aline Oliveira Machado

Instituição: Centro Universitário do Vale do Ipojuca

DEDICATÓRIA

À **Rosemary**, mãe, por ser o alicerce de amor, cuidado, carinho e compreensão incondicionais.

À **Maria Luísa**, filha, pela luz, abraços, criatividade e companhia alegre e pulsante.

À **Aline**, pelo companheirismo amoroso, pelo dicionário, pela disposição ao cuidado, sinceridade e apoio trabalhoso em fases importantes deste mestrado, fazendo-me confiar e aceitar processos e conteúdos da Vida Espiritual.

À **Carol, Júlia, Letícia e Mariana**, pela esperança de estreitamento contínuo do amor.

À Huberto Rohden (*in memoriam*).

Aos sonhadores que imaginam (“*and the world will be as One*”).

Às almas atentas ao serviço.

Ao silêncio que não silencia.

Ao choro que purifica.

AGRADECIMENTOS

Prof. Dr. **Ronildo Alves dos Santos**, pelo espírito estóico, ideias, referências, dados do mundo erudito, apreço pela linguagem, correções precisas e confiança depositada.

Fernando Santos, Cláudio Gaveri, Marcelo Zanzarini e demais profissionais do CAIS, pela disposição, acolhida e profissionalismo.

Aos profissionais de enfermagem do CAIS que participaram da pesquisa, pela disposição e acolhida.

Prof. Dr. **José Barrientos Rastrojo**, por ter participado do Exame de Qualificação e trazer-me a inspiração do sonho da Filosofia Aplicada.

Prof. Dra. **Sílvia Matumoto** por ter participado do Exame de Qualificação e pela demonstração de sensibilidade criteriosa e compromissada com a integralidade do cuidado no SUS.

Prof. Dr. **Sílvio Luis Sant’Anna**, por ter aceitado participar da Banca de Defesa desta dissertação, pela Nova Alvorada e pela aproximação da obra de Rohden à Teologia da Libertação.

Prof. Dr. **Pietro Ciancaglini**, por ter autorizado, enquanto Diretor da FFCLRP/USP, que eu, em minha condição de funcionário técnico administrativo, pudesse iniciar o mestrado; também pela confiança e pelo sempre carinho comunicados.

Profa. Dra. **Solange Puntel Mostafa**, por ter me incluído no grupo de pesquisa “Deleuze e a Ciência da Informação” e pelo incentivo no buscar do devir filosófico.

Lúcia Akemi Tatsuno Rodrigues, minha sempre chefe na ATAc/FFCLRP/USP, pelo capricho, criteriosidade, amor pela inteligência e todo cuidado, carinho e acolhida em variados momentos de minha condição de funcionário da USP, estudante de filosofia e músico de rock.

Cintia Braga Ferreira Pinheiro, funcionária do DEDIC/FFCLRP/USP, pela disposição em ajudar na formatação das referências.

Marcelo Batistella, tradutor, amigo e músico, pelo auxílio nas traduções e tradição ibilceana.

Profa. Dra. **Fernanda da Rocha Brando Fernandez** e equipe da **Superintendência de Gestão Ambiental** da USP que compreenderam minha condição de funcionário e estudante de pós-graduação em área díspar da função institucional.

Lauro Sérgio Medeiros (*in memoriam*), pai, pelas condições e suporte para que eu me tornasse trabalhador acadêmico e estudante da alma.

Eng. **Renato Ricco Medeiros**, pelo amor à habilidade, à técnica e ao cérebro matemático, ao esporte e ao mundo do valor, pela cartas trocadas na infância, pelas conversas sobre gibis e pelas meninas.

Lirian Soraya Amorim Medeiros, pelos lanches, passeios, risos, por ter me apresentado o Bowie e as meninas.

Dra. **Lilian Ricco Medeiros**, pelas simpatias, os papéis de carta, os signos, o Cometa Halley, os jogos de cartas ao som de Marisa Monte, pelo Ibilce, pelo Gustavo e pelas meninas.

Prof. Dr. **Gustavo Quevedo Romero**, por ser referência na ciência acadêmica, pelos churrascos e papos sobre UFOs, Raul Seixas, Rolling Stones, o infinito físico e pelas lindas sobrinhas.

Adriana Oliveira da Costa, pela maternidade de nossa filha e pela paciência e amizade amorosa que conquista.

Adriana Silva Ricco Verzemiassi, enfermeira da família, pelo sempre amor comunicado, pelo livro do Ziraldo, em 1989, e pela Toada de Ternura, em 2021.

Dr. **Leonardo Monteiro Mendes**, médico do trabalho do SESMT/USP, pelas escutas qualificadas e pela aura de compromisso com a medicina, com o trabalho e com a psiquiatria.

Antônio Augusto Ferronato, pelos anos de acompanhamento psicoterápico permeados de epistemofilia, Drummond e pelas construções com os conceitos de distinção e expansão.

Prof. **Lúcio Packter**, pela Filosofia Clínica, pelos encontros na Paróquia Santa Teresinha Doutora e pelas acolhidas nas clínicas didáticas e nas jornadas filosóficas em Portugal e Espanha.

Padre Carlos Eduardo Nascimento (Cadu) e **Padre Arpuim Aguiar de Araújo**, pela acolhida na Arquidiocese de Goiânia, quando do Encontro Nacional “Filosofia Clínica e Espiritualidade”.

Dilvane Balen, pelo sempre carinho e incentivo na senda da filosofia terapêutica e por ter me colocado em contato com Padre Cadu.

Kelsen André Melo, por sua amizade, sensibilidade e amor terapêutico cigano, os olhares em Espanha e Poços de Caldas, e a inspiração de energia e alegria mineira.

Márcio José Andrade da Silva, pela amizade e pelo cultivo da poesia, da Filosofia Clínica, do Paulo Freire, da luta por um mundo mais justo e dos Beatles.

Antonio Julião Bezerra Neto, que junto a outros amigos do Tai Chi Chuan (Escola Wu San Dji Tao), inspira a busca por uma dança poética e leve com a Energia Fundamental.

Amigos e irmãos (McCoy) do som, **Evandro Punk** (*in memoriam*), **Adriano Bortoleto**, **Wendel Dima**, **Felipe Piazza**, **Chico Tanga Castro Alves**, **Marcello Antonio Benedini Lima**, **Alexandre Alliprandini**, **Lucas Rocha**, **César Faria**, **Alê Santos**, **Caio Carvalho**, **Guilherme Guidetti**.

Amigos da poesia e dos encontros filosóficos, **Mauro Bartolomeu** (pelo ateísmo cristão, pela inspiração lemskiana e por seus escritos), **Rodrigo Daverni** (pelo amor à língua portuguesa e à paixão visceral dos poetas educadores), **Vinícius Gomes** (pela amizade e por perseverar na senda do poeta editor de seus próprios livros), **Caíque Tostes** (ex-aluno e hoje amigo e professor, pelo sonhar e estudo perseverantes da arte-terapia) e **Sérgio Baviera** (por acreditar no Encontro Filosófico e pelo sebo Alternativo, onde me encontrei com Rohden).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)

Artigo I.

*Fica decretado que agora vale a verdade.
que agora vale a vida,
e que de mãos dadas,
trabalharemos todos pela vida verdadeira.*

THIAGO DE MELLO

*Se procurar bem você acaba encontrando.
Não a explicação (duvidosa) da vida,
Mas a poesia (inexplicável) da vida.*

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE

*Dizem que a verdade é austera, crua e sem
poesia. Mas assim só é a verdade quando
contemplada de fora, como um vitral olhado
de fora para dentro é, por isso mesmo, sem
arte nem beleza. (...) Se alguém me
perguntasse: Que preferes, a verdade ou a
poesia? Eu diria: Eu quero a poesia da
verdade, porque essa é a única poesia de
verdade – a única verdade poética. Disse
Mahatma Gandhi: “A verdade é dura como
diamante – mas é delicada como flor de
pessegueiro”.*

HUBERTO ROHDEN

RESUMO

RICCO MEDEIROS, L. **A integralidade na saúde: (im)possibilidades de diálogo com o pensamento de Huberto Rohden**. 2021. 579 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Trata-se de pesquisa exploratória qualitativa, na linha de pesquisa Educação em Saúde e formação de Recursos Humanos, realizada a partir de vinte entrevistas com profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) de um Centro de Atenção Integral à Saúde do interior paulista. O estudo tem dois objetivos: i) identificar o conceito de integralidade nas representações e práticas dos participantes; ii) verificar o conteúdo destas representações e estabelecer interlocuções com o pensamento do marco teórico da pesquisa, o filósofo metafísico Huberto Rohden, para quem a integralidade é harmonização com a fonte de perfeita vida, saúde e felicidade. Os dados coletados foram analisados a partir da técnica científica da Análise de Conteúdo Categorial Temática, que opera a transformação de elementos textuais brutos em elementos representativos de conteúdo, posteriormente agrupados em Unidades de Registro Temáticas (URT). Foram encontradas cinquenta e uma URT transformadas em dezoito Categorias Temáticas (CT) mais abrangentes. Dentre as CT, cinco fomentaram discussões sobre a integralidade para os profissionais, sete sobre interlocuções com o marco teórico, três sobre conteúdos variados e três sobre conteúdos que desviavam do sentido principal da pergunta (denominados manifestações tergiversantes). O estudo encontrou a coexistência de elementos de afastamento e de aproximação entre as integralidades do discurso científico e a integralidade metafísica. Apesar de obstáculos – como as opções da área de enfermagem por aspectos práticos do cuidado e dificuldades com questões abstratas – os elementos de aproximação mostraram-se mais determinantes, resultando em tratamentos de dados com expressivas contraposições e complementações a partir do pensamento de Rohden. Como linhas conclusivas, o estudo encontrou a evidência de que movimentos educativos com a integralidade de viés metafísico, sobretudo impulsionados pela prática da cosmo-meditação, poderão favorecer o cuidado integral dos profissionais em saúde mental, melhorando a qualidade de vida oferecida nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Integralidade em saúde. Metafísica. Educação em Saúde. Enfermagem Psiquiátrica. Saúde Mental. Análise de Conteúdo.

ABSTRACT

RICCO MEDEIROS, L. **Integrality in health: (im)possibilities of dialogue with Huberto Rohden's thinking**. 2021. 579 f. Dissertation (Master's in Science) Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto), 2021.

It is a qualitative exploratory research, in the line of research in Health Education and Human Resources training, carried out from twenty interviews with nursing professionals (assistants, technicians and nurses) from a Center for Comprehensive Health Care in the interior of São Paulo state. The study has two objectives: i) to identify the concept of integrality in the representations and practices of the participants; ii) verify the content of these representations and establish interlocutions with the thought of the theoretical framework of the research, the metaphysical philosopher Huberto Rohden, for whom health is one of the attributes of the education of the integral man. The collected data were analyzed using the scientific technique of Thematic Categorical Content Analysis, which operates the transformation of raw textual elements into representative elements of content, later grouped into thematic record units (TRU). Fifty-one TRUs were found, transformed into eighteen more comprehensive Thematic Categories (TC). Among these TC, five fostered discussions about comprehensiveness for professionals, seven about interlocutions with the theoretical framework, three about varied content and four about content that deviated from the main meaning of the question (called “tergiversating manifestations”). The study found elements coexistence of distance and approximation between the integralities of scientific discourse and the metaphysical integrality. Despite obstacles – such as the options in nursing area for practical aspects of care and difficulties with abstract issues – the elements of approximation proved to be more determinant, resulting in a treatment of data with expressive contrasts and complements from Rohden's thought. As conclusive lines, the study found evidence that educational movements with a comprehensive metaphysical bias, especially driven by the practice of cosmo-meditation, may favor the comprehensive care of mental health professionals, improving the quality of life offered in health services.

Keywords: Integral Care. Metaphysics. Health Education. Psychiatric Nursing. Mental Health. Content Analysis.

RESUMEN

RICCO MEDEIROS, L. **Integralidad en salud: (im)posibilidades de diálogo con el pensamiento de Huberto Rohden**. 2021. 579 f. Disertación (Maestría em Ciencias) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto), 2021.

Se trata de una investigación exploratoria cualitativa, en la línea de investigación en Educación para la Salud y formación de Recursos Humanos, realizada a partir de veinte entrevistas con profesionales de enfermería (auxiliares, técnicos y enfermeras) de un Centro de Atención Integral de Salud del interior del estado de São Paulo. El estudio tiene dos objetivos: i) identificar el concepto de integralidad en las representaciones y prácticas de los participantes; ii) verificar el contenido de estas representaciones y establecer interlocuciones con el pensamiento del marco teórico de la investigación, el filósofo metafísico Huberto Rohden, para quien la salud es uno de los atributos de la educación del hombre integral. Los datos recolectados fueron analizados mediante la técnica científica de Análisis de Contenido Categórico Temático, que opera la transformación de elementos textuales en bruto en elementos representativos de contenido, luego agrupados en unidades de registro temático (URT). Se encontraron cincuenta y uno URT, transformadas en dieciocho Categorías Temáticas (CT) más completas. Entre estas CT, cinco fomentaron discusiones sobre la integralidad para los profesionales, siete sobre interlocuciones con el marco teórico, tres sobre contenidos variados y cuatro sobre contenidos desviados del sentido principal de la pregunta (denominadas manifestaciones tergiversantes). El estudio encontró la coexistencia de elementos de distanciamiento y aproximación entre las integralidades del discurso científico y la integralidad metafísica. A pesar de los obstáculos, como las opciones en el área de enfermería para los aspectos prácticos del cuidado y las dificultades con los temas abstractos, los elementos de aproximación demostraron ser más determinantes, resultando en un tratamiento de los datos con contrastes expresivos y complementos del pensamiento de Rohden. Como líneas concluyentes, el estudio encontró evidencias de que movimientos educativos con un sesgo metafísico integral, especialmente impulsados por la práctica de la cosmo-meditación, pueden favorecer la atención integral de los profesionales de la salud mental, mejorando la calidad de vida que se ofrece en los servicios de salud.

Palabras-clave: Integralidad en Salud. Metafísica. Educación para la Salud. Enfermería Psiquiátrica. Salud Mental. Análisis de contenido.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	91
Figura 2 - Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental	132
Figura 3 - Banner 1. “Eu via que a gente era outros”	437
Figura 4 - Banner 2. “Eu não sou eu, eu sou você, eu sou todos nós”	438
Figura 5 - Banner 3. “O universo é cheio de silêncios barulhentos”	438

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do foco em áreas profissionais de artigos obtidos em revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.....	151
Gráfico 2 - Distribuição das localizações de interesse de artigos, no grupo “Enfermagem (apenas)”, obtidos em revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.....	151
Gráfico 3 - Distribuição das localizações de interesse de artigos no grupo “Enfermagem psiquiátrica/saúde mental”, obtidos a partir de revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.....	152
Gráfico 4 - Distribuição das localizações de interesse de artigos no grupo “Enfermagem e outras profissões”, obtidos a partir de revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.....	152
Gráfico 5 - Distribuição das localizações de interesse de artigos obtidos a partir de revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.....	152
Gráfico 6 - Quantidade em número absoluto de abordagens quali/quantitativas de artigos obtidos a partir de revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.....	153
Gráfico 7 - Distribuição de métodos ou técnicas utilizadas nos estudos obtidos em revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.....	153
Gráfico 8 - Distribuição dos instrumentos de coleta de dados utilizados nos estudos obtidos em revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.....	154
Gráfico 9 – Participantes da pesquisa segundo função.....	322
Gráfico 10 – Participantes da pesquisa segundo função.....	322
Gráfico 11 – Participantes da pesquisa segundo função.....	322
Gráfico 12 – Participantes da pesquisa segundo função.....	322
Gráfico 13 – Participantes da pesquisa segundo função.....	322
Gráfico 14 – Participantes da pesquisa segundo anos de atuação na Saúde Mental.....	323
Gráfico 15 – Participantes da pesquisa segundo anos de atuação na Saúde.....	323
Gráfico 16 – Participantes da pesquisa segundo setor de trabalho.....	323

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de usuários e de profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro), por setor, no Programa de Serviços Ambulatoriais do CAIS-β, em outubro de 2018.....	287
Tabela 2 – Quantidade de usuários e de profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) por setor no Programa de Serviços Hospitalares do CAIS-β, em outubro de 2018.....	288
Tabela 3 – Quantidade de profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) em setores variados do CAIS-SR, em outubro de 2018.....	288
Tabela 4 – Quantidade de profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) previstos na composição de Comissões e Grupo de Trabalho do CAIS-β, em outubro de 2018.....	289
Tabela 5 – Ocorrências de presença das URT do Quadro 10 nas respostas às questões do Grupo A.....	359
Tabela 6 – Ocorrências de presença das URT dos Quadros 10 e 11 nas respostas às questões do Grupo B.....	360
Tabela 7 – Ocorrências de presença das URT do Quadro 12 nas respostas às questões dos Grupos A e B.....	361
Tabela 8 – Ocorrências de presença das URT dos Quadros 10 a 13 nas respostas à questão 12.....	361
Tabela 9 – Ocorrências de presença das URT dos Quadros 10 a 13 nas entrevistas completas.....	362
Tabela 10 – Ocorrências de presença das CT dos Quadros 16 a 19 nas entrevistas completas.....	368

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dois roteiros para discussão de PTS.....	78
Quadro 2 – Integralidades em saúde: uma síntese.....	177
Quadro 3 – Tipos de enumeração segundo Bardin (2011).....	298
Quadro 4 – ERC (frases-síntese) da questão 7. Grupo A: integralidade para os profissionais.....	325
Quadro 5 – ERC (frases-síntese) da questão 8. Grupo A: integralidade para os profissionais.....	327
Quadro 6 – ERC (frases-síntese) da questão 9. Grupo A: integralidade para os profissionais.....	330
Quadro 7 – ERC (frases-síntese) da questão 10. Grupo B: interlocuções com Rohden.....	332
Quadro 8 – ERC (frases-síntese) da questão 11. Grupo B: interlocuções com Rohden.....	335
Quadro 9 – ERC (frases-síntese) da questão 12: conteúdos variados.....	339
Quadro 10 – URT: Grupo A (integralidade para os profissionais).....	342
Quadro 11 – URT: Grupo B (interlocuções com Rohden).....	343
Quadro 12 – URT: manifestações tergiversantes.....	345
Quadro 13 – URT: Questão 12 (conteúdos variados).....	345
Quadro 14 – Códigos das URT dos Quadros 10 a 13 à partir dos ERC (Quadros 4 a 9).....	356
Quadro 15 – Códigos das URT dos Quadros 10 a 13. Registro de ocorrência unitária.....	358
Quadro 16 – CT: Grupo A (integralidade para os profissionais).....	363
Quadro 17 – CT: Grupo B (interlocuções com Rohden).....	364
Quadro 18 – CT: manifestações tergiversantes.....	364
Quadro 19 – CT: Questão 12 (conteúdos variados).....	365
Quadro 20 – Códigos de CT dos Quadros 16 a 19 à partir dos ERC (Quadros 4 a 9).....	365
Quadro 21 – Códigos de CT dos Quadros 16 a 19. Registro de ocorrência unitária.....	367

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRATA	Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos
AC	Análise de Conteúdo
ACC	Análise de Conteúdo Categorical
ACCT	Análise de Conteúdo Categorical Temática
AFDM	Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
ARES	Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
BM	Banco Mundial
BVS/MS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
BVS/MTCI	Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas
CABSIn	Consórcio Acadêmico Brasileiro em Saúde Integrativa
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CARE	Consultation And Relational Empathy
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGISD	Coordenação-Geral de Inovação em Sistemas Digitais
CID-10	Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento
CIHA	Sistema de Comunicação de Internações Hospitalares e Ambulatoriais

CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CNPICS	Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSAM	Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREMEPE	Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco
CSE	Centros de Saúde-Escola
CT	Categoria Temática
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DEGERTS	Departamentos de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EIP	Educação Interprofissional
e-Saúde/digiSUS	Estratégia de Saúde Digital do SUS
ESF	Estratégia de Saúde na Família
e-SUS SAMU	Sistema do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do SUS
ETB	Elementos Textuais Brutos
ERC	Elementos Representativo de Conteúdo

ESF	Estratégia Saúde da Família
FC	Filosofia Clínica
FIOCRUZ	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz
FSP/USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
FENAM	Federação Nacional de Médicos
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Programa de Integração Docente Assistencial
IEA/USP	Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INFORMATIZA APS	Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS
IPEA	Pesquisas Econômicas Aplicadas
LAPACIS	Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MEC	Ministério da Educação
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicinas Tradicionais e Complementares
MTCI	Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa

NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OAPS	Observatório de Análise Política em Saúde
ObservaPICS	Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OTICS	Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PFST	Programa de Formação do Trabalhador da Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PICS	Práticas Alternativas e Complementares em Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PubMed	Mecanismo de busca na base de dados Medline
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
ReBETIS	Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde
RES	Registro Eletrônico de Saúde
RM	Racionalidade médica
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBNp	Sociedade Brasileira de Neuropsicologia
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Serviços Locais de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SGTES/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
SNIS	Sistema Nacional de Informações em Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
TM	Transtornos Mentais
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMG	Transtornos Mentais Graves
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UIT	União Internacional de Telecomunicações
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
URT	Unidade de Registro Temática
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	29
1. INTRODUÇÃO	47
1.1. A Integralidade em Saúde	49
1.1.1. Integralidade: um princípio-diretriz do Direito à Saúde	50
1.1.2. Integralidade e Necessidades de Saúde.....	54
1.1.3. Integralidade: tecnologias em saúde e trabalho	55
1.1.4. Integralidade e o cuidar fundamental	62
1.1.5. Integralidade e habilidades do cuidado: a empatia e o saber ouvir.....	63
1.1.6. Integralidade, horizonte ampliado e clínica ampliada	65
1.1.7. Integralidade, cidadania do cuidado e transversalidade: apoio e referência	70
1.1.8. Integralidade e Projeto Terapêutico Singular	77
1.1.9. Integralidade e serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas.....	80
1.1.10. Integralidade e cuidados integrados no Brasil: APS e condições crônicas	84
1.1.11. Integralidade e práticas alternativas/complementares.....	94
1.1.12. Integralidade e Reforma Psiquiátrica	117
1.1.13. Integralidade como integração da saúde mental na APS	126
1.1.14. Integralidade e saúde digital (e-Saúde)	138
1.1.15. Integralidade e Educação em Saúde.....	144
1.1.16. Integralidade em artigos científicos	150
1.1.17. Integralidades em saúde: uma síntese	175
1.2. Huberto Rohden: interlocuções possíveis	179
1.2.1. Deus indefinível, palavra de Deus e ateísmo teísta.....	184
1.2.2. Deus experienciável: silêncio, meditação e intuição.....	192
1.2.3. Planos de consciência: Uni-verso, Fé e Razão.....	202
1.2.4. Evolução metafísica: livre arbítrio e participação da Liberdade.....	209
1.2.5. Homem integral: cosmocracia, (auto)educação, saúde, felicidade e ética.....	218
1.2.6. Vida religiosa e a instituição ultrapassada	236
1.2.7. Monismo e cristianismo cósmicos	254
1.2.8. Caminhos críticos e uma síntese	269
2. OBJETIVOS	277
3. PERCURSO METODOLÓGICO	281
3.1. Do tipo de pesquisa	283
3.2. Do local.....	283
3.3. Dos participantes do estudo	289

3.4. Dos instrumentos de coleta de dados.....	290
3.5. Da análise dos dados	292
3.5.1. O método da Análise de Conteúdo: operações de base e técnicas	294
3.5.1.1. Pré-análise ou leitura flutuante.....	295
3.5.1.2. Exploração do material.....	296
3.5.1.3. Tratamento dos resultados e interpretação	298
3.5.1.4. Técnica fundamental	301
3.5.1.5. Variedades técnicas	302
3.5.2. Reflexões metodológicas: caminhando com a Análise de Conteúdo	302
3.6. Dos procedimentos éticos.....	316
4. RESULTADOS.....	319
4.1. Caracterização amostral.....	321
4.2. Pré-análise	323
4.3. Exploração	324
4.3.1. Inventário, categorização, codificação e enumeração	324
4.3.2. Retorno aos elementos textuais brutos	368
4.3.2.1. Objetivo 1: identificando a integralidade dos profissionais	368
4.3.2.1.1. O cuidado e o olhar humanizados (HUM).....	369
4.3.2.1.2. Trabalho multiprofissional e construção coletiva (MTP)	381
4.3.2.1.3. Trabalho institucional: regras, multitarefas e informação (TRA).....	388
4.3.2.1.4. Integralidade: no plural (PLU).....	393
4.3.2.1.5. Integralidade: palavra vaga e imprecisa (VAG)	394
4.3.2.2. Objetivo 2: propondo possibilidades de diálogo com Huberto Rohden.....	395
4.3.2.2.1. Identidade e alteridade (IDAL).....	395
4.3.2.2.2. Deus, o homem e a religião (DEHR)	399
4.3.2.2.3. O serviço psiquiátrico (PSI).....	403
4.3.2.2.4. Determinismo divino (DDVN)	406
4.3.2.2.5. O olhar cético e o incomum (CET).....	408
4.3.2.2.6. O silêncio e o barulho (SILB).....	410
4.3.2.2.7. História local (HIST)	411
4.3.2.3. Manifestações tergiversantes.....	412
4.3.2.3.1. Tergiversações gerais (TGVG).....	412
4.3.2.3.2. Tergiversações do Grupo B (TGVB).....	414
4.3.2.3.3. Dificuldade com exemplos (DIF-EX).....	416
4.3.2.4. Conteúdos variados	417

4.3.2.4.1. O lado negativo da tecnologia (TEC).....	417
4.3.2.4.2. O visível e o invisível (VSV)	418
4.3.2.4.3. Integralidade subjetiva (SBJ)	418
5. DISCUSSÃO	419
5.1. Objetivo 1: identificando a integralidade dos profissionais.....	421
5.1.1. O cuidado e o olhar humanizados (HUM)	422
5.1.2. Trabalho multiprofissional e construção coletiva (MTP)	427
5.1.3. Trabalho institucional: regras, multitarefas e informação (TRA).....	432
5.1.4. Integralidade: no plural (PLU)	434
5.1.5. Integralidade: palavra vaga e imprecisa (VAG).....	434
5.2. Objetivo 2: propondo possibilidades de diálogo com Huberto Rohden	435
5.2.1. Das questões 10 e 11 e História Local (HIST).....	436
5.2.2. Identidade e alteridade (IDAL)	442
5.2.3. Deus, o homem e a religião (DEHR)	447
5.2.4. O serviço psiquiátrico (PSI)	470
5.2.5. Determinismo divino (DDVN)	475
5.2.6. O olhar cético e o incomum (CET)	480
5.2.7. O silêncio e o barulho (SILB)	483
5.3. Interpretando as manifestações tergiversantes.....	496
5.3.1. Tergiversações gerais: dificuldades, expectativas e circunstâncias (TGVG)	496
5.3.2. Tergiversações do Grupo B: Rohden, a pesquisa e a filosofia (TGVB)	497
5.3.3. Tergiversações exclusivas do grupo A: dificuldade com exemplos (DIF-EX).....	499
5.4. Interpretando os conteúdos variados.....	500
5.4.1. O lado negativo da tecnologia (TEC).....	500
5.4.2. O visível e o invisível (VSV)	502
5.4.3. Integralidade subjetiva (SBJ)	504
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	507
7. REFERÊNCIAS	515
APÊNDICES	555
ANEXO.....	577

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Mas quem pratica a verdade chega-se à luz,
Para que se manifeste que suas obras são feitas de Deus
Jo, 3:21

1. Integralidade: um conceito

Estou a considerar que lidar com conceitos envolve o aspecto da experiência na existência.

A experimentação ou experiencição talvez possa ser compreendida ou vivenciada na fruição do trecho da canção sertaneja, “nem tudo o que a gente estuda se agarra e se gruda, rebenta no chão” ou, então, na afirmação de Huberto Rohden, de que “sabedoria ou sapiência não é inteligência; saber é saborear experiencialmente (...), não é pensar analiticamente” (ROHDEN in LAO-TSÉ, 2013, p.22).

Lidar com conceitos, entretanto, não é apenas fazer exercícios de experiência. Há espaços para aspectos outros que, embora interligados e interdependentes, são distintos. Refiro-me aos aspectos da hipótese e da ação.

Para compreender o significado que atribuo a estes termos (experiência, hipótese e ação) proponho que, por um momento, sejam esquecidos os usos correntes que deles são feitos. Faz-se um novo uso, apreendido de uma escola brasileira que frequentei, a escola da Filosofia Clínica (FC). Em seus bancos há a elaboração teórica que coloca “ação-hipótese-experiência” como a tríade inicial da “Matemática Simbólica”; tríade de tópicos inter-relacionados de movimentos funcionais (não organizacionais) das Estruturas de Pensamento (EP). Ensina-se que há EPs que convivem com tais movimentos em maior força e outras em menor ou muito fraca expressão, a depender da diversidade de singularidades e localizações existenciais.

O aspecto da ação envolve movimentos do pensamento em seu sentido amplo: palavras, números, sensações, memórias de sensações, emoções, sentimentos e pausas-silêncios. Ação é um movimento do pensamento instaurando desordens/desarmonias ou ordens/harmonias de desejos do plano semiconsciente da ego-consciência ou do plano subconsciente da senso-consciência. Pode ser também – ao que o ego-pensamento reserva dúvidas de separação – um pensamento do plano pleniconsciente, da consciência cósmica¹. De forma didática podemos considerar que ação é o movimento do que vai interno: do pensamento-amplo que não pode – ou pode, bem reduzidamente – ser empiricamente verificado ou falseado.

¹ Plano semiconsciente, ego-consciência, plano subconsciente, senso-consciência, ego-pensamento, plano pleniconsciente e consciência cósmica são conceitos da filosofia de Huberto Rohden, que serão apresentados no capítulo introdutório desta dissertação.

Hipótese, tal qual se propõe aqui, é movimento de redação, de fala, de gestual ou qualquer movimento que seja percebido pelas sensações em um mundo social. Se considerarmos que a relação ética pressupõe uma relação de proposta e resposta entre um eu e um tu (um eu e um outro), fazemos hipóteses ao nos relacionarmos no mundo em que vamos existindo, seja no público ou no privado, com um “outro-outro” ou com um “outro-eu”. Podemos testar constantemente a proximidade ou afastamento de nossos movimentos-hipóteses corporais com nossos movimentos-ações mentais. As hipóteses, sim, diferente das ações, poderão ser empiricamente verificadas, falseadas ou interpretadas. Tratam-se de manifestações externas observáveis.

Dizia que lidar com conceitos não é apenas fazer exercícios de experiência. Imagino que tenha ficado claro – caso a leitura tenha sido atenta – que isto é uma verdade porque consideramos que o envolvimento com conceitos também prevê fenômenos que escolhemos nomear distintamente: as ações e as hipóteses. Cabe agora distinguir a experiência.

Ela é o que nos acontece, o que nos toca². Os fenômenos das ações e das hipóteses acontecem e, na medida em que nos tocam ou nos afetam, com mais ou menos força, surgem movimentos representativos do fenômeno da experiência. É possível denominar estas forças como afeto, mesmo que possamos encontrar problemas ao associarmos o termo com as paixões para o estoicismo, por exemplo. Ainda assim, escolho esta terminologia, sobretudo pelo que ainda há de poético no afeto, que também comunica ternura, carinho, amizade, palavra, respeito, caráter, bondade, alegria e amor.

Afetar-se, ser afetado, deixar-se afetar, estar afeito a. Afeto se relaciona aos termos latinos *afficio* (verbo) e *affectus* (substantivo) que guardam relação tanto com uma condição-estado quanto com uma ação de influência, influir, ser influído, ser influente (AFFECTUS, 1986, p.77; AFFICIO, 1968, p.78). Quem experimenta ou é afetado por um movimento-ação ou por um movimento-hipótese (do eu em relação ao outro e do outro em relação ao eu), vivencia uma experiência, um movimento de devir, um “transformar-se em” ou um “vir a ser”.

Lidar com conceitos é, então, conviver com afetos em devir, inter-relacionados a movimentos íntimos, internos e externos. É convívio com ações, hipóteses e experiências.

Este convívio, quando ético, envolve um tipo especial de disposição. É esta disposição de espírito que busco enquanto me é possível pensar filosoficamente ou filosofar. Trata-se do estado de acolhimento em relação à diversidade ou pluralidade como uma qualidade necessária

² “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece” (LARROSA, 2015).

do conjunto “visões de mundo”. Cada elemento deste conjunto, cada visão de mundo, traz referentes de vivências conceituais próprias. Visões de mundo singulares em relação à ações, hipóteses e experiências igualmente singulares.

Tenho considerado que a relação com conceitos é uma relação de criação. Criamos conceitos como criamos plantas, animais, filhos, amores, enfim, como criamos coisas vivas. Aquele que se propõe a criá-los coloca-se em condições ora mais ora menos envolvidas na participação de textos e contextos precários ou fortalecidos de alimentação e segurança. O criador de conceitos é aquele que se permite filosofar.

Do conceito de integralidade pergunto: como ele vem me afetando ou como têm sido os afetos que partem de mim em relação a ele? Como a integralidade se expressa? O que tenho feito para sustentá-la? Quais lugares ela ocupa em minha historicidade? E em minha visão de mundo? Onde a integralidade pode me levar, a que tipos de referentes? Diante de referenciais aparentemente inconciliáveis, como conciliá-los? Serão sinais de que é preciso ir além do conceito-discurso, do conceito-palavra? Se sim, que tipo de existência será essa? E qual será a relação disto tudo com um pessoal papel na Ética do bem viver e no bem servir ao próximo? No que posso ser útil?

Considero que tanto esta dissertação quanto a pesquisa científica que está em sua base são elementos que participam do infundável processo que é responder à estas perguntas. Fundem-se ao conceito da integralidade: as ciências da saúde, a enfermagem psiquiátrica, a educação de profissionais da saúde, o método da análise de conteúdo, a técnica da análise de conteúdo categorial temática e o marco teórico da filosofia univérsica de Huberto Rohden. Desta mistura corporifica-se esta dissertação, um material singular de acesso pessoal e, o que espero, também interpessoal à movimentos de (auto)conhecimento e (auto)educação.

2. Dos limites da ciência e do mestrado

Sem margens não há rio ou a terceira margem só existe se existirem as outras duas que lhe possam apoiar a corrida.

O mestrado está margeado pelos limites da Ciência. Neste sentido, a pesquisa que o sustenta tem propósitos bem delineados e objetivos: i) identificar como o conceito de integralidade aparece para alguns profissionais de enfermagem atuantes no cuidado em saúde mental; e ii) verificar onde e no que aquilo que foi identificado pode (ou não pode) dialogar com a filosofia metafísica do filósofo Huberto Rohden.

A ciência exige univocidade, coerência e rigor nos textos e contextos donde disserta sobre suas pesquisas. Por isto, fiquemos atentos às circunstâncias desta empreitada: um programa de Enfermagem Psiquiátrica, um Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, uma Escola de Enfermagem e uma linha de pesquisa em Educação em Saúde e formação de recursos humanos.

Além disto, cabe ao cientista reconhecer – assim como o filósofo – que a cada nova descoberta ou exploração, ampliam-se as fronteiras do desconhecido. Neste sentido, este mestrado acadêmico não se esquivava de suas próprias limitações. Ainda que pessoalmente tenha esperado muito deste momento, reflexões e respostas originais, assim como reais aplicabilidades criativas, mostram-se possíveis em etapas vindouras. Penso que caiba, por hora, perceber mapeamentos e possibilidades futuras para um doutorado.

3. Do lugar de estudo e trabalho

Ortega Y Gasset, nas “Meditações do Quixote”, escreveu “eu sou eu e minha circunstância, e se não salvo a ela, não salvo a mim” (ORTEGA Y GASSET, 1966, p.322). Salvá-la pode ser compreendê-la que, segundo Santos (1999, p.62), é ligar generosamente “coisa com coisa e tudo conosco, numa viva pertinência recíproca”. Também é do pensamento do filósofo espanhol que o ser humano é um “ter que ser” (CARVALHO, 2010, p.03).

Neste sentido – das circunstâncias inseparáveis do quem somos e do quem nos tornamos e do dever de ser aquilo que singularmente somos – proponho uma aproximação de meu lugar de fala enquanto estudante e trabalhador. Ainda que a vida não se restrinja ao trabalho ou ao estudo, atribuo a estas dimensões os principais elementos circunstanciais que me conduziram até este mestrado acadêmico *stricto sensu*.

Escrevo de um lugar que não é nem de um enfermeiro e nem de um profissional da Saúde. Passei por uma graduação completa em Engenharia de Alimentos e uma graduação incompleta em Pedagogia. Durante ambas, meu papel existencial principal era o de estudante não-trabalhador, desempenhando junto ao universo do trabalho tarefas pontuais, seja como músico de banda de rock, seja como palhaço em um Hospital de Base (Doutores da Graça, hoje Doutores de Plantão).

Posteriormente, transformei-me em professor: de informática, para crianças e adolescentes, no ensino fundamental; de física, no ensino médio; de musicalização, no ensino infantil; e de química, matemática, estatística e português em aulas particulares. Mesmo que o trabalho profissional da docência tenha exercido (como até hoje exerce) forte apelo ao pessoal

gosto e satisfação, em virtude de um concurso público, transferi minhas funções para outras bem distintas. Elas inauguraram a carteira de trabalho: técnico acadêmico e, depois, técnico para assuntos administrativos. O local foi a Universidade de São Paulo, no mesmo *campus* onde defendo este texto.

Na condição de trabalhador-estudante, com o apoio da chefia, graduei-me em Filosofia. Primeiramente, no bacharelado e, depois, na licenciatura. Trabalhando em Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, basicamente com assessoria técnica a colegiados acadêmicos e a concursos da carreira docente, terminei as formações filosóficas básicas imaginando um futuro retorno ao universo da missão docente. Trabalhos com a arte musical eram mais frequentes.

Ao lado do natural apelo ao trabalho com docência para quem se forma em Filosofia, surgiu um chamado a conhecer outra possibilidade de atuação profissional: a FC. Trata-se de um campo de conhecimento minimamente explorado na academia científica, cujas origens remontam ao sul do país e a um filósofo sistematizador, nascido em família de médicos e com histórico de estudos universitários na saúde mental (Psicologia). Em conformidade às circunstâncias, iniciei uma especialização (concluída em 2017), tocando-me a possibilidade de relação entre a saúde e a filosofia. Do conceito da clínica filosófica fez-se notável a forma de ensinar e promover um método original, de alguma forma em semelhança de sentido aos movimentos da reforma psiquiátrica que deram origem às discussões da clínica ampliada.

O sistematizador da FC, o filósofo gaúcho Lúcio Packter, fora meu professor e também filósofo clínico, em um contato frequente que durou cerca de quatro anos. Desta relação, considero ter ocorrido um delineamento da vocação educativa, direcionando-a para a percepção da possibilidade de se aplicar a filosofia no serviço ao próximo, rumo às condições partilhadas de conhecimento, cuidado, bem-estar e maior potência de vida e saúde.

Oportunidades para a missão docente apareceram ocasionalmente, porém sem efetivações em virtude de circunstâncias temporais e de salário. Em minha cidade, Batatais-SP, iniciei um projeto multicultural denominado Encontro Filosófico, alguns anos depois de ter sido colaborador, por 44 edições, de um jornal local com a coluna intitulada “Filosofia, arte e ciência”. Também coloquei em prática algumas ideias como a fundação de um núcleo de arte conceitual, palestras filosóficas, curso livre de filosofar, grupos de leitura, evento de leituras poéticas e atendimentos aproximados à FC. O trabalho com a música continuava frequente, adquirindo direcionamentos de composição autoral.

Do trabalho registrado na Universidade recebi proposta de uma mudança de setor que, no entender dos gestores, poderia propiciar maior satisfação vocacional. Com a função alterada

para a de “técnico para assuntos administrativos”, passei a atuar em um recém fundado órgão com fins de promover a sustentabilidade socioambiental na Universidade.

A entrada no novo serviço coincidiu com o início da pós-graduação (janeiro de 2017). No decorrer destes quase quatro anos de estudos sobre tópicos do programa de enfermagem psiquiátrica e da saúde, da metafísica e da integralidade, deparei-me com uma série de situações-limite: tanto no âmbito pessoal, quanto no âmbito conjuntural.

Pessoalmente: cirurgia de hérnia, falecimentos de entes queridos, patologias leves nos nervos das mãos, lides com divisão de bens, divórcio, mudanças de casa, um grande furto. No trabalho: sintomas limitantes de stress grave, quadros mistos de ansiedade e depressão e afastamentos-saúde. Na conjuntura: ascensão da intolerância política, ampliação da desigualdade econômica, aumento da dependência digital, *fake news* e, mais recentemente, pandemia e quarentena em meio a movimentos negacionistas da ciência.

Com e apesar destes fatos, movimentos outros em sentido otimista, também estiveram presentes, em grande parte já comentados no parágrafo em que cito os Encontros Filosóficos. Na música, há o lançamento de vídeos artísticos e um pequeno disco. Na filosofia, dá-se início a estruturação de um projeto de empreendimento de filosofia aplicada, produção de conhecimento e atendimento filosófico, a “Filosofitas”. Também tornei-me voluntário – durante alguns meses – em projeto de acolhimento de familiares de pacientes, o HumanizaDor, realizado em uma Unidade de Emergência em Ribeirão Preto. Por fim, venho realizando estudos na Terapia dos Sistemas Internos Familiares, na Universidade do Ser, e me aproximo da prática integrativa do Tai Chi Chuan, formando-me em um curso básico de instrutores do *kati Wu San Dji Tao*.

4. Do encontro com o conceito

Na perspectiva de uma caminhada histórica, o primeiro encontro relevante que tive com o termo integralidade ocorreu em meados de 2015. A partir do primeiro contato com a filosofia de Huberto Rohden, via leitura do livro “Cosmoterapia: a cura dos males humanos pela consciência cósmica” (ROHDEN, 2009), fui estimulado a reparar outras obras do escritor. Dentre elas, a “Educação do homem integral” (ROHDEN, 2013) e, na sequência, por pertencer a mesma temática, “Novos rumos para a Educação” (ROHDEN, 2005d).

Antes de continuar na história deste encontro, atribuo importância olhar um pouco para a multifatorialidade complexa de pensamentos conceituais que me acompanhavam até então.

Além dos estudos na FC – que movimentavam o olhar para a saúde da alma – um passado recente fortalecia questionamentos em relação à erudição e ao excesso de informações.

Neste sentido, quatro passagens textuais acompanhavam-me. A primeira delas é de um ensaio de Montaigne sobre o pedantismo, onde se lê: “só nos esforçamos por guarnecer a memória, deixando de lado, e vazios, juízo e consciência” (MONTAIGNE, 2002). A outra é uma fala de Michel Serres repleta de otimismo em relação aos novos usos da memória. Estes, diante das muitas tecnologias, voltavam a ser semelhantes aos usos no Renascimento, onde “ao invés de copiar as ciências em livros, olhava-se apenas a realidade das coisas” (SERRES, 2008). As duas passagens que restam encontrei no romance “A Insustentável Leveza do Ser”, de Milan Kundera e na coletânea de contos “Ficções”, de Jorge Luís Borges:

Para desenrolar seus pergaminhos é preciso que eles encontrem temas de dissertação. Existe um número infinito de temas pois pode-se falar sobre tudo e sobre nada. Pilhas de papel amarelado se acumulam nos arquivos que são mais tristes do que os cemitérios porque neles não vamos nem mesmo no dia de Finados. A cultura desaparece numa multidão de produções, numa avalanche de sinais, na loucura da quantidade. Creia-me: um só livro proibido em seu antigo país significa muito mais do que os milhares de vocábulos cuspidos pelas nossas universidades (KUNDERA, 1983).

Desvario laborioso e empobrecedor o de compor extensos livros; o de espriar em quinhentas páginas uma ideia cuja perfeita exposição oral cabe em poucos minutos. Melhor procedimento é simular que esses livros já existem e oferecer um resumo, um comentário (BORGES, 1998).

Parte da atribuição de relevância a estes trechos esteve ligada a minha participação, de 2012 a 2016, no grupo de pesquisa “Deleuze e a Ciência da Informação” (FFCLRP/USP/CNPq). Ali se iniciou o cultivo do conceito de acontecimento como algo que nos acontece (LARROSA, 2015) junto a ideia de telegrama em Deleuze, como velocidade de acontecimento, trazendo a compreensão de que “as verdadeiras proposições são pequenos anúncios”, forças-afeto em movimento (DELEUZE; PARNET, 1998).

Nessa teia de relações pedantismo/vazio/memória/realidade-das-coisas/arquivos/resumos/telegramas comecei a perguntar sobre onde poderiam estar os saberes secretos ou os “livros proibidos” que nos provoca a pensar Kundera (1983). Voltando ao encontro com a integralidade em Rohden, a leitura de “Cosmoterapia: (...)” (ROHDEN, 2009) fez-me suspeitar que estes saberes talvez estivessem naqueles livros que repetem várias vezes “de modos vários, as verdades básicas” (ROHDEN, 1962a, p.05).

Ainda sem saber o conteúdo dos outros dois livros, redigi um primeiro projeto junto ao conceito de integralidade, intencionando a possibilidade de um mestrado que me permitisse aprofundar no estudo daquele “homem integral”. A proposta era analisar os três livros de

Rohden utilizando-se do instrumental metodológico da FC. As obras seriam observadas como manifestações da Estrutura de Pensamento de seu autor, abrindo-se a investigação dos 30 tópicos previstos no método³.

O possível projeto de pesquisa tinha um longo título: “Conversas com as escolas de Rohden e Packter: educação-saúde para a felicidade do homem integral, Filosofia Clínica, erudição e esoterismo”. Do esoterismo, imaginava aproximar-me daqueles “livros proibidos”. O termo passava a me chamar atenção devido a relações tanto com Rohden, quanto com a FC. Em relação a Rohden, passei a perceber que muito de suas obras eram dispostas nas estantes de saber esotérico e auto-ajuda nos sebos e livrarias. Da FC, Packter reforçava certa preocupação e negação crítica às possíveis relações com o esoterismo. Entretanto, era-me muito curioso que um número considerável de estudantes da FC atuassem terapeuticamente junto ao ramo das racionalidades alternativas, por vezes identificadas ao esoterismo⁴.

Encaminhado à três possíveis orientadores em três distintos programas de pós-graduação – Psicologia, Educação e Enfermagem Psiquiátrica – foi neste último onde recebi a melhor acolhida. O futuro orientador forneceu-me horizontes, indicando a leitura de alguns textos acadêmicos da área da saúde (BATISTELLA, 2007ab) e fazendo decisivas críticas no sentido da necessidade de um maior foco nos objetivos e no caráter empírico da investigação. Destas orientações originava-se uma nova publicação (RICCO MEDEIROS, 2017a), em revista de Educação do Centro Universitário Claretiano, a primeira em que, de alguma maneira, refleti sobre a integralidade passeando pela Saúde, pela FC e pela Filosofia Univérsica.

Os encontros com a integralidade continuavam a acontecer em breves e relevantes detalhes. Na missão da Escola de Enfermagem o conceito aparecia explicitamente valorizado como marca da formação profissional. Também se pronunciava um destaque para a ideia de totalidade do ser humano no texto de apresentação do Programa de pós-graduação – algo que direcionava à noção do integral:

Por ser a saúde mental um campo multi e interdisciplinar, o Programa tem buscado sustentação na área das ciências humanas (educação, psicologia, antropologia, sociologia, filosofia e ética), de forma a permitir a compreensão do homem em sua totalidade, a melhoria da qualidade de vida e o exercício da cidadania, em particular, da pessoa em sofrimento psíquico (ENFERMAGEM, c2020).

³ A Estrutura de Pensamento (EP) é um conceito central da FC, estudada a partir de trinta tópicos distintos cada qual construído em diálogo com pensamentos presentes na história da Filosofia.

⁴ Cheguei a publicar um texto sobre esta questão (RICCO MEDEIROS, 2016).

De volta ao primeiro pré-projeto, continuando as conversas com o orientador chegamos à conclusão de que poderíamos, como parte dos movimentos de delineamento, abrir mão da FC focando em Rohden como marco teórico.

Para a transformação do projeto que passava pelo “homem integral” em uma investigação empírica junto à profissionais da saúde, foi decisivo um curioso momento com minha filha, enquanto partilhávamos a leitura de uma coleção de nome “Corpo Humano”. De propósito didático e entretenimento, uma série de fascículos ilustrados voltavam-se a apresentar anatomia e princípios básicos de fisiologia às crianças, ao mesmo tempo em que peças iam permitindo a montagem de uma réplica do esqueleto humano com alguns órgãos internos.

De uma perspectiva anátomo-funcional e cartesiana, os textos traziam a ideia de uma máquina, composta por sistemas, órgãos, tecidos e células. Elementos que, segundo se explicava, funcionavam como engrenagens encaixadas para um mesmo fim: garantir o ótimo funcionamento do organismo.

Um dos fascículos trazia como título “O corpo humano: a máquina perfeita” e, conforme a leitura que fazia em voz alta, deparamo-nos com a afirmação de que as funções humanas dependiam da integração entre corpo e mente. Da tentativa de alguma explicação acerca daquela “realidade integrada”, o conceito da integralidade apareceu, feito insight, em um questionamento: como acontece esta integração corpo e mente em relação à saúde? Ou, em dúvida mais específica: como a mente ou o pensamento imaterial podem atuar na transformação do corpo material doente?

Ainda que hoje tenha acolhido uma relação não dicotômica entre a saúde e a doença – em virtude do conceito de saúde ampliada como capacidade de inventar-se diante do sofrimento – o sentido da pergunta dialogava com Rohden e sua cosmoterapia. Esta insinuava-se como uma racionalidade lógica e real a explicar curas nomeadas espirituais, milagrosas ou motivadas pelo “poder da mente”. A integralidade do homem integral ou cósmico – como denomina o filósofo – passa por esta dimensão.

Ainda do material infanto-juvenil ficava a impressão de um possível paradoxo entre a imagem da máquina dura e previsível (na concepção cartesiana das funções orgânicas) e de um cósmico que seria mais sutil, mental e misterioso (na perspectiva de uma visão holística da organicidade). Passava a pensar no fomento desta discussão em meio à academia científica em saúde. Seria possível falar em uma integralidade mais “máquina”, mais “engrenagem” e outra mais “mente”, mais “criatividade”, mais “afeto”?

Foi acreditando nesta possibilidade que surgiu a viabilidade de uma investigação empírica sobre como profissionais da saúde perceberiam esta questão. Como se dá, nos serviços

de saúde, o convívio das diferentes perspectivas da integração mente e corpo? Para os profissionais, o que é integralidade? Como esta integralidade aparece em relação aos sentidos comunicados no pensamento de Huberto Rohden? Com estas perguntas, estava esboçada uma nova ideia para o projeto, a lapidar-se sob orientação.

Para a redação, passei a pesquisar por produções acadêmicas da Saúde que abordassem o conceito da integralidade. As primeiras buscas apresentaram-me ao verbete “Integralidade na saúde”, em dicionário da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Além de constatações como, por exemplo, o fato de ser a integralidade um dos princípios que fundamentam os serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, o texto provocava-me com suas referências bibliográficas. Direccionava-me ao artigo de MATTOS (2009), “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”.

Deste percebi que se tratava de um dos capítulos de um livro maior: “Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde” (PINHEIRO; MATTOS, 2009). A primeira edição datava de 2001, organizada conjuntamente pelos autores do artigo e do verbete. Seguindo as buscas, cheguei à outras coletâneas dos mesmos organizadores. Uma delas – “Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde” (PINHEIRO; MATTOS, 2007) – compôs com o primeiro, a dupla de livros que consultaria nos próximos meses, resultando em leitura e fichamento de dezoito artigos/capítulos.

Destas obras reparei seus vínculos com um laboratório acadêmico-científico que levava o conceito da integralidade no nome, localizado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Trata-se do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), que produzira as pesquisas vinculadas ao “Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde” (LAPPIS/INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL/UERJ, 2020). Percebia-se um vasto campo de experiências com o conceito, há pelo o menos (na época) dezessete anos formalmente produzindo conhecimento e saberes em pesquisas e seminários⁵.

Avançando nas buscas, encontrei outro grupo de pesquisa que estudava com o conceito de integralidade, sob a forma do “integrativo/a”. Trata-se do “Racionalidades em Saúde: sistemas médicos complexos e práticas integrativas em saúde”, cujos estudos desenvolviam-se ao menos desde a década de 1990, igualmente ligados ao IMS/UERJ.

⁵ Em novembro de 2020, no site do LAPPIS constava a realização de seminário comemorativo de 20 anos do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde (SEMINÁRIO, 2020).

Deste grupo em específico observava a relação da integralidade com a homeopatia, a medicina chinesa, a meditação, a yoga e outras atividades acolhidas sob o nome de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Particularmente, este aspecto me despertava especial curiosidade, pois há pelo o menos cinco anos que experimentava a prática e realizava leituras sobre a yoga, além de frequentes experiências envolvendo tratamentos homeopáticos na família e sessões de acupuntura enquanto paciente. Fazia-me presente em um espaço institucional que reunia estas práticas na cidade (Batatais-SP). Durante o período que o novo projeto tomava corpo e ocorriam as descobertas sobre a integralidade em saúde, participava do início de um projeto de estudo e prática voltado à meditação, cujo nome era “Meditação e vida”. Outro ponto que me recordo refere-se ao fato de que em um dos encontros da FC que participei, acompanhara uma pauta acerca da possibilidade de se considerar o trabalho do filósofo clínico como uma PICS (discussão, ao meu ver, pertinente e atual).

Estas informações e aproximações serviram de base para a introdução do novo projeto, em específico no que houvera considerado da perspectiva da integralidade conforme o meio científico em Saúde.

Além do universo científico, tornava-se pertinente realizar buscas também por outros discursos. Neste sentido, pude organizar-me em quatro grupos de caminhada com a integralidade. Além daquele das ciências em saúde, percebia o da filosofia contemporânea do corpo e da saúde, o da filosofia esotérica ou esoterismo e, por fim, o grupo da filosofia do sagrado e da religião.

Um dos textos consultados (BATISTELLA, 2007a) apresentou-me a existência da epistemologia médica de Georges Canguilhem, bem como direcionou-me à leitura de trechos de textos deste filósofo, em especial do “O normal e o patológico” (CANGUILHEM, 2006) e dos “Escritos sobre a medicina” (CANGUILHEM, 2005). Outros dois textos que discutiam as ideias do filósofos foram objetos de leitura e fichamento: “*Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*” (CAPONI, 1997) e “Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault” (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003). Deste outro filósofo – Michel Foucault – também empreendi algumas buscas, das quais fez-se destaque uma entrevista concedida em 1984, sistematizada em texto nomeado “A ética do cuidado de si como prática da liberdade” (FOUCAULT, 2004). Deste texto anotava uma possibilidade de se pensar a integralidade na saúde em alguma relação com “uma prática de si” ou “exercício de si sobre si mesmo” rumo a “um certo modo de ser” (FOUCAULT, 2004).

A ideia de uma filosofia da saúde aparecia concomitantemente à de uma filosofia do corpo. Neste sentido, deparei-me com um ciclo de quatro palestras intitulado “O futuro do corpo

e da saúde”, todas sistematizadas em livro a que posteriormente teria acesso (MARTINS, 2011). Além de Foucault e Canguilhem, outros dois filósofos apareciam em evidência: Spinoza e Nietzsche.

Do primeiro, a mente era sugerida enquanto uma ideia do corpo ou modo da natureza corporal, sendo este uma unidade constituída por infinitos outros corpos. Também de Spinoza anotava a Saúde enquanto aumento da potência de agir e existir (MARTINS, 2009). De Nietzsche, também era proposto um deslocamento da mente para o corpo, sendo o corpo denominado de “a grande razão”, um imenso habitat pulsante de forças, almas e instintos. Também do filósofo apareceu a possibilidade de experiência com os conceitos da “grande saúde” e do “*amor fati*”. Da primeira, identifiquei como algo que constantemente se conquista e se abre mão. Do *amor fati*, uma aceitação integral da vida e do destino, resultando na possibilidade de afirmar e amar de maneira criativa e transformadora a existência com o que há de bom e de ruim (MARTINS, 2011).

Fundamentalmente, por este grupo, o conceito de Integralidade passa pela ideia da inseparabilidade corpo-mente, ao mesmo tempo em que se nega a ideia de uma “razão” purificada do corpo. Atrelada à esta unidade, as circunstâncias limitantes também aparecem como um dado a ser considerado em aceitação e em exercício criativo para transformá-las.

Do grupo da filosofia esotérica, já possuía os referenciais do primeiro projeto. Na ocasião de sua escrita, realizara leituras de uma abordagem científica, histórica e sociológica para o esoterismo. Por exemplo, ao invés de associações exclusivas com sociedades iniciáticas, com a Nova Era ou com experiências de fenômenos pouco usuais (viagem astral, transe, clarividência, etc), reforçava-me sua compreensão como um grande conjunto de iniciativas e abordagens insatisfeitas com as narrativas e as bases ideológicas da modernidade (CAMPOS, 2014). A partir de um estudo sociológico, percebia a possibilidade de tratar o conceito da integralidade compondo a base do holismo ou “holismo ontológico”, um dos desdobramentos mais significativos do movimento da Nova Era (SILVA, 2003).

Deste holismo encontrei algo mais explícito na ecologia integral, inserida nos achados do grupo das filosofias do sagrado e da religião. Aqui minha então principal referência era o filósofo e teólogo Leonardo Boff, por cujos escritos e falas mantinha especial respeito e sintonia desde meados de 2000. Em especial, procurei reler suas ideias sobre as quatro ecologias, diferenciadas entre mental, social, ambiental e integral (BOFF, 2012). Nesta filosofia, a integralidade mostra-se como um dinamismo orgânico de complexidades crescentes, cada vez mais ricas, criativas e potentes. Além disso, é integralidade a harmonia de diversidades e

conexão de origem ou filiação divina e sagrada comum à todo o real, incluindo o humano e o Planeta Terra.

Diante destes materiais, percebendo a integralidade na obra de Rohden mantendo relações fundamentais com os dois últimos grupos, passei a preocupar-me com sua receptividade na academia científica. Seriam impeditivos temas como Deus, religião e espiritualidade?

Prosseguindo em buscas neste sentido, um texto em publicação do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (IEA/USP) trouxe algum alento à preocupação. Telesi Júnior (2016), tratando do tema das PICS, mostrava a existência de um movimento de destituição das cosmologias metafísicas no Ocidente. Já no Oriente, apontava que as cosmologias que validam a atuação de forças imateriais eram mantidas. Este olhar científico histórico-cultural, por si só, indicava-me possibilidades de diálogo, em especial nas discussões sobre as práticas integrativas.

Outra informação decisiva neste sentido foi a descoberta da ocorrência dos Simpósios “Ciência, Espiritualidade e Saúde” que, segundo observava, ocorriam anualmente desde 2012 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Dos textos que acompanhavam as palestras disponíveis na Internet percebi um crescente interesse mundial por investigações científicas envolvendo a espiritualidade, com especial foco nos aspectos verificáveis e falseáveis de resultados positivos manifestos nos estados de saúde.

Diante destes e de outros movimentos introdutórios cheguei ao primeiro esboço do novo projeto, já com o atual nome da pesquisa. Com o orientador, delineamos os objetivos e outros pontos, resultando na aceitação da pesquisa e de meu ingresso no Programa de pós-graduação.

Do que se vê, caminho desde uma integralidade vaga, ligada a uma então inexplorada literatura sobre educação e cosmoterapia de um homem integral. Esta integralidade, passando pela ideia da integração da mente com um “corpo de engrenagens”, transforma-se no centro de uma ainda imaginada pesquisa científica na Saúde. Tentando compreender o que isto poderia significar, vários horizontes vão se descortinando e a integralidade mostra-se presente enquanto conceito nas ciências da saúde e um princípio legal do SUS. Práticas integrativas, saúde mental, filosofia, religião, esoterismo, corpo, abertura científica às discussões sobre efeitos observáveis e cosmologias alternativas: desdobramentos, encontros e sempre renovadas caminhadas com o conceito.

5. Da Universidade, da superação do homem-massa e de um esperar

Quando em minha primeira graduação em Engenharia de Alimentos deparei-me em um sebo com a obra “Abertura para o todo: a chance da Universidade” (PIEPER, 1989). Alguns dos sentidos ali presentes de alguma forma chegaram à memória no processo desta apresentação. No reencontro com o livro, revejo uma das passagens sublinhadas:

as escolas de Paris, Oxford, Pádua, etc – que desde o princípio do século XIII começaram a se chamar universidade – não se concebiam, de modo algum, como algo simplesmente novo, mas como herdeiras e continuadoras da escola do bosque de Academos, que o patriarca de todo o filosofar ocidental, Platão, fundara em Atenas um milênio e meio antes (PIEPER, 1989, p.23).

Desta ligação à Academia de Platão, volto a folhear o texto e me deparo com significativos destaques, desta vez no ensaio que antecede o texto principal, denominado “A ideia de Universidade”. A autêntica Universidade aparece como algo que vai além de prédios e sistemas burocráticos, sendo uma instituição que oferece ao universitário os elementos necessários à elaboração de sua crítica pessoal diante da vida, fortalecendo-o no diálogo permanente e na busca por uma visão de mundo robusta. Neste sentido, o papel da Universidade é sintetizado

por um esforço pedagógico que vai além dos horizontes da mera instrução, da simples informação acerca dos avanços da ciência; ela se propõe a formar o homem por inteiro, enquanto ser inteligente e sensível. Enquanto ser que anseia por uma compreensão abrangente do mundo que o cerca e de seu próprio papel na existência (DE BARROS, 1989).

Com certo espanto e gratidão à recordação que se faz presente, compreendo ser este em grande parte o sentido que atribuo a minha pessoal caminhada acadêmica em pós graduação *stricto sensu*. Com o conceito de integralidade, agora em meio universitário e acadêmico, faz-se o ato da abertura ao Todo. Que possa advir a crítica pessoal viva e o visionamento coerente e coeso de um mundo em que vamos sendo maiores do que éramos antes e melhores do que éramos ontem (BLACK, 2015).

O homem por inteiro ou integral de nossa esperança é o homem que, diferentemente do “homem-massa”, não se acomoda (ou não se angustia) em ser como é (CARVALHO, 2014). É aquele ou aquela que avança além da categoria de ser e estar no mundo que Ortega Y Gasset dizia relacionar-se às crises de 1929, o “homem-massa” (ORTEGA Y GASSET, 2002; 2010). Este homem, que fazemo-nos por buscar distinguir e superar, não é datado. É um conceito potente e atual.

Inseridos na categorização do homem-massa identificam-se o “*señorito satisfecho*” (ORTEGA Y GASSET, 2010) ou “mocinho satisfeito” (ORTEGA Y GASSET, 2002) e o “*especialista*” (ORTEGA Y GASSET, 2010). Os primeiros são aqueles que conservam uma aparente satisfação com seus saberes morais e intelectuais, achando não “precisar esforçar-se nem fazer nada diferente”, estando convencidos de poderem “participar do universo social e lhe dar um caminho” (CARVALHO, 2014, p.234). Pertence-lhes um certo “contentamento consigo” que os levam “a fechar-se para toda instância exterior, a não escutar, a não colocar em questão suas opiniões e a não contar com os demais”. O satisfeito, homem-massa, é aquele cuja “íntima sensação de domínio o incita constantemente a exercer predomínio” (ORTEGA Y GASSET, 2010, p.135).

O especialista – que também pode ser um jovem satisfeito – é “um bárbaro moderno” (ORTEGA Y GASSET, 2010, p.153), “um bárbaro emergindo pela escotilha, um invasor vertical” (ORTEGA Y GASSET, 2010, p.121). Sua invasão vem das alturas do lugar que ocupa como “homem de ciência” (ORTEGA Y GASSET, 2010, p. 152), transformado especialista pela exigência de especialização que lhe é imposta pela visão e prática da ciência moderna. É o homem que se torna sofisticado em uma técnica ou em uma exigente profissão acabando por ignorar a maioria dos outros assuntos, saberes e afazeres técnicos. Ele possui diploma e reconhecimento em uma determinada e restrita área do conhecimento e, ao invés de reconhecer-se limitado, faz-se prepotente comportando-se como sábio em assuntos que desconhece. Desta prepotência torna-se um insubordinado, não reconhecendo instâncias outras, desprezando talentos e conhecimentos maiores ou diferentes (CARVALHO, 2014).

Ainda que perceba a possibilidade de incluir graus de singularidade que problematizem estas universalizações, aposto na atualidade desta reflexão conceitual feita há quase cem anos atrás:

Porque outrora os homens podiam dividir-se, simplesmente, em sábios e ignorantes, em mais ou menos sábios e mais ou menos ignorantes. Mas o especialista não pode ser submetido a nenhuma destas duas categorias. Não é um sábio, porque ignora formalmente o que não entra na sua especialidade; mas tampouco é um ignorante, porque é “um homem de ciência” e conhece muito bem a sua fracção de universo. Devemos dizer que é um sábio ignorante, coisa sobremodo grave, pois significa que é um senhor que se comportará em todas as questões que ignora, não como um ignorante, mas com toda a petulância de quem na sua questão especial é um sábio. E, com efeito, este é o comportamento do especialista. Em política, em arte, nos usos sociais, nas outras ciências tomará posições de primitivo, e ignorantíssimo; mas tomará essas posições com energia e suficiência, sem admitir – e isto é o paradoxal – especialistas dessas coisas. Ao especializá-lo a civilização tornou-o hermético e satisfeito dentro da sua limitação; mas essa mesma sensação íntima de domínio e valia vai levá-lo a querer predominar fora da sua especialidade. E a consequência é que, ainda neste caso, que representa um *maximum* de homem qualificado – especialismo – e, portanto, o mais oposto ao homem-massa, o resultado é que se comportará sem

qualificação e como homem-massa em quase todas as esferas da vida. A advertência não é vaga. Quem quiser pode observar a estupidez com que pensam, julgam e actuam hoje na política, na arte, na religião e nos problemas gerais da vida e do mundo os “homens de ciência” e, é claro, depois deles, médicos, engenheiros, financeiros, professores, etc. Essa condição de “não ouvir”, de não se submeter a instâncias superiores que reiteradamente apresentei como característica do homem-massa, chega ao cúmulo nesses homens parcialmente qualificados. Eles simbolizam, e em grande parte constituem o império atual das massas e sua barbárie é a causa mais imediata da desmoralização (...) (ORTEGA Y GASSET, 2002, p.183-184).

Com inspiração ainda nestes textos que Ortega Y Gasset publicava em jornal de nome “El Sol”, podemos reconhecer a civilização como sendo, antes de tudo, a vontade de convivência. A barbárie, a barbaridade e o bárbaro são sinais de uma vontade outra, a de dissociação. “Todas as épocas bárbaras têm sido tempos de espalhamento humano e multiplicação abundante de pequenos grupos separados e hostis” (ORTEGA Y GASSET, 2010, p.106). A ciência universitária e acadêmica, em sua existência imanada de transcendência essencial, deve ser Luz que ilumina nossa atual condição de obscurecida civilidade. Como pesquisadores da Ciência não nos satisfazemos com qualquer condição humana de homem-massa bárbaro e especializado.

O indivíduo, civilizado ou não, como ensina Rohden, participa de uma universal evolução metafísica ou cosmológica do humano onde o desejo de separação faz parte de necessária encruzilhada. Adquire-se consciência do ego, a consciência de uma existência individual separada e exclusiva. Percebemo-nos um fragmento do Todo que, por si só e sem o Todo, pensa, sente e quer, sabendo que pensa, sente e quer. Faz-se temeroso voltar ao Todo: podemos nos perder do que somos enquanto parte.

Eis a grande encruzilhada cosmológica: escolher se permanecemos na busca da Unidade complexa e criativa que ultrapassa a individualidade do ego, abrindo-nos ao Todo e sua harmonia conosco, ou se continuamos da Unidade e do Todo separados, protegendo-nos em pequenos grupos, vivendo simulacros de união.

Do esperar: que esta dissertação – sua pesquisa, seus estudos, suas palavras, seu exame, suas leituras, sua partilha – possa participar de algum real sentido civilizatório. E que se possa falar e silenciar por um tempo, apenas as pistas de Drummond (ANDRADE, 2012):

Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças
Entre eles, considero a enorme realidade
O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação é motivada por pesquisa científica exploratória de natureza qualitativa realizada com profissionais de enfermagem da saúde mental. Estrutura-se em introdução, objetivos, percurso metodológico, resultados, discussão, considerações finais e referências.

Nesta introdução apresenta-se um caminho de entendimento e aproximação do conceito da integralidade em saúde. Em um segundo momento, introduz-se o leitor ao marco teórico do trabalho, o filósofo Huberto Rohden.

O tópico 1.1 subdivide-se em dezessete sub-tópicos abrangendo uma diversidade de sentidos, referenciais, gramáticas e jogos de linguagem que perpassam a produção acadêmica-científica em Saúde. Serão enunciadas formas de dizer, pensar e de querer dizer e pensar os serviços de saúde, o cuidado, a produção de saúde, a produção de sujeitos e o processo saúde-doecimento (saúde-doença) à luz do conceito de integralidade.

O tópico 1.2 está dividido em oito sub-tópicos procurando explorar a filosofia univérsica de Rohden. Após uma apresentação do movimento histórico-pessoal do pesquisador em relação ao filósofo, serão trabalhados conceitos de sua obra, dentre os quais o de homem integral e sua relação com a saúde segundo o viés metafísico. Também serão levantados aspectos biográficos e críticas encontradas em meio a uma escassa produção textual sobre o autor.

1.1. A Integralidade em Saúde

No vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a “integralidade em saúde” é assim definida:

Princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações (INTEGRALIDADE, 2020).

Em matéria do site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS/MS), ao lado da universalização e da equidade, a integralidade encontra definição enquanto um princípio do SUS que:

considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade

pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2020).

Tais delineamentos dão uma ideia das variações da aplicação do conceito em saúde. São vias de entendimento: um princípio fundamental relacionado ao bem público, à cidadania e ao direito à saúde; uma tradução para a execução do binômio prevenção-assistência (com priorização da prevenção); a integração entre promoção, tratamento e reabilitação na atenção; articulações intersetoriais; um ser possível atender a totalidade das doenças (não-exclusão de nenhuma doença) e das necessidades da pessoa; o respeito à autonomia do paciente e à diversidade cultural.

Neste tópico, em um primeiro momento cogitou-se a possibilidade de apresentar uma discussão crítica e sistemática do conhecimento e dos sentidos produzidos e acumulados sobre a integralidade nas ciências da Saúde. Posteriormente, entretanto, admitiu-se um propósito mais modesto, reconhecendo nas linhas que seguem um percurso pessoal de aprendizagem, apropriação de um objeto de estudo e aproximação de um tema via encontros com publicações acadêmicas, normativas e notícias. Neste sentido, acolhe-se a carência multi-referencial de alguns dos subtópicos imaginando que a mesma possa ser compensada pelo espírito exploratório e organizativo. Imagina-se que, sobretudo aqueles com pouca familiaridade das discussões no campo da saúde, possam servir-se de maneira didática dos conteúdos dispostos, sentindo-se estimulados para reflexões e promoção de atividades educativas sobre a aplicabilidade de diferentes aspectos da integralidade no dia-a-dia de cuidados pessoais e dos serviços de assistência à saúde-doença.

1.1.1. Integralidade: um princípio-diretriz do Direito à Saúde

Princípio-diretriz é um termo fundamental e diretivo, que serve de base e alicerce, inspirando e orientando o desenvolvimento e a criação de normas. Estas, assim alicerçadas, passam a servir de guias para ações consideradas desejáveis em um determinado Estado Democrático de Direito.

O conceito de integralidade já aparecia nas discussões do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, atrelado à ideia de um sistema único e público de saúde. Em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram lançadas as bases do texto constitucional de 1988 que, em seu capítulo da seguridade social, na seção relacionada à saúde, indicaria as três diretrizes do SUS.

Ao lado da “descentralização” e da “participação da comunidade”, o princípio-diretriz “integralidade” aparece sob mais específica terminologia: escreve-se “atendimento integral”. Na Carta Magna de 1988, define-se este termo duplo como uma atenção que prioriza as atividades preventivas sem prejudicar os serviços assistenciais (BRASIL, [2020]). Portanto, a integralidade orientava, neste primeiro momento, a uma atenção ou assistência integradora da prevenção com a assistência (priorizando a prevenção).

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8080/1990), que regula as ações e serviços do SUS, a integralidade é, desta vez, explicitamente mencionada, ainda que localizada pela locução adjetiva “de assistência”. Essa integralidade assistencial aparece definida como um

conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Preserva-se a ideia de união entre atendimento preventivo e curativo (ou assistencial), todavia com o acréscimo de outros dois sentidos: i) da articulação contínua ou continuidade entre níveis de complexidade de assistência (atenção primária, secundária e terciária); e ii) da integração entre o individual e o coletivo.

O primeiro sentido, de uma interligação em rede, mantém-se no Decreto MS nº7508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2011a), quando a integralidade da assistência aparece como finalidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Anexo à Portaria MS nº4279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no SUS (BRASIL, 2010b), encontra-se a definição das redes como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas”, cujos objetivos passam pela “integralidade do cuidado”, sendo esta identificada como “atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada”.

Articulação e continuidade também aparecem sob a forma de intersetorialidade, ou seja, comunicação entre diferentes setores envolvidos no cuidado. Por exemplo, no artigo 2º da Portaria MS nº3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, para a garantia da “integralidade do cuidado” esperam-se ações intersetoriais em uma RAS regionalizada (BRASIL, 2011a). Esta comunicação intersetorial também pode se dar fora das RAS, como ressalta texto anexado à Portaria MS nº2436/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Ali se escreve que para uma atenção integral, espera-se o desenvolvimento de ações intersetoriais “com escolas, equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade” (BRASIL, 2017f).

O segundo sentido acrescentado para a integralidade de assistência na definição da Lei Orgânica da Saúde trata da integração entre a dimensão da demanda individual do paciente (traduzida por singulares aspectos da saúde) e a dimensão da demanda coletiva (traduzida por indicadores epidemiológicos ou de saúde pública). Espera-se distinção e união de aspectos singulares e individuais com configurações gerais de estatísticas e previsibilidades baseadas em fatores de risco e protetores.

Em atenção a esta integralidade, por exemplo, demandas coletivas previstas em programas verticais – como campanhas de vacinação e acompanhamento preventivo de grupos específicos (gestantes, crianças, mulheres, idosos, etc) – não precisam, obrigatoriamente, desconsiderar necessidades individuais espontâneas. Em sentido inverso, as várias demandas individuais podem servir à elaboração de programas de prevenção coletivos mais horizontalizados, focados em dados de um determinado território.

Ainda no texto da Lei Orgânica da Saúde, nota-se que ao lado da “integralidade de assistência” listam-se outros treze princípios do SUS: “universalidade de acesso aos serviços”; “igualdade da assistência à saúde”; “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”; “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”; “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”; “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde”; “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”; “integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico”; “prestação de serviços de assistência à saúde da população”; “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência”; “organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos”; “organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral” (adendo de 2017); “participação da comunidade”; e “descentralização político-administrativa” (BRASIL, 1990).

Dentre estes princípios, a universalidade e a equidade (ou “igualdade da assistência”), compõem com a integralidade a tríade de princípios do SUS (LEI, 2020) e da RAS, conforme se lê na Portaria MS nº2436/2017 (referente à PNAB). Nos anexos desta normativa, encontra-se outra definição de integralidade:

o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas,

psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017f).

Esta definição mantém os sentidos da integração entre prevenção e assistência na forma dos termos da promoção e manutenção da saúde e da prevenção, cura, redução de danos, reabilitação e cuidados paliativos de doenças e agravos. A articulação intersetorial também aparece implícita na ideia de responsabilização em outros pontos de atenção. A percepção de demandas individuais e coletivas também se faz presente avançando pelos conceitos de ampliação da autonomia (pessoal e coletiva), das necessidades de saúde em várias dimensões (biológicas, psicológicas, ambientais e sociais) e da ideia de população adscrita.

Ainda nos anexos da Portaria MS nº2436/2017, a “integralidade do cuidado” é dita dependente do “trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar”, com “a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas”, inclusive de forma intersetorial (BRASIL, 2017f). A importância do envolvimento e da variedade profissional será reforçada em normas como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº10.216/2001) e a Portaria MS nº154/2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – equipamentos que, segundo se apresenta em 1.1.13, atuam como uma das principais estratégias de atenção à saúde mental integrada no Brasil.

No artigo 4º da Lei da Reforma Psiquiátrica, a “assistência integral” – ainda que situada no âmbito de possíveis interações – é assim denominada por incluir “serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (BRASIL, 2001). No artigo 2º da Portaria MS nº154/2008 coloca-se, como objetivo dos NASF, a instituição da “plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS” por meio de ações de saúde mental, de serviço social, de práticas complementares e integrativas, de atividade física/práticas corporais, de reabilitação, de alimentação e nutrição, de saúde da mulher e de assistência farmacêutica (BRASIL, 2008b).

A integralidade como princípio e diretriz legal do SUS, conforme se lê nas várias ocorrências da Portaria de Consolidação MS nº3/2017 (BRASIL, 2017c), que consolida as normas sobre as redes do SUS, vincula-se à uma variedade de redes e serviços: Redes de Atenção às Urgências (componentes Hospitalar e SAMU 192), de Atenção Básica, de Atenção Psicossocial, de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, de Cuidados à Pessoa com Deficiência e de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); Serviços especializados de Atenção à Saúde na Gestaço de Alto Risco, de Atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dos Cuidados Prolongados e da

Atenção em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências.

Nota-se que, na legalidade do direito à saúde no Brasil, o termo “integralidade” não passa despercebido. Desde diretriz na Constituição Federal e princípio na Lei Orgânica da Saúde, passa a receber variadas configurações normativo-textuais em outras leis (ex: Lei da Reforma Psiquiátrica), decretos (ex: Decreto MS nº7508/2011) e portarias – como Portaria MS nº154/2008 (NASF), Portaria MS nº4279/2010 (RAS), Portaria MS nº3088/2011 (RAPS), Portaria MS nº2436/2017 (PNAB) e Portaria de Consolidação MS nº3/2017. Por estas vias, o conceito vai se construindo como orientação legal para gestores e profissionais da saúde.

1.1.2. Integralidade e Necessidades de Saúde

Quando se busca a integralidade em modelos e práticas de atenção, gestão, organização e capacitação dos serviços de saúde, é comum que apareça junto a outro conceito especialmente forte e significativo. Trata-se das “necessidades de saúde” (CECÍLIO, 2009; MERHY, 1997).

Tais necessidades – que, na integralidade, são devidamente escutadas e atendidas – constroem-se conceitualmente como algo diferente da significação que normalmente lhe coloca o senso comum e algumas tradições da psicanálise e do marxismo (MERHY, 1997). Ao invés da falta de algo que procuramos consumir ou fazer uso, o conceito de necessidades de saúde, segundo Merhy (1997ab), surge como expressão para problemas sinceramente vividos. Estes comunicam a natureza humana de organismo desejante, formada para existir no mundo e ser parte dele.

Elaborando um esquema prático que pudesse ser apropriado e implementado no cotidiano dos trabalhadores de saúde, Cecílio (2009) propôs a divisão em quatro grandes grupos de necessidades de saúde:

- 1) necessidade de boas condições ou maneiras de se viver: o que se movimenta no usuário é uma demanda por transformar o que sente como más condições de vida;
- 2) necessidade da criação de vínculos afetivos e efetivos (confiantes, contínuos no tempo, pessoais): a “máquina desejante” do usuário comunica vontade de vínculos efetivos e afetivos com profissionais do universo da saúde;
- 3) necessidade de crescente autonomia na reconstrução dos sentidos da vida: o “organismo desejante” precisa de uma existência mais autônoma e de um modo singular de viver a vida;

4) necessidade de tecnologias que melhorem e prolonguem a vida: o que se movimenta no usuário são demandas por tecnologias de melhoramento e prolongamento da vida.

Mesmo reconhecendo uma infinidade de variações destes quatro grupos de necessidades e as finitas possibilidades para compreendê-las, espera-se que quando as equipes de profissionais de saúde incorporem o conceito de necessidades de saúde, muitas possibilidades de escuta e de olhar se abram. Os critérios de decisão, seja para uma consulta clínica, seja para uma ação curativa ou de enfermagem, passam a ter um novo horizonte, em sintonia com a integralidade (CECÍLIO, 2009, p.126-127).

Observa-se que, diferentemente das necessidades 2 e 3 (vínculos afetivos/efetivos com profissionais da saúde e autonomia para criar sentidos de vida), as necessidades 1 e 4 (transformação das más condições de vida e acesso a tecnologias de melhora e prolongamento da vida) não podem, como explica Cecílio (2009, p.119), serem plenamente satisfeitas no espaço exclusivo dos serviços. Sendo assim, ações integrais que pretendam atender as necessidades de saúde não podem ocorrer apenas no espaço local. A integralidade precisa acontecer de forma intersetorial, na área da saúde (em seus variados níveis de atenção) e fora dela (centros de referência de assistência social, lares, escolas, trabalhos, etc) (CECÍLIO, 2009, p.119).

1.1.3. Integralidade, tecnologias em saúde e trabalho

Pode-se definir tecnologia como o conjunto de conhecimentos e descobertas científicas com a capacidade de gerar inovações concretas (LEITE, 1978). Em outros termos, tecnologia é ciência aplicada ou conhecimento científico aplicado seja na redação de normas, na produção de máquinas, na implantação de procedimentos, na execução e elaboração de técnicas ou na adoção de novos comportamentos. Sendo assim, na medida em que o ser humano desenvolve a compreensão científica do mundo fala-se em ações tecnológicas e equipamentos tecnológicos.

A máquina-computador, ao contrário do que pensa o senso habitual, não seria a grande representação da tecnologia. Ela é apenas um equipamento tecnológico que participa da tecnologia: uma ferramenta que possibilita operar com muitos dados e de forma acelerada, construída à partir de saberes comprometidos com a realização de determinadas finalidades de movimentos e demandas sociais (MERHY; CHAKKOUR et al., 1997).

No diagrama ou “fluxograma-resumo” proposto por Merhy (1997) para descrever as etapas de um serviço de Atenção à Saúde (e para ser utilizado frequentemente pelos trabalhadores de um serviço), aparece a indicação de um cardápio de intervenções tecnológicas.

Ele está localizado depois da recepção do usuário e dos primeiros encaminhamentos, bem como antes de sua saída do Serviço (seja por cura, óbito, fuga, encaminhamento ou para retorno). Ou seja, entre a entrada e a saída do usuário de um serviço de saúde, mobilizam-se as tecnologias em saúde, um conjunto de sabedorias e de práticas que buscam alterar a lógica de um sofrimento individual ou coletivo (MERHY, 1997).

Tais tecnologias em saúde e a integralidade conversam na medida em que o atendimento combina, generosa e flexivelmente, tecnologia e humanização (CECÍLIO; MERHY, 2007, p.199). Este arranjo integral também pode ser traduzido como a harmonização de três tipos de tecnologia: duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002 apud CECÍLIO; MERHY, 2007, p.199).

Com base em Merhy et al. (1997) pode-se obter a seguinte descrição classificatória:

- i) Tecnologias leves: aproximam-se das finalidades da saúde, fornecendo intencionalidade e sentido às outras tecnologias, podendo ser chamadas de **tecnologias relacionais** (SILVA JR. et. al., 2007, p.127); no processo de trabalho em saúde são a intervenção em ato, os encontros de subjetividades, a produção de vínculo, a autonomização, o acolhimento, a conversa e as técnicas de produção de relação (TEIXEIRA, 2007); enquanto ação interventiva são o que Cecílio e Merhy (2007) chamam de “trabalho vivo”;
- ii) Tecnologias leve-duras: aproximam-se dos saberes da saúde, fornecendo intencionalidade às tecnologias duras, podendo ser chamadas de **tecnologias-saberes**; no processo de trabalho em saúde são os saberes estruturados como, por exemplo, a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo ou a teoria clássica da administração de Fayol; enquanto ação interventiva são os trabalhos parcialmente engessados;
- iii) Tecnologias duras: aproximam-se das máquinas da saúde e não fornecem intencionalidade a nenhuma das outras tecnologias; no processo de trabalho em saúde são **tecnologias-máquinas, tecnologias-normas, tecnologias-estruturas organizacionais e tecnologia-fármacos**; enquanto ação interventiva são os trabalhos totalmente engessados ou normatizados.

As tecnologias duras e leve-duras também são representadas pelo que MERHY (1997) denomina “trabalho morto”. São aplicações do conhecimento científico (epistemológico e existencial) já com certo grau de “cristalização”: cristais que endurecem e tornam mais pesadas as produções do cuidado. É o outro, que Merhy (2020) denomina de uma “vida plena” ou singular, o criador da necessidade de cuidar. O cuidado existe porque antes existe seu criador

ou criadora, aquela outra ou outro que é “uma existência vivida por alguém”, que não é repetida e se constitui enquanto um “modo de existir” (MERHY, 2020).

O ato de relacionar-se no cuidar ou no assistir é o trabalho vivo em saúde. Nele operam-se as tecnologias leves, que podem ser mais ou menos ricas, mais ou menos capazes de gerar inovações concretas. O ato do trabalho vivo produz ou fornece condições para que um produto venha à luz, seja elaborado e comece a se cristalizar. Portanto, o “trabalho vivo em ato” se utiliza e produz trabalho morto (CECÍLIO; MERHY, 1997).

De uma perspectiva histórico-materialista, encontra-se que, no trabalho capitalista, predominam condições de pelo o menos quatro tipos de alienação. Conforme recupera Franco (2011, p.182-188), o trabalhador vive no constante devir de tornar-se alheio ou estranho:

- i) aos produtos finais de sua própria atividade (ao invés de arte: coisa com valor de troca);
- ii) ao modo de fazer sua atividade (ao invés de um *modus operandi* próprio: submissão à *scripts* pré-determinados);
- iii) ao outro ser humano (ao invés do outro como ser humano singular e complexo convivendo em sociedade: apenas o que dele se apresenta na cadeia ou rede do trabalho alienado);
- iv) à suas condições biológicas-naturais (ao invés de respeito aos ciclos e ritmos pessoais e naturais-ambientais: conformação à ritmos sociais avessos aos biorritmos).

O trabalhador no capitalismo é, hegemonicamente, um estranho em seu próprio trabalho. É alguém que age de forma automatizada e com pouco ou nulo exercício de liberdade singular de ação, imaginação, criatividade, intuição e/ou julgamento pessoal. Nos termos de Merhy (1997), dir-se-ia que o trabalho vivo se submete ao trabalho morto.

Entretanto, aos moldes do que acontece com os trabalhos em arte ou educação, pode-se conceber disposições no trabalho em saúde onde é o trabalho morto quem se submete ao trabalho vivo:

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, **mas tem condições de comandá-lo** se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos⁶ (...) no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato (MERHY, 1997, negrito nosso).

⁶ Vide mais adiante para a compreensão deste conceito.

Neste sentido, faz-se relevante retomar a integralidade como a “combinação generosa e flexível” entre tecnologia e humanização (CECÍLIO; MERHY, 2007, p.199), desta vez conforme um fragmento de material da Política Nacional de Humanização do SUS – HumanizaSUS (PNH):

O trabalho, de maneira geral, é constituído por um constante diálogo entre as prescrições e a atualização-criação de novas formas de trabalhar. (...) os trabalhadores usam de si por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam os saberes de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. Gerir-criar junto com os outros. A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de trabalhar (BRASIL, 2009b, p.12-13).

Do que se vê, o trabalho vivo não é jamais capturado em sua totalidade pela lógica do trabalho morto (equipamentos e saberes tecnológicos estruturados). Haverá sempre espaço para “linhas de fuga” e “fissuras” possíveis nos processos de trabalho instituídos (MERHY et al., 1997, p.120). A canção de Gilberto Gil (1969), “Cérebro Eletrônico”, ilustra esta proposição de forma poética:

O cérebro eletrônico faz tudo / Quase tudo / (...) Mas ele é mudo
O cérebro eletrônico comanda / Manda e desmanda / Ele é quem manda
Mas ele não anda
Só eu posso pensar / Se Deus existe, só eu
Só eu posso chorar quando estou triste / Só eu
Eu cá com meus botões de carne e osso / Eu falo e ouço / Eu penso e posso
Eu posso decidir se vivo ou morro (...) / Porque sou vivo
Vivo pra cachorro e sei / Que cérebro eletrônico nenhum me dá socorro
Em meu caminho inevitável para a morte
Porque sou vivo / Sou muito vivo e sei / Que a morte é nosso impulso primitivo

O trabalho vivo, impulsionado pelo trabalho morto (utilizando-o) e para o trabalho morto (produzindo-o), pode acontecer em condições de comando e não de comandado. Em fragmentos de textos do Tao Te Ching, em tradução de Huberto Rohden, lê-se:

O som e o silêncio formam a harmonia
O passado e o futuro geram o tempo
Eis porque o sábio age
Pelo não agir
E ensina sem falar (LAO-TSÉ, 2013, p.23).

O sábio governa pelo não agir
E tudo permanece em ordem (LAO-TSÉ, 2013, p.26)

Quem conduz seu povo com amor
Permite que ele mesmo se harmonize
(...)
Sabe agir sem se apegar
À sua atividade,
Sabe conduzir sem impelir (LAO-TSÉ, 2013, p.36)

Sob esta inspiração, percebe-se que o “comando” exercido pelas tecnologias leves ou pelo trabalho vivo do cuidado integral em saúde pode ser igualmente “leve”, caminhando sem impositivos ou desconstrução do que lhe difere.

O profissional de saúde, quando opera tecnologias leves, atua em um espaço de autogoverno, assumindo que pode “privatizar” o uso daquele espaço, sem precisar prestar contas do que ou do como está atuando (MERHY, 1997). É isto que Merhy e Chakkour (1997) denominam de “ruídos”: disposições ou comportamentos que destoam do que está colocado no discurso sobre aquela realidade de trabalho. As práticas concretas dos trabalhadores da saúde não se adequam integralmente à descrições ou instruções de procedimentos-padrão normativos ou fechados em modelos teóricos. Há protagonismos, interesses e sentidos que não se reduzem a uma única forma intelectual (MERHY; CECÍLIO, 2007, p.200). Os ruídos, por serem pensáveis (e analisáveis), são potencialidades para a sugestão de novos propósitos no campo da ação, podendo servir de guia à dinâmicas institucionais. Trata-se do lugar do criativo e de novas possibilidades de intervenção (MERHY, 1997).

O trabalhador – entendido como qualquer profissional no espaço de atendimento à Saúde – possui autonomia para, no encontro com os usuários, tomar decisões e utilizar tecnologias leves mais ou menos inovadoras ou criativas, acolhedoras ou vinculantes:

Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo “autogoverno” para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o “modo de atuar”. Pois ele pode ter uma relação mais “acolhedora” ou não, pode decidir se “quebra o galho” daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor “necessidade” por serviços, e assim por diante. E, deste modo, como qualquer outro trabalhador da saúde, pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo (MERHY, 1997)

A existência de interstícios de liberdade, onde processos de trabalho ao menos parcialmente não-alienados acontecem, é o espaço onde podem atuar as tecnologias leves enquanto recursos da integralidade na saúde. Nos encontros fortalecidos pelo cuidado, tanto profissionais como usuários dos Serviços de Saúde têm a oportunidade de aproximações com processos de “re-encantamento do mundo”,

pelo reconhecimento da complexa teia da vida, sua plasticidade e limites. Ou seja, por uma comunhão entre razão – livre da dominação ou alienação, redimensionada e colocada pelo bom-senso em seu devido lugar – e sentimento, umbilicalmente ligado à ética e aos valores da dignidade e respeito humano, àquilo de mais fino, sublime e delicado que confere grandeza ao espírito humano e que nos permite conviver (FRANCO, 2011, p.186).

Ainda que, no aspecto de relações humanizadas, a integralidade possa ser vista eminentemente ligada à tecnologias leves, trabalhos como o de Moraes de Sabino et al. (2016)

apontam casos em que tecnologias leve-duras aparecem como melhores e mais eficientes aproximações do paciente em comparação às tecnologias leves. São casos em que o acolhimento e a conversa afetuosa em si, sem a realização de procedimentos sistematizados – como, por exemplo, aqueles previstos em instrumentos de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) – não bastam para um cuidado ótimo. A produção de vínculo, autonomia e acolhimento de subjetividades não é suficiente para a garantia da integralidade. Esta passa pela integração e combinação das várias tecnologias e trabalhos em saúde: leves e duras, vivos e mortos.

Pensando-se na valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, a PNH apresenta o Programa de Formação do Trabalhador da Saúde (PFST). Como um de seus fundamentos está a percepção de que a construção de serviços e cuidados integrados e humanizados – pautados pela humanização e pela integralidade – não podem deixar de considerar as situações pelas quais os profissionais de saúde passam e as formas como se organizam para lidar com as experiências que os adoecem (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011b).

Por contraditório que seja, os serviços de saúde assumem a condição possível de locais de adoecimento, riscos e sofrimento para o trabalhador (BRASIL, 2009b, p.18). Isto se torna realidade com o desgaste e precarização das relações de trabalho, com o valor atribuído ao trabalhador de saúde por parte da população e do governo, com as gestões centralizadas, autoritárias e muito duras, dentre outros fatores (BRASIL, 2009b, p.10):

Quando um trabalhador é obrigado a fazer o que não deseja, não acredita; quando não possui os meios disponíveis para realizar a atividade; quando as relações estabelecidas nos locais de trabalho constroem a possibilidade de invenção, o que se experimenta é um aumento da sensação de desprazer e o trabalho se transforma em sofrimento. Agora, quando se consegue relacionar esses diversos fatores o sentimento é de satisfação, ainda que também possa ser acompanhado pelo cansaço (BRASIL, 2011b, p.31).

A satisfação no trabalho acontece quando os serviços que produzem saúde, além da produção de bens e serviços para os usuários, passam a promover também a saúde dos trabalhadores. Para tanto, surge a ideia da criação de espaços coletivos de conversas e debates, onde se faça possível colocar em discussão as experiências e problemas a serem partilhados e coletivamente enfrentados. Deve-se fazer circular a palavra, aprimorando a capacidade de compreender, sentir, analisar e compartilhar o trabalho (BRASIL, 2009b, p.14).

O aspecto dialógico entre profissionais não está voltado apenas para as ações previamente definidas que devem ser executadas. Ele se volta também para o que ocorre nas situações concretas e imprevisíveis de trabalho e naquilo que se pensou em fazer, mas não foi possível realizar (BRASIL, 2009b, p.09):

Alguns pesquisadores ao analisar o trabalho perceberam que o que é realizado nunca coincide totalmente com o que foi prescrito. Por um lado, porque a prescrição nega ou subestima as diferenças e variações entre os trabalhadores e propõe a tarefa para um(a) trabalhador(a) médio(a) inexistente, como se todos fossem iguais. Nega que esses sujeitos possuam características físicas e idades diferentes, histórias de vidas únicas, e que durante suas vidas são marcados por diferenças de gênero, etnia, classe social, religiosa, etc (BRASIL, 2011b, p.25).

Para dar conta desta realidade com complexas variáveis singulares, os trabalhadores precisam inventar formas de trabalhar, atentos às normas e às renormalizações, as modificações e atualizações constantes de crenças, valores, saberes, prescrições, protocolos, condições, etc (BRASIL, 2011b, p.27-28). O trabalho mostra-se como um constante diálogo entre as prescrições e a necessidade de atualizá-las:

Quando trabalhamos, negociamos o tempo inteiro com o que nossos colegas de trabalho pensam sobre a forma que devemos agir, com o que o usuário espera de nós, com o que os profissionais que ocupam os cargos de gestão definiram que devemos fazer e com os recursos disponíveis. Nessas negociações partimos do que acreditamos, queremos, achamos correto, mais confortável, mais rápido, mais fácil e que sabemos melhor como fazer. A cada uma de nossas ações cotidianas negociamos isso e muito mais. (...) O trabalho na saúde, portanto, é submetido a essa regulação que se efetiva na cooperação entre os trabalhadores e os usuários, numa dinâmica que atravessa diferentes pontos de vista (BRASIL, 2011b, p.28).

A oportunidade de troca de experiências entre os sujeitos trabalhadores são importantes para que possam afirmar-se enquanto criadores, analistas e avaliadores, fazendo uma gestão coletiva do serviço em que atuam (BRASIL, 2009b, p.14). Trata-se de um processo de reinvenção/negociação permanente no cotidiano de trabalho, permitindo ao trabalhador construir saberes, novidades e estratégias, fazendo-se gestor do processo de trabalho vivo, inventando junto com os outros e aproximando-se da organização de como o trabalho realmente acontece (BRASIL, 2011b, p.29).

Sendo objetivo do PFST a promoção destes espaços de instrução e educação fundados no diálogo permanente (BRASIL, 2011b, p.07), surge o instrumento da Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP). Trata-se de uma medida de estímulo e apoio à formação adaptada ao ambiente de trabalho, reunindo grupo de trabalhadores dos serviços locais, apoiadores da PNH, consultores e pesquisadores da saúde, todos em compromisso com a transformação e a pesquisa das condições adversas de trabalho (BRASIL, 2009b, p.39). As CAP constituem-se como uma proposta de exercício cotidiano de produção de conhecimento, a contribuir para a transformação da realidade do trabalho (BRASIL, 2011b, p.38).

Para tanto, são previstas horas no trabalho direcionadas à oficinas, pesquisas, reuniões e outras atividades de pesquisa coletiva (BRASIL, 2009b, p.20). Faz-se central que as

investigações, ao buscarem detectar, perceber, compreender e transformar o que há de nocivo nas realidades cotidianas, o façam amparadas no aspecto colaborativo da ampliação da escuta e da visão do outro, de suas diferentes disciplinas, especialidades, saberes e pontos de vista – em conformidade aos elementos subjetivos já levantados acima, quando da escrita sobre os desafios da transversalidade das equipes de saúde multiprofissionais (BRASIL, 2011b, p.42). É esperado que coletivos já organizados nos serviços – como Câmaras Técnicas de Humanização (CTH), Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), Setores de Recursos Humanos e de Pessoal (ou equivalentes), Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho, Comissões Internas de Atuação em Saúde no Trabalho e outras – possam adotar a aplicação das CAP (BRASIL, 2009b, p.16).

Conforme se vê, pensar a integralidade em saúde exige também a problematização de aspectos do trabalho e do uso das tecnologias no cotidiano dos serviços de saúde.

1.1.4. Integralidade e o cuidar fundamental

Segundo apresenta Ayres (2004), em uma alegoria do escritor romano Higino, o ente de nome Cuidado atravessava um rio, passando por sobre um terreno argiloso. Sendo invadido por pensamentos, tomou um pedaço daquela terra e começou a lhe dar forma. Deste ato pensante sobre a argila surgiu o ser humano, denominado *homo*, dado o nome de sua matéria, o *humus*. Por ter sido quem o primeiro formou, o criador-Cuidado foi designado por Saturno como sendo o responsável pela criatura-Homem até quando nesta reluzisse a Vida. Do mito, simboliza-se o ser humano como um ser cujo processo de humanização estará sempre envolto por atitudes e pensamentos de “curadoria”, conservação ou cuidado com sua própria existência, com a existência dos outros e do próprio mundo e suas circunstâncias.

As autoras Silva et al. (2005), em estudo que procurou aproximar a fundamentação ontológica e epistemológica em Enfermagem do conceito de cuidado trabalhado nas obras do teólogo Leonardo Boff, amparadas neste autor ressaltam:

O cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas. Assim, ao falarmos sobre o processo de cuidado, nos remetemos, inicialmente a questões tais como, estamos nos cuidando? E do outro, cuidamos preocupadas com as questões que envolvem a pessoa cuidada, seu contexto e, sobretudo, os aspectos que tangenciam sobre o ser-com-no-mundo? O que estamos fazendo para a melhoria das condições do cuidado hoje? Se eu não me cuido, posso cuidar do outro? O que é cuidado (DA SILVA et al., 2005, p.473)?

No desempenho do cuidar, o ser humano satisfaz a si mesmo e ao outro, na medida em que o exercício do cuidado é realização existencial do humano no mundo (DA SILVA et al., 2005, p.474). O cuidado, segundo Boff (1999, p.65), operacionalizado pela “ternura vital, a carícia essencial e a cordialidade fundamental”, é “o artesão de nossa humanidade”.

Refletir sobre o cuidado nos faz perceber que cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. Dessa forma, o ser humano consegue viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta (DA SILVA et al., 2005, p.474).

O cuidado da integralidade aproxima-se deste cuidado em excelência, o cuidado como modo de ser-no-mundo fundamental. O cuidar integral também se aproxima das boas práticas de saúde e acolhimento e dos traços da boa medicina (MATTOS, 2007, p.48; PINHEIRO, 2009). Trata-se do cuidado que pode integrar estudo, exatidão e objetividade da Ciência com experiência, sensibilidade e carinho da Arte (PINHEIRO, 2007, p.80, p.83).

Quando no ato assistencial ressoa a experiência do adoecimento e das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde, o papel fundamental do cuidado na constituição do ser e estar humano é ainda mais evidente (AYRES, 2004). O cuidar integral, para além da eliminação da doença, promove a humanização conjunta do profissional e do usuário dos serviços de saúde, na medida em que ambos dele participam, promovendo produção de vida, de sentidos e de sociabilidade (YASUI, 2006, p.15).

1.1.5. Integralidade e habilidades do cuidado: a empatia e o saber ouvir

Cuidar integralmente de alguém é saber transitar do observar, analisar e julgar para o escutar, aproximar-se e sentir. Com o desenvolvimento da capacidade de escutar, o cuidado integral vai além da formulação de questões fechadas, fazendo-se no deixar fluir falas e narrativas da pessoa atendida. Desta forma, conforme sugere Mendes (2012b, p.246), o profissional encontra a chave para o desenvolvimento da empatia. Esta que, conforme Finset (2010), pode ser conceitualizada em termos de quatro habilidades: observar as emoções do outro; sentir as emoções do outro; responder às emoções do outro; e compreender os pensamentos e as intenções do outro.

A escuta qualificada ou ativa (FERLA et al., 2007; SILVA JR et al., 2007) significa

acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que (...) estabelece entre o que sente e a vida. (...) Assim o usuário poderá perceber

que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos, o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde. (...) Pode não ser possível fazer uma escuta detalhada o tempo todo para todo mundo a depender do tipo de serviço de saúde, mas (...) é possível temperar os encontros clínicos com estas “frestas de vida” (BRASIL, 2010a, p.24-25).

Escutar o usuário passa por ouvir sofrimentos e necessidades de saúde quase sempre não expressas em sintomas usuais ou medidas baseadas em patologias identificadas. Neste sentido, demanda-se do cuidado integral o desenvolvimento de habilidades e competências para o discernimento correto e posterior harmonização entre o saber ouvir e o saber fazer-se ouvir, os conhecimentos estruturados sobre patologias e agravos e as vivências e intuições singulares dadas no campo relacional.

O escutar qualificado pode envolver várias habilidades: saber recepcionar; saber perguntar quando não entender; saber atentar-se ao que diz o paciente sem considerar motivos de análise psicológica, juízo moral ou pessoal; saber priorizar o assunto relevante; saber demonstrar compreensão resumida das palavras do consultante; saber sintetizar as questões essenciais; saber apoiar o paciente numa exploração concreta de seus problemas; saber quando realizar perguntas abertas e fechadas; saber relacionar aspectos da fala do paciente, percebendo possíveis incoerências; saber explicitar uma vez percebidas essas contradições; saber demonstrar atitude de interesse e receptividade; saber demonstrar os objetivos do trabalho e explicitar os esquemas realizados; saber utilizar-se do silêncio (DIAS, 2010, p.259-261). Tais habilidades direcionam para o “*locus* de singularidade” do indivíduo, onde necessidades específicas são produzidas (SILVA JR et al., 2007, p.124).

Baseado em estudos científicos que evidenciaram o aumento da satisfação dos usuários dos serviços de saúde, da confiança em si e da redução do estresse do encontro clínico, Mendes (2012b, p.246) defende uma clínica centrada na pessoa e de atenção colaborativa (diferente da atenção prescritiva e centrada na doença).

Em relação à empatia, segundo Scarpellini et al. (2014, p.52) há inúmeras evidências científicas de que sua presença se associa à benefícios como: melhor comunicação de sintomas e preocupações; diagnósticos mais precisos; mais informações sobre a doença; participação aumentada nas decisões; melhor educação do paciente sobre a doença; aumento da colaboração e da satisfação dos pacientes; melhor aderência ao tratamento; diminuição da depressão e aumento da qualidade de vida.

Uma escala de mensuração, *Consultation And Relational Empathy* (CARE), de origem escocesa, utilizada para uso em consultórios na Atenção Primária à Saúde (APS), traz elementos para a reflexão do cuidado empático. Para uma gama de opção de seis valores (não se aplica;

ruim; regular; bom; muito bom; e excelente) o usuário é estimulado a avaliar sobre as atitudes do profissional de saúde em relação a dez ações possíveis representativas da empatia. Estas são as ações listadas na avaliação (SCARPELLINI et al., 2014):

- i) deixar o outro a vontade: sendo gentil e amigável, tratando com respeito, sem ser frio(a) ou ríspido(a).
- ii) deixar o outro contar sua “história”: dando tempo para descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras, sem lhe interromper ou distrair.
- iii) realmente ouvir: prestando atenção no que é dito, sem ficar olhando nas anotações ou no computador durante a fala.
- iv) estar interessado na pessoa do outro como um todo: perguntando ou demonstrando saber detalhes importantes da vida do outro e sua situação, sem lhe tratar “apenas como um número”.
- v) entender plenamente as preocupações do outro: demonstrando que ele/a tinha entendido corretamente as preocupações, não esquecendo ou desconsiderando nada.
- vi) mostrar cuidado e compaixão: demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se em um nível humano, não sendo indiferente ou insensível.
- vii) ser positivo: tendo uma abordagem e uma atitude positivas, sendo honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os problemas.
- viii) explicar as coisas claramente: respondendo completamente as questões, explicando claramente, dando informações adequadas, não sendo vago.
- ix) ajudar o outro a manter o controle: conversando sobre o que pode ser feito para melhorar a saúde, encorajando ao invés de ficar “dando sermão”.
- x) planejar junto com o outro o que será feito: conversando sobre as possibilidades, envolvendo nas decisões na medida em que o outro quer estar envolvido(a), não ignorando os seus pontos de vista.

A escala CARE permite observar comportamentos que seriam reconhecidamente empáticos e quais não seriam. Pensar sobre eles pode servir de estímulo ao exercício das habilidades empáticas, condição para a escuta ampliada do cuidado integral.

1.1.6. Integralidade, horizonte ampliado e clínica ampliada

A integralidade em saúde pressupõe horizonte expandido, seja de visão, de escuta ou de pensamento. Com isso quer-se dizer que o profissional de saúde, ao buscar a integralidade nas situações do cotidiano, reconhece fatores, conjuntos e dimensões diversas. Há elementos como

doenças, disfunções e pontos de intervenção sobre lesões (SILVA JR et al., 2007, p.124), mas também dimensões subjetivas, emocionais, mentais, psicológicas, psicossociais, comportamentais, espirituais, culturais, sociais, etc.

Como ilustração, no aspecto social, por exemplo, dialoga-se com o conceito de “Determinantes Sociais de Saúde”. É do horizonte ampliado da integralidade reconhecer indicadores destes determinantes como renda, educação, trabalho, mobilidade, moradia, acesso a bens e serviços, poder político, barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável, disponibilidade de alimento, etc (FIORATI et al., 2016, p.05).

Ferla et al. (2007, p.65), ao falarem de competências esperadas dos gestores do SUS, consideram central a capacidade sensível e criativa de “escuta à vida”. O horizonte ampliado desta escuta revela, por exemplo, a insuficiência dos interesses do complexo médico-industrial, dos fármacos, receituários, exames, equipamentos cirúrgicos e de diagnóstico, etc para explicar a vida (FERLA et al., 2007, p.69). Neste sentido, a ampliação transforma-se em compromisso político na defesa de condições expressivas da vitalidade (FERLA et al., 2007, p.65).

O horizonte ampliado da integralidade em saúde também aparece nos modos de configuração ou de organização de políticas especiais (MATTOS, 2007, p.48; PINHEIRO, 2009). O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, por exemplo, adjetiva-se de integral por considerar o grupo “mulher” mais do que um biológico “grupo materno-infantil”. O olhar integral se abre para sentidos psicológicos, culturais, históricos e sociais da mulher (MATTOS, 2005).

Outro exemplo é o programa brasileiro de distribuição de medicamentos para o tratamento do HIV/AIDS, na década de 1990, com continuidade nos anos 2000. Desde 1994, o Banco Mundial (BM) aportava recursos para projetos de controle da AIDS no país. A recomendação do BM para aplicação do dinheiro desaprovava grandes gastos com aspectos curativos, enfatizando aplicações na prevenção e cuidados básicos. Terapias anti-retrovirais seriam “pouco eficazes em termos de custo e um subsídio exagerado aos pacientes com AIDS”. Ao invés de prover serviços gratuitos para todos, o mais funcional – segundo documento do BM, de 1987, sobre reformas sanitárias em países em desenvolvimento – seria que os pacientes pagassem por seus tratamentos (MATTOS et al., 2001). A integralidade do horizonte ampliado aparece aqui no permitir-se enxergar, dialogar e contrariar as orientações do credor. Sem descuidar das práticas preventivas, a política especial frisou o dever constitucional da Saúde como direito universal e responsabilidade do Estado, preservando a configuração de assegurar acesso gratuito aos anti-retrovirais.

Talvez o exemplo mais significativo da ampliação de horizontes da integralidade esteja no conceito da Clínica Ampliada. A expressão teve sua origem na Saúde Mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica, sendo atribuída à Jairo Goldberg, no início da década de 1990, com seu livro “A clínica da psicose” (AMARANTE, 2003). A ideia girava em torno de uma reinvenção da clínica

como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado (...). Uma clínica que não seja uma estratégia de normalização e disciplinamento (AMARANTE, 2003).

Transformada em um dos dispositivos da PNH, a clínica passa a implicar noções de saúde ampliada e de produção ampliada de saúde. A saúde deixa de ser ausência de doença para afirmar-se como “capacidade de inventar-se” (BRASIL, 2011b, p.22), “processo de criação/invenção” (BRASIL, 2008a, p.42) e “força que todo ser vivo possui para inventar” (BRASIL, 2011b, p.18). Ter saúde, em sua forma ampliada, é ter condições de inventar estratégias de potência de vida diante do sofrimento, criando objetivamente formas autênticas de funcionamento e de relação consigo mesmo e com o mundo (BRASIL, 2011b, p.18).

De modo geral, ao se pensar em clínica, chega-se à imagem usual de um médico a prescrever remédios ou a solicitar exames para comprovar ou não a hipótese de alguma doença (BRASIL, 2010a, p.11). A proposta da clínica ampliada modifica esta realidade. Não somente os médicos, mas todos os profissionais de saúde passam a fazer cada um a sua clínica. Além disso, atua-se para além de pedaços fragmentados ou recortes diagnósticos e burocráticos. Os usuários dos serviços de saúde passam a ser considerados sujeitos, pessoas que buscam participação e autonomia em seus projetos de saúde e de cuidados (BRASIL, 2008a, p.03).

Pensada no SUS junto à integralidade e à humanização, a Clínica Ampliada identifica-se com cinco pontos (BRASIL, 2008a, p.12-13):

- i) é um compromisso radical com o sujeito, visto de modo singular;
- ii) é responsabilização sobre os usuários dos serviços de saúde;
- iii) é abertura para busca de ajuda em setores variados (intersectorialidade);
- iv) é reconhecimento dos limites dos conhecimentos e das tecnologias de uma única profissão da saúde;
- v) é um compromisso ético profundo.

Em materiais da PNH (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2010a) a clínica ampliada é traduzida em cinco eixos fundamentais e dez sugestões práticas. Dos eixos fundamentais, listam-se (BRASIL, 2010a, p.14-18):

- i) a compreensão ampliada do processo saúde-doença: assume-se a noção de saúde ampliada;
- ii) a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas: divide-se a tarefa em equipe, com equipes, com o próprio usuário e com as redes comunitárias e sociofamiliares;
- iii) a ampliação do objeto de trabalho: o principal objeto da clínica ampliada é a pessoa como um todo e não procedimentos e diagnósticos que mostram pedaços da pessoa;
- iv) a transformação dos instrumentos de trabalho: amplia-se a utilização de técnicas relacionais de escuta e de comunicação transversal nas equipes e na rede assistencial;
- v) o suporte psicológico para os profissionais de saúde: há apoio psicológico para os trabalhadores, em reconhecimento de que não há neutralidade emocional ou não-envolvimento dos profissionais com seu trabalho.

Das sugestões práticas, listam-se (BRASIL, 2008a, p.16-23; BRASIL, 2010a, p.24-31):

- i) escutar e acolher toda queixa e relato, mesmo que aparentemente não interessem ao diagnóstico e tratamento;
- ii) aproximar-se da linguagem que se utiliza o usuário para expressar o entendimento de sua condição de saúde e tratamentos;
- iii) atentar aos singulares fluxos de afetos envolvidos nos encontros clínicos;
- iv) sob o lema “máximo apoio e mínimo de medicação”, observar quando tratamentos e intervenções mais atrapalham que auxiliam e agir neste sentido (por exemplo, verificar quando há excesso de antibióticos e reposição hormonal, considerar os limites e riscos de exames, assim como iatrogenias negativas variadas e posturas como preferir fitoterápicos à ansiolíticos);
- v) dialogar respeitosamente, considerando que o usuário possa procurar paralela e autonomamente recursos de seu universo sociocultural, como terapias tradicionais;
- vi) negociar as propostas terapêuticas com o usuário, sem rancor, irritação e em espírito de corresponsabilidade, percebendo que não há apenas uma forma saudável de viver a vida (BRASIL, 2010a, p.28); propõe-se, quando for o caso (conforme história, preferências e circunstâncias do usuário), medidas de redução de danos;
- vii) sob o lema “menos produção de medo e mais produção de diálogo”, evitar reproduzir o temor (das complicações do adoecimento ou da morte) como

possível reforço à comportamentos esperados, atentando-se para a existência de outras forças internas (vontade) e externas (cultura);

- viii) propor mudanças de hábitos não somente como restrições, mas como “ofertas de experiências novas”;
- ix) sob o lema “menos produção de infantilização e submissão acrítica e mais produção de autonomia”, evitar questionamentos que soem infantilizantes (que tratem o usuário como não responsável pela própria saúde) ou como cobranças de comportamentos imaginados ideais pelo profissional;
- x) buscar sujeitos coletivos que possam atuar como parceiros na construção da saúde de determinados usuários, via campanhas instrutivas e que apostam na vida e na autonomia das pessoas (BRASIL, 2010a, p.31).

A clínica ampliada é também uma clínica compartilhada, relacionada ao princípio da co-responsabilidade e participação do usuário. Misturado a processos de orientação técnica, aconselhamento e educação por parte dos profissionais, desenvolvem-se espaços para o autocuidado, cuidado de si ou autocuidado apoiado. A inclusão participativa e partilhante dos usuários e de suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado fornece-lhes condição de protagonismo em relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros (BRASIL, 2013b, p.06).

O dispositivo da Clínica Ampliada esbarra nos limites da clínica tradicional e de seus usuais instrumentos para abordagens iniciais de diagnóstico (anamnese). Neste sentido, surge a proposta – mais uma vez originada na Saúde Mental – da “anamnese ampliada”, “história clínica” ou “história psi”.

Ainda que não se desconsidere as perguntas da anamnese tradicional, procura-se dar maior espaço às ideias e palavras do usuário, buscando uma narrativa sem o filtro da centralidade da doença e de seus sintomas. Fala-se da “história *psi*”, uma ferramenta de função terapêutica em si mesma, que possibilita o reconhecimento das singularidades dos sujeitos e, consequentemente, dos limites das classificações diagnósticas (BRASIL, 2010a, p.48).

Materiais da PNH permitem a organização de uma lista com oito ações-guia para o processo ampliado de anamnese ou coleta da história *psi* (BRASIL, 2008a, p.49-52; BRASIL, 2010a, p.50-54):

- i) Criar condições para que o usuário faça uma narrativa. O narrar deve ser encarado como momentos que possibilitam autoconhecimento e compreensão do momento atual, gerando reconhecimento de si em uma história ligada à produção e invenção da saúde.

- ii) Procurar descobrir o sentido da doença para o usuário ou, dito de outra forma, quais são as redes de causalidades que o sujeito atribui ao seu adoecimento. Para tanto, respeita-se a construção própria de relações, mesmo que não coincidam com a ciência oficial.
- iii) Procurar conhecer as singularidades do sujeito, sua dinâmica e suas características, investigando medos, raivas, manias, hábitos, temperamentos, sono, sonhos, etc.
- iv) Procurar perceber se há negação da doença, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com o adoecimento.
- v) Procurar observar pensamentos (rótulos, estigmas, etc), sentimentos (rótulos, estigmas, raiva, carinho, incômodo, familiaridade) e intenções (de inserção de determinado hábito ou comportamento, etc) que o profissional desenvolve em relação ao usuário durante os encontros, avaliando limites e possibilidades na relação clínica.
- vi) Procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário.
- vii) Procurar saber as atividades prazerosas ou atividades de lazer do usuário, assim como fatores desencadeadores de transtornos (do passado próximo e distante).
- viii) Procurar identificar a inserção social do sujeito, considerando que entre os determinantes principais dos problemas de saúde estão condições de sobrevivência (moradia, alimentação, saneamento, renda, etc) e da inserção do sujeito em instituições de poder (religião, tráfico, trabalho, etc).

Vê-se que a integralidade em saúde é ampliação de olhar e de escuta para a complexidade da vida. Desta perspectiva, o cuidado integral pressupõe abertura a uma nova forma de fazer clínica, com diferenciadas estratégias de ação.

1.1.7. Integralidade, cidadania do cuidado e transversalidade: apoio e referência

Após apresentar a integralidade enquanto um princípio e um meio, Pinheiro (2009) coloca-a enquanto um “fim”. Este lugar final em que se espera chegar é o que a autora chama de uma “cidadania do cuidado”: uma qualidade ou condição político-social onde se torna hábito a participação coletiva-democrática na construção de relações de cuidado.

Na integralidade todos passam a ser reconhecidos sujeitos, cidadãos do cuidado, pessoas que constroem e produzem sua própria história, tornando-se responsáveis pelo devir (vir-a-ser) em que se movimentam. Práticas de acolhimento, vínculo e responsabilização tornam-se partes

da rotina. Um campo aberto de convívio ético-político é instaurado e, inclusive, saberes silenciados e desqualificados têm a possibilidade de ganhar voz e força (PINHEIRO, 2009).

Da integralidade-cidadania, espera-se uma ética de sinceridade, responsabilidade, confiança e exercício de solidariedade entre os cidadãos do cuidado, sujeitos reais, concretos e portadores de projetos de felicidade. A cidadania do cuidado pressupõe a liberdade de escolha dos sujeitos em relação ao que desejam para seu próprio cuidado e Saúde⁷ (PINHEIRO, 2009). Ainda que a integralidade como fim possa se aproximar de um não-lugar ou utopia, segundo Mattos (2009, p.45) ela pode ser encarada como imagens objetivas e configurações desejáveis com características listáveis, que podem se tornar reais nos acontecimentos em um determinado horizonte de tempo. Trata-se de uma bandeira de luta por valores de justiça e solidariedade, além da busca por arranjos concretos de descentralização política-administrativa permeáveis à participação local da população e de cidadãos do cuidado empoderados⁸.

A ideia de integralidade enquanto cidadania do cuidado aparece nas relações de cuidado da clínica ampliada. Além disso, a cidadania pode ser traduzida no princípio da transversalidade do trabalho em saúde. O prefixo “trans” remete ao significado de “ir através”, apontando para um trânsito melhorado da comunicação, da troca de saberes, de afetos e de co-responsabilidades entre trabalhadores de um mesmo grupo e entre grupos de trabalhadores (BRASIL, 2008a, p.28). O trabalho com transversalidade indica abertura à alteridade e à construção de dinâmicas de redes cooperativas, impulsionando relações horizontalizadas com linhas de diálogo em todas as direções e não somente de cima para baixo (BRASIL, 2008a, p.31). O fomento da transversalidade entendido como fomento de redes cooperativas, impulsionando novas formas de distribuir poderes e saberes, chega a ser admitido como o principal objetivo da PNH (BRASIL, 2009a, p.17).

Importante elemento na distribuição transversal de ações no cuidado integral é a equipe de referência. Trata-se do grupo de profissionais que detém a responsabilidade sobre um certo

⁷ A ética principialista de Beauchamp e Childress (2002) é um referencial para a tomada de decisão em Saúde e considerada um dos mais importantes trabalhos na área da ética biomédica. Dentre os quatro princípios básicos para o julgamento moral em Saúde está o “respeito à autonomia”, destacando-se a importância da autodeterminação do paciente sobre seu tratamento. Trata-se do reconhecimento do direito da pessoa agir de acordo com suas convicções e fazer suas próprias escolhas. O princípio passa não apenas por uma atitude respeitosa, mas também por uma ação de fornecer o máximo de informações necessárias para que a pessoa tome a decisão de forma mais esclarecida e consciente sobre seu tratamento.

⁸ O conceito de empoderamento (*empowerment*) se desenvolve no modelo político-administrativo em Saúde denominado de “Promoção à Saúde”. Aplicado desde a década de 1970, em países como Canadá, Inglaterra, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, tal modelo chega ao Brasil em meados da década de 1990. Seus princípios e estratégias passam pela importância da participação social e da atuação nos determinantes sociais da Saúde, incluindo papel de destaque para a Educação como desenvolvimento das capacidades individuais e fortalecimento de ações comunitárias (CARVALHO; GASTALDO, 2008 apud RICCO MEDEIROS, 2017a, p.85).

número de usuários, na forma de casos individuais, familiares ou comunitários. É sua tarefa ser a referência ou encarregar-se da atenção e do acolhimento ao longo do tempo, de maneira longitudinal (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.400).

O cuidado integral ou integralidade prevê a longitudinalidade do cuidado – outra diretriz do SUS conforme a Portaria MS nº2436/2017 da PNAB. Ela é definida como sendo

a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado (BRASIL, 2017f).

É função das equipes de referência ampliar e facilitar a construção de vínculos específicos entre profissionais e usuários, possibilitando gestões mais focadas nos fins do que nos meios, diferenciando-se, por exemplo, daquelas gestões centradas em consultas médicas por hora (BRASIL, 2008a, p.28). Ao contrário dos serviços e saberes que recortam os pacientes em partes ou patologias, as equipes de referência têm o papel de resgatar o compromisso com o sujeito, reconhecendo a complexidade de seu adoecer e a necessidade de projetos terapêuticos (BRASIL, 2010a, p.39).

As equipes de referência, além de um espaço coletivo de discussão de casos clínicos, sanitários e de gestão, posicionam-se de forma decisiva na participação da vida da organização em que se inserem. Neste sentido, Campos e Domitti (2007, p.400) esperam o máximo de poder delegado às equipes. Elas assumem o papel de menores unidades organizacionais, deslocando o poder que normalmente se vê concentrado em determinadas profissões ou corporações de especialistas.

As equipes de referência estão presentes na APS, nas unidades de urgência ou de terapia intensiva (nos leitos de observação ou de espera para internação), nas redes de especialidades (centros de apoio psicossocial, policlínicas, programas especiais, etc) e nos Hospitais (acompanhamento cotidiano de um mesmo grupo de usuários). Dado o papel central da APS e de suas equipes na atenção longitudinal e contínua aos usuários, idealiza-se que a equipe de referência deste nível de atenção possa acompanhar o usuário durante sua acolhida nos outros níveis, transformando-se numa espécie de “segundo usuário” (BRASIL, 2010a, p.38).

Tradicionalmente, cabe às equipes propor encaminhamentos a outros setores ou profissionais específicos, denominados de contra-referência. Esta relação, sendo a principal forma de contato entre diferentes profissionais de saúde atendendo um mesmo usuário, em geral é traduzida como um encaminhamento impresso solicitando algum tipo de intervenção – a

“velha ficha de referência e contra-referência” (BRASIL, 2008a, p.38) – entregue ao usuário (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.401). Trata-se

de relações do tipo vertical, em que a comunicação entre os níveis ocorre por meio de informes escritos (...), apenas para transferir uma responsabilidade e receber algum informe ao final do procedimento (...). Esse estilo de relação entre trabalhadores foi concebido pela administração clássica, induzindo sistemas burocráticos e pouco dinâmicos (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.402).

Esse modelo de gestão do trabalho em saúde é alvo de críticas da perspectiva da transversalidade e da integralidade:

No caso das organizações de saúde, quando o usuário vai transitando entre as caixinhas quase como numa “linha de montagem” (com os tais “encaminhamentos” no sistema, e com as “interconsultas” nos hospitais), isso não funciona muito bem. Ao final da linha o usuário fica sem alguém que seja responsável por ele como um “todo” (...). Cada profissional faz a sua “parte” e não há quem “junte as partes”. (...) E nesta lógica, ocorre com maior facilidade o que se chama de “desresponsabilização”, além da sobreposição de atividades (de exames, por exemplo), das iatrogenias (desde que não há quem se responsabilize por pensar qual será o resultado da soma de todas as propostas de intervenção) e uma maior probabilidade de haver abandono de tratamento sem que os serviços sequer percebam. O usuário muitas vezes fica com uma sensação de desamparo (uma vez que “pula” entre serviços e profissionais), enquanto o trabalhador se distancia da possibilidade de ver o resultado final do seu trabalho para o usuário, identificando-se preponderantemente com partes do processo (reforçando a chamada redução do objeto de trabalho) (BRASIL, 2008a, p.32-33)

Como alternativa que busca a integração, em substituição ao encaminhamento aparece a perspectiva de compartilhamento de usuários, associando-se à responsabilidade longitudinal e continuada. É neste sentido que surge o apoio matricial compondo um par com o conceito de Equipes de Referência. Em consciência de que nenhum especialista, de modo isolado, pode assegurar uma abordagem integral, o apoio matricial apresenta-se como “retaguarda especializada” e “suporte técnico-pedagógico” às equipes (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.400). Trata-se de sugestão originada de pesquisas sobre metodologia de gestão do cuidado e do trabalho em saúde coordenadas por Gastão Wagner de Sousa Campos e aplicadas em serviços de saúde mental, de APS e da área hospitalar do SUS, em Campinas-SP (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.399). A PNH incorporou o conceito enquanto dispositivo de humanização e integralidade do cuidado.

O termo “matriz” sugere a relação entre elementos em qualquer direção de análise, opondo-se à lógica de uma relação meramente vertical. O termo “apoio” aponta para o estabelecimento de relações com base em procedimentos dialógicos e não com base na autoridade. Desta forma, o apoio matricial, além de participar da mesma ideia de transversalidade, aponta para a transformação dos mecanismos “de referência e contra-referência” e dos “centros de regulação com seus protocolos e regulamentações” (controlando

vagas disponíveis para consultas, exames, internações) (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.402-403).

A proposta do apoio matricial é que o atendimento possa ser mais humano e pessoal, expandindo o esquema de encaminhamentos impressos para a discussão direta e periódica de casos, tanto presencialmente como por meios eletrônicos e telefônicos. Em geral, o apoio implica na construção de um projeto terapêutico (vide mais adiante), desenvolvendo-se de três formas fundamentais (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.401):

- i) atendimentos e intervenções conjuntas de matriciadores (apoiadores) e equipe de referência, envolvendo troca de saberes em ato;
- ii) atendimentos e intervenções sem a presença da equipe de referência, envolvendo comunicações posteriores;
- iii) troca de conhecimento e de orientações entre equipe de referência e apoiadores matriciais, sem a presença dos usuários.

Por ir além da mera realização de procedimentos ou consultas, o apoio matricial especializado envolve negociação de propostas com as equipes de referência. Sendo assim, executa-se um tipo de arranjo de trabalho em que são facilitadas abordagens mais integradoras, sem transferência de responsabilidade em relação a partes dos usuários, conforme especialidades (BRASIL, 2010a, p.34).

Campos e Domitti (2007, p.402-405) refletem acerca dos desafios da transversalidade entre equipes e matriciadores em cinco campos:

- i) da participação coletiva;
- ii) dos aspectos estruturais;
- iii) do excesso de demanda e carência de recursos;
- iv) da ética;
- v) dos aspectos epistemológicos.

O apoio matricial e as equipes de referência dependem da existência de espaços coletivos, do estabelecimento de algum grau de co-gestão e democracia institucional. A gestão compartilhada do SUS precisa expandir-se para além das conferências e conselhos em municípios, estados e união e chegar até o funcionamento dos serviços, departamentos e das próprias equipes (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.404).

Esta coletividade participativa transversal passa pela valorização da autonomia e do protagonismo dos vários sujeitos implicados na produção de saúde, inclusive as próprias pessoas a quem os serviços se destinam. Sendo assim, Mendes (2012, p.247) sugere que os

usuários sejam vistos como membros da equipe, posicionados não apenas como pacientes, mas como produtores sociais ativos de sua própria saúde.

O desafio da participação envolve a atenção para diferentes elementos subjetivos:

- i) predisposição para as incertezas;
- ii) habilidade e entendimento no fazer e no acolher críticas (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.405);
- iii) percepção de que nenhuma área de ação é a mais importante, independente das complexidades e distinções de suas atuações;
- iv) capacidade de escuta para a formação de espaços de coanálise, compreensão dos diferentes olhares e construção de consensos para tomada de decisão compartilhada;
- v) ações de aproximação, deslocamento e troca de tarefas, fundindo especificidades dos núcleos profissionais e globalidades do campo da saúde;
- vi) tolerância com a alteridade, aprendendo a descartar identificações com intencionalidades de ataque, acolhendo ousadias, insinuações, interrogações, intromissões, assim como limitações, insuficiências e lacunas;
- vii) compreensão da necessidade e abertura à movimentos de coordenação, liderança, divisão de papéis, pactuação, avaliação e monitoramento (BRASIL, 2009a).

O desenvolvimento destas habilidades, posturas e atitudes frequentemente encontram contextos e circunstâncias culturais e psicológicas desfavoráveis. Há de se reconhecer que entre os membros de uma mesma equipe, enquanto alguns atuam como iniciadores e encorajadores, outros desempenham papéis bloqueadores e dominadores (MENDES, 2012, p.315). Mendes (2012, p.315) cita o exemplo de quando a divisão ou delegação de tarefas incomodam a satisfação de profissionais que se colocam como provedores principais dos cuidados. Estes, em geral, precisam abrir mão de uma visão de autonomia profissional como se fosse deliberação definitiva e isolada sobre casos específicos (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.405).

Aspectos culturais da falta de interação com métodos de trabalho dialógicos e interativos somam-se ao modo hegemônico de funcionamento das instituições contemporâneas, pautadas por ambientes de concorrência:

as pessoas tendem a cristalizar-se em identidades reativas, que as induzem a desconfiar do outro e a defender-se de modo paranoico da concorrência alheia. Por outro lado, é comum o profissional construir identidade e segurança, apegando-se à identidade de seu núcleo de especialidade, (...). Nesses ambientes, a descoberta de problemas ou de faltas costuma ser identificada à falha ou erro e ser utilizada para luta política ou em defesa de interesses particulares (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.405).

Estes aspectos culturais relacionam-se a estrutura organizacional. Em hospitais, ambulatórios e outros serviços de saúde são verificadas unidades de gestão obedecendo à lógicas corporativas e das profissões. Notam-se departamentos, diretorias ou coordenações recortadas segundo profissão ou especialidade médica. Desta forma, acabam por impulsionar a fragmentação do cuidado. Neste tipo de espaço de múltiplos gerentes e chefes⁹, a composição multiprofissional tende a ser de baixo grau de coordenação, comunicação e integração (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.403).

Em relação aos obstáculos decorrentes do excesso de demanda e carência de recursos, nota-se que o número de equipes de referência a serem atendidas, por vezes, ultrapassa os limites da capacidade para um apoio matricial de boa qualidade e eficácia. Neste aspecto, entretanto, há de se considerar que o apoio matricial apresenta-se por si só como uma maneira de reduzir a potência desse obstáculo, já que permite a racionalização do uso de recursos, criando oportunidade para que um único especialista integre organicamente seu trabalho com várias equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.404).

Dos desafios no campo ético vêm à tona o tema da privacidade e do segredo sobre a história dos usuários, de suas famílias e dos grupos a que pertencem. A existência de prontuários únicos utilizados pelas equipes de referência e apoio, a discussão de casos em equipe e a circulação de informações obrigam um repensar das relações entre os profissionais e os usuários. Como sugestões de solucionar este problema ético, sugere-se: a possibilidade de diferentes registros (os particulares de cada profissional e os compartilhados); criação de regras acerca da circulação de informação, que possam evitar comprometer o direito à privacidade das famílias e da pessoa atendida; estabelecimento de limites nos registros sobre aspectos da história colhida individualmente que possam ser compartilhados com o apoio matricial ou com membros da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.404).

Quanto aos obstáculos do campo epistemológico percebe-se que a maioria das especialidades e profissões de saúde geralmente trabalha com apenas um referencial fundamental sobre o processo saúde e doença. Por exemplo, foca-se exclusivamente ou na racionalidade biomédica, ou em uma visão sociológica ou em explicações subjetivas (desejo ou cognição). As intervenções no processo saúde-doença com enfoque transversal, humanizador e integral – fundamental em uma lógica de cidadania do cuidado – pressupõe união e integração

⁹ Em uma mesma enfermaria destinada à Psiquiatria, por exemplo, pode haver um comandante dos médicos especialistas, o psiquiatra chefe; há outro chefe de enfermagem; outro comanda os psicólogos, outro os fisioterapeutas, outro a assistente social; a disciplina, regras para visitas, a limpeza e suprimento serão comandados por um outro chefe da área administrativa; e caso haja ainda casos clínicos complicados, o médico internista terá ainda um décimo diretor diferente (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.403).

de diferentes perspectivas. Espera-se uma maior proximidade de teorias do conhecimento abertas ao complexo, reconhecendo o aspecto sistêmico e dinâmico dos vetores e recursos em cada caso singular (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.405).

1.1.8. Integralidade e Projeto Terapêutico Singular

Como incremento ao diálogo e à transversalidade das equipes nos serviços de saúde situa-se o dispositivo de humanização denominado Projeto Terapêutico Singular (PTS). Segundo material da PNH, ele é definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2008a, p.40).

Assim como a Clínica Ampliada, o desenvolvimento do PTS está associado aos espaços de atenção à Saúde Mental. Segundo Oliveira (2007, p.65), a história do conceito no Brasil remonta ao movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica na cidade de Santos-SP. Tratava-se de um contexto de reflexões sobre singularização e ressingularização, movimentos de produção de vida, invenção de saúde e maior abertura para a negociação com usuários sobre diferentes modos de ver o mundo e os processos de adoecimento e de produção de saúde (OLIVEIRA, 2007, p.66-67). Inicialmente denominado como Projeto Terapêutico Individual, teve o nome modificado em virtude de dois fatores: por ser utilizado também em grupos (não cabendo mais o individual) e por destacar a busca do projeto pela diferença (a singularidade) como elemento central de articulação (BRASIL, 2008a, p.40).

Para Merhy (2000 apud OLIVEIRA, 2007), o projeto terapêutico é, em síntese, um esforço de equacionamento das práticas de saúde com as necessidades de saúde. Os profissionais de saúde, ao executarem e formularem um PTS, operam um cuidado centrado na singularidade do usuário e de suas necessidades, entrando em contato com a integralidade em saúde.

Textos da PNH apresentam quatro movimentos necessários aos PTS (BRASIL, 2008a, p.41; BRASIL, 2010a, p.41-42):

- i) Definição de hipóteses diagnósticas: momento em que a equipe realiza avaliações ampliadas (orgânica, psicológica, social, etc), chegando a consensos acerca dos possíveis riscos e vulnerabilidades a que o usuário está sujeito. A equipe busca identificar as potencialidades do sujeito e aquilo que ele produz a partir dos processos de adoecimento, vontades, interesses, trabalho, cultura, rede sociofamiliar, etc;

- ii) Definição de metas: uma vez estabelecidas as hipóteses diagnósticas, a equipe faz propostas de curto, médio e longo prazo a serem negociadas com o usuário (geralmente via membro que apresenta um vínculo qualitativamente positivo);
- iii) Divisão de responsabilidades: após as propostas devidamente negociadas, faz-se importante definir as tarefas de cada um com clareza. Neste ponto, uma estratégia que costuma favorecer a continuidade das tarefas é a designação de um dos membros da equipe para acompanhar o processo, atento às ações planejadas e com disposição em acolher a rede sociofamiliar do usuário quando solicitado, acionar a equipe em eventos importantes e articular grupos menores para resolução de questões pontuais;
- iv) Reavaliação: por fim, espera-se momentos para discutir a evolução e fazer as devidas correções de rumo.

Oliveira (2007, p.91-92), inserido no contexto da ESF e da APS, sugere roteiros para a discussão dos PTS, enfatizando a diferença destes em relação à normatizações ou protocolos de operacionalização (dispositivos que não consideram a singularização). O quadro a seguir ilustra exemplos de roteiros voltado a indivíduos e a coletivos:

Quadro 1 – Dois roteiros para discussão de PTS.

	Roteiro para Discussão de Projeto Terapêutico Singular para Indivíduos - PTSI (indivíduos em contexto)	Roteiro para Discussão de Projeto Terapêutico Singular para Coletivos - PTSC (áreas, grupos, comunidades em situação de risco/vulnerabilidade)
1	Identificação completa.	Justificar a escolha da área de risco/vulnerabilidade.
2	Localização territorial e elementos do território relevantes.	Identificar e discutir o Problema e/ou Situação e/ou Demanda da área escolhida.
3	Arranjo Familiar – Representação Gráfica.	Aprofundar o entendimento do processo histórico-social da área de risco/vulnerabilidade escolhida.
4	Queixa/Situação/Demanda com histórico relevante resumido.	Definir e discutir os Objetivos da Equipe com relação a esta área escolhida.
5	Ações clínicas já realizadas.	Definir e discutir as ações possíveis para implementar o projeto de intervenção na área escolhida, definindo responsáveis e profissional de referência.
6	Avaliação das Vulnerabilidades.	Identificar os sujeitos e as organizações (redes) potencialmente implicados com o projeto: usuários interessados, rede social e grupos com interesses contrariados.
7	Pactuação dos Objetivos no caso (negociação das necessidades de saúde, entre equipe e entre equipe e usuário).	Criar um ou mais espaços coletivos de discussão em que a equipe abra possibilidades de conversa e pactuação (combinados) com os outros sujeitos e organizações interessados para discutir: o problema, os objetivos e as ações do projeto de intervenção proposto para a área escolhida.

8	Propostas de Intervenção com cronograma e responsáveis.	Rediscutir entre a equipe: o problema, os objetivos e as ações do projeto de intervenção na área de risco escolhida após a discussão e pactuação com os outros sujeitos potencialmente implicados no projeto e traçar estratégias para implementação das ações propostas.
9	Definição do Profissional de referência do caso.	Criar momentos de avaliação da implementação do projeto entre a equipe e entre a equipe e os outros sujeitos implicados no projeto.
10	Definição de periodicidade de reavaliações do caso.	-

Fonte: OLIVEIRA (2007, p. 91-92).

Sugere-se a observação do ponto 2 do roteiro do PTS individual, acerca da “localização territorial e identificação dos elementos relevantes do território”. Uma possibilidade de conduta envolveria enumerar as características objetivas de moradia e vizinhança ou, então, adotar juízos estereotipados do tipo “péssimas condições de higiene”, “condições precárias de moradia”, etc. Além desta forma, há outras vias aparentemente mais interessantes, como colher e anotar as percepções subjetivas do usuário em relação à sua própria casa. O seguinte exemplo de relato de caso ilustra bem o que seria uma devida abertura à singularidade, às necessidades de saúde, à humanização e à integralidade, conforme se espera de um PTS:

Casa de alvenaria, com 5 cômodos pequenos. O banheiro é externo, do tipo “caipira”, ao lado do qual se encontra um poço também caipira, que serve a família com água de beber. Dona L. mora nessa casa há 5 anos. Diz com orgulho que é própria, conquistada depois de muitos anos de penúrias e lutas. Ainda não está pronta, mas ela diz que isso é assim mesmo, como obra de catedral ou de castelo, que demora muito para acabar. Ela se incomoda um pouco com a dificuldade de limpar a casa, que fica sempre muito empoeirada. Diz sempre que aquele é o seu castelo (OLIVEIRA, 2007, p.94).

Textos da PNH (BRASIL, 2008a, p.42-46; BRASIL, 2010a, p.42-47) ressaltam quatro aspectos de observação em relação aos PTS:

- i) a seleção dos casos: sugere-se a totalidade dos usuários na atenção hospitalar e em centros de especialidades e os casos considerados mais graves ou difíceis na APS;
- ii) as reuniões de discussão: ressalta-se a importância de coordenações por caso, a depender da intensidade e qualidade dos vínculos entre o profissional-coordenador e o usuário e/ou rede sociofamiliar; sobretudo na APS e centros de especialidades, pode ser valiosa a adoção de períodos fixos, semanais ou quinzenais, para reuniões exclusivas do PTS;
- iii) a duração: atenta-se às diferenças entre o viés imediatista do modelo hospitalocêntrico, usualmente presente na cultura de profissionais e usuários, e a abordagem integral e humanizada pretendida pelo PTS; esta solicita encontros múltiplos

e tempo mais dilatado, considerando que informações essenciais podem surgir da continuidade e desenvolvimento do vínculo;

iv) o papel de transformação: o trabalho com PTS tem uma função transformadora, tanto na produção de saúde dos usuários e das redes sociofamiliares, como na dos profissionais.

Como exemplos deste quarto aspecto, mencionam-se casos particulares em que o usuário se encontra deprimido e sem perspectivas de sair de uma condição de adoecimento – seja pelas estatísticas, seja por si mesmo. Via PTS, os profissionais encontram abertura para buscar técnicas relacionais para além dos diagnósticos e condutas padronizadas. Exemplos de prognóstico fechado, para os quais existem mínimas opções terapêuticas, o trabalho com os PTS abrem para considerações acerca da redução do sofrimento, assim como do acolhimento de como usuários, familiares e equipe lidam, sentem e entendem a situação limite da morte. Para a equipe, tais situações podem, inclusive, configurar-se como ferramenta gerencial de constituição de um espaço coletivo e solidário para falas sobre o sofrimento, avançando para além dos mecanismos de negação simples ou da presunção de não-envolvimento, que podem prejudicar a eficiência do cuidado integral e humanizado e a saúde de profissionais e usuários (BRASIL, 2010a, p.46).

O dispositivo do PTS caminha com a abertura ao novo, ao incerto e ao imprevisível. Em situações de certezas: possibilidades. Onde se enxergavam apenas igualdades: grandes diferenças. Onde se imaginava pouco o que fazer: muito trabalho. Junto aos conceitos da humanização e da integralidade, atenta-se que o projetar singular em saúde conserve o caminho terapêutico como sendo, em última instância, do usuário. É ele quem dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas das equipes de saúde atentas à integralidade em saúde (BRASIL, 2010a, p.46).

1.1.9. Integralidade e serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas

O termo integrado (traduzido do inglês *integrated*) é a forma de particípio do verbo integrar, aproximado à classe dos adjetivos. Deparamo-nos com ao menos três sentidos. O primeiro deles prevê um agente para a integração, seja do cuidado ou dos serviços de saúde: quem ou o quê faz do cuidado/serviço algo integrado?

Em um segundo sentido, o particípio remete ao objeto indireto do verbo integrar (afinal, quem se integra, integra-se em algo ou em algum lugar). Aqui, pergunta-se: onde o cuidado/serviço está integrado ou no quê está integrado?

O terceiro sentido remete ao particípio como adjetivo, quando a qualidade de ser/estar integrado se dá em direta relação com o conceito de integralidade. O cuidado/serviço integrado é integrado porque – além de ser integrado por determinados agentes e estar integrado em um conjunto maior – participa da integralidade ou dela é derivado. Quando um cuidado ou serviço participa da trama conceitual da Integralidade, diz-se dele que é integrado, da mesma forma que se diria que é integral (outra possível tradução para *integrated*).

As menções à palavra em inglês estão motivadas pelas terminologias trabalhadas globalmente na Organização Mundial da Saúde (OMS): “*people-centred and integrated health services*” (serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas), donde deriva “*people-centred and integrated care approach to organizing health services*” (abordagem de cuidado integral e centrado nas pessoas para a organização dos serviços de saúde). No relatório interno denominado “Estratégia global para serviços de saúde integrados e centrados na pessoa” (WHO, 2015), a OMS define separadamente os significados do centrado e do integrado.

Os **serviços de saúde centrados nas pessoas** (*people-centred health services*) são identificados como

aproximações a um tipo de cuidado que, conscientemente, adota as perspectivas dos indivíduos, famílias e comunidades e os considera, além de beneficiários, participantes-construtores de sistemas de saúde confiáveis que respondem suas necessidades e preferências sob um enfoque humano e holístico (que cuida do bem estar físico, socioeconômico, mental e emocional) (WHO, 2015, p.10-11, tradução nossa).

Em acréscimo à definição, a OMS enfatiza que o cuidado centrado (*people-centred care*) é organizado ao redor das necessidades de saúde e expectativas e não ao redor das doenças e que, para acontecer, requer processos de educação e suporte necessário às pessoas, para que possam tomar decisões e participar de seu próprio cuidado (autonomia, empoderamento e autocuidado) (WHO, 2015, p.11).

Em vídeo produzido pela OMS, de 2017, pode-se situar o que se espera de um cuidado centrado nas pessoas, assim como parte do contexto que o cerca:

Em todo o mundo, as pessoas estão vivendo mais, porém frequentemente com várias doenças e em condições que requerem cuidados ao longo de muitos anos. Além disso, infelizmente, muitas pessoas não são informadas ou consultadas sobre os cuidados que recebem.

Em alguns países, apenas uma em cada 3 pessoas recebem explicações sobre os riscos de seu tratamento; uma em cada 5 pessoas faz pelo menos um exame desnecessário e até 40% dos gastos com saúde são desperdiçados por ineficiência. Os cuidados de saúde não devem ser assim. Lembre-se: as pessoas vivem com sua condição 24h por dia, não apenas quando procuram atendimento. É por isso que o cuidado centrado nas pessoas é tão importante.

Cuidado centrado nas pessoas significa garantir que os serviços de saúde sejam adaptados às necessidades das pessoas e atendam em parceria com elas, e não simplesmente para elas. Significa cuidado em que pessoas, famílias e comunidades

são respeitadas, informadas, engajadas, apoiadas e tratadas com dignidade e compaixão.

O cuidado centrado nas pessoas pode trazer benefícios duradouros. Melhora a confiança, a experiência e os resultados no cuidado; a convicção e a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde; e a qualidade e eficiência dos sistemas de saúde. O atendimento centrado nas pessoas também pode aumentar a acessibilidade e reduzir o uso desnecessário dos serviços de saúde. (...) as pessoas conseguem o cuidado certo, no tempo certo e no lugar certo.

Muitas vezes, entretanto, esse tipo de assistência não é a prática-padrão. A implementação de cuidados centrados nas pessoas requer mudanças fundamentais em nossa forma de olhar os cuidados. Significa repensarmos como os serviços de saúde são organizados, gerenciados e oferecidos. Significa mudarmos a pergunta “qual é o problema com você?” para “o que importa para você?”.

Em todo o mundo, a OMS vem trabalhando junto às nações para projetar sistemas de saúde que coloquem as pessoas e suas necessidades no centro dos cuidados, porque esse é o cuidado em saúde que todos merecem (WHO, 2017, tradução nossa).

De volta ao Relatório Interno da OMS de 2015, os **serviços de saúde integrados** (*integrated health services*) aparecem como

serviços de saúde organizados e dispostos de maneira a assegurar que as pessoas recebam de forma contínua promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, manejo de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, nos diferentes níveis e locais de atendimento do sistema de saúde, em acordo às necessidades e ao longo de toda vida (WHO, 2015, p.11, tradução nossa).

A definição aponta para um *continuum* de ações de atenção à saúde sendo realizadas em um sistema ou rede de saúde organizado em diferentes locais e níveis de atendimento. Diante da pergunta “integrado onde ou no quê?”, pode-se entender que os cuidados/serviços devem integrar-se ou estão integrados justamente nesta rede ou sistema. Ao se procurar por um agente (quem ou o quê) verifica-se que o cuidado/serviço é integrado pelas diferentes ações de cuidado operados nesta rede.

Estar integrado à rede (conjunto maior) ou ser integrado por ações de cuidado realizadas nesta rede (agente) respondem apenas parcialmente ao terceiro sentido levantado, quanto à participação no conceito de integralidade. Para um maior entendimento do integrado como integralidade parece importante abarcar a definição dos cuidados/serviços centrados nas pessoas. Na perspectiva da OMS, a integralidade da qual participa o ser/estar integrado de cuidados e serviços de saúde aproxima-se do sentido das pessoas empoderadas, autônomas e participantes de seus (auto)cuidados diante de suas próprias necessidades físico-mental-emocionais e sociais:

Serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas significam colocar pessoas e comunidades, não doenças, no centro dos sistemas de saúde, empoderando as pessoas para assumirem o controle de sua própria saúde ao invés de serem apenas recipientes passivos dos serviços. (...) é um importante novo caminho para empoderar pacientes, lutar contra a fragmentação do sistema e promover uma maior coordenação e colaboração com organizações e provedores de saúde em todos os locais de

atendimento, para fornecer serviços de saúde alinhados às necessidades das pessoas (WHAT, 2020, tradução nossa).

Ao se falar do que é esperado globalmente dos serviços de saúde e dos cuidados há, entretanto, uma relação de interdependência e inseparabilidade entre as dimensões do ser/estar integrado (*integrated*) e do ser/estar centrado nas pessoas (*people-centred*). Ser/estar integrado é também ser/estar centrado nas pessoas.

A OMS recomenda a implantação dos serviços e cuidados integrados e centrados nas pessoas em variados contextos econômicos nacionais, procurando basear-se em benefícios bem documentados. Dentre estes, cita o aprimoramento na capacidade de responder a crises no setor de saúde, uma maior eficiência na prestação de serviços, redução de custos, maior equidade, melhores graus de instrução em saúde e autocuidado, maior satisfação com cuidado recebido e melhores relacionamentos entre pacientes e cuidadores (WHO, 2015).

Para que os serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas sejam uma realidade, o relatório, além de apresentar princípios como o respeito à dignidade humana, olhar holístico, *whole system thinking*, dentre outros (WHO, 2015, p.11), enumera cinco direções estratégicas:

- i) empoderamento e engajamento das populações, provendo oportunidades, habilidades e recursos;
- ii) fortalecimento dos processos de governança e de mútua responsabilidade entre estado, provedores de saúde e usuários via transparência de decisões, contas e informações;
- iii) reorientação dos modelos de atenção à saúde garantindo eficiência e eficácia, priorizando a atenção primária e comunitária;
- iv) coordenação da atenção em saúde em todos os níveis, promovendo ações de integração e criação de redes que possam efetivamente superar a fragmentação na prestação de cuidados;
- v) criação de ambientes favoráveis para que as diversas partes interessadas nas direções estratégicas possam empreender transformações coletivas nos quadros legislativos, arranjos financeiros e de incentivos e reorientações da força de trabalho e na formulação de políticas públicas.

Estas estratégias, conforme o relatório, estão relacionadas a um legado anterior de outros compromissos já firmado:

- i) incorporação dos determinantes sociais de saúde nos elementos diagnósticos;
- ii) construção de sistemas resilientes diante de emergências e catástrofes;
- iii) atenção universal (saúde para todos);

- iv) ações em relação às condições crônicas de saúde (*noncommunicable diseases*);
- v) o desenvolvimento da APS.

Em especial destaque aparecem as duas últimas ações, como sendo um compromisso contínuo da OMS rumo aos cuidados e serviços integrados e centrados nas pessoas (WHO, 2015, p.45).

1.1.10. Integralidade e cuidados integrados no Brasil: APS e condições crônicas

Neste tópico, exploram-se os compromissos contínuos da OMS para cuidados e serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas mencionados acima, com foco no Brasil. Para isso, utilizam-se os trabalhos de Eugênio Vilaça Mendes (2010; 2011; 2012). A opção determinante por um único autor, ainda que inviabilize aspectos de discussão, permite um exercício de resumo, estudo e introdução ao tema da integralidade em saúde nas APS e sua relação com os cuidados das condições crônicas em saúde.

Na Declaração de Alma-Ata, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), os cuidados primários são apresentados como sendo a função central e o foco principal dos Sistemas Nacionais de Saúde e também do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Compreendidos como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, são definidos como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter (OMS, 1978).

No Brasil, os cuidados primários apresentam uma longa história no sistema público de atenção à saúde dividida por Mendes (2012, p.71) em oito ciclos de desenvolvimento, conforme se explicita adiante.

O primeiro ciclo refere-se aos Centros de Saúde-Escola (CSE) criados na Universidade de São Paulo (USP) na década de 1920. Neles era trabalhada a educação em saúde de uma população registrada, com foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Já o segundo ciclo teria como marco a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) – hoje Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) – na década de 1940. O Serviço, pensado como parte de um esforço para a Segunda Guerra Mundial, foi o primeiro a organizar unidades de cuidados primários, articulando ações preventivas e curativas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais (falta de nutrientes) e ações verticais de saúde pública (MENDES, 2012, p.71).

O terceiro ciclo teria se iniciado na década de 1960, com a criação dos Centros de Saúde Pública atrelados às Secretarias Estaduais de Saúde. Às ações de prevenção dos SESP's foram agregados programas de atenção vertical dirigidos especialmente para o grupo materno-infantil e para doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase. O quarto ciclo situa-se na década de 1970, contemporâneo da Declaração de Alma-Ata. A partir de projetos de extensão universitária, destacou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), um programa de medicina simplificada que atingiu abrangência nacional em 1979. O número de unidades de cuidados primários subiu de 1122, em 1975, para 13739, em 1984 (um crescimento de 1255% em uma década) (MENDES, 2012, p.71-72).

O quinto ciclo teve início na década de 1980 com a instituição das denominadas Ações Integradas de Saúde (AIS), via um programa e plano de estratégias (PAIM, 1986). As ações expandiram territorialmente os cuidados primários, aumentando sua presença de 112 para 2500 municípios, de 1984 a 1987. A exigência de que as unidades prestassem atenção médica forçou mudanças no paradigma da medicina simplificada. A criação do SUS, em 1988, impulsionou o sexto ciclo, marcado pela municipalização dos cuidados primários, sob a luz da diretriz da descentralização (ao lado do atendimento integral e da participação da comunidade). Há o aumento de experiências de modelos de cuidados primários em várias partes do país, dentre as quais as bem sucedidas propostas da Medicina Geral e Comunitária (Porto Alegre-RS), Ação Programática em Saúde (São Paulo-SP), Programa do Médico de Família (Niterói-RJ) e o modelo de Defesa da Vida (Campinas-SP). É atribuído ao sexto ciclo o início da implementação de ideias da medicina familiar, orientação comunitária, equipes multiprofissionais, gestão colegiada dos serviços de saúde, responsabilização através do vínculo e a ideia de autonomização do usuário (MENDES, 2012, p.72-73).

O sétimo ciclo é denominado “ciclo da atenção básica”, caracterizado pela criação do Programa de Saúde da Família (PSF), no final de 1993, via influências tanto dos modelos brasileiros desenvolvidos no sexto ciclo como dos modelos de cuidados primários canadense, inglês e cubano. Entretanto, a inspiração mais significativa teria sido o Programa de Agentes de Saúde, instituído no estado do Ceará, em 1987, e transformado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Além da consolidação do PSF espalhado em grande parte do território brasileiro, cobrindo metade da população, há um considerável aumento na produção acadêmica sobre os cuidados primários (MENDES, 2012, p.22, p.73).

A ideia de um oitavo ciclo aparece quando percepções mais ou menos difusas passam a alegar o esgotamento ou mesmo fracasso do PSF como forma de organizar os cuidados primários no SUS. As motivações para as alegações são identificadas e organizadas por Mendes

(2012, p.89-101) em catorze problemas¹⁰, dentre os quais serão aqui destacados: a questão ideológica, a baixa valorização política, econômica e social dos cuidados primários e os problemas educacionais.

A questão ideológica é pano de fundo para boa parte dos problemas. Ao invés dos cuidados primários serem tidos como o preferencial ou primeiro (primário) contato do usuário com o sistema de saúde, a ideia predominante acaba sendo a de um nível primário no sentido de uma atenção básica, composta por tecnologias menos complexas. Esta noção ignora a presença de tecnologias altamente complexas, porém de menor densidade tecnológica (tecnologias leves e leve-duras), ou mesmo a presença de alguns equipamentos de tecnologias mais densas, como os aparelhos de eletrocardiograma. Outro ponto marcante é a ideia dos cuidados primários como assistência seletiva (e não universal), voltada exclusivamente para regiões e pessoas pobres (MENDES, 2012, p.90).

Economicamente, os cuidados primários agregam baixo valor à indústrias farmacêuticas e de equipamentos biomédicos e aos formadores de opinião. Os prestadores de serviços de grande prestígio, em geral, amparam-se em sistemas de pagamento por procedimentos. Focam-se em uma grande oferta de serviços de maior densidade tecnológica, que não são necessariamente os mais urgentes à população. Politicamente, gestores e políticos, acompanhando as pesquisas de opinião da própria população, entendem como sendo principal a oferta de hospitais e serviços coadunados com a ideia de atendimento médico rápido e especializado. Socialmente, a grande mídia e os usuários (especialmente os mais bem situados na hierarquia social) parecem não dar o devido valor aos cuidados primários. Também os próprios profissionais nem sempre reconhecem seus pares que atuam neste setor com o mesmo valor que os especialistas (MENDES, 2012).

Quanto aos problemas educacionais, atenta-se à hegemonia do modelo flexneriano que, em suma, estimula o foco na especialização e no currículo fragmentado. Este acompanha um sistema de atenção à saúde igualmente fragmentado, a priorizar a atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas via hospitais e centros ambulatoriais de especialidades. Nas pós-graduações, aponta-se baixa quantidade de residências, mestrados e doutorados em saúde da família e comunidade. Além disso, nota-se que os processos de educação permanente

¹⁰ Além destes, Mendes (2012) analisa os seguintes problemas: fragilidade institucional; carência de infraestrutura adequada; baixa densidade tecnológica; fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico; carência de equipes multiprofissionais; fragilidade dos sistemas de informação clínica; problemas gerenciais; fragilidade do controle social; problemas nas relações de trabalho; fragilidades dos modelos de atenção à saúde; e subfinanciamento.

das equipes de PSF são, em grande parte, de curta duração e baseados em intervenções isoladas e pontuais, mostrando-se de baixa efetividade (MENDES, 2012, p.97-98).

Uma revisão de trabalhos sobre a Saúde da Família mostra que o programa/estratégia não fracassou. Ao contrário, afirma Mendes (2012, p.21-22) que, dentro dos limites e dos motivos para alegação de esgotamento, foi um grande sucesso. Vários estudos, segundo o autor, mostram que as formas de atenção propostas pela olhar da Saúde da Família são sempre superiores à forma tradicional de organizar a APS, ainda que alguns insistam em propor esta última como a melhor alternativa.

O que se opera na atual etapa do oitavo ciclo, com a possibilidade de reformas concretas no curto, médio e longo prazos, seria a superação do esgotamento e a efetiva transformação e consolidação dos cuidados básicos como APS e do PSF como Estratégia Saúde da Família (ESF) (MENDES, 2012, p.102). A APS passa a ser compreendida, no plano paradigmático, com a função de resolubilidade da maior parte dos problemas de saúde da população, além de ser a principal porta de entrada e a coordenadora das RAS (MENDES, 2012, p.58).

Sendo assim, pensando-se na integralidade em uma rede de serviços e cuidados de saúde integrados e centrados na pessoa, a APS não será somente uma parte, mas a parte responsável pela coordenação do fluxos de usuários, informações e produtos: referências, contra-referências, apoio, informações, diagnósticos, fármacos e terapias avançadas (MENDES, 2010, p.2301). Esta é a compreensão que, acompanhando o oitavo ciclo, aparece na Portaria MS nº2436/2017 (BRASIL, 2017f), que aprova a PNAB. Nela lê-se a APS (embora ainda denominada de “atenção básica”) como centro de comunicação da RAS dos diversos pontos de atenção, “responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada”.

As RAS são definidas por Mendes (2010, p.2300) como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p.2300).

Ainda segundo segundo Mendes (2010), os três principais elementos constitutivos das RAS são a população, a estrutura operacional e o modelo lógico de atenção à saúde.

A população refere-se a um determinado território sanitário onde a responsabilidade da rede está circunscrita. Não se trata da população conforme entende o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mas sim o conjunto de pessoas efetivamente cadastradas e

registradas na APS. Este registro, operado em sistemas de informação, é organizado nos núcleos de abordagem a que se chama “família”, via ESF (MENDES, 2010, p.2300).

A estrutura operacional compõe-se de seis elementos (MENDES, 2010, p.2301):

- i) um sistema de governança exercido por comissões intergestoras (definindo missão, traçando metas, planejando, monitorando, articulando e avaliando);
- ii) unidades de APS ou centro de comunicação;
- iii) pontos de atenção secundários (ambulatorios e serviços especializados) e terciários (hospitais micro e macrorregionais);
- iv) redes temáticas especializadas (RAPS, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, etc);
- v) sistemas de apoio aos pontos da rede (apoio diagnóstico e terapêutico, farmacêutico, tele-assistência e sistemas de informação em saúde);
- vi) sistemas logísticos (transporte, identificação/prontuário e acesso regulado).

O terceiro elemento de uma rede é o modelo de atenção à saúde, que pode ser definido como uma lógica de funcionamento para a articulação das relações entre a população, subpopulações identificadas por riscos, tipos e focos de intervenções sanitárias a partir de uma visão dominante de saúde, dos determinantes sociais da saúde e das situações demográfica e epidemiológica vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2012, p.52).

Neste ponto, pode-se avançar na forma como o segundo compromisso contínuo da OMS para os cuidados integrados, referente às ações em relação as condições crônicas de saúde, tem sido discutido no Brasil.

Há dois grandes grupos de modelos lógicos das RAS: os voltados para condições de saúde agudas e os voltados para condições de saúde crônicas.

Condições de saúde podem ser definidas como circunstâncias na saúde das pessoas mais ou menos persistentes, que exigem respostas sociais dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias, por meio de um ciclo completo de atendimento e enfrentamento (MENDES, 2012, p.31).

A divisão tradicional entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, segundo Mendes (2012), não identifica que certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais aproximadas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Além disso, centra-se no conceito de doença, excluindo outras condições de igual responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde

e que não são patologias, mas estados fisiológicos, como a gravidez e os acompanhamentos dos ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura) (MENDES, 2012, p.31).

As condições de saúde podem ser agudas ou crônicas a depender de duas variáveis: o tempo de duração da condição de saúde, que pode ser breve ou longo; e a forma de enfrentamento, que pode ser reativo, episódico e fragmentado (com foco nas doenças e na queixa-conduta) ou proativo, contínuo e integrado (com foco nas pessoas e nas famílias em um certo plano de cuidado) (MENDES, 2012, p.32).

As condições agudas e as agudizações de condições crônicas são de curso breve, apresentam uma causa direta de simples manejo, enquadrando-se em padrões regulares e previsíveis. Além disso, quando há cura, delas se espera uma recuperação adequada.

Já as condições crônicas

se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis (...). [Ao contrário de se esperar uma recuperação adequada,] levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso (...): condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica (MENDES, 2012, p.33).

Além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, etc) e das cronificações de condições agudas (como sequelas pós-traumáticas), as condições de saúde crônicas envolvem

doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos (MENDES, 2012, p.33).

Neste cenário, destaca-se um modelo lógico de RAS elaborado especialmente para a realidade brasileira: o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Sua construção parte de três modelos internacionais (modelo da atenção crônica, modelo da pirâmide de riscos e modelo da determinação social da saúde) e procura adaptar-se ao SUS (MENDES, 2012, p.23).

O MACC pretende amparar as RAS em três pontos principais (MENDES, 2012, p.38):

i) superação da hegemonia de modelos voltados às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas: a forma de atendimento

sócio-sanitário é predominantemente fragmentada (não integral) e episódica (não contínua) para a grande maioria das condições de saúde, ignorando a realidade das condições de saúde crônicas.

ii) consideração da dinâmica etária da população, que passa por uma transição demográfica em ritmo acelerado: segundo estudo de 2007, no Brasil, o percentual de idosos maiores de 65 anos era 2,7% em 1960 e deve alcançar a casa dos 19% em 2050, superando o número de jovens (MENDES, 2012, p.34); a OMS, em texto de 2009, apresenta que, em nível global, o número de pessoas com 60 ou mais anos vai aumentar de 606 milhões em 2000 para 1,9 bilhões em 2050 – um aumento de 75% (OMS, 2009, p.26).

iii) consideração da situação epidemiológica das condições crônicas: no Brasil e no mundo há predominância considerável de problemas de saúde crônicos, caracterizando uma epidemia das condições crônicas, que é diretamente proporcional ao envelhecimento da população (MENDES, 2012, p.23).

Fica evidente que o estado constatado no primeiro ponto não responde adequadamente aos outros dois pontos, produzindo um estado de crise. O paradigma da doença aguda revela-se, então, como um anacronismo. Não parece aceitável que “ditaduras das condições agudas” possam governar os Sistemas de Saúde (MENDES, 2012, p.38). O documento da OMS “Cuidados inovadores para condições crônicas”, de 2003, é bastante claro neste sentido:

Pelo fato de os atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, eles foram desenhados para funcionar em situações de pressão. Por exemplo, a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Além disso, essas funções se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos. No entanto, observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos. O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. De fato, os sistemas de saúde não evoluíram, de forma perceptível, mais além do enfoque usado para tratar e diagnosticar doenças agudas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante. O tratamento agudo será sempre necessário, pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos; contudo, os sistemas de saúde devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo (OMS, 2003 apud MENDES, 2012, p.39).

Segundo Mendes (2011, p.44; 2012; p.21), no Brasil convivemos com uma tripla carga epidemiológica: de doenças infecciosas e carenciais, de agudizações de causas externas (acidentes e violências) e de condições crônicas. Dados de 1998 apontavam que 75% desta carga já estava constituída por condições crônicas (MENDES, 2012, p.36).

Do ponto de vista da mortalidade, estudos ao longo das décadas mostram decréscimos percentuais significativos de mortes por doenças infecciosas e aumento de óbitos por condições crônicas, como doenças cardiovasculares. Em dado de 2004, a mortalidade no Brasil associada às condições crônicas (causas maternas e perinatais e doenças não transmissíveis) foi de 77,5% (MENDES, 2011, p.35). Dados de 2005 mostram que das treze principais causas de internação hospitalar no SUS, nove eram por condições crônicas. Quanto aos fatores de risco das condições crônicas – por exemplo, tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada – dados de 2007, relativos à adultos nas capitais dos estados brasileiros, mostraram percentuais de até 49,7% de obesidade, 21,7% de tabagismo e 79,5% para ausência de atividade física (MENDES, 2011, p.36-39).

Talvez atento a este cenário – ainda que reduzindo a importância do conceito de condições de saúde crônicas (mais abrangente que o de doenças crônicas) – o MS instituiu a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPCD) pela Portaria MS nº252/2013, redefinindo-a na Portaria MS nº483/2014.

O MACC articula-se em cinco níveis, conforme esquematizado na Figura 01.

Figura 1. Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Fonte: MENDES, 2011, p.246.

O primeiro nível é o das intervenções de promoção de saúde em uma determinada população. As ações, por levarem em conta os determinantes sociais chamados “intermediários” (derivados das circunstâncias de vida e de trabalho), consideram a intersetorialidade e a execução de projetos relacionados à educação, segurança alimentar, condições dos ambientes de trabalho, emprego/renda, saneamento e habitação (MENDES, 2011).

O segundo nível é o da prevenção, intervindo em subgrupos da população, levando em conta determinantes sociais ditos “proximais”: fatores de risco ligados à determinados comportamentos e estilos de vida. As ações voltam-se tanto para o macro como para o micro, expressas em programas de prevenção de hábitos de risco como tabagismo, sexo inseguro, dieta irregular, sedentarismo, etc (MENDES, 2011).

Os próximos três níveis trabalham com as subpopulações efetivamente portadoras de diagnósticos estabelecidos de condição crônica ou afetadas pelos determinantes sociais “individuais”: fatores de risco não modificáveis (idade, sexo, hereditariedade) e modificáveis (hipertensão, colesterol, depressão, alteração glicêmica, etc). Em ordem crescente e ascensional na pirâmide, os níveis correspondentes são referentes às condições simples, complexas e muito complexas. No terceiro e quarto níveis já se espera ocorrer uma gestão mais geral das condições de saúde. Já no quinto – muito complexo, por envolver elevados graus de sofrimento e custo – a ideia é que seja incorporada a gestão de caso individual, onde um gestor de caso (geralmente enfermeiro ou assistente social) coordena a atenção de grupos de 100 a 150 pessoas (MENDES, 2011).

O MACC possibilita conceituar os usuários como pessoas vivendo em determinadas condições de saúde crônicas, e não como meros portadores de doenças crônicas. Ele também permite denominar hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes em níveis diferenciados, por exemplo, como hipertensos/diabéticos de baixo, médio ou alto risco, idosos fracos ou idosos robustos, gravidez de baixo, médio ou alto risco. Os graus de risco e as complexidades são estratificados segundo diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas (MENDES, 2011).

Nas subpopulações dos três últimos níveis, o MACC admite a mesma expectativa numérica prevista pelo modelo da pirâmide de risco. Espera-se que 1 a 5% das pessoas sejam atendidas no nível cinco, correspondente às condições crônicas muito complexas. 20 a 30% são esperadas no nível quatro, os casos complexos. A grande maioria, de 70 a 80% dos portadores de diagnósticos de condição crônica estabelecida ou afetadas pelos determinantes sociais individuais, estarão no terceiro nível, correspondente à casos simples (de baixo ou médio riscos) (MENDES, 2011, p.171).

Segundo Mendes (2012), importantes evidências científicas demonstram que esta maioria de 70% a 80%, além de não se beneficiarem da atuação de especialistas, submetem-se a um maior risco de iatrogenias, os efeitos adversos resultantes de tratamentos. A iatrogênese clínica, assim como os diagnósticos e tratamentos excessivos (*overdiagnosis* e *overtreatment*) conduzem os sistemas de saúde à altos montantes de custos desnecessários e, o que é mais grave, à mortes desnecessárias. Nos Estados Unidos, calculou-se gastos em excesso girando em torno de 30 a 50% do total investido na saúde e um número de 30 mil mortes anuais relacionadas às iatrogenias¹¹ (MENDES, 2012, p.239).

Profissionais especialistas, cujos treinamentos em pontos de atenção ambulatorial especializada ressaltam processos de adoecimento em estágios mais avançados, tendem a superestimar a chance de enfermidades sérias na população. Por mais que possam produzir serviços de qualidade em suas especialidades, em geral não estão tão bem preparados para lidar com sintomas e enfermidades vagas, com serviços preventivos e com o autocuidado (MENDES, 2012, p.336).

Neste sentido, reforça-se a necessidade de estimular a atuação dos profissionais das equipes da ESF no terceiro nível de atenção às condições crônicas. Caberia a eles, no contexto da atenção integral centrada na pessoa e na família, saber se relacionar com os usuários que não apresentam uma anomalia ou problema definido, sendo capazes de manejar vários problemas ao mesmo tempo (MENDES, 2012, p.336).

Um conceito importante no MACC, muito caro à integralidade, é o autocuidado. A partir do segundo nível, conforme pode ser verificado na Figura 1, há uma linha que representa a relação inversamente proporcional entre atenção profissional e autocuidado. Quanto menor a complexidade da condição, menor a atenção profissional e maior o autocuidado adjetivado de “apoiado”.

O apoio ao autocuidado – no manejo de condições crônicas a inspirar todo o trabalho na APS – resulta em processos de construção e monitoramento coletivo de planos de cuidado entre equipe de saúde e usuários. As intervenções não dispensam a relação com os profissionais, trabalhando uma mudança de foco, com as pessoas atendidas transformadas agentes produtores de sua própria saúde. Parte-se do pressuposto de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção,

¹¹ Segundo MENDES (2012, p.238), três “leituras indispensáveis para quem se interessa por uma atenção à saúde ética, eficiente e de qualidade” são: “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina” (1976), de Ivan Illich (também autor do livro “Sociedade sem escolas”); “*Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*” (2011), de Gilbert Welch e outros; e “*Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer*” (2008), de Shannon Brownlee.

que os profissionais de saúde (MENDES, 2012, p.280). Longe de ser uma desresponsabilização dos profissionais, o trabalho passa a ser um apoio significativo para o empoderamento das pessoas usuárias (MENDES, 2012, p.279).

1.1.11. Integralidade e práticas alternativas/complementares

A integralidade presente nos processos de humanização, na clínica ampliada e compartilhada, nas habilidades de escuta, empatia e acolhimento, na promoção da saúde, no autocuidado e no empoderamento dos usuários também participa do desenvolvimentos de um outro campo específico de investigação. Trata-se daquele onde se pesquisa a diversidade de racionalidades e práticas em saúde denominadas alternativas/complementares e/ou integrativas.

A variação terminológica aparece como uma característica marcante dos objetos de estudo dessa área. As denominações que recebem variam entre as mencionadas “alternativas”, “complementares” e “integrativas” e outras, como “tradicionais”, “naturais”, “paralelas”, “não formais”, “não hegemônicas”, “românticas”, etc (BONET, 2007, p.133). Além disso, há combinações entre elas. Nos discursos da OMS, por exemplo, lêem-se “Medicinas Tradicionais” (MT), “Medicinas Alternativas e Complementares” (MAC) e “Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas” (MTCI). Já no discurso das leis brasileiras fala-se em “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (PICS). O uso das expressões corresponde, em alguma medida, a um histórico de relações específicas com o Estado e com suas modalidades de regulação sobre como e quem está autorizado a tratar, a diagnosticar e a curar (TONIOL, 2016, p.36).

O termo composto alternativas/complementares mostra-se como uma opção terminológica viável. Segundo Toniol (2016, p.37), além de preservar o caráter instável e controverso dessas práticas via uma tensão nominal permanente, a expressão, ao unir pela barra de divisão as semânticas do alternativo e do complementar, favorece o reconhecimento de duas possíveis perspectivas de pensamento e análise: a lógica dialética e o pensamento complexo.

A dialética atenta-se à tensão ou relação de divergência que permite isolar e separar, via negação, o conjunto das práticas e racionalidades alternativas do conjunto das práticas e racionalidades principais (não-alternativas). O integral, desta perspectiva, coloca-se como antítese alternativa e contraditória ao não-integral hegemônico.

Já o termo “complementar”, ainda que algumas interpretações o vejam como expressividade de uma relação hierárquica implícita¹², diferentemente do “alternativo”, ele carrega sentidos de aliança, compatibilização e união (TONIOL, 2016, p.40). Estes significados possuem proximidade à perspectiva do pensamento complexo, procurando distinguir e unir os diferentes conjuntos de teorias e práticas de pesquisa, diagnóstico, prognóstico, profilaxia e tratamentos possíveis no processo saúde-doença.

O complexo também permite ir além dos termos e reconhecer que, em alguns momentos, há limites de aplicabilidade. Em algumas situações particulares o ideal de complementaridade é incongruente ou inoperante. Por exemplo, em um tratamento que objetive o aumento da fertilidade, enquanto a biomedicina recomendaria medicamentos alopáticos, uma determinada dietoterapia alternativa/complementar poderia simplesmente determinar o não-consumo de tais fármacos por serem produtos industrializados (BARCAN, 2011 apud TONIOL, 2016, p.40-41).

Da mesma forma, por vezes é a ideia de alternativo que não se aplica. Por exemplo, há casos de situações agudas (como traumas, dengue, gripe, apendicite, hérnia, etc) que se iniciam repentinamente, apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias, inviabilizando a possibilidade de alternativas, por estas não fazerem sentido. Há, tanto para os médicos quanto para as pessoas usuárias, uma incerteza relativamente pequena. O ciclo é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. Nestes casos, a atenção tende a ser episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta (MENDES, 2012, p. 32).

Estas inaplicabilidades possíveis para ambos os termos acabam por reforçar a complexidade dos acontecimentos em saúde. Além disso, o movimento terminológico entre o alternativo e o complementar também aponta para a integração das duas condições, permitindo discernir que, na singularidade dos encontros, há tantos momentos possíveis de aliança como de rompimento com as práticas alternativas/complementares.

O complexo também está presente, por exemplo, quando profissionais de terapêuticas baseadas na patogênese e nas teorias biomédicas mostram-se prontamente receptivos e atuantes junto à elementos tipicamente associados às práticas alternativas/complementares (como formação de vínculo, escuta ampliada e centralidade do olhar no sujeito). De maneira inversa, profissionais de práticas alternativas/complementares se aproximam de aspectos avessos à

¹² José Bonifácio Baniwa, liderança de um dos 23 povos que vivem no Alto Rio Negro, no Amazonas, no II Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CongrePICS) enfatizou em uma de suas falas: “_A medicina indígena não é complementar, ela é a principal, o SUS precisa respeitar nossa cultura” (SABER, 2019).

integralidade, considerados típicos das práticas derivadas da racionalidade biomédica, como a rapidez nas consultas e prescrição mecânica e esquematizada de fármacos ou procedimentos.

Avanços interdisciplinares e legais-institucionais no pensamento global em saúde também apontam para o sentido complexo da complementaridade. Oficialmente, desde 1946, a OMS no preâmbulo de sua Constituição aponta para uma visão de saúde mais ampla que aquela centrada no aspecto físico e na doença. Nega-se que a saúde seja apenas “ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946) e à dimensão física somam-se a mental e a social. Por ocasião de sua 37^a Assembléia Geral, em 1984, incorpora-se no discurso oficial também a dimensão espiritual, apontando que ela “não somente estimula atitudes saudáveis, mas também deve ser considerada como um fator que define o que seja saúde” (OMS apud TONIOLO, 2017, p.267).

As transformações gerais na pesquisa e no ensino científico em saúde também passam a estimular a consideração integrada da natureza e do ser humano, com diagnósticos atentos às circunstâncias do meio social e natural. Nos discursos da saúde do indivíduo passa a ser consensual os benefícios de um certo “equilíbrio fisiológico, psicológico e postural” (TELES JUNIOR, 2016, p.103). Ambos os conjuntos de práticas terapêuticas (das alternativas/complementares e das hegemônicas/complementadas) percebem-se voltados ao ser humano em condição de adoecimento, unidos em um objetivo terapêutico de transformação da condição, reestabelecimento de um equilíbrio e expansão da saúde.

Na discussão das pesquisas sobre as racionalidades e práticas é importante distinguir também entre estes termos. Práticas e racionalidades são termos diferentes com referentes distintos. As práticas apoiam-se, de forma mais ou menos conscientes e coerentes, em elementos de uma ou mais racionalidades. Foram nas pesquisas no campo da saúde coletiva, impulsionadas no início da década de 1990 pelo grupo “Racionalidades Médicas” – posteriormente denominado de “Racionalidades em saúde: sistemas médicos complexos e práticas integrativas em Saúde” – que se originou e se desenvolveu o conceito de Racionalidade Médica (RM). Trata-se de um marcador sociológico que permite compreender o que pode ser ou o que é um sistema médico complexo (MOTTA; MARCHIORI, 2013).

A noção de RM contribui para a desnaturalização da superioridade do conhecimento científico ocidental e para um olhar sobre a medicina ocidental contemporânea em igual patamar de análise com os demais sistemas médicos coexistentes no mundo (MOTTA; MARCHIORI, 2013, p.834). Em meio à históricos embates políticos, jurídicos e corporativos acerca do exercício ilegal da medicina ou ao não reconhecimento do uso do termo “medicina”, contra-argumentos vão sendo fortalecidos pelo desenvolvimento do conceito sociológico e pela

conquista de legitimidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas não-hegemônicas por coerência teórica e consistência técnica (MENDES, 2007).

Há autores que apontam como característica fundamental de uma medicina a intenção de tratar doenças, excluindo-se desta categoria sistemas que buscariam uma espécie de filosofia ou estilo sobre como viver a vida com Saúde (TELESI JUNIOR, 2016, p.105). O conceito de RM, entretanto, propõe outros critérios para esta classificação. Para ser um sistema médico complexo ou uma RM é preciso que existam elementos de construção teórica e empírica em pelo o menos seis dimensões (NASCIMENTO et al., 2013), a saber:

- i) Cosmologia: fundamentos teóricos que expressam uma visão do Mundo ou do Cosmos (Universo, totalidade) que embasam as outras cinco dimensões;
- ii) Doutrina médica: fundamentos teóricos que circunscrevem o que seja o doente ou sadio, o adoecimento e a saúde, o que é tratável, os principais tipos de causas, o que é o corpo, quais são seus órgãos, sistemas, etc;
- iii) Morfologia: estudo da forma, estrutura, posição e relação entre os diferentes órgãos e sistemas do corpo;
- iv) Fisiologia ou dinâmica vital: estudo do movimento da vitalidade e suas causas entre estados mais ou menos mórbidos ou saudáveis, equilibrados ou desequilibrados;
- v) Sistema diagnóstico: conjunto de técnicas para indicar, a partir de sintomas e dados observáveis, se há ou não processos de adoecimento, assim como suas origens, características fundamentais e prováveis evoluções;
- vi) Sistema terapêutico: conjunto de técnicas de intervenção para aliviar ou curar processos de adoecimento diagnosticados.

Segundo as pesquisas que consideram este conceito, diferentemente do que admite o senso comum ocidental, além da medicina contemporânea (ou biomedicina), pelo menos outras quatro grandes racionalidades principais coexistem em nossa sociedade. São elas a medicina homeopática, a medicina chinesa, a medicina ayurvédica e a medicina antroposófica (esta última incorporada em anos mais recentes de investigações) (NASCIMENTO et al., 2013).

Thomas Kuhn foi o pensador que introduziu o termo “paradigma” na filosofia da ciência. No prefácio de seu estudo “A estrutura das revoluções científicas” tal conceito aparece como as “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, 2007, p. 13). Dito de outra forma, o paradigma é um conjunto de teorias e técnicas que determinam até onde vão as pesquisas que impulsionam o pensamento científico (o que pesquisar e o que não pesquisar).

Diante dos cinco sistemas médicos complexos, RM ou racionalidades em saúde e as práticas diagnósticas, prognósticas e terapêuticas relacionadas, o campo da saúde coletiva distingue dois paradigmas. Alternativamente ao “paradigma clássico” ou “paradigma biomédico” nas ciências da saúde, há o ascendente “paradigma vitalista”. Este, além de estar de alguma forma atrelado aos avanços na racionalidade biomédica, vincula-se a pensamentos da tradição ocidentais, donde derivam, por exemplo, as racionalidades homeopática e antroposófica¹³, bem como das tradições orientais presentes nas racionalidades da medicina tradicional chinesa e na ayurvédica (LUZ; NASCIMENTO, 2019).

O uso do termo “vitalista” remete a três sentidos complementares. O primeiro é o de afirmação da vida e da saúde diante da patologia ou condição mórbida ou, dito de outra forma, da função terapêutica (assistência, prevenção, conservação, promoção e recuperação da saúde) diante da função diagnóstica (investigadora e combatente de entidades nosológicas) (LUZ, 2005). O cuidado, em uma concepção vitalista, amplia-se em relação ao controle fechado de sintomas ou à observação restrita de tecidos ou do metabolismo humano (LUZ; NASCIMENTO, 2019).

O segundo sentido para o vitalismo remete à vida enquanto uma forma dinamizada de energia, uma bioenergia dinâmica e circulante, que se pronuncia em estados mais ou menos equilibrados ou harmoniosos (por exemplo, no circuito elétrico da acupuntura ou no movimento magnético das técnicas reichianas). É esta semântica que fundamenta a designação “paradigma energético” (ANTUNES et al., 2018), situando a energia como participante de uma simbologia necessária à um novo sistema de curas e cuidados, conectando corpo e mente, o ser humano com outros seres humanos e o ser humano com o meio ambiente, em ressonância com a amplitude de forças e leis da natureza (TONIOL, 2015, p.33). O processo de adoecimento será compreendido como efeito de um desequilíbrio energético em que interagem forças naturais-materiais e cosmológicas-imateriais (TELESI JUNIOR, 2016, p.105).

O terceiro sentido do vitalismo remete à complexidade multicausal da vida. Uma afirmação que esclarece esta via é a noção de que para criar a vida não é suficiente adicionar determinada quantidade de órgãos (TELESI JUNIOR, 2016, p.104). Ao invés de uma máquina organizada e estática, com relações de causa e efeito bem delineadas, a vida se manifesta em um organismo, auto organizável e em movimento de desenvolvimento ou crescimento. Ao

¹³ Ainda que alguns denominem o paradigma vitalista como uma “racionalidade oriental” (TELESI JUNIOR, 2016, p.102), compartilham dele ao menos duas racionalidades médicas ocidentais. A medicina antroposófica, por exemplo, remete aos trabalhos do vienense Rudolf Steiner e da holandesa Ita Wegman, no início do século XX, enquanto a medicina homeopática liga-se aos esforços do alemão Christian Hahnemann, no século XVIII.

invés de uma única força atuando linearmente sobre um objeto passivo, nos sistemas auto organizados, como os seres vivos, a causalidade é considerada ocorrendo em múltiplos circuitos de realimentação entre o organismo e o meio e entre todos os níveis do organismo. Ao invés de linhas retas, fala-se em redes causais. No paradigma vitalista, a causa específica de uma doença diagnosticada dentro do paradigma biomédico, pode somente ser o catalisador que libera um processo que já existia potencialmente no organismo (McWHINNEY, 1997 apud BONET, 2007, p.136).

O paradigma biomédico, que inspira a quase totalidade da formação de profissionais de saúde no Brasil, em alguns momentos – como nas discussões da OMS – é estabelecido como contraditório ao que se denomina por conhecimentos tradicionais ou “medicina tradicional”. Ao organizar o discurso desta forma, corre-se o risco do pensamento recair na estereotipização generalista. De um lado, práticas milenares ou ancestrais que sobrevivem aos avanços da ciência e anteriores ao desenvolvimento da medicina moderna ocidental; de outro lado, uma ciência onde não há ou não importam a cultura, o tempo e o espaço (TONIOL, 2016, p.47-48).

Entretanto, sabe-se que mesmo o paradigma ocidental biomédico possui uma longa tradição, desenhada ao longo de muitos séculos de filosofia greco-romana e judaico-cristã. Atribui-se como determinante em seu campo de visão, por exemplo, o período renascentista e moderno, quando ascende o discurso da ciência amparado em uma imagem do homem como herdeiro da Divindade e mais senhor da natureza do que parte dela. A natureza, sendo separada do sagrado e do humano, passa a ser objeto de conhecimento, com o intuito principal de ser controlada com fins utilitários. Em compatibilidade com esta visão de controle sobre o natural, o paradigma hegemônico em saúde acaba por enfatizar concepções materialistas, mecanicistas, centradas na doença e no controle do corpo biológico e social, inspirando o sistema médico-industrial na concepção do terapêutico enquanto controle de doenças (NASCIMENTO et al., 2013, p.3598).

Em virtude de muitos aspectos, como os processos da divisão industrial do trabalho reforçados pela ascensão do sistema econômico capitalista, a ciência em saúde assumiu, hegemonicamente, um viés fragmentado e de olhar especializado na entidade da doença ou patologia. Com o aumento de compreensões sociais que Max Weber abrangeria na categoria do desencantamento do mundo, foram sendo destituídos de valor pragmático os pensamentos construtores de cosmologias metafísicas ou teodicéias. Conceitos como “Deus” ou “espíritos” e tudo aquilo que insinuasse a possibilidade de atuação e presença de forças imateriais, como a energia e a própria vida enquanto mistério, foram sendo afastados. Para o paradigma da racionalidade médica ocidental as considerações causais, diagnósticas, prognósticas e

terapêuticas só podem ser verdadeiras se baseadas em evidências observadas, sentidas e medidas experimental e matematicamente (TELESI JUNIOR, 2016, p.105).

Prevalece a mecânica clássica e sua noção cartesiana de universo e corpo humano como máquinas. Ao invés da atenção à aspectos de variabilidade orgânica singulares, faz-se mais valiosa a proposição de leis de aplicação geral, ignorando-se a multicausalidade em benefício de causas lineares (como, por exemplo, um micro-organismo, um vírus ou um defeito genético) (MOTTA; MARCHIORI, 2013). Com forte predominância para o desenvolvimento de tecnologias duras, o padrão de observação assume centralidade na diagnose das doenças (nos defeitos da “máquina”): “uma medicina de máquinas para máquinas” (LUZ, 2012 apud MOTTA; MARCHIORI, 2013, p.835). Aos poucos, a vida vai sendo reduzida ao *status* de máquina (BONET, 2007, p.134).

Além disso, segundo Luz e Nascimento (2019), o paradigma biomédico é, em boa parte, permeado por estratégias de controle do setor da saúde advindas de organizações com poder e envolvimento com capitais, inclusive públicos, disfarçando interesses de cuidados. Impulsionadas por interesses de lucro, associações e articulações econômicas do sistema médico-industrial como convênios, seguros de saúde, profissionais prestadores de serviços, laboratórios de empresas farmacêuticas e indústrias de equipamentos biomédicos acabam por reforçar a lógica das especializações fragmentárias e das tecnologias duras. Pela representatividade social que possuem, constantemente atuam sobre decisões governamentais, projetos de lei e, inclusive, nas condutas e opções de cuidado diários dos profissionais de saúde (TELESI JUNIOR, 2016, p.99).

A formação acadêmica destes profissionais, em especial na medicina, é sobremaneira afetada pelo paradigma biomédico em 1910, com a chamada “Reforma Flexner”, nos Estados Unidos. Entre suas características, segundo Matta e Morosini (2009), anotam-se:

- i) a centralidade do ensino na classificação das doenças;
- ii) a ênfase na especialização científica mecanicista (fragmentação do conhecimento);
- iii) o reducionismo das causalidades do processo saúde-doença à fatores físico-biológicos;
- iv) a atenção à saúde predominantemente de caráter individual e assistencialista.

No Brasil, segundo Neves et al. (2005), o paradigma flexneriano influenciou o modelo de atenção que considera saúde como sinônimo de assistência hospitalar, assim como ressoou na formação educativa do profissional de saúde, determinantemente com a reforma universitária de 1968. Nesta ocasião, dividiu-se o ensino médico em dois ciclos: o básico, nos dois primeiros anos, e o ciclo profissionalizante, nos quatro anos subsequentes. Tal divisão teria

estimulado a redução da abordagem humanista e da visão de conjunto, privilegiando a fragmentação cartesiana e a especialização científica precoce.

Na APS, por exemplo, o modelo tido como tradicional se baseia na tríade de especialidades médicas: clínica (trabalho com indivíduos-adulto), pediatria (indivíduos-criança) e ginecologia-obstetrícia (indivíduos-mulher). Assim como acontece na estrutura técnica e ideológica da pós-graduação de especialistas, os profissionais ainda são, em grande parte, graduados na visão flexneriana, biomédica, fragmentada, centrada na doença e prescritiva (MENDES, 2012, p.245).

O modelo tradicional dificilmente valoriza a dimensão não-biomédica das enfermidades e dificulta, ou mesmo impossibilita, cuidados regulares e consistentes, em um ambiente de relações humanizadas e de confiança entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. Em contrapartida, espera-se que a formação dos profissionais da ESF, por exemplo, seja diferente, inscrita num paradigma pós-flexneriano e focada numa visão holística e não prescritiva, que é a base da atenção integral colaborativa e centrada na pessoa (MENDES, 2012, p.245). Neste sentido, retoma-se um dito espanhol que ilustra a relação entre o especialista centrado na doença e o generalista centrado na pessoa: “O médico de família do Rei da Espanha sabe menos cardiologia que um cardiologista, mas é o que mais sabe sobre o Rei” (MENDES, 2012, p.336).

A não-integralidade fundamental do paradigma biomédico e sua consequente ênfase nos fatores físico-biológicos do processo saúde-doença vai se refletir, também, na formação de um modelo estético para a saúde. Além dos modelos terapêuticos da assistência e da prevenção de estados enfermos e a conservação, promoção e recuperação de estados ausentes de doença, o paradigma biomédico estimula a identificação do saudável com a “tríade beleza-vigor-juventude” (NASCIMENTO et al, 2013, p.3600).

Práticas como musculação e diversas formas de ginástica localizada e aeróbica, além de esportes, sobretudo os de risco e aventura, e algumas artes marciais ou lutas, assim como técnicas oferecidas pelos serviços do profissional esteticista, sustentam como referencial de saúde a boa forma (*fitness*), identificada à beleza das formas (NASCIMENTO et al, 2013, p.3600) ou ao fortalecimento e destaque de certos tecidos. A busca pela saúde confunde-se com a busca pela transformação do corpo em um “capital potencial” ou investimento com retorno em uma competição por privilégios sociais, parceiros sexuais e trabalho (LUZ, 2009, p.33). Frequentemente, tais práticas e condições de culto da beleza corpórea e do uso do corpo como *status* fundem-se ao consumismo como valor de prestígio social e à competição como norma de vida e meio de alcançar o sucesso (NASCIMENTO et al, 2013, p.3600).

Outras práticas, como o alongamento, a yoga, o pilates, o tai chi chuan, a dança de salão, entre outras, tendem a se afastar do modelo estético, aproximando-se de modelos terapêuticos e do paradigma vitalista/energético. Desta forma, estimulam a identificação da saúde com a expansão da vitalidade enquanto harmonia e equilíbrio de diferentes dimensões da vida e busca do bem estar (*wellness*), associado ao estar equilibrado, harmonizado ou “bem consigo mesmo” (NASCIMENTO et al, 2013, p.3600).

Numa aproximação complexa, a relação dialética destas práticas conforme acima exposto mostra suas falhas. De acordo com especificidades de cada prática, de contextos e praticantes, mesmo as atividades primariamente ligadas ao modelo estético podem figurar como formas de recuperar, por exemplo, a sociabilidade e funcionar como possibilidades estratégicas de resistir eticamente ao individualismo. Podem ampliar maneiras de estar consigo mesmo e com outros, se não solidárias, ao menos amigáveis e cordiais. Além disso, na busca pela conservação da beleza e da juventude, ao invés da presença de valores da cultura capitalista, podem ser encontrados valores outros ligados ao bem estar pessoal, à modificação de estados emocionais, à maior disposição para o trabalho e à convivência familiar e social e à recuperação da alegria de viver (NASCIMENTO et al, 2013, p.3600). O inverso também é verdadeiro quando observamos algumas realidades, por exemplo, atreladas à yoga e outras práticas alternativas/complementares. Ao invés de valores vitalistas, energéticos ou espiritualizados, predominam relações com o individualismo, ginástica físico-muscular, consumismo, sucesso, status social e competição¹⁴.

Segundo NASCIMENTO et al (2013), estudos realizados na década de 1990, junto a profissionais e usuários de serviços de saúde da rede pública do município do Rio de Janeiro, mostraram que a utilização de diferentes RM não eram puras, isto é, não se restringiam ao universo daquela racionalidade. Constantemente, em uma mesma pessoa, cliente ou terapeuta coexistiam representações do corpo bioenergéticas e enquanto máquina. Assim como os usuários transitam de uma a outra RM, conforme a variação de seu adoecimento e dos sentidos a ele atribuídos, os profissionais de saúde, médicos e terapeutas, conjugam em seu agir cotidiano procedimentos terapêuticos ou diagnósticos de mais de uma racionalidade. Embora exista o ecletismo (traduzido como o esforço por agregar diferentes teorias, explorando o que cada uma poderia ter de melhor para oferecer em uma situação singular), as representações sociais do corpo, saúde, doença, tratamento, diagnóstico, cura, etc, podem assumir sincretismos

¹⁴ Sobre este aspecto, sugere-se o filme-documentário estadunidense, lançado em 2019 e dirigido por Eva Orner, “Bikram: Yogi, Guru, Predador”, que mostra a história da *hot yoga*, criada por Bikram Choudhury.

problemáticos (junção de diferentes referenciais teóricos sem atenção às contradições fundamentais entre eles) (NASCIMENTO et al, 2013, p.3599).

O excesso deste sincretismo problemático – provavelmente, ainda uma frequente realidade – gera reflexões sobre o quanto do peso da formação biomédica e das características sociais, econômicas e culturais dos profissionais contribui para a recriação de práticas de forma equivocada, ignorando as diferenças entre as RM ou sistemas médicos complexos (NASCIMENTO et al, 2013, p.3602). Estes equívocos poderiam ser identificados como a falta de coerência teórica e a consequente utilização de práticas alternativas/complementares de forma isolada, deslocando-as de seu contexto de significados no paradigma vitalista, para uma obediência – muitas vezes, não consciente – a uma lógica empírica de eficácia prescritiva ao estilo da biomedicina (NASCIMENTO et al, 2013, p.3599).

No Brasil, a forma como ocorreu a legitimação e legalização da técnica da acupuntura, vinculada à racionalidade da Medicina Tradicional Chinesa, exemplifica o percurso das práticas alternativas/complementares. No início dos anos 1980, após uma experiência piloto no Hospital Municipal Paulino Werneck, no Rio de Janeiro, a acupuntura passou a integrar o atendimento nas chamadas clínicas da dor, em quatro hospitais da cidade. Após a criação, em 1987, do Serviço de Medicina Alternativa na Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de oferecer à população serviços de acupuntura, homeopatia e fitoterapia, delineavam-se duas opções entre os acupunturistas. Uma delas exigia a exclusividade médica para o exercício desta terapêutica, com a consequente interdição da prática de profissionais não médicos, enquanto a outra defendia o exercício por não médicos, desde que devidamente habilitados (NASCIMENTO et al., 2013, p.3602).

Mesmo que um grupo de médicos tenham aderido à prática da acupuntura, conselhos de medicina não a reconheciam enquanto prática terapêutica, associando-a “ao misticismo e ao charlatanismo”. Até que fosse considerada ato médico pelo Conselho Federal de Medicina, em 1992, e sua designação enquanto especialidade médica, em 1995, os grupos de acupunturistas eram constituídos em sua maioria por fisioterapeutas, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde, inclusive de nível médio. A incorporação da técnica pela categoria médica e, em consequência, pela racionalidade biomédica e o paradigma que a sustenta, foi marcada pelo desencadeamento de uma ampla campanha na mídia em defesa do monopólio médico, como já acontecia com a homeopatia, reconhecida como especialidade em 1980, e desde então praticada exclusivamente por esta categoria (NASCIMENTO et al., 2013, p.3602).

Diante das exigências científicas, as práticas alternativas/complementares associadas ao paradigma vitalista/energético enfrentam um universo de preconceito e prejuízos. É

significativo reparar que buscas na internet, em junho de 2020, pelos termos “medicina antropológica”, “ayurveda”, “acupuntura” e “homeopatia” tenham encontrado como resultado tais práticas ou racionalidades como parte de uma série da *Wikipedia* sobre “medicina alternativa e pseudociência”, ao mesmo tempo em que eram visualizados em destaque tópicos como “pseudomedicina”, “charlatanismo”, “pseudociência” e “anticiência”. Com exceção da ayurveda, as outras duas racionalidades mencionadas e a técnica da acupuntura encontravam-se no grupo da “pseudomedicina”. Além delas, constavam desta associação com o “charlatanismo” ainda outras práticas legitimadas e trabalhadas atualmente no SUS – a saber: aromaterapia, cromoterapia, do-in, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, quiropraxia, reflexologia e reiki (ACUPUNTURA, 2020; AIURVEDA, 2020; HOMEOPATIA, 2020; MEDICINA, 2020).

Conforme Nelson Filice de Barros (ENTREVISTA, 2020), em pesquisa realizada pelo Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), um questionário fechado aplicado em estudantes de medicina registrou que 48% eram contrários ao ensino da homeopatia. Na segunda etapa do estudo, utilizando-se entrevista aberta, para aqueles que respondiam que eram contra pela falta de evidências científicas, o pesquisador entrevistava perguntando se havia algum conhecimento de evidências de que não haviam evidências ou, então, pesquisas e buscas que alicerçassem uma justificativa. O resultado indicou a presença marcante do preconceito enquanto reprodução de um saber não investigado.

Segundo Mendes (2012, p.247), nos Estados Unidos foi verificado que o número de atendimentos em práticas alternativas/complementares superava as consultas na APS, abrangendo cerca de um terço de toda a população. Um dado significativo obtido – provavelmente, como reflexo de formas de lidar com os preconceitos culturais envolvidos – foi o de que 70% desta parcela da população não relatava aos seus médicos sobre esses atendimentos.

Barros (ENTREVISTA, 2020) acredita que parte do preconceito pode ser explicado pelo fato das evidências científicas que comprovam a efetividade dos resultados das práticas alternativas/complementares serem consideradas de baixo impacto. Ainda que, diante das inúmeras insatisfações relacionadas à racionalidade e paradigma biomédicos o uso e o interesse por estas práticas venha crescendo, não há uma linguagem da ciência para explicar claramente como elas funcionam. Em referência ao livro “Por que as pessoas ficam doentes?”, de Darian Leader e David Corfield, Mendes (2012, p.247) menciona que há estudos que calcularam que em 50% das consultas médicas, os médicos e as pessoas usuárias discordam em relação ao

principal problema apresentado. Conclui-se disto que a clínica prescritiva e centrada na doença pode estar levando as pessoas às práticas alternativas/complementares, onde a escuta é mais valorizada.

Outro fator a ser considerado é o fato de que a validação das pesquisas por meio de estudos clínicos randomizados objetivam uma homogeneização do tratamento para indivíduos diferentes. As práticas alternativas/complementares possuem uma abordagem altamente subjetiva, que considera outros fatores além do biológico, como o emocional, o social e o energético. Por isso, de forma a não incorrerem em resultados oscilantes e discordantes, podem demandar outras metodologias de validação, como pesquisas qualitativas que incluam a experiência subjetiva do indivíduo (MOTTA; MARCHIORI, 2013, p.835).

É provável que a produção e reprodução do preconceito estejam ligadas à interesses econômicos, políticos e ideológicos. Na medida em que as práticas alternativas/complementares aumentam a autonomia e o empoderamento dos pacientes por meio do cuidado de si, deixam de utilizar produtos e serviços de saúde encarecidos e também de gerar a movimentação de tecnologias invasivas de alto custo e para o tratamento de iatrogenias (sobre a iatrogênese, vide p.93). Algumas vezes, jargões que acusam de pseudocientíficas as práticas alternativas/complementares podem esconder interesses reacionários, forjando uma ideia arcaica que limita o cuidado em saúde ao controle de patologias e sintomas imediatos (LUZ; NASCIMENTO, 2019).

Talvez, outra possível causa para o preconceito esteja no sentido histórico que carrega o termo “alternativo” e sua associação ao fenômeno histórico da Nova Era e da contracultura. É inegável a relação histórica entre as práticas alternativas/complementares e os grupos de jovens que, na década de 1960, passaram a contestar os modelos de vida da sociedade ocidental capitalista e seus padrões culturais. O movimento contracultural e suas propostas de comunidades hippies ecologicamente sustentáveis adjetivadas de “alternativas” e voltadas para a ascensão de uma nova forma de sociedade e humanidade ajudaram na difusão de práticas como meditação, yoga e outras técnicas orientais associadas ao paradigma vitalista.

Tornou-se comum identificar as práticas alternativas/complementares como expressão de um traço herdado de sensibilidades religiosas, morais e estéticas dos sujeitos e dos grupos comprometidos com os princípios esotéricos da Era de Aquário e com os ideais da contracultura (TONIOL, 2016, p.51). Segundo Toniol (2016, p.33, p.36), na literatura das ciências sociais da religião, por exemplo, são raras as contribuições que identificam modos de existência das terapias alternativas/complementares fora do escopo empírico e da linguagem analítico-conceitual da Nova Era. O universo de “referências esotéricas *new age*”, entretanto, acabam

por remeter a uma realidade de práticas com pouca comprovação científica e com baixa aceitação entre os profissionais da saúde (TONIOL, 2016, p.41).

Entre os marcadores normalmente utilizados para localizar temporalmente o movimento da Nova Era na década de 1960 está o surgimento de comunidades alternativas na Europa e nos Estados Unidos. Um exemplo é a colônia de Esalen, na Califórnia, fundada por psicólogos da Universidade de Stanford e que congregou intelectuais como Aldous Huxley e Abraham Maslow, um dos precursores da ideia de autorrealização na psicologia (TONIOL, 2015, p.29-30).

Além da crença no advento da Era de Aquário, outra direção comum aos sujeitos e instituições articulados nas comunidades alternativas era a presença de um projeto individual ou busca por uma reorientação de vida dirigido à autorrealização e mudança moral e espiritual. Tratava-se de um projeto de cura, cuja característica fundamental era a busca pelo aperfeiçoamento de si e a adoção de um estilo de vida centrado na valorização da natureza e voltado para o desenvolvimento das capacidades humanas tolhidas com o advento da modernidade (TONIOL, 2015, p.30).

Este projeto terapêutico aproxima as comunidades alternativas da contracultura à área da saúde. Na Nova Era, os processos de adoecimento e de condições saudáveis extrapolam os limites físico-biológicos dos sujeitos rumo à aspectos mentais e de estilos de vida. Busca-se harmonização e equilíbrio com a Terra (o Planeta), considerada unidade que conecta toda a realidade física e metafísica do mundo. Tal postura, necessariamente, passava pela negação da cultura moderna-ocidental, pois que esta teria comprometido o equilíbrio sistêmico e holístico com a natureza planetária (TONIOL, 2015, p.29).

Conforme Toniol (2015, p.35), há pesquisas antropológicas realizadas na América Latina que indicam que as práticas de saúde alternativas foram, no decorrer do tempo e das transposições territoriais, registrando um processo de expansão ou autonomização em relação aos referenciais dos grupos da Nova Era. Além de apropriações originadas da literatura de autoajuda e movimentos de popularização da yoga, há ressonâncias com as práticas religiosas do catolicismo sincrético, do espiritismo kardecista, das tradições indígenas brasileiras e do ritualismo asteca mexicano.

No Brasil, a relação frequente das práticas alternativas/complementares ao universo da Nova Era remeteu como seu principal público, durante algum tempo, as pessoas das classes médias, urbanas e escolarizadas. Tais sujeitos buscavam inspiração em ideias esotéricas e naturalistas de manuais de autocura e autoajuda e procuravam modelos holísticos de atenção à saúde em pequenos consultórios e clínicas localizadas nos centros das grandes metrópoles. Tal

realidade modificou-se consideravelmente nas últimas décadas, uma vez que as práticas passaram a estar acessíveis em unidades de APS, ambulatórios e hospitais distribuídos pelas periferias das cidades e pelo interior do país (TONIOL, 2015, p.36).

Em uma espécie de processo paradoxal, na medida em que as práticas alternativas/complementares da Nova Era se popularizavam e eram incorporadas pela medicina ocidental, por corporações empresariais e pela publicidade, foram adquirindo configurações que dependiam de sua desvinculação com o esoterismo, com a contracultura e com a Era de Aquário (TONIOL, 2015, p.35). Este processo de desatamento em relação ao esoterismo tem o sentido de que a ideia do “alternativo” presente no movimento da Contracultura envolveria práticas desinstitucionalizadas, não-modernas ou contra-hegemônicas o que não mais corresponde, em grande parte, à atual realidade destas práticas (TONIOL, 2016, p.33).

Desde os anos 1990, terapeutas holísticos organizam-se em sindicatos; surgem agendas políticas no Congresso Nacional para a regulamentação da profissão; o ensino das “terapias alternativas” passa a ocorrer em cursos de saúde de universidades públicas; movimentos políticos estimulam a oferta das práticas alternativas/complementares no SUS (TONIOL, 2016, p.33). Diante deste quadro, nota-se que para a legitimação pública das práticas, seus profissionais não fazem referências a conhecimentos, mestres ou gurus esotéricos. Suas mobilizações buscam diálogo com o campo das ciências em saúde via textos de resoluções, de leis e de políticas públicas promulgados pelas agências de gestão em saúde (secretarias e a própria OMS) (TONIOL, 2016, p.34). Ao invés de “alternativas”, as práticas passam a conscientizar-se de um papel de contribuição com a medicina convencional na atenção à saúde, oferecendo-se de maneira paralela, complementar ou integrada aos medicamentos, cirurgias e demais procedimentos oferecidos (LUZ; NASCIMENTO, 2019).

Vê-se que o holismo – um princípio central para as terapias alternativas/complementares segundo a literatura da Nova Era – passa a constituir-se institucionalmente sem precisar recorrer à história dos movimentos contraculturais (TONIOL, 2016, p.45). Pelo contrário, a visão holística, o paradigma vitalista e as racionalidades médicas associadas às práticas alternativas/complementares afirmam-se, como visto acima, em uma necessária recusa da proximidade com a Nova Era e, em contrapartida, pelo acercamento de processos institucionais de longa duração, como indica, por exemplo, a terminologia “Medicinas Tradicionais” (MT) proposta pela OMS (TONIOL, 2016, p.34).

No contexto da Guerra Fria, diante da escassez para dois terços das nações do globo, de recursos humanos e tecnológicos disponíveis para o atendimento conforme os preceitos da biomedicina, a OMS passa a falar da medicina tradicional como uma ação em saúde,

recomendando que se formulassem regulamentações políticas nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e às possibilidades de incorporação das pessoas detentoras de conhecimento tradicional aos cuidados em saúde (TONIOL, 2016, p.46). Na Declaração de Alma-Ata, de 1978, são mencionados os “praticantes tradicionais” que, “convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde”, poderiam participar dos cuidados primários nas comunidades ao lado de médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários (OMS, 1978). Neste sentido é que surge, ainda na década de 1970, o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área (BRASIL, 2006; TELES JÚNIOR, 2016).

O corrente uso do termo MT pela OMS foi acrescido da terminologia MAC. Enquanto MT associava-se a práticas do Sul global (como Índia e países da África), concentrada nas partes mais pauperizadas do mundo, MAC referenciava práticas que ocorriam em países do norte global (por exemplo, Estados Unidos, Austrália, Canadá e Reino Unido). Aos poucos, a OMS passou a caracterizar os termos não mais levando em conta os territórios de origem, mas o contexto de utilização. A medicina tradicional chinesa na China, por exemplo, era MT; porém, quando deslocada para outro local, convertia-se em MAC (TONIOL, 2016, p.48). Embora sejam notadas essas diferenças, durante a década de 1990 e, sobretudo nos anos 2000, a OMS passou a se utilizar da sigla MT/MAC, indicando a possibilidade de uni-las em um mesmo objeto ou referente. Nos anos 2010, o “alternativo” é excluído das denominações, assim como a barra separadora, passando a ser utilizada a expressão Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC ou MT&C). Em 2017, novas configurações de poder impulsionam o acréscimo da ideia do “integrativo”, chegando ao atual nome de MTCI¹⁵.

As MTCI, quando ainda denominadas de MT/MAC, tornaram-se objeto de atenção de um departamento especial da OMS que, desde 2002, publica regularmente documentos com metas e programas relativos a essas práticas terapêuticas. No texto “Estratégia para MT 2002-2005” foram estabelecidos objetivos básicos, envolvendo desde o desenvolvimento e implementação de políticas e programas nacionais, até regulamentações nacionais de controle

¹⁵ No site da OMS, no tópico de Saúde, em “Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa”, são listados dois “documentos-chave”: “Estratégia para medicina tradicional 2014-2023” e “Relatório global sobre Medicina Tradicional e Complementar”. Na introdução deste último, mais recente, comunica-se que deve ser notado que na metade de 2017, a Unidade do Departamento de Prestação de Serviços e Segurança da OMS, anteriormente denominada de “Unidade de Medicina Tradicional e Complementar”, passa a ser denominada “Unidade de Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa”. A inclusão do termo “medicina integrativa” – apesar de não aparecer no título ou no desenvolvimento do relatório, aparece refletida no “andamento um projeto em separado que pretende definir e entender ‘integração e medicina integrativa’, fornecendo orientação aos Estados Membros sobre os critérios e elementos das melhores práticas para integrar as MT&C nos sistemas nacionais de saúde, se ou quando eles decidirem fazê-lo” (WHO, 2019b, p.14, tradução nossa).

de qualidade, racionalização do que seria o uso adequado para profissionais e usuários e aumento da possibilidade de acesso, sobretudo aos mais pobres (OMS, 2013a, p.11).

Mantendo a ideia de um enfoque coerente e integral da atenção à saúde e a consequente facilitação do “acesso à MT de maneira segura, respeitosa, acessível e efetiva”, a OMS atualizou seus objetivos em um documento de 2013, “Estratégia para MT 2014-2023”¹⁶. São dois objetivos principais e três objetivos estratégicos, listados nesta ordem (OMS, 2013a, tradução do nossa):

- i) prestar apoio aos Estados Membros para que aproveitem as possibilidades de contribuição das MTC na saúde, bem-estar e atenção à saúde centrada nas pessoas;
- ii) promover a utilização segura e eficaz da MTC mediante a regulamentação de produtos, práticas e profissionais;
- iii) desenvolver uma base de conhecimentos para a gestão da MTC por meio de políticas nacionais apropriadas”;
- iv) fortalecer a garantia de qualidade, segurança, uso adequado e efetividade da MTC mediante regulamentação;
- v) fomentar a cobertura universal de saúde por meio de uma apropriada integração dos serviços de MTC e o autocuidado nos sistemas nacionais de saúde.

Atualmente, segundo site da OMS (TRADITIONAL, c2020), 170 dos 194 Estados membros reconhecem o uso de MTCTI desde 2018 e mais da metade (97) tem uma política nacional sobre MTCTI, dentre os quais o Brasil. No texto das estratégias até 2023, nosso país é um dos exemplos selecionados para ilustrar iniciativas de destaque relacionadas às práticas, em virtude do desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006).

No Brasil, os processos de legitimação e institucionalização das abordagens de atenção à saúde alternativas/complementares inicia-se na década de 1980. Ainda que de forma isolada, alguns estados e municípios começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015a, p.20). Em 1985, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fiocruz, a UERJ e o Instituto Hahnemaniano¹⁷ do Brasil, firmam um convênio com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde. A 8ª Conferência Nacional

¹⁶ No texto de ambas as estratégias é dado preferência ao termo MT, no entanto, também em ambas, nos parágrafos iniciais, é proposta equivalência com outras denominações: MAC (Estratégia 2002-2005) e “Medicina Complementar” (Estratégia 2014-2023).

¹⁷ Referência à Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843), médico alemão a quem se atribui a fundação da homeopatia no século XVIII.

de Saúde, em 1986, deliberou em seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”. Ainda nesta década, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) emitiu cinco Resoluções (números 4, 5, 6, 7 e 8), fixando “normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia” (BRASIL, 2006).

Na metade da década de 1990, o Ministério da Saúde instituiu um grupo assessor técnico-científico em “Medicinas Não-Convencionais” e a 10ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a incorporação ao SUS da fitoterapia, acupuntura e homeopatia como “terapias alternativas e práticas populares”. Em 1999, consultas médicas em homeopatia e acupuntura foram incluídas na tabela de procedimentos do SUS.

Em 2003, o governo brasileiro impulsionou o engajamento de um grupo gestor na tarefa de produzir uma política nacional de saúde relativa às práticas alternativas/complementares. Quatro subgrupos de trabalho foram formados nas áreas de medicina tradicional chinesa-acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia e medicina antroposófica. Quase dois anos depois, em fevereiro de 2005, após reuniões técnicas e fóruns de abrangência nacional (BRASIL, 2015a, p.12), foi apresentada a proposta de um texto, submetendo-o às câmaras técnicas dos conselhos nacionais, de secretarias estaduais e municipais de saúde e à Comissão Intergestores Tripartite. O documento intitulava-se “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares” (TONIOL, 2016, p.38).

No Conselho Nacional de Saúde (CNS) o termo “Medicina Natural” foi substituído por “Medicina Integrativa”, sob a argumentação de que o adjetivo “integrativa” expressaria a união entre o conhecimento científico convencional e o conhecimento tradicional (milênar ou centenário), também científico, excluindo fundamentações “em crendices, mitos e magias” (TONIOL, 2016, p.43). Por fim, o colegiado recusou o termo “medicina”, mantendo as “práticas complementares” (TONIOL, 2016, p.39).

Em 2006, o documento final foi publicado na forma das Portarias MS nº971/2006 e MS nº1.600/2006, instituindo a PNPIC. Segundo Toniol (2016, p.44), o integrativo/integralidade no texto legal ressoa em três níveis de utilização. O primeiro deles é o já mencionado acima, dos conselheiros do CNS, uma referência à integração entre conhecimento tradicional e científico. O segundo vincula-se ao atendimento da integralidade na atenção à saúde, princípio do SUS. No terceiro, o uso do conceito se volta ao modo pelo qual os sujeitos ou usuários atendidos pela PNPIC são tratados pelas PICS, acolhidos como um ser integral em um cuidado centrado na pessoa e de olhar ampliado.

No texto da PNPIC as práticas previstas encontraram-se circunscritas às áreas dos subgrupos de trabalho de 2003 – Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia e Medicina Antroposófica – acrescidas do Termalismo-Crenoterapia por recomendação do CNS, em virtude de relatório produzido por seu “Grupo das Águas” (BRASIL, 2015a, p.12). Na parte da PNPIC que aborda o grupo da Medicina Tradicional Chinesa, além da acupuntura – descrita como tecnologia de intervenção – incluem-se as práticas corporais (a saber: Lian Gong, Chi Gong, Tui Ná e Tai Chi Chuan), práticas mentais (meditação), orientação alimentar (dietoterapia) e fitoterapia tradicional chinesa¹⁸ (BRASIL, 2006).

Em consideração ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), foram sendo incluídas outras práticas na PNPIC (ENTREVISTA, 2020). Após inserções e alterações de procedimentos relacionados às PICS na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS” (Portarias MS nº404/2016, nº145/2017¹⁹), a Portaria MS nº849/2017 (BRASIL, 2017e) incluiu catorze novas práticas na PNPIC e a Portaria de Consolidação MS nº2/2017 (BRASIL, 2017b), aprovou as definições de cada uma delas. As práticas adicionadas foram: “arteterapia”, “ayurveda”, “biodança”, “dança circular”, “meditação”, “musicoterapia”, “naturopatia”, “osteopatia”, “quiropaxia”, “reflexoterapia”, “reiki”, “shantala”, “terapia comunitária integrativa” e “yoga”.

Em março de 2018, no Rio de Janeiro, durante o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública – que contou com a presença de vinte e sete países e cerca de quatro mil participantes e novecentos trabalhos apresentados – foi assinada a Portaria MS nº702/2018 (BRASIL, 2018b). A partir dela, alteraram-se as nomenclaturas e definições da medicina antroposófica (passando a ser denominada como “medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde”) e do termalismo-crenoterapia (a ser chamado “termalismo social/crenoterapia”) e institucionalizadas dez novas práticas: “aromaterapia”, “apiterapia”, “bioenergética”, “constelação familiar”, “cromoterapia”, “geoterapia”, “hipnoterapia”, “imposição de mãos”, “ozonioterapia” e “terapia de florais”.

¹⁸ Atualmente, como parte da Medicina Tradicional Chinesa, acrescenta-se a auriculoterapia.

¹⁹ A Portaria MS nº404/2016 (BRASIL, 2016) incluiu sete procedimentos relacionados às PICS. Além da “orientação de tratamento termal ou crenoterápico”, já vinculado à um dos grupos de práticas previstas, passou-se a constar: “terapia comunitária”, “dança circular/biodança”, “yoga”, “oficina de massagem/automassagem” (“do-in, shiatsu, massoterapia, reflexologia e massagem ayurvédica”), “sessão de auriculoterapia” e “sessão de massoterapia” (“do-in, shiatsu, massoterapia, reflexologia e massagem ayurvédica”). A Portaria MS nº145/2017 (BRASIL, 2017d) incluiu: “Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa”, “Sessão de Arteterapia”, “Sessão de Meditação”, “Sessão de Musicoterapia”, “Tratamento Naturopático”, “Sessão de Tratamento Osteopático”, “Sessão de Tratamento Quiroprático” e “Sessão de Reiki”.

Em consulta de abril de 2020 ao tabulador do DATASUS²⁰, considerando-se o Brasil como um todo, registrou-se a ocorrência majoritária dos seguintes serviços em PICS no SUS: “Práticas corpo-mente” (Shantala, Massagem, Meditação, Reflexoterapia, Reiki, Quiropraxia e Osteopatia): 41%; outras práticas em medicina tradicional chinesa (Ventosa/Moxa, Lian Gong, Chi Gong, Tui Ná e Tai Chi Chuan): 17%; acupuntura: 19%.²¹

Levantamentos do observatório ObservaPICS em 2019 registraram as PICS no SUS em 4323 dos 5570 municípios brasileiros e em 15960 unidades de saúde²² (OBSERVATÓRIO, 2019). Tais números acompanham o crescimento estimulado pelas portarias da PNPIC e às diversas iniciativas voltadas ao uso continuado de novos referenciais de educação e novos modos de aprender e praticar saúde (TELESI JUNIOR, 2016, p.99).

No diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), foi registrada a existência de 494 grupos de pesquisa cadastrados que utilizam como descritores de seus estudos palavras como plantas medicinais, fitoterapia, meditação, acupuntura e homeopatia. Tais dados indicaram um aumento nas duas últimas décadas dos grupos com estes descritores e uma predominância em torno das plantas medicinais e da fitoterapia (MAPA, 2019).

Aprofundando os mapeamentos, encontrou-se que dos 494 grupos, 174 realizavam efetivos estudos sobre PICS, sendo que 84 deles possuíam projetos no SUS. Detectou-se que as condições crônicas de saúde são as mais estudadas (27,2% das pesquisas no âmbito do SUS e 28% das pesquisas fora do âmbito do SUS). O sofrimento mental é tema de 6,4% das pesquisas fora do âmbito do SUS e 11,3% no âmbito do SUS. Análise temporal mostrou que aumentos significativos dos grupos de pesquisa ocorreram em dois períodos recentes, entre 2010 e 2014 e de 2015 a 2018. A transversalidade também foi um fator observado, registrando pesquisadores das ciências da saúde, biológicas, agrárias e humanas (PRÁTICAS, 2019; DADOS, 2019).

²⁰ A consulta pode ser feita no link <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/servc2br.def> (o caminho na *home* é: Acessar > Rede assistencial > CNES estabelecimentos > Serviço/Classificação a partir de março de 2008), inserindo-se o código 134 – referente aos serviços de PICS – no campo “classificação do serviço”. Constam os seguintes serviços para consulta: 001 Acupuntura; 002 Fitoterapia; 003 Outras práticas em medicina tradicional chinesa; 004 Práticas corpo-mente; 005 Homeopatia; 006 Termalismo / Crenoterapia; 007 Antroposofia aplicada à saúde; 008 Práticas expressivas; 009 Ayurveda; 010 Práticas naturais; 011 Práticas manuais; 012 Práticas psicodinâmicas; 013 Ozonioterapia; 014 Aromaterapia; 015 Imposição de mãos

²¹ Para listar os recursos terapêuticos entre parêntesis utilizou-se o “Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS”, publicado em 2018 (BRASIL, 2018a).

²² As PICS são predominantemente trabalhadas na APS. Em artigos informativos na *homepage* do MS são levantadas as porcentagens de 78% (PRÁTICAS, 2019b) e 88% (EM SÃO PAULO, 2018) das PICS. Embora conflitantes, ambos os valores representam a relevante aproximação das PICS às tecnologias leves de cuidado e à aspectos preventivos, de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

As principais práticas estudadas (51% com enfoque no SUS e 57% sem enfoque na saúde pública) referem-se àquelas operadas com recursos naturais: plantas medicinais e fitoterapia, apiterapia, aromaterapia, geoterapia e termalismo social/crenoterapia. O segundo conjunto de práticas mais pesquisadas são as denominadas “contemplativas e vibratórias”, dentre as quais: meditação, imposição de mãos, bioenergética, reiki, terapia de florais e a cromoterapia. As RM (ou sistemas complexos em saúde) que abrangem ayurveda, antroposofia, homeopatia e a medicina tradicional chinesa ocupam o terceiro lugar, seguidos pelas práticas corporais (yoga, biodança e dança circular) e pelas práticas coletivas (constelação familiar, hipnoterapia e terapia comunitária integrativa). Musicoterapia, arteterapia, terapias manuais e manipulativas (shantala, quiropraxia, osteopatia, reflexoterapia), ozonioterapia e naturopatia também foram assinaladas, perfazendo todas as vinte e nove PICS (PRÁTICAS, [201-]).

Como consequência direta da PNPIC, legislações estaduais e municipais espalham-se pelo país. Em março de 2019, além do Distrito Federal (Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde), outros nove estados brasileiros possuíam leis ou projetos de lei neste sentido: Goiás (Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares), Mato Grosso (Plano Estadual de Medicina Natural e Práticas Complementares no âmbito do SUS), Minas Gerais (Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares/MG), São Paulo (Projeto de Lei nº 130/2013)²³, Espírito Santo (Política de Práticas Integrativas e Complementares do Estado do Espírito Santo), Santa Catarina (Lei Estadual nº17.706/2019, que dispõe sobre as Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS em Santa Catarina), Paraná (Política Pública de PICS no âmbito do SUS/PR), Rio Grande do Sul (Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul) e Rio Grande do Norte (Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS do RN) (ALMEIDA, 2019b).

Compete ao gestor municipal sancionar normas ou publicar portarias para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde. Vários municípios também já caminham neste sentido como as capitais Recife (Portaria Municipal nº122/2012), Florianópolis (Instrução Normativa

²³ Conforme consulta ao site da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP, c2020), o PL 130/2013, cuja ementa prevê a instituição da Política Estadual de PICS no SUS em SP, após a publicação de três pareceres favoráveis, encontra-se no status “pronto para a ordem do dia” desde 04/03/2016. Anterior a ele, outros três projetos tramitaram na Assembléia Legislativa: PL 1509/2007 (pretendia criar o “Programa Estadual de Práticas Integrativas”, com última tramitação em 20/05/2009, via uma solicitação de tramitação em regime de urgência, após pareceres favoráveis em 2008), PL 770/2010 (pretendia estabelecer diretrizes para a “Política Estadual de PICS no SUS”, arquivado em 31/03/2011) e PL 1062/2011 (idem, arquivado em 09/06/2018, após veto do governador em 2012).

Municipal nº4/2010) e São Paulo (Portaria Municipal nº204/2019) e algumas cidades interioranas, como Santo Ângelo²⁴, no Rio Grande do Sul (TONIOL, 2015, p.35).

Em relatório publicado em abril de 2019, que traça a evolução da Estratégia de MT, considerando-se o período de 2012 a 2018, a OMS destaca positivamente plataformas e iniciativas de conhecimento brasileiras e da América Latina. Além do já mencionado ObservaPICS, aparecem o Consórcio Acadêmico Brasileiro em Saúde Integrativa (CABSIn) e a Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS/MTCI)²⁵ (WHO, 2019a, p.21).

O CABSIn é uma rede colaborativa de pesquisadores presente em todos os estados brasileiros, organizado em 4 comitês: dor, produtos naturais, pediatria integrativa e oncologia integrativa. Um de seus objetivos é fornecer subsídio a gestores públicos, profissionais de saúde e população em geral com informações científicas qualificadas. Foi criado em 2017 no 1º Congresso Nacional de PICS, ocorrido em Natal-PA. Em 2018, tinha em seus cadastros mais de 440 pesquisadores de cinquenta e oito universidades públicas e cinquenta e sete universidades privadas do Brasil (OFICINA, 2019). Em 2019, iniciou o trabalho de montar mapas de evidências²⁶ (MAPA, 2019) objetivando a sistematização e a facilitação do acesso às evidências disponíveis sobre aplicabilidade clínica das PICS incluídas na PNPIC para o apoio à profissionais de saúde, tomadores de decisão e pesquisadores rumo à ações de saúde baseadas em evidências (MAPA, 2020).

A primeira etapa do projeto foi registrada em dez Mapas de Evidências de efetividade clínica (MAPAS, [20--]):

- i) da prática da meditação;
- ii) da prática da yoga;
- iii) das plantas medicinais e fitoterapia para saúde mental e qualidade de vida;
- iv) das plantas medicinais e fitoterapia para distúrbios metabólicos e fisiológicos;

²⁴ No texto da Lei Municipal de Santo Ângelo/RS nº3597/2012, notam-se possibilidades de flexibilização no elencamento das PICS nas cidades, ainda que se desconheçam os conflitos de ordem legal que isto acarrete. No que se denominou “Programa de terapias naturais”, a lei especifica dentre as modalidades de terapias: “bioterapia”, “psicanálise”, “aconselhamento”, “iridologia”, “alfaterapia”, “oligoterapia”, “radiestesia”, “podologia”, “trofoterapia”, “ginástica terapêutica”, “terapia cristalina”, dentre outras que viriam a ser inseridas na PNPIC, como bioenergética, terapia floral, quiropraxia, geoterapia, etc (SANTO ÂNGELO, 2012).

²⁵ Além das instituições mencionadas no relatório da OMS, há iniciativas como a Rede Nacional de Atores em PICS que, além de estimular a criação de um Fórum de entidades que apoiam as PICS, promove troca de informações por meio de site e página no facebook (ATORES, 2019).

²⁶ “Mapa de Evidências é um método emergente de tradução do conhecimento que busca sintetizar, identificar, descrever e caracterizar a evidência científica que existe para uma determinada temática ou condição de saúde. (...) Nos Mapas de Evidência os estudos selecionados são apresentados em uma estrutura de intervenções avaliadas *versus* resultados ou desfechos medidos, destacando graficamente as lacunas onde existem poucos ou nenhum estudo e onde há uma concentração deles” (MAPA, 2020).

- v) das plantas medicinais e fitoterapia para doenças crônicas e dor;
- vi) da ozonioterapia bucal;
- vii) da shantala;
- viii) das práticas mente e corpo da medicina tradicional chinesa;
- ix) da auriculoterapia; e
- x) da ozonioterapia médica.

O Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS), abrigado em Pernambuco, na Fiocruz, foi criado em novembro de 2018. Seu objetivo passa pelo estímulo à reflexão sobre os modelos de saúde e o auxílio à gestores municipais, estaduais e federais, usuários, profissionais e conselheiros de saúde na implantação e no contato com as PICS (OBSERVATÓRIO, 2019).

A BVS/MTCI nasceu da ideia de criação de uma rede de colaboração em MTCI para a Região das Américas, em reunião da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) em 2017, na Nicarágua. Contando com mais de 2,5 milhões de publicações (ALMEIDA, 2019a), a biblioteca tem os seguintes objetivos (SOBRE, [20--]):

- i) promover o acesso aberto à informação e à evidência científica;
- ii) promover a tomada de decisões informadas pelo melhor conhecimento e evidência disponíveis dos pesquisadores, gestores, profissionais e alunos da área da saúde;
- iii) facilitar a troca de conhecimento e a colaboração entre atores;
- iv) facilitar a visibilidade de experiências e boas práticas em MTCI.

No anexo da Portaria MS nº2436/2017, que aprova a PNAB, consta como uma das atribuições dos profissionais da APS “garantir a atenção à saúde (...), buscando a integralidade” (BRASIL, 2017f). Como meios para este fim, estipula-se a incorporação de “diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares”. Também no anexo da Portaria MS nº154/2008 (BRASIL, 2008b), que criou os NASF, as PICS figuram entre uma das ações de responsabilidade dos profissionais dos núcleos.

No detalhamento das ações envolvendo as PICS, o texto da portaria prevê intervenções tanto individuais quanto coletivas em sintonia com a ESF e com outros equipamentos públicos do território, como escolas e creches. Prevê-se a realização das práticas na atenção às prioridades locais com ampliação do sentimento de pertinência social nas comunidades. Além disso, espera-se a criação de espaços de inclusão social e a capacitação e identificação de membros da comunidade e agentes comunitários com potencial para atuarem como facilitadores/monitores tanto na promoção das práticas, quanto no processo de divulgação e veiculação de informações relacionadas visando a prevenção, a minimização dos riscos e a

produção do autocuidado. Também são apontadas as possibilidades de processos de educação permanente sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado e demais metodologias da aprendizagem em serviço (BRASIL, 2008b).

As PICS contribuem para o fortalecimento da integralidade enquanto princípio fundamental do SUS. Aliadas ao paradigma vitalista/energético e às RM, preenchem lacunas do sistema biomédico quanto à resolutividade terapêutica de seus serviços, sustentando sentidos, significados e valores sociais distintos dos dominantes diante do sofrimento, do adoecimento, do tratamento e da cura de doenças (NASCIMENTO et al., 2013, p.3600). A atenção em saúde via PICS demanda a integralidade em saúde traduzida em humanização, centramento na pessoa, visão ampliada do processo saúde-doença, escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico, autonomização do usuário e promoção do autocuidado (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015, p.13, p.21; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018a, p.07).

Para a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS), divisão inserida no Departamento de Atenção Básica do MS desde 2006 (quando da PNPIC), as PICS atuam para o empoderamento dos sujeitos, favorecendo a percepção dos processos de adoecimento e de cuidado, tanto para o autocuidado individual, quanto para a construção de redes cuidadoras nas comunidades. Como consequência nota-se o uso mais equilibrado das ações e serviços de saúde, desprivilegiando a cultura de medicalização e de utilização exagerada e indevida de exames e procedimentos (AMADO, 2018, p.02).

As PICS atuam via tecnologias leves, econômicas e menos invasivas na conservação, promoção, recuperação da saúde, prevenção e assistência paliativa (evitando, abrandando ou acalmando sintomas) de agravos e patologias. Suas possibilidades terapêuticas aparecem como complementos, sobretudo, na APS (mas, não somente). Neste nível é onde predominam os cuidados com a epidemia de condições crônicas e com os fatores de risco biopsicológicos – tanto os não modificáveis como idade, sexo, hereditariedade, etc, quanto os modificáveis como colesterol, alteração glicêmica, tabagismo, uso excessivo de álcool e drogas, alimentação inadequada, sobrepeso, falta de atividade física, etc. Trata-se do atendimento na zona de autocuidado apoiado, que respondem de 70 a 80% das condições de saúde: problemas cardiovasculares, sequelas pós-traumáticas, diabetes, cânceres, problemas respiratórios, artrites, osteoporose, patologias infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV, etc), estados fisiológicos que requerem acompanhamento como gravidez, atenção perinatal, incapacidade funcional, ciclos de vida específicos como infância, adolescência ou das pessoas idosas, estresse, sofrimento psíquico, depressão, baixa autoestima, isolamento social, etc.

A visão ampliada e holística das PICS considera os pressupostos científicos e suas diversas interfaces com os aspectos biológicos, mentais, sociais, culturais, ambientais e espirituais no pensar e agir do cuidado integral em saúde. Valorizando fundamentalmente a pessoa, agregam valor às ciências do cuidado, sendo capazes de acolher o sofrimento humano em sua complexidade, singularidade e integralidade (LUZ; NASCIMENTO, 2019).

1.1.12. Integralidade e Reforma Psiquiátrica

A integralidade na Reforma Psiquiátrica aparece delineada em dois aspectos principais:

- i) como cuidado integral centrado na pessoa humana portadora de direitos e singularidade;
- ii) como assistência integral possível de ser prestada aos diferentes graus e estágios de complexidade do adoecimento mental.

Para iniciarmos as aproximações do primeiro aspecto, parte-se de uma analogia proposta por Amarante (2003). Se a saúde mental estivesse a redigir um texto, em muitos momentos, ao se escrever da doença, a pessoa apareceria na sequência, colocada entre parênteses. Neste sentido, a integralidade da Reforma Psiquiátrica aparece como um movimento de inversão desta escrita: passa-se a escrever, sobretudo, da pessoa humana, reservando às patologias o lugar entre os parênteses. Os cuidados em saúde mental relacionados aos fenômenos da loucura, dos transtornos e dos sofrimentos psíquicos, assumem uma nova condição de centramento na pessoa e em suas experiências. Disto passam a ser propostos rompimentos criativos com as ideias de doença mental, cura, ciência, técnica e verdade.

Esta Reforma Psiquiátrica, que traz a pessoa para o centro de um cuidado integral e ampliado, é um processo ou fenômeno dinâmico, envolvendo uma complexa rede de atores sociais e interesses. Trata-se de um processo que não pode ser reduzido nem à reorganizações legais, administrativas e tecnocráticas de serviços, nem à modernização das técnicas terapêuticas e nem à humanização das perversas e violentas características da instituição asilar (AMARANTE, 2003).

Segundo Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida em pelo o menos quatro dimensões diferentes e coexistentes:

- i) a dimensão epistemológica, que permite traduzir o movimento “reformador” enquanto transição paradigmática da ciência psiquiátrica moderna;
- ii) a dimensão técnico-assistencial, relacionada à produção mesma dos cuidados;

iii) a dimensão sociocultural, associada ao imaginário e aos significados sociais para a loucura, cura, sofrimento psíquico, transtorno mental, usuários e profissionais da saúde mental;

iv) a dimensão política-jurídica, atrelada aos interesses coletivos e institucionais e as normativas elaboradas das negociações ou imposições entre eles.

Da dimensão epistemológica, nota-se que apesar de receber a denominação de reforma, não seria conceitualmente equivocado nomear a Reforma Psiquiátrica de Revolução Psiquiátrica, no sentido que aplica, por exemplo, Thomas Kuhn ao falar da superação dos paradigmas científicos. No Brasil, o uso do termo “reforma”, entretanto, responde a uma intenção estratégica elaborada durante a década de 1980. Mais especificamente, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Movimento Sanitário e sua “Reforma Sanitária” inspiraram a opção terminológica com fins de construir viabilidade política (AMARANTE, 2003).

Em termos globais, faz-se importante reconhecer que psiquiatria é essa que se pretende revolucionar ou reformar. Marcantemente a partir do século XVII, a medicina ocidental começa a transformar seu viés hipocrático, de ênfase nas potências autorregenerativas do corpo, rumo à outro mais centrado no diagnóstico de doenças. Tanto na cultura médica quanto na cultura geral, a classificação das doenças (nosologia), fundamentada em descrições detalhadas de bases físico-químicas e biológicas, passa a assumir papéis cada vez mais importantes. Desta forma, concede-se à doença o status de entidade autônoma, externa e que se empodera do indivíduo (PEREIRA, 2014).

Não somente as potências internas de regeneração, mas os próprios sujeitos em sua complexidade são suspensos – colocados entre parênteses – para que a doença assumisse a frente enquanto fato natural e disponível para observação sistemática e catalogável. A psiquiatria contemporânea – na passagem do século XVIII para o XIX – nasce durante a vigência desse estilo de pensamento, donde derivam aparatos científicos, legislativos e institucionais voltados à doença (AMARANTE, 2003; PEREIRA, 2014).

Segundo Vieira (1981), os saberes e técnicas psiquiátricas adquirem legitimação política quando a loucura, no início do século XIX, é caracterizada como doença mental assumindo a condição de um objeto científico. O louco passa a ser aquele que é acometido não por algo não observável, como poderia levar a crer a noção do mental, mas por algo palpável, cerebral e anatômico.

Se, por um lado, os sintomas da patologia mental violavam uma certa ordem anatômica e fisiológica, de outro, violavam uma ordem social de natureza normativa, jurídica e moral. Os “doentes mentais” – espalhados por hospitais gerais, casas de caridade, depósitos de mendigos,

prisões familiares e casas de detenção – são cada vez mais estigmatizados como perigosos a ordem política. Também sobre esta violação as medidas psiquiátricas e sua pretensa neutralidade científica passam a atuar como forças corretivas (VIEIRA, 1981).

A nascente psiquiatria e a figura do médico psiquiatra cientificamente competente, conhecedor das doenças e dos doentes, passa a ser legitimada não apenas por esquemas científicos, mas também por legislações e normativas estatais. Os tratamentos físico-químicos confundem-se com os tratamento físico-morais e a psiquiatria passa a cumprir, sobretudo via processos de hospitalização involuntária em hospitais psiquiátricos, uma função social e institucional de afirmação dos valores dominantes. Surge a figura do psiquiatra institucional, um empregado burocrático cujo uso da força passa a ser sua característica social mais importante. Força esta que passa a ser verificada desde os exames de sanidade, até os exames admissionais para empregos, estudo e pesquisa na área psiquiátrica (VIEIRA, 1981).

Da centralidade da doença à ascensão da psiquiatria enquanto poder sobre a loucura, Thomas Szasz, no livro “Fabricação da loucura: um estudo comparativo da inquisição e do movimento de saúde mental”, de 1970, propõe interessante analogia:

Em vez de nascer para o pecado, o homem nasce para a doença. Hoje, da mesma forma como antigamente acontecia com o sacerdote, o médico é o guia do homem, do berço ao túmulo. Em resumo, enquanto que na Idade da Fé a ideologia era a cristã, a tecnologia era clerical e o perito era o sacerdote, na Idade da Loucura a ideologia é médica, a tecnologia é clínica e o perito é o psiquiatra (SZASZ, 1978 apud VIEIRA, 1981, p.55).

Esta mistura entre as legitimações científicas e político-jurídicas institucionalizavam, portanto, a loucura centrada na doença mental. O cenário hegemônico passa a ser o de afastamento da pessoa enquanto portadora de direitos humanos e existenciais.

Com base em hipóteses pretensamente amparadas na ciência física, uma série de tratamentos desumanos foram elaborados. A cadeira giratória, feita para girar um paciente amarrado com o intuito de aumentar o volume de sangue em sua cabeça, é inventada por Benjamin Rush no século XVIII, nos Estados Unidos. Manfred Sakel, polonês, popularizava os choques insulínicos com comas induzidos. A hidroterapia, enquanto alternância brusca de banhos quentes e frios aparecia enquanto opção da prática psiquiátrica. Os italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini, na década de 1930, estabeleciam dosagens elétricas que não matassem o cérebro humano. Egas Moniz, português, ganharia um prêmio Nobel pela difusão da lobotomia (corte do lóbulo pré-frontal do cérebro, deixando pacientes calmos, plácidos e apáticos). Tornava-se usual o uso de tecnologias de contenção física, como camisas de força, amarras especiais, camas com cinturões, quartos-fortes ou celas incomunicáveis (SERRANO, 1986).

Hipóteses com base no desenvolvimento da ciência química também ampararam o cotidiano psiquiátrico. Ao longo do século XIX iniciam-se os usos de narcóticos e hipnótico-sedativos sintéticos e drogas convulsivas (SERRANO, 1986). No século XX, especialmente na década de 1950, a medicalização da psiquiatria é ainda mais ampliada com o surgimento do lítio, reserpina, fenotiazinas, benzodiazepínicos, inibidores de MAO, tricíclicos e butirofenonas (SABBATINI, c2003). Antidepressivos, tranquilizantes, antipsicóticos, soníferos, ansiolíticos, etc, participam do desenvolvimento de um grande comércio e de uma indústria de propaganda dirigida aos médicos. A terapêutica psiquiátrica estabelecia fortes relações com as multinacionais farmacêuticas, permitindo a analogia entre a química aplicada aos manicômios e as camisas-de-força ou quartos de contenção (SERRANO, 1986).

Talvez se possa assumir que o sentido da Reforma Psiquiátrica é o de questionar e propor a transformação deste cenário onde o saber psiquiátrico e o poder do médico institucionalizado fabricam proposições e argumentos sobre o doente e a doença mais ligados à afirmação de configurações político-jurídicas do que à pessoa. Quanto a integralidade em saúde que acompanha a Reforma, ela mira no cuidado centrado na pessoa humana, afastando a centralidade na doença e abrindo-se às necessidades, conflitos e valores existenciais humanos não indicados em classificações patológicas.

No Brasil, elementos do processo da Reforma Psiquiátrica já apareciam nos escritos de Machado de Assis (*O alienista*, de 1881) e Lima Barreto (*Cemitério dos Vivos*, de 1920). Além destes registros da literatura realista, há também trabalhos pioneiros de psiquiatria social de Ulisses Pernambucano, no Recife (década de 1930), a utilização da expressão artística como instrumento terapêutico por Ozório César (década de 1920) e Nise da Silveira (década de 1940) e as experiências com comunidades terapêuticas na década de 1960, em São Paulo e Rio Grande do Sul (YASUI, 2006).

Nas Universidades brasileiras passam a acontecer debates e discussões sobre movimentos internacionais de ruptura com a psiquiatria: a Anti-Psiquiatria (David Laing, Ronald Cooper, Thomas Szasz), a Psiquiatria Alternativa (Monique Elkaim, Giovanni Jervis, Felix Guattari, Sylvia Marcos, Alfredo Moffatt), a Psiquiatria Comunitária (Gerald Caplan, Wolfgang Huber) e a Psiquiatria Democrática Italiana (Agostino Pirella, Vieri Marzi, Giovanni Jervis, Franco Basaglia). No final da década de 1970, Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e Franco Basaglia participaram de eventos acadêmicos no Brasil. Em 1978, aconteceu a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental, dando origem ao “Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental”, mesmo ano em que ocorreria o 5º Congresso

Brasileiro de Psiquiatria (em Camboriú-SC), registrando em suas atas apoio ao movimento político de abertura e redemocratização do país (SERRANO, 1986; YASUI, 2006).

Em 1987, um ano após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram formulados os princípios e diretrizes do nascente SUS, acontecem a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, dando origem ao Movimento da Luta Antimanicomial. Em março daquele ano era inaugurado na cidade de São Paulo o primeiro CAPS do Brasil, Centro de Atenção Psicossocial “Professor Luiz da Rocha Cerqueira” (YASUI, 2006).

No final de 1992, o relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental apresentava entendimentos importantes sobre o processo saúde/doença, propondo “uma ética da autonomia e singularização” em alerta à proibição e à determinação de subjetividades segundo mecanismos técnico-científicos e institucionais (BRASIL, 1994). Em 1993, acontecia o 1º Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador-BA.

Os anos 1990 marcam a conquista de espaços institucionais pela Reforma, culminando, no início da década seguinte, na Lei nº10.216/2001 – a Lei da Reforma Psiquiátrica. Em seu texto fala-se do dever de proteção dos direitos e das necessidades das “pessoas acometidas de transtorno mental”, com explícita menção a um olhar atento (e integral) para a discriminação, exploração ou abuso em variados aspectos: raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e graus de gravidade ou tempo de evolução do transtorno. Do cuidado, a Lei dá ordens para que seja realizado em ambientes pouco invasivos, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Além disso, a reinserção social aparece como finalidade permanente e a internação hospitalar fica proibida no caso de possuir características asilares, desprovidas da “assistência integral”. O hospital psiquiátrico – atento à integralidade – faz-se opção legal apenas nos casos de insuficiência de recursos extra-hospitalares (BRASIL, 2001).

Arelada às determinações legais pela preferência por serviços comunitários e a ideia de reinserção social, a Portaria MS nº336/2002 – uma das consequências da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental – resolve sobre as diferentes modalidades de CAPS, definindo-os como serviços ambulatoriais, funcionando na lógica do território e voltados à usuários com transtornos mentais severos e persistentes. Esta Portaria, segundo Yasui (2006), transforma os CAPS como articuladores centrais das ações de cuidado de saúde mental nos municípios.

Em 2010, o relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental orientou outra normativa, a Portaria MS nº3088/2011 (BRASIL, 2011c), que instituiu a rede nacional de atenção psicossocial do SUS (RAPS). O texto da portaria, atento à proibição de instituições

asilares instituída em 2001 na Lei da Reforma Psiquiátrica, não classifica os hospitais psiquiátricos entre os pontos de atenção da RAPS, mencionando-os como opção enquanto a implantação e expansão da rede não se faz suficientemente consolidada. Além disso, enfatiza-se a continuidade dos processos de substituição dos leitos psiquiátricos. Os únicos serviços hospitalares listados entre os pontos de atenção estão exclusivamente os não-asilares, a saber, enfermarias especializadas em Hospital Geral e serviço hospitalar de referência.

Ainda que existam conquistas legais rumo à integralidade da Reforma Psiquiátrica, a dimensão factual continua a apontar sérios problemas. Em dezembro de 2018, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), o Ministério Público do Trabalho (MPT) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizaram uma inspeção nacional de metodologia rigorosa em 40 de 131 Hospitais Psiquiátricos com habilitação ativa em setembro de 2018. No relatório apresentado registrou-se a violação de direitos humanos e indícios de práticas de tortura e tratamentos desumanos ou degradantes (CFP, 2019, p.16). Veja-se trecho de suas considerações finais:

A análise produzida neste documento revela situação alarmante no que se refere à desassistência da atenção à saúde nos hospitais psiquiátricos brasileiros, com graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Diante deste quadro, não há como sustentar que as instituições inspecionadas possam ser consideradas instituições de saúde, pois, antes disso, são exclusivamente instituições de privação de liberdade. Nesse sentido, também, o fechamento de instituições com características asilares não pode ser interpretado como um fator que gere desassistência, uma vez que essas pessoas, privadas de sua liberdade, já se encontram desassistidas, distantes de estratégias de cuidado em saúde (CFP, 2019, p.492).

Neste sentido, o CFP propõe que sejam fechadas as portas de entrada e se persista na desinstitucionalização de todas as pessoas internadas (CFP, 2019). Esta orientação, entretanto, não encontra respaldo unânime. Dois anos antes do relatório mencionado acima, a Resolução CIT nº32/2017 (CIT, 2017b), que estabeleceu diretrizes para o fortalecimento da RAPS fez constar como pontos de atenção da rede os Hospitais Psiquiátricos Especializados, resolvendo no artigo 9º pela ampliação da oferta de leitos hospitalares qualificados, prevendo o ajustamento do valor das diárias de internação, embora ainda ressalte a importância da não ampliação da capacidade já instalada e da continuidade do processo de desinstitucionalização.

Posteriormente, a Nota Técnica MS nº11/2019, que esclareceu sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), destacou a impossibilidade da continuidade dos fechamentos de leitos psiquiátricos no país, alegando esta medida como um equívoco, seja pela falta de vagas para internação de

pessoas com quadros clínicos agudizados, seja por reparáveis impactos negativos em indicadores de Saúde Mental – como aumento de suicídios, de moradores de rua com transtornos mentais graves, aumento do uso de drogas como o crack e superlotação de serviços emergenciais (BRASIL, 2019).

Também como contraponto às opiniões do CFP, há os conteúdos do documento de 2014, denominado “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”, assinado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) juntamente com o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional de Médicos (FENAM) e a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp). As instituições argumentam que a exclusão dos hospitais psiquiátricos especializados da RAPS não teria sustentação científica e a falta de leitos psiquiátricos gera um grave problema de desassistência. Para assim afirmarem, ressaltam a necessária diferenciação entre leitos psiquiátricos sem equipes treinadas e leitos em unidades psiquiátricas de hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos modernos que, além de serem instituições abertas (não-asilares), apresentam equipes multiprofissionais voltadas ao atendimento diversificado e especializado de psicoses, transtornos do humor, álcool e drogas, adolescência, psicogeriatrica, etc (ABP et al., 2014).

Ainda neste documento, as associações apresentam uma crítica ao modelo de assistência à saúde mental baseado nos CAPS, alegando que estes não têm eficácia demonstrada enquanto serviço de reabilitação e reinserção social, além de progressivamente estarem excluindo o médico psiquiatra e a importância de sua atuação efetiva na assistência integral. A importância de um novo olhar para a desospitalização é reforçada com o argumento de que modelos assistenciais centrados em um único equipamento não podem prosperar, sendo necessários equipamentos diferentes para necessidades diferentes (ABP et al., 2014).

Em dezembro de 2015, ABP e FENAM, desta vez junto à Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA) e à Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM), emitem nota posicionando-se acerca da mudança na coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde (COSAM) e a reação de protesto do movimento da luta antimanicomial. No texto, propuseram-se centralmente a qualificar como esperançosa a indicação de um psiquiatra como novo coordenador, uma vez que as últimas décadas na condução da política de saúde mental teriam autoritariamente bloqueado a comunicação com as opiniões de médicos psiquiatras e familiares dos doentes. Neste sentido, a nota tece novas críticas aos CAPS, alegando sua insuficiente qualificação para o atendimento de pacientes com transtorno mental grave e persistente. Explicita-se que, tão inadequada quanto à abordagem hospitalocêntrica, estaria a “abordagem capsocêntrica”, uma

vez que nenhuma delas arcaria com as variadas demandas de diferentes estágios de adoecimento mental. Ou seja, não estariam aptas à integralidade no sentido da garantia de atendimento da prevenção até o mais difícil tratamento. O documento toca também no aspecto da integralidade como integração dos cuidados de saúde mental às redes de atenção primária, mencionando-se a consideração da APS como principal porta de entrada, triagem e resolução de grande parte da demanda assistencial (ABP et al., 2015).

A reivindicação por uma integralidade que atenda diferentes demandas de adoecimento mental também aparece na citada Nota Técnica MS nº11/2019. Nela afirmou-se que não se deve mais falar em redes substitutivas, uma vez que os serviços não seriam substituíveis, mas complementares uns aos outros, coexistindo idealmente em harmonia. Por isso, não se deve fomentar fechamento de unidades de qualquer natureza, incluindo os hospitais psiquiátricos. Estes desempenhariam importante papel na garantia de acesso aos melhores tratamentos e ao atendimento qualificado (BRASIL 2019).

Vê-se que tanto as normativas do MS, quanto as opiniões das associações médicas não ignoram a proibição da Lei da Reforma Psiquiátrica sobre a internação em instituições asilares desprovidas de atenção integral. O que fazem, entretanto, é enfatizar um outro aspecto da integralidade, o do atendimento integral da diversidade de demandas e gravidades de problemas de saúde mental.

Ao retomarmos o quadro factual apresentado pelo relatório da CFP, quando da inspeção realizada em 40 Hospitais Psiquiátricos, é a integralidade da pessoa humana e a consequente exigência ética de eliminação dos abusos asilares que se destaca. Em relação à este sentido, Paulo Amarante (ENTREVISTA, 2018), em entrevista concedida ao Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), entende que o texto legal da Resolução CIT nº32/2017 (CIT, 2017b) representa um retrocesso, por enfatizar investimentos nos manicômios, comunidades terapêuticas e no modelo ambulatorial, cujos modelos seriam eminentemente medicalizantes e centrados na ideia da doença exclusiva do indivíduo e não também da sociedade. Além disso, alerta para a possível influência de interesses de empresários dos hospitais psiquiátricos, da indústria farmacêutica ou, como chama, “da indústria da loucura”, diante da perda de milhares de leitos no país.

Como se disse parágrafos acima, talvez se faça correto assumir que a Reforma Psiquiátrica tem como sentido principal o questionar e propor modificações ao cenário histórico, político e epistemológico relacionado aos transtornos e sofrimentos psíquicos e ao cuidado que recebe a pessoa humana por eles acometida. Neste sentido, parece simbólica a carta que um médico psiquiatra, auto proclamando-se militante da Reforma Psiquiátrica

(OLIVEIRA, 2015), publicou em resposta à acima mencionada nota de 2015, em que a ABP e outras organizações criticavam o CAPS e a “abordagem capsêntrica” em meio à denúncia de autoritarismo na condução da política de saúde mental, bloqueando a comunicação com os médicos psiquiatras (ABP et al., 2015).

Na carta, que aparece direcionada aos “colegas médicos da ABP”, fala-se do protagonismo de pacientes e familiares e a importância, neste sentido, da forma de cuidado na comunidade ao invés do modelo manicomial. Além disso, reforça que talvez interesses corporativos da profissão estariam a impedir a percepção de que, para além da reforma da assistência à saúde mental ou dos hospitais psiquiátricos, o que é central é a reforma da própria psiquiatria e a democratização de seu saber (OLIVEIRA, 2015).

Rever a condição do psiquiatra e da psiquiatria, problematizando as consequências do saber e do poder científico médico-psiquiátrico, parece ser um valioso movimento diante da perspectiva da integralidade enquanto centramento na pessoa humana. Um tanto neste sentido é que a Reforma Psiquiátrica é pensada na dimensão da clínica, espaço de talvez maior proximidade entre a pessoa que necessita de cuidados e aquele que se propõe a cuidar pela escuta, observação, hipótese diagnóstica e orientação.

Amarante (2003), no texto “A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica”, apresenta a clínica reformada (ou revolucionada) como sendo a clínica ampliada (vide p.67-70). Trata-se de um espaço aberto a criação de sociabilidades e subjetividades, sem verdades inquestionáveis ou definitivas sobre técnicas, práticas ou saberes. Nesta nova clínica não há supremacia ou hegemonia de teoria, corrente clínica ou mesmo profissão, envolvendo gradativas rupturas conceituais, técnicas, políticas, jurídicas e sociais.

O lugar de operador da atividade clínica junto ao paciente psiquiátrico não mais se restringe aos médicos psiquiatras, podendo ser ocupado por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, educadores físicos, etc. São inúmeras profissões e especializações que podem desenvolver competências para lidar com os sofrimentos e transtornos psíquicos, dentro e fora dos serviços assistenciais (AMARANTE, 2003). Neste contexto, pode-se colocar o que diz o filósofo clínico Strassburger (2009, p.106), profissional atuante no contexto hospitalar psiquiátrico de Porto Alegre-RS. Segundo ele, mesmo carências e fragilidades para o exercício da clínica psiquiátrica, quando bem elaboradas, podem vincular-se a uma excepcional e poderosa manifestação de humanidade, uma “força e dedicação incomuns à pluralidade do fenômeno humano”.

De toda a discussão estabelecida e suas polaridades, talvez se encontre um movimento harmonioso. Ao que parece, a integralidade do atendimento aos diferentes graus e estágios de

complexidade dos processos de adoecimento mental é prejudicada quando o fechamento dos leitos hospitalares ocorre sem expansão qualificada da rede extra-hospitalar. Também parece que há prejuízo no atendimento integral quando as críticas à psiquiatria resultam em silenciamento e não participação da ciência médica na assistência. Por outro lado, o ainda persistente cenário de descaso aos direitos humanos em instituições asilares, fere a integralidade em saúde como centramento na pessoa humana. Ao mesmo tempo, não parecem ajudar aqui, nem a ênfase na técnica psiquiátrica restrita à clínica medicamentosa e nem a apresentação de argumentos fundamentalmente motivados por interesses corporativistas ou de afirmação de superioridade científica. Levar todos estes pontos em conta e pensá-los junto a cada situação singular, sem generalizações apressadas, parece ser o caminho mais adequado.

1.1.13. Integralidade como integração da saúde mental na APS

A integralidade também está na ideia de reorientação da atenção em saúde mental. De um modelo hospitalocêntrico para um sistema assistencial extra-hospitalar, propõe-se que haja integração da saúde mental nas redes de atenção centradas na APS, com vínculos no território e na comunidade.

A APS é o nível onde são tratados os principais problemas de saúde de uma comunidade e o acesso primeiro ao continuado processo de assistência (OMS, 1978). Diante da crescente carga de problemas de adoecimento associados a perturbações mentais, documentos como o elaborado em 2008 pela OMS e a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) – intitulado “Integração de saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global” – passaram a apontar evidências científicas que sinalizavam vantagens da integração dos cuidados e serviços em Saúde Mental na APS.

O documento enumera sete razões para esta integração. As três primeiras partem das seguintes constatações: a enorme carga de perturbações mentais; o déficit de tratamentos adequados destas perturbações; e a natureza interligada entre processos físicos e mentais. As outras quatro razões trabalham evidências científicas acerca das altas probabilidades de benefícios a partir da integração: o acesso aos serviços de saúde mental é melhorado; há maior promoção de respeito aos direitos humanos; aparecem indicadores de uma excelente relação custos/benefícios; e o cuidado em si apresenta qualidades e resultados positivos (OMS; WONCA, 2008).

A alta prevalência dos transtornos mentais (TM) tornou-se um problema de saúde pública (ATHIÉ et al., 2012). Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e

de Comportamento (CID-10) (apud SANTOS; SIQUEIRA, 2010), os TM são classificados “como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química”. Também aparecem “como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar”. Dentre os TM incluem-se os transtornos de ansiedade, depressão, transtornos somatoformes, neuroses, transtornos do humor, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e os transtornos graves como psicoses, manias e esquizofrenias.

Em 2010, os TM representavam 7,4% da carga global de doenças – número representativo das causas de morte prematura e invalidez. Ao se incluir no cálculo os suicídios atribuídos aos TM, o número sobe para 8,3%, transformando os problemas de ordem mental da quinta para a terceira causa de carga de doença (BONADIMAN, 2017). Em 2009, estimava-se que 154 milhões de pessoas sofriam de depressão e 25 milhões de pessoas de esquizofrenia; 91 milhões de pessoas eram afetadas por perturbações derivadas do abuso de álcool e 15 milhões por perturbações do abuso de drogas. Pelo menos 50 milhões de pessoas sofriam de epilepsia e 24 milhões de Alzheimer e outras formas de demência. Cerca de 877 mil pessoas morriam devido ao suicídio a cada ano (OMS; WONCA, 2008, p.25). Para 2030, há estudos que preveem a depressão como a segunda maior causa da carga global de doença – menor apenas do que o HIV/AIDS (OMS; WONCA, 2008, p.27).

Os TM aparecem como causa de 12% a 15% da incapacidade mundial total, mais do que as doenças cardiovasculares e duas vezes mais que o câncer (ATHIÉ et al., 2012). Um estudo de Patel e Chatterji (2013) constatou que a carga crescente de problemas de saúde mental – principalmente depressão e uso abusivo de álcool – representa o maior aumento proporcional da carga global nas últimas duas décadas.

Vários estudos ao redor do mundo reforçam um déficit significativo no tratamento dos TM, em todos os países. Constatou-se, por exemplo, que de todos os adultos afetados por doenças mentais, são tratados 30,5% nos EUA, 27% na Europa e menos de 1% na Nigéria (THORNICROFT; TANSELLA, 2013). Segundo a OMS (2014, p.15), as taxas de acesso à tratamentos variam de 13 a 33% em países de alta renda e de 5% a 13% em países de baixa e média rendante 11% e 30%. No que diz respeito aos TM graves, o índice em países de baixa e média renda é de 15% a 24% e nos países de alta renda, ainda que sejam superiores, continuam representativos: entre 50% e 65% (OMS, 2013b, p.39). Dados disponíveis no relatório da OMS e WONCA (2008, p.35) indicam que 67% e 45% são os déficits de tratamento da depressão, respectivamente, na África e na Europa. No mesmo relatório, cita-se estudo europeu de 2007

que mostrou que, enquanto 92% das pessoas com diabetes utilizavam serviços de cuidados para sua condição física, apenas 48% das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental estavam a frequentar serviços formais (OMS; WONCA, 2008, p.35).

Há também variadas evidências acerca das ligações multidirecionais entre os processos de saúde-doença mentais e físicos. Por exemplo, há dados que apontam que a depressão predispõe os indivíduos a desenvolver infartos do miocárdio, assim como a ocorrência de infartos do miocárdio aumenta a probabilidade de depressão. Em uma lógica semelhante, ataques de pânico predispõem o indivíduo à asma, assim como problemas de asma aumentam a prevalência de ataques de pânico (OMS; WONCA, 2008, p.29).

Há também evidências de unidirecionalidade. Por exemplo, tem sido observado: que ansiedade e depressão disparam mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunológico, aumentando a suscetibilidade para vários processos de adoecimento físico; que altos níveis de *stress* podem aumentar a chance do desenvolvimento de gripe comum, assim como atrasar a cicatrização de feridas (OMS; WONCA, 2008, p.30); ou que ataques de pânico estão correlacionados ao aumento do risco de eventos cardiovasculares (PATEL, CHATTERJI, 2015, p.1499).

Também processos de adoecimento mental aumentam as chances de comportamentos de risco para a saúde física, como o uso abusivo de drogas e álcool e uso de tabaco. Também estão incluídos comportamentos de desordem alimentar (acarretando obesidade e outros problemas nutricionais) e de personalidade, inatividade, baixa alfabetização em saúde, acesso precário a atividades de promoção da saúde e falta de motivação e energia (NAYLOR et al., 2016, p.08; PATEL, CHATTERJI, 2015, p.1499).

Depressão, ansiedade e esquizofrenia estão associadas à maiores índices de uso do tabaco, assim como esquizofrenia e depressão apontam para reduções na aderência a terapêuticas medicamentosas. Dados comparativos entre pessoas com e sem TM mostram que indivíduos com este tipo de problema têm maior risco de contrair patologias transmissíveis como HIV e tuberculose, além de diabetes, doenças cardíacas, AVC e doenças respiratórias (OMS; WONCA, 2008, p.30-31).

O abuso do álcool mostra-se como relevante fator de risco para câncer, doenças cardiovasculares, derrame e doença hepática, além de comprometer as funções imunológicas. Os efeitos colaterais de medicamentos utilizados no tratamento de transtornos mentais, principalmente esquizofrenia, podem levar ao ganho de peso, hiperglicemia e dislipidemia. Observam-se maiores índices de controles inadequados da glicemia entre diabéticos, e da

pressão arterial entre hipertensos, quando estes apresentam comorbidade com transtornos mentais (PATEL; CHATTERJI, 2015, p.1499).

Também a taxa de mortalidade entre pessoas com transtornos mentais é mais alta, tanto sem comorbidades (OMS; WONCA, 2008, p.31; PATEL; CHATTERJI, 2015, p.1500), quanto junto à doenças crônicas como AVC, artrite e distúrbios vasculares (PATEL; CHATTERJI, 2015, p.1499). A expectativa de vida para pessoas com esquizofrenia ou desordem bipolar é de 15 a 20 anos mais baixa que a população geral: uma redução maior que a ocasionada por doenças cardiovasculares e outras condições de saúde física (NAYLOR et al., 2016, p.08).

Nota-se também a influência dos problemas de Saúde Mental na dificuldade de acesso aos cuidados de saúde física. Dados na Inglaterra e País de Gales revelaram que a presença da discriminação de pessoas com perturbações mentais inviabiliza o tratamento de problemas físicos. No Canadá, pessoas com esquizofrenia e demência apresentaram menor probabilidade de acesso à operações de revascularização do que pessoas sem estes problemas (OMS; WONCA, 2008, p.31).

Quanto aos problemas de saúde mental gerados em decorrência de problemas de saúde física há, igualmente, uma série de exemplos. A exposição à diagnósticos e tratamentos de doenças como cancro, doença coronária e asma foi relacionado à maiores índices de problemas de saúde mental. Também o risco de TM é ampliado em decorrência de diagnósticos de HIV/AIDS (OMS; WONCA, 2008, p.31). A presença de doenças crônicas dolorosas ou incapacitantes, em geral, induzem ao aumento do stress e de transtornos mentais variados (PATEL; CHATTERJI, 2015, p.1499). Além dos TM diagnosticáveis há de se considerar outros fatores relacionados à saúde mental, como alto nível de preocupação em relação à doença e rupturas na vida familiar e profissional (OMS; WONCA, 2008, p.31).

As consequências mais comuns dos problemas de saúde física são depressão, ansiedade e deficiência cognitiva. Por exemplo, dados de 2005, da Holanda, apontaram que 52% das pessoas com doenças cardiovasculares mostravam sintomas de depressão. Dados da Grécia, de 2001, evidenciaram que diabetes e hipertensão frequentemente coexistem com problemas de depressão e demência (OMS; WONCA, 2008, p.31).

Outro aspecto a reforçar a tese da inseparabilidade dos processos de saúde-doença físico e mental envolve a somatização, a manifestação de sintomas físicos em decorrência de desarranjos emocionais. Estima-se que dois terços das somatizações são atribuídas à patologias catalogadas, incluindo síndrome do cólon irritável, fibromialgia, síndrome de fadiga crônica, dores pélvicas crônicas e disfunção temporomandibular (OMS; WONCA, 2008, p.33).

O outro terço representa sintomas medicamente inexplicáveis, manifestações que, apesar de relatadas como sentidas pela pessoa, a ciência médica não identifica como uma classificação específica. Alguns destes sintomas podem envolver dores musculoesqueléticas, dores de cabeça persistentes, cansaço, dores no peito, palpitações cardíacas, sintomas gástricos (NAYLOR, et al., 2016, p.26) e queixas desproporcionais à severidade de condições diagnosticadas (NAYLOR, et al., 2016, p.09). Ainda que não sejam necessariamente causados em decorrência de problemas de saúde mental, dados de 2007 registravam que cerca de 15% dos pacientes examinados nos cuidados primários que apresentavam sintoma somáticos eram diagnosticados com stress psicológico (OMS; WONCA, 2008, p.33).

Relatório inglês da *King's Fund*, de 2016, acerca do Sistema Nacional de Saúde inglês, aponta a gestão e o cuidado deficientes deste tipo de problema considerados um dos quatro grandes desafios para a integração entre saúde física e saúde mental²⁷. Diz-se que são problemas mais comuns do que se costuma reconhecer, representando um custo ao Sistema de Saúde inglês, segundo estimativa de 2010, de pelo o menos três bilhões de euros por ano em tentativas de diagnósticos e tratamento. Além dos custos excessivos, aponta-se para o problema ético no qual as repetidas investigações, além de não trazerem benefícios aos usuários, acabam gerando efeitos contraproducentes e prejudiciais (NAYLOR et al., 2016, p.09-10).

Outro desafio inglês apontado no relatório diz respeito ao limitado apoio que recebem os aspectos psicológicos da doença física. Um cuidado integrado deveria incluir um direcionamento às necessidades psicológicas das condições físicas, tanto na assistência quanto em iniciativas de prevenção e promoção. Particularmente, chama-se atenção aos casos que envolvem processos de adaptação à comprometimentos funcionais, econômicos e sociais, tanto os ocasionado por doenças, quanto por certos estados fisiológicos (como a gravidez) e ciclos de vida (como infância, adolescência e senescência) (NAYLOR et al., 2016, p.09).

A linguagem com que os problemas mentais são expressos também comunica algo da intrínseca relação entre as necessidades físicas e mentais. A ansiedade por vezes aparece como “nó no estômago” ou “palmas das mãos suadas”, assim como a depressão assume-se como “cansaço físico”, “lentidão” e “corpo pesado ou doloroso” (OMS; WONCA, 2008, p.33).

Segundo Souza et al. (2016, p.70), estima-se que 50% dos pacientes atendidos nos serviços de APS apresentam algum distúrbio psicológico ou problema de saúde mental.

²⁷ Os outros três desafios colocados no relatório são: altas taxas de problemas de saúde mental entre pessoas com condições crônicas; reduzidas expectativas de vida de portadores de doenças mentais graves, em grande parte relacionada à problemas de saúde física; e limitado apoio aos aspectos psicológicos dos processos de adoecimento físicos (NAYLOR et al., 2016).

Segundo Athié et al. (2016, p.02), as perturbações de maior ocorrência são os problemas de base psicossomática e os Transtornos Mentais Comuns (TMC) (ATHIÉ et al., 2016, p.02). Ainda que menos prevalente, há de se considerar a presença dos Transtornos Mentais Graves (TMG), impactantes para pessoas, famílias e equipes de referência (SILVA; GABRIELLONI, [2013?]).

Nos TMG é significativa a perda de funcionalidade social, que ainda que em alguns casos possa ser breve, em outros pode persistir por toda a vida. Basicamente, neste grupo são catalogados esquizofrenia, bipolaridade afetiva, bipolaridade psicótica, depressão recorrente grave, transtornos do espectro impulsivo-compulsivo (transtornos obsessivos compulsivos, transtornos alimentares, etc) e transtornos da personalidade (episódios micropsicóticos, personalidade histriônica, dependência exagerada, sociopatia, etc) (SILVA; GABRIELLONI, [2013?]).

Já os TMC, expressão e conceito proposto na década de 1970, por Goldberg e Huxley, apresentam-se como um conjunto de sintomas não psicóticos incluídos nos quadros de stress, ansiedade e depressão como, por exemplo, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Tratam-se de situações de sofrimento mental muitas vezes não abrangidas pelos critérios diagnósticos das classificações internacionais e que ocorrem frequentemente associadas às queixas somáticas (CARVALHO et al., 2013; MURCHO et al, 2016, p.31).

Como parte importante dos dados e informações aqui levantados há a aproximação dos problemas de saúde mental com a perspectiva das condições crônicas de saúde. Segundo documento de 2014, elaborado pela OMS e Fundação Calouste Gulbenkian, ao lado da educação e apoio aos profissionais da APS na identificação e tratamento de TMC e o incentivo à criação de vínculos de apoio com especialistas em saúde mental para supervisão e encaminhamento, o manejo das condições crônicas aparece como uma das principais tarefas para a integração da saúde mental na APS (WHO; GULBENKIAN, 2014, p.25). Parte deste manejo passa pela compreensão do problema da comorbidade.

Estima-se que metade das pessoas no globo possui alguma condição crônica de saúde. Destas, 25% apresentam comorbidades, incluindo a simultaneidade de condições crônicas de saúde física e mental. A presença de ao menos um tipo de TM é elevada quando se considera pessoas que apresentam condições crônicas de aspectos físicos. Dados de 2011 nos Estados Unidos, por exemplo, indicaram que quase 30% das pessoas em condições crônicas de saúde física relatavam um TM simultâneo (PATEL; CHATTERJI, 2015).

A recíproca também é verdadeira quando se investiga as pessoas com TM. Segundo Patel e Chatterji (2015), um estudo de 2012, na Escócia apontou que mais de dois terços das pessoas investigadas com TM demonstravam ter pelo menos uma patologia entendida como condição crônica. Os mesmos autores apontam que pacientes com TMG, como esquizofrenia, geralmente registram o convívio com outras condições crônicas, além de fatores de risco gerados por efeitos colaterais de tratamento medicamentosos, estilos de vida menos saudáveis e condições econômicas limitantes (PATEL; CHATTERJI, 2015). Segundo Naylor et al. (2016), estudos ingleses identificaram considerável aumento de pessoas vivendo com duas ou mais condições crônicas, indicando que de 12% a 18% dos gastos dos serviços de saúde para o tratamento delas vinculam-se também à depressão ou ansiedade (NAYLOR, et al., 2016, p.08).

Como visto no MACC, prevê-se que cerca de 70 a 80% das pessoas com condição crônica estabelecida ou com fatores de risco biopsicológicos para adquirirem uma condição crônica de saúde estão em condições de serem atendidas em uma zona de autocuidado apoiado. Sob a mesma lógica, a OMS propõe a figura abaixo:

Figura 2. Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental.

Fonte: OMS; WONCA, 2008, p.18.

Nota-se semelhança com a Figura 1, porém com a diferença de foco nos cuidados e serviços de saúde mental. A APS permanece sendo o componente fundamental, uma vez que, em momento precoce, pode identificar e tratar os TM, além de gerir pacientes psiquiátricos estabilizados, referenciar para outros níveis, atender as necessidades de saúde mental de pessoas que procuram o serviço por problemas físicos, além de atuar na prevenção de problemas e na promoção da saúde mental (OMS; WONCA, 2008, p.19).

Especialmente na APS, OMS e WONCA enfatizam o viés comunitário e universal via territorialidade como um aspecto que contribui para a diminuição dos riscos de violações dos direitos humanos, assim como de estigmas e discriminações. Como são as mesmas rotinas, para usuários com necessidades de saúde físicas ou mentais, esperam-se mudanças positivas nos olhares dos usuários, familiares, amigos, profissionais e outros membros da comunidade em relação aos TM (OMS; WONCA, 2008, p.43). Também o autocuidado (ou cuidados autogeridos), conforme previsto nas pirâmides do MACC e da OMS (Figuras 1 e 2), aparece como fator humanizante e de empoderamento, assumindo a importância do envolvimento, mesmo que em graus diferentes, das pessoas com TM em suas recuperações (OMS; WONCA, 2008, p.18).

Os cuidados na APS para saúde mental não são financeiramente caros e mesmo baixos investimentos podem trazer melhorias importantes. Além dos benefícios econômicos para os sistemas de saúde, usuários e familiares deixam de ter custos indiretos necessários à procura de cuidados especializados em localizações distantes (OMS; WONCA, 2008, p.25).

Além disso, a maioria das pessoas com TM assistidas na APS apresenta bons resultados em seus tratamentos (OMS; WONCA, 2008, p.25). Esta é uma constatação particularmente potente, uma vez que os serviços de APS podem desempenhar papel estratégico na detecção precoce de TM, assim como na identificação de comorbidades físico-mentais (SOUZA et al., 2016, p.70).

Outro importante aspecto da integralidade em saúde como integração da assistência à saúde mental na APS é a continuidade ou longitudinalidade dos cuidados, traduzida como relação continuada entre os profissionais e usuários (OMS; WONCA, 2008, p.19, p.25). OMS e WONCA (2008, p.17-18) colocam que a APS deve ser apoiada por outros níveis de atenção, incluindo serviços hospitalares e serviços baseados na comunidade, reconhecendo que nenhum serviço exclusivo pode preencher todas as necessidades de saúde mental. Desta forma, sugere-se como imprescindíveis o apoio, supervisão, colaboração, educação e partilha de informações entre os diferentes níveis.

Ainda que existam muitos aspectos positivos na integração da saúde mental na APS, elementos como a identificação dos TM e das comorbidades, o diálogo fortalecido e o aspecto da longitudinalidade e continuidade da integralidade nem sempre estão presentes. Além do obstáculo das dificuldades de comunicação entre níveis e serviços, há problemas de sub-detecção e sub-tratamento influenciados por fatores diversos e complexos (OMS; WONCA, 2008, p.37).

Dos profissionais, há o desafio da reduzida carga horária na formação teórica e prática em tópicos de saúde mental. Dos usuários, existem elementos como o não reconhecimento dos sintomas (muitas vezes, por centrarem-se apenas nos sinais físicos), a subestimação da gravidade dos problemas, a vergonha em usar serviços de saúde mental e o medo de hospitalização involuntária. Dos sistemas de saúde, observa-se inadequação ou falta de recursos humanos e financeiros, além de problemas estruturais como fragmentação e falta de dispositivos para populações mais vulneráveis. Dos fatores culturais, há problemas que vão desde a identificação exclusiva das perturbações mentais à comportamentos irracionais e violentos, até o cultivo de ideias erradas sobre a inexistência de possibilidades de tratamentos eficazes (OMS; WONCA, 2008, p.38-40).

Em síntese, a OMS e a WONCA, reivindicando alinhamento aos valores e princípios da Declaração de Alma Ata e comunicando a intenção em ajudar os países a implementar e melhorar os cuidados de saúde mental na APS, solicitam o exame e a implementação de dez princípios (OMS; WONCA, 2008):

- i) a política e os planos governamentais precisam incorporar os cuidados primários à saúde mental;
- ii) campanhas de informação são necessárias para mudar atitudes e comportamentos;
- iii) os profissionais de cuidados primários necessitam de formação adequada;
- iv) os cuidados primários devem ter seus limites de atuação reconhecidos²⁸;
- v) profissionais e serviços especializados devem estar disponíveis no apoio aos cuidados primários;
- vi) medicamentos psicotrópicos essenciais devem ser disponibilizados nos cuidados primários;
- vii) a integração é um processo que leva tempo e desenvolvimento;
- viii) todos os serviços de saúde mental devem ter um coordenador;
- ix) é preciso que haja colaboração de setores externos ao sistema de saúde (educação, assistência social, trabalho, etc), ONGs, voluntários e profissionais de saúde internos às comunidades;
- x) são necessários recursos financeiros e humanos.

²⁸ Há consideráveis diferenças nos cuidados de TMC (stress, ansiedade, depressão) e TMG como esquizofrenia e perturbações bipolares. As funções da atenção primária, entretanto, poderão ser expandidas à medida que os profissionais ganhem experiência e sejam estabelecidos diálogos e avaliações das circunstâncias singulares do território junto à formuladores de políticas, profissionais de saúde, usuários e familiares (OMS, WONCA, 2008, p.58).

No que tange a política e os planos governamentais no Brasil, desde 2001, em oficinas de trabalho e congressos, o MS já demonstrava interesse na aproximação entre a saúde mental e a APS. Após a promoção de oficinas e seminários de 2001 a 2003, lançou o documento intitulado “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”, apresentando como dispositivo-diretriz fundamental para a inclusão das ações de saúde mental na APS o apoio matricial (BRASIL, [2004?]). Este apoio ou matriciamento (vide p.73) passaram a ser os termos representativos da integração dos cuidados de saúde mental na APS. Em inglês, a mesma ideia pode ser encontrada junto aos termos “*shared care*”, “*collaborative care*”, “*integrative care*” (ATHIÉ et al., 2012, p.66) ou “*comprehensive care*” (THORNICROFT; TANSELLA, 2013).

Uma revisão crítica realizada por Athié et al. (2012) acerca de trabalhos brasileiros publicados entre os anos 2000 e 2010 que tratavam da integração da Saúde Mental na APS, apresentou a integração na ESF como um dos principais desafios a ser considerado junto à Reforma Psiquiátrica brasileira. A mesma revisão apresentou o matriciamento ou apoio matricial como um convite à união entre os discursos do CAPS na Reforma Psiquiátrica e os da ESF na Reforma Sanitária.

O principal incentivo financeiro para a efetivação do matriciamento no SUS acontece com a publicação da Portaria MS nº154/2008 (BRASIL, 2008b) que, mencionando a magnitude epidemiológica dos TM, cria os NASF, apresentando a necessidade expressa de que os núcleos contassem com, pelo menos, um profissional de saúde mental a encarregar-se do apoio matricial (BONFIM et al., 2013).

Os NASF constituem-se como um avanço importante, caracterizando-se como uma das principais estratégias de atenção em saúde mental na APS, no sentido da integralidade/integração via matriciamento. Os núcleos são grupos compostos por profissionais especialistas de nível superior, de ocupações não-coincidentes, que atuam de forma compartilhada atendendo equipes da ESF, responsabilizando-se conjuntamente com elas pelas ações de saúde em um território (BONFIM et al., 2013).

Os NASF enquadram-se em duas modalidades, a depender da densidade populacional das regiões em que atuam, variando o número mínimo e máximo de equipes de ESF atendidas, o número mínimo de profissionais em suas composições e as categorias de profissionais previstas. As profissões coincidentes ou sempre presentes são: assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Já aquelas previstas apenas em uma das modalidades (NASF 1) – densidades populacionais maiores – são todas médicas: médico acupunturista, médico

ginecologista, médico homeopata, médico pediatra e médico psiquiatra. Nota-se que como profissionais da saúde mental são considerados o psicólogo, o terapeuta ocupacional e o médico psiquiatra (o que, entretanto, não exclui a possibilidade de admitir-se especializações em saúde mental por parte de outros profissionais do núcleo).

Uma consulta a dois trabalhos (BONFIM et al, 2013; MOSCOVICI et al., 2016) – sendo um deles uma análise da produção científica e documental entre os anos 1998 e 2012 sobre o apoio matricial de saúde mental na APS – apresenta um rol de ferramentas utilizados no matriciamento:

- i) elaboração do PTS e reuniões entre NASF e equipes da ESF;
- ii) consultas individuais ou em grupo com pacientes selecionados pelos matriciadores dos NASF;
- iii) consultas e visitas domiciliares conjuntas com membros da ESF e dos NASF;
- iv) usos de modernos recursos de comunicação pessoal entre profissionais (celular e e-mail);
- v) desenvolvimento, em colaboração dos especialistas do NASF, de cursos, diretrizes e protocolos clínicos para as equipes de ESF.

No estudo de Bonfim et al. (2013) apresentam-se indicadores que os agentes comunitários de saúde trazem grande potencialidade à estas ferramentas, sugerindo-se estudos científicos específicos sobre suas realidades.

A organização do trabalho matricial pressupõe a valorização das relações cotidianas e dos vínculos afetivos entre profissionais, usuários e gestores. Na saúde mental não parece ser diferente, exigindo-se o desenvolvimento de competências relacionais e atitudes de abertura ao diálogo e ao saber construído coletivamente. Assim como em outras especialidades, conforme apontam Bonfim et al. (2013) e OMS e WONCA (2008, p.57), tais movimentos exigem a superação de obstáculos, como:

- i) a lógica hierárquica, burocrática e centrada em procedimentos;
- ii) as exageradas quantidades de equipes de ESF sob atendimento de um mesmo NASF (impossibilitando apoios mais detidos);
- iii) falta de formação em competências relacionais de comunicação, escuta ativa, empatia, técnicas de perguntas abertas e fechadas e comunicação não-verbal.

Segundo Bonfim et al. (2013), são muitos os pesquisadores que percebem que avanços na Reforma Psiquiátrica brasileira poderiam ser traduzidos por relações melhoradas entre as RAPS e a APS. Especificamente, sobre este ponto enumeram-se os seguintes obstáculos estruturais:

- i) sobrecarga pela superlotação dos serviços e cobertura restrita das ESF e serviços de saúde mental;
- ii) escassez e alta rotatividade de profissionais na APS (por condições de trabalho, falta de perfil profissional e formas de contratação);
- iii) rigidez na agenda dos profissionais com cobranças por produtividade;
- iv) pouco espaço para reflexão e diálogo sobre o processo de trabalho coletivo;
- v) mudanças nos modelos de organização dos serviços de uma gestão para outra.

Outra importante característica que dificulta a integralidade enquanto integração dos serviços de saúde mental à APS é o centralismo pouco dialógico dos núcleos profissionais. A psiquiatria contemporânea, vinculada ao aspecto biomédico, tende a produzir perfis medicalizantes, cujas ações de cuidado resultam no receituário de medicamentos como forma exclusiva de tratamento ou como paliativo para sofrimentos provocados por questões sociais. Já a psicologia traz influência da clínica elitizada e tradicional, com pouca ênfase nas questões sociais e de promoção da saúde e com foco nos aspectos individuais (BONFIM et al., 2013).

Dentre as equipes de ESF que recebem o apoio matricial dos NASF, segundo Naylor et al. (2016, p.26), há estudos que verificaram a presença de deficiências formativas em relação à saúde mental na APS. Por exemplo, cita-se carência no domínio de assuntos como sintomas medicamente inexplicáveis e falta de confiança para abordar aspectos psicológicos. Também a durabilidade e aplicabilidade dos efeitos formativos mostram-se problemáticas, sendo eficientes apenas por curtos períodos de tempo, indicando falta de continuidade formativa nas atividades supervisionadas pelos especialistas apoiadores (OMS, WONCA, 2008, p.57).

Moscovici et al. (2016) levantam que análises de meta-regressão em revisões sistemáticas indicaram elementos específicos para a geração de bons resultados no apoio matricial em saúde mental. Dentre eles, sugere-se:

- i) a presença de um gerente de caso (um profissional não-médico responsável pela coordenação do cuidado);
- ii) o uso de instrumentos padronizados para a monitoração de sintomas;
- iii) a inclusão de intervenções psicológicas na APS.

Segundo Bonfim et al. (2013), diversos trabalhos mencionam competências esperadas para o apoiador matricial em saúde mental:

- i) habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal para lidar com as equipes da ESF e os usuários;
- ii) disponibilidade para troca de conhecimento e experiência com outros profissionais;
- iii) compreensão das redes assistenciais, dos serviços de saúde e a importância da APS;

- iv) visão ampliada do processo saúde-doença;
- v) capacidade de estimular ações multidisciplinares de promoção e prevenção, considerando a complexidade dos TM.

Via comparações entre pacientes ansiosos e depressivos acompanhados por equipes de APS com e sem acesso a cuidados integrados de saúde mental, Moscovici et al. (2016) concluíram que a integração de especialistas parece ser um fator relevante para a geração de melhores resultados em saúde mental. Esta conclusão corroborou outros estudos de caso e revisões sistemáticas que indicavam que modelos de integração, especialmente na saúde mental, quando comparados com sistemas de saúde tradicionais, melhoravam aspectos como aderência aos tratamentos, decréscimo de severidade dos sintomas e melhor qualidade de vida (MOSCOVICI et al., 2016).

Vê-se que a integralidade em saúde é atendimento integral das necessidades: um cuidado cujo acesso é possível para todas as necessidades de saúde. É, também, uma postura de respeito à dignidade do ser que sofre os processos saúde-doença em níveis mais ou menos ativos/dinâmicos ou passivos/receptivos: o central é a pessoa, parte integrante do todo social, comunitário, familiar e humano.

Integralidade em saúde, nos discursos da saúde mental, mostra também ser perceber e assumir a inseparabilidade entre saúde física e saúde mental (independente se percebidas e nomeadas como dimensões mutuamente influenciáveis ou como coexistência de comorbidades ou condições crônicas). Integralidade é, igualmente, disposição para a educação e a colaboração: a rede integral interna. Por fim, é matriz ou rede integral externa: trabalho coletivo de muitas profissões, serviços bem organizados, cientes do vínculo entre si, apoiando-se nas diferentes limitações e especialidades ou focos de trabalho.

1.1.14. Integralidade e Saúde Digital (e-Saúde)

A estrutura operacional de uma RAS pressupõe sistemas de registros e prontuários de usuários (sistemas logísticos), assim como sistemas de informações em saúde (sistemas de apoio). Ambos os sistemas envolvem cada mais o uso das TICs (Tecnologias de Informação e Comunicação), tecnologias não leves voltadas à coletar, processar, armazenar e organizar informações de saúde. Neste contexto a integralidade em saúde beneficia-se de um tipo específico de integração: a das informações digitais.

Ainda que o acesso às necessidades de saúde e à produção de saúde e de sujeitos humanos não esteja restrito aos modos de operar de máquinas cibernéticas, projetadas para

trabalhar com resultados unívocos e bem definidos, a informação processada por elas pode ser uma poderosa ferramenta estratégica para a integralidade em saúde.

Segundo Macedo (2013), os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos pensados para propagar de maneira rápida, fácil e segura dados acessórios importantes aos processos de decisão e comunicação em saúde, contribuindo para garantir a continuidade, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado. Os SIS podem contribuir para a integração da informação, orientando ações de equipes multiprofissionais e melhorando a comunicação entre diferentes redes e níveis de assistência e, conseqüentemente, a qualidade de diagnósticos e prognósticos. Além disso, podem servir de base de dados para pesquisas de evidências da eficiência das ações em saúde e para processos de planejamento, aperfeiçoamento e educação em saúde (MACEDO, 2013).

Algumas pesquisas – ainda que realizadas no antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – geram reflexões acerca de tipos de desafios encontrados para a integração das informações em saúde. O trabalho de mestrado de Macedo (2013, p.34) faz menção à dados de pesquisas da década de 2010 que apontaram que, mesmo o SIAB sendo reconhecido como um instrumento fundamental na gestão de unidades da ESF (por favorecer a avaliação e identificação de famílias, a organização de processos de trabalho, a construção de indicadores e a definição de prioridades) havia baixo percentual de capacitação e utilização do sistema por parte das equipes.

Outras evidências (OLIVEIRA, 2010; MOTA, 2009; THAINES et al., 2009) revelaram problemas relacionados à coleta e ao preenchimento dos dados, como por exemplo:

- i) resistência dos usuários em fornecer informações;
- ii) problemas de infra-estrutura de equipamentos;
- iii) número reduzido de recursos humanos;
- iv) falta de familiaridade com vocabulário da área de informática em saúde;
- v) ausência utilização das informações disponíveis na prática.

Segundo Marcolino e Scochi (2010), em um estudo com dez equipes de ESF, os membros que mais usavam o SIAB eram agentes comunitários de saúde, em um cenário de ausência de discussão, falta de utilização das informações pelo restante da equipe e supervisões insatisfatórias, sugerindo baixa confiabilidade dos dados. Carreno et al (2015), em uma revisão integrativa sobre a utilização das informações do SIAB, identificaram como principais fragilidades:

- i) o uso do SIAB como se fosse apenas um formulário de registro;
- ii) as dificuldades no preenchimento por parte dos profissionais;

- iii) aspectos limitantes das fichas (por exemplo, com falta de espaço para a inserção de dados sobre a saúde mental);
- iv) capacitação insuficiente das equipes, sem aprofundamento nas lógicas de utilização do sistema.

O relatório da OMS, *Building foundations for eHealth: progress of Member States: report of the WHO Global Observatory for eHealth*, apresenta-se como sendo a primeira tentativa global de exame da e-saúde. O conceito, cujas primeiras reflexões remontam à década de 1990, atrela-se à ideia de um pensamento global e conectado em rede, identificado como sendo a utilização das TICs na saúde, com o sentido de promover a melhora dos cuidados local, regional e globalmente (WHO, 2006).

No prefácio do documento, a OMS chamava a atenção de que cenários inconcebíveis há dez anos atrás tornavam-se realidade devido à e-Saúde: na África, pacientes passam a ser tratados à distância por um médico de outro continente; profissionais nas Ilhas do Pacífico participam de cursos via *e-learning* para o melhoramento de habilidades; redes nacionais de registros eletrônicos em saúde são pensadas como canais de viabilização para o acesso à históricos médicos em qualquer ponto de cuidado, facilitando tratamentos apropriados (WHO, 2006, p. v).

Em 2012, considerando as resoluções de encorajamento aos países para o desenvolvimento de estratégias nacionais de e-Saúde, a OMS juntamente com a União Internacional de Telecomunicações (UIT) – principal escritório da ONU na temática das telecomunicações – lançaram o *National eHealth Strategy Toolkit*. A “caixa de ferramentas” procura indicar um caminho que sirva aos países para desenvolverem suas próprias visões nacionais de e-Saúde. Assim, baseados nelas, os Estados poderiam produzir seus próprios planos de ação e estruturas de monitoramento (WHO, 2012, p.03). No ano seguinte, reconhecendo o aumento exponencial do uso das TICs no setor da saúde e outros campos relacionados, como o social e o ambiental, a Assembléia Geral da OMS aprovou uma resolução recomendando padrões de interoperabilidade da e-saúde entre os países. O documento estimula a reflexão globalizada, levando em conta a trabalhosa, mas possível via de padronização e intercomunicação entre hardwares, sistemas, infraestruturas, dados e serviços das diferentes nações (WHO, 2013).

No cenário internacional tem sido vasta a experiência e os investimentos em infraestrutura, sistemas, serviços, recursos humanos e modelos de organização buscando transformar a e-Saúde em um elemento rotineiro dos serviços de saúde e em uma estratégia para sua melhoria. Como exemplos, há países como Canadá, Austrália e Reino Unido, onde

avanços significativos e consolidados têm sido associados a modelos de cobertura semelhantes ao SUS (BRASIL, 2017a, p.08).

Em nosso país, já na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8080/1990) previa-se “um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços” (BRASIL, 1990). Em 2020, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), baseado na concepção de “integração sistêmica” subsidia – segundo site – a distribuição e manutenção de mais de duzentos e cinquenta bancos de dados, portais e sistemas de informação de saúde na composição do Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS). Dentre estes sistemas, por exemplo, encontram-se os Sistemas de Comunicação de Internações Hospitalares e Ambulatoriais (CIHA e CIHA 02), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do SUS (e-SUS SAMU) e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), etc (SISTEMAS, [20--]).

Em 2015, através da Portaria MS nº589/2015 (BRASIL, 2015b), instituiu-se no país a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), em cujos princípios gerais figurava a informação em saúde como elemento estruturante para a integralidade. Dentre as diretrizes aparece explícita menção à estratégia de e-Saúde, prevendo-se as seguintes necessidades:

- i) fortalecimento da área de informação e informática em saúde;
- ii) padronização para a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;
- iii) definição de padrões e protocolos de interoperabilidade digital entre diferentes equipamentos e sistemas de saúde.

A ideia de um registro eletrônico aparece no que Marin (2010) chama de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Trata-se de uma proposta de registros de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes e feitos por diferentes profissionais, equipes de saúde e níveis de atenção. Da informação coletada e registrada nos PEP – envolvendo dados clínicos, vacinas, consultas já realizadas, exames, medicamentos utilizados, etc – espera-se que seja digitalmente acessível de qualquer unidade de saúde, em qualquer região, nas diferentes esferas de governo, nos serviços públicos, nos sistemas de saúde suplementar (planos de saúde) e nos laboratórios e clínicas privadas. Desta forma, o prontuário serviria como ferramenta de integração e agilização, melhorando a qualidade da atenção e dos processos de Saúde, com

diagnósticos mais precisos e a não replicação de exames, consultas e entregas de medicamentos (BRASIL, 2017a).

Em novembro de 2016, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), via Resolução nº07/2016 (CIT, 2016), definiu o prontuário eletrônico como sendo o modelo de informação para o registro das ações de saúde na APS. A norma também indica que as principais características do prontuário devem ser o acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais, a recuperação de informações clínicas e o apoio a tomadas de decisão.

Alguns meses depois, a Resolução CIT nº19/2017 (CIT, 2017a) aprovou a Estratégia de Saúde Digital (e-Saúde/digiSUS), sugerida como uma dimensão fundamental do SUS. Para tanto, tornou público um documento estratégico denominado “Estratégia e-Saúde para o Brasil”. A elaboração das estratégias baseou-se em oficinas promovidas pelo MS, onde se procurou traduzir, adaptar e discutir o já mencionado *National eHealth Strategy Toolkit* da OMS (BRASIL, 2017a).

O documento brasileiro aponta que, ainda que tenham existido variadas iniciativas nacionais de saúde digital com resultados positivos, elas teriam ocorrido de forma descoordenada, fragmentada e não integrada. Sendo assim, dispõe-se a intenção de um novo norte estratégico para os mais de duzentos sistemas de informação do MS. A primeira ação apresentada trata, exatamente, da redução da fragmentação das iniciativas. Neste sentido, propõe-se que sejam repensados os variados aplicativos de PEP em obediência a certos padrões de interoperabilidade (BRASIL, 2017a).

Da e-Saúde/digiSUS chega-se à criação do Programa ConecteSUS para a instituição da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), via Portaria MS nº1434/2020 (BRASIL, 2020a). De competência do DATASUS, via Coordenação-Geral de Inovação em Sistemas Digitais (CGISD), estas ações devem participar, segundo relatório executivo do mesmo ano, de uma nova Política Nacional de Saúde Digital atualizando a PNIIS (BRASIL, 2020b).

O estado de Alagoas foi escolhido como o estado piloto de implementação do ConecteSUS via Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS (Informatiza APS), instituído pela Portaria MS nº2.983/2019 (BRASIL, 2019). Após finalizada a implementação, espera-se que as informações de saúde possam ser acessadas pelo cidadão via computador e dispositivos móveis, como celulares e *tablets*. Eticamente, também caberá a ele a decisão sobre o compartilhamento de seus dados (BERALDO, 2020).

Nesta recente portaria, é notório o esforço estratégico da interoperabilidade e integração dos diferentes sistemas em um PEP nacional e interligado. Indica-se como preferencial o sistema do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), instituído com Portaria MS nº 1412/2013

(BRASIL, 2013d). A escolha de outros sistemas é uma opção aceitável, porém desde que estes sejam compatíveis com um modelo de dados, padrão de *layout* e algumas outras características mínimas:

- i) registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas;
- ii) prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos;
- iii) emissão de atestados e outros documentos clínicos;
- iv) solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares;
- v) encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde; e
- vi) acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais (BRASIL, 2019).

Em contrapartida aos aspectos de melhoria estimulados pelo PEP, há elementos de reflexão que podem ser levantados. Um estudo descritivo publicado em 2020, realizado com 155 mil médicos estadunidenses de 417 sistemas de saúde, calculou uma média de aproximadamente 16 minutos por encontro clínico que os profissionais se ocupam com registros eletrônicos (OVERHAGE; MCCALLIE JR., 2020). Além deste problema de tempo, podem ser imaginadas dificuldades relacionadas ao uso das TICs, problemas de conectividade deficitária, esforços para a manutenção de equipes de suporte em TI e impossibilidades legais de substituição do papel impresso pelo sistema informatizado²⁹.

Os esforços em e-saúde para a construção dos SIS atuam em benefício da integralidade, mas não são a própria integralidade em saúde. Nem mesmo se pode dizer que há uma relação necessária entre a melhor informação e a melhor tomada de decisão. O trabalho em saúde não é jamais capturado em sua totalidade pela lógica dos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados. Conforme apresenta Merhy et al (1997) a lógica de montagem dos sistema de informação baseia-se em indicadores, como coletá-los, como processá-los e como devolvê-los. Entretanto, esta lógica não pode abranger indicadores mais delicados, gerados no dia-a-dia dos trabalhos em saúde e aplicáveis nas tecnologias leves. Segundo este sentido, o profissional em saúde pode atentar-se naquilo que a utilização de bancos de dados e sistemas melhora, mas também no que eventualmente atrapalha e impede a observação e utilização dos dados de natureza mais sutis presentes no cuidado com integralidade.

²⁹ Em uma notícia do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CREMEPE) frisava-se a impossibilidade legal da eliminação da impressão e assinatura com caneta dos prontuários, sendo que aos médicos que não tivessem possibilidade de imprimir os registros eletrônicos, deveriam seguir com os prontuários em papel (AZEVEDO, 2019).

1.1.15. Integralidade e Educação em Saúde

Neste tópico propõe-se uma aproximação à integralidade conforme o cenário dos processos formativos dos profissionais da saúde. Além de um panorama geral sobre alguns dos projetos, programas e políticas nacionais relacionados ao tema, apresentam-se os conceitos relacionados da educação interprofissional e do currículo integrado.

De 1980 à 2003, a preocupação com a formação dos profissionais da saúde marcava presença em projetos e debates da política de saúde no Brasil. Entretanto, o período apresentou limitações quanto à real viabilização de mudanças curriculares, dadas as limitações de atuação conjunta do MS com o Ministério da Educação (MEC) (DIAS et al., 2013).

Em 1981, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), do MEC, surgiu como uma iniciativa de inserção de estudantes em saúde na dinâmica das unidades de APS. Ao longo da década, foram executados mais de oitenta projetos articulados em quase uma dezena de redes do programa (DIAS et al., 2013; AÇÕES, [201-]). No início da década de 1990, instituições de ensino brasileiras foram selecionadas para o Projeto UNI (União com a Comunidade), de iniciativa da fundação estadunidense W. K. Kellogg. Uma característica dos projetos selecionados era a lógica da multiprofissionalidade com abertura aos componentes curriculares de várias formações profissionais da saúde, passando por cursos de Nutrição, Educação Física, Enfermagem, dentre outros (UEL, [2007]). O UNI reforçava estágios obrigatórios de aproximação às comunidades, além de ênfase em disciplinas utilizadoras da epidemiologia (reforçando o exercício de perceber tendências sanitárias e formas de prevenção, em contraposição à ênfase no caráter individual da assistência) (DIAS et al., 2013).

Em 1986, quando ocorreram a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, fortaleciam-se discussões sobre a formação de profissionais, especialmente para o setor público. Assim como no IDA e no Projeto UNI, havia certa ênfase na ideia de integração ensino-serviço. Neste contexto, surgiu a Rede Unida, grupo mobilizado em 1985 por docentes, pesquisadores e profissionais da saúde, atuante no estímulo à inserção da temática dos recursos humanos na construção das políticas de saúde, aprimorando a articulação entre os serviços e as universidades (DIAS et al., 2013; NOSSA, [2016]).

Mais à frente, nos primeiros anos de 2000, voltado especificamente aos cursos de medicina, destaca-se a implantação do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). O programa – que contava, além do MS, do MEC e da Rede Unida, com a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), a OPAS e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) – propôs

adequações à formação médica em acordo aos preceitos do SUS, provendo reformas curriculares e incentivo à oferta de estágios em hospitais universitários e serviços de atenção básica. Até 2003, dezenove escolas médicas no país eram contempladas pelo aporte financeiro do Programa (DIAS, et al., 2013).

É a partir de 2003 que, segundo Dias et al. (2013), o MS passa a atuar de maneira mais decisiva, iniciando a proposição de uma Política Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, na qual a integralidade em saúde passa a ser mencionada como eixo orientador em ligação com o SUS. Cria-se para atuar neste sentido a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e seus departamentos de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Até o final de 2004 já se destacavam algumas iniciativas como os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, o VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do SUS), o AprenderSUS e o EnsinaSUS (CECCIM e CARVALHO, 2006, p.75).

Uma análise do VER-SUS realizada por Maranhão e Matos (2018), a partir de entrevistas, pesquisa documental e bibliográfica, reconhece o programa como um ponto de virada no campo da Saúde Coletiva. Em grupos multiprofissionais compostos por estudantes de diferentes graduações e instituições, operava-se a imersão – por cerca de 7 a 15 dias em período de férias escolares – em conhecimentos, vivências e experiências das realidades do SUS, seu cotidiano, avanços e desafios. Segundo Dias et al. (2013), de 2004 a 2005, o projeto envolveu mais de 50 municípios e milhares de estudantes de vários estados do país. Em 2011, o projeto foi relançado pelo MS, perdurando até os dias atuais, como se observa no site do Observatório de tecnologias em informação e comunicação em sistemas e serviços de saúde (OTICS) (VER-SUS, [2020]).

O “EnsinaSUS: ensino, desenvolvimento, pesquisa e documentação na construção da integralidade da atenção à saúde”, cuja denominação é tomada de uma linha de atuação do LAPPIS, foi uma pesquisa exploratória nacional sobre as experiências pedagógicas que consideravam a integralidade em saúde e a formação para o SUS (GUIZARDI et al., 2006, p.154). Na busca de contribuir com uma nova gramática na discussão e compreensão dos processos pedagógicos em saúde, a pesquisa trouxe como um de seus resultados a publicação do livro “Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde” (PINHEIRO et. al., 2006b).

O “AprenderSUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área de Saúde” (MACEDO et al., 2006, p.231) foi a motivação das experiências que serviram de objeto de investigação do EnsinaSUS (GUIZARDI et al., 2006, p.154). Trata-se da primeira política do SUS e não apenas

um programa de governo, deliberada no CNS (PINHEIRO et al., 2006, p.66) e voltada para a construção de aprendizagens sobre o SUS (MARCH et al., 2006a, p.180).

Segundo se depreende de cartilha publicada pelo MS (BRASIL, 2004a), todas as três iniciativas procuravam responder criticamente a um contexto geral de formação de profissionais alheio à orientação para a integralidade. Esta alienação se dava na medida da hegemonia do desenho flexneriano de ensino e trabalho, com ênfase em tecnologias duras com procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, atenção à doença e suas características fisiológicas ou anatômicas e uma perspectiva hospitalocêntrica, procedimento-centrada e medicalizadora. As ações de cuidado e as formas de avaliá-las baseavam-se em interesses distintos daqueles dos usuários e os movimentos de pedagogia ativa limitavam-se, em geral, à aprendizagens no hospital universitário (BRASIL, 2004a, p.05-06).

A Portaria MS nº198/2004 (BRASIL, 2004b) instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. A partir dela, implementaram-se os Polos de Educação Permanente para o SUS, a reunir representantes da gestão e da área da educação objetivando identificar problemas e elaborar projetos para a formação dos trabalhadores da saúde em um território (DIAS et al., 2013). A aproximação entre MS e MEC foi, logo em seguida, operacionalizada via Portaria MS/MEC nº2118/2005 (BRASIL, 2005), formalizando-se a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

O período que segue, entre os anos de 2005 e 2006, é marcado pelo início da institucionalização do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), inspirado no PROMED, porém ampliando a formação, além dos cursos de medicina, para os de enfermagem e de odontologia. Preocupando-se com o caráter excessivamente especializado e hospitalocêntrico da formação em saúde, o PRÓ-SAÚDE buscou estimular a atuação na APS (DIAS et al., 2013).

Em 2007, com a criação da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, são redefinidas as diretrizes da PNEPS. Ao lado das Universidades, amplia-se a participação de instâncias gestoras e profissionais estaduais e municipais. Em sintonia com esta ampliação é implantado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o PRÓ-SAÚDE é aprimorado, passando a abarcar formações nas demais áreas de saúde. Para este mesmo período, também houve um considerável aumento do volume de recursos financeiros disponibilizados, bem como maior participação de diferentes secretarias de saúde (DIAS et al., 2013).

Uma característica do PET-SAÚDE foi ampliar o escopo de atuação junto às pós-graduações, estimulando pesquisas na APS fundidas à promoção de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização (DIAS et al., 2013). O primeiro edital trazia explícita aposta na integração ensino-serviço-comunidade ressaltando a ESF como ordenadora das RAS (FRANÇA, 2018). Em 2010, elaboram-se os PET-SAÚDE temáticos, voltados inicialmente à Saúde Mental e à Vigilância em Saúde³⁰ (DIAS et al., 2013).

Em 2015, cria-se o PET GraduaSUS. Partindo dos mesmos princípios e estimulando a interprofissionalidade, o programa continua a se voltar para a qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, buscando reformas curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde (AÇÕES, [201-]; BRASIL, 2017).

Outras iniciativas relacionadas à educação em saúde são o PRÓ-PET (unificação dos programas PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE) e programas específicos de concessão de bolsas para a categoria médica. Dentre estes últimos, destacavam-se o Pró-Residência (Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas), de 2009, e o Pró-Internato (Programa Nacional de Apoio ao Internato Médico), de 2010 (DIAS, 2018).

Um importante marco na educação em saúde com foco na medicina foi o Programa Mais Médicos, via Medida Provisória nº621/2013. Segundo Dias (2018) trata-se do resultado da “elevação da medicina à condição de marco de governo”, especialmente quanto à “regulação da formação, enfrentamento da escassez de profissionais e provimento destes no SUS”. Além de mudanças na formação médica, foram propostos novos procedimentos para a autorização e funcionamento dos cursos de medicina pelo MEC, dentre os quais o acréscimo de mais dois anos na graduação com um ciclo de formação a ser cumprido exclusivamente no SUS. Também se previa o Projeto Mais Médicos para o Brasil, pelo qual seriam ofertadas vagas a médicos estrangeiros formados no país ou com diploma revalidado, e profissionais formados em instituições estrangeiras, mediante intercâmbio internacional, com dispensa do processo de revalidação (DIAS, 2018).

³⁰ A Vigilância em Saúde está relacionada à atenção e promoção da saúde e prevenção de doenças. Está distribuída entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador. A primeira cuida do controle de epidemias e doenças específicas (AIDS, dengue, malária, hepatites virais, doenças imunopreveníveis, leishmaniose, hanseníase, tuberculose, etc). A ambiental se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e social (fatores de risco diversos, acesso à água, controle de resíduos e vetores, etc). A sanitária cuida dos riscos à saúde da população oferecidos por alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos, realizando a fiscalização de serviços como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e pontos comerciais. A vigilância da saúde do trabalhador realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho (VIGILÂNCIA, [201-]).

A ideia da obrigatoriedade de formação nos serviços do SUS e a possibilidade de dispensa na revalidação de diplomas de médicos em intercâmbio marcou, segundo Dias (2018), o esgotamento do diálogo entre governo e organizações representativas da categoria médica, acirrando tensões, processos de judicialização e oposição ao governo federal, inviabilizando o que seria um cenário de adesão da categoria médica ao projeto do sistema público. A Lei Federal nº12.871/2013 (BRASIL, 2013a) instituiu definitivamente o Programa Mais Médicos, excluindo-se a ideia do ciclo de dois anos no SUS e reservando 30% do internato ou estágio obrigatório a ser cumprido na APS e em serviços de urgência e emergência do SUS.

Instituída pelo Decreto MS nº7.385/2010 e regulamentada pela Portaria MS/MEC nº10/2013 (BRASIL, 2013c), a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) propôs-se a atender as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais do SUS. Coordenada pelo MS, com atuação conjunta da Fiocruz e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Universidade Aberta contribuiu para a integração ensino-serviço oferecendo uma rede colaborativa formada por mais de trinta Universidades oferecendo cursos a distância gratuitamente, de extensão, aperfeiçoamento, especialização e mestrados profissionais cobrindo a quase totalidade dos municípios brasileiros. Também apresentou dois importantes componentes: o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) – o maior acervo digital em saúde de livre acesso da América Latina – e a Plataforma Arouca – um banco de dados com todos os dados dos cursos, suas ofertas, além de históricos e certificados (CONHEÇA, [201-]).

Em 2017, o MS conjuntamente com o MEC, várias universidades e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), elaboraram um plano de ação (biênio 2017-2018) para a intensificação da Educação Interprofissional (EIP) nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil, (FREIRE FILHO, 2019). A EIP é, segundo Freire Filho (2019), quando duas ou mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, tendo a colaboração como princípio orientador. Trata-se de uma estratégia para a superação dos problemas de integração tanto entre profissionais de um mesmo serviço quanto entre os de diferentes níveis de complexidade.

Ainda que abordagens próximas aos referenciais da EIP estivessem presentes em iniciativas como o Projeto UNI, na década de 1990, considera-se o final de 2016 como um marco para a EIP na América Latina. A partir de reunião técnica convocada pela OPAS, os países membros foram encorajados a elaborar planos nacionais de ação. No Brasil, o plano esteve organizado em cinco linhas de ação (FREIRE FILHO, 2019):

- i) fortalecimento da EIP como dispositivo para a reorientação dos cursos de graduação em saúde;
- ii) levantamento das iniciativas de EIP no Brasil;
- iii) desenvolvimento docente para a EIP;
- iv) fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP;
- v) EIP nos espaços de Educação Permanente em Saúde.

Outro importante conceito relacionado à integralidade em saúde no contexto educativo é o currículo integrado. Em capacitações promovidas também pela OPAS, na década de 1980, a ideia deste tipo de currículo já aparecia como proposta de integração ensino-trabalho-comunidade e da prática na teoria. A relação humanizada e integrada do educador com o educando aparece como outra característica relevante, resultando em processos avaliativos que respeitam ritmos, experiências e esquemas de assimilação individuais (DAVINI, [20--?]). O currículo integrado também se propõe a ser uma unidade de diferentes disciplinas e conhecimentos gerais e específicos (RAMOS, 2009), estabelecendo entre si conexões e mediações dinâmicas (CORREIA, 2004) com objetivos orientados por uma realidade social complexa (MARCH et al., 2006b).

Neste tópico foi visto que a integralidade, localizada no contexto da educação ou formação do profissional da saúde, identifica-se com as seguintes ideias de integração:

- i) entre ensino, trabalho e contexto social;
- ii) entre diferentes profissões da saúde;
- iii) entre conteúdos curriculares sob um eixo comum;
- iv) entre educandos e educadores.

Tais ideias são pensadas como aproximadas aos serviços do SUS, ainda que algumas propostas para esta aproximação possam gerar conflitos de interesses (como visto no caso do Projeto e depois Programa Mais Médicos). Como resposta aos excessos hospitalocêntricos e especializados da formação, a APS e a ESF são destaques na proposta de integração trabalho-ensino-comunidade, ainda que não se exclua os outros níveis de atenção.

1.1.16. Integralidade em artigos científicos

Durante o processo de qualificação do mestrado levantou-se a intenção de uma aproximação da produção de pesquisas acerca da integralidade em saúde. Ainda que em todos os outros tópicos tenha-se operado esta aproximação com menções às fontes acadêmicas e resultados publicados, julgou-se haver espaço para uma revisão científica envolvendo descritores, palavras-chave e uma busca sistematizada. A estratégia adotada foi mapear artigos via vocabulário estruturado DeCS e posterior utilização do mecanismo de busca na base de dados Medline (PubMed) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Optou-se por estabelecer relações com a área da enfermagem, buscando a palavra ou termo “enfermagem”. O resultado direcionou para noventa e oito diferentes descritores, como “enfermagem em saúde comunitária”, “enfermagem médico-cirúrgica” ou “enfermagem em neurociência”. Optando por um descritor mais geral, chegou-se à “enfermagem”, “*nursing*” ou “*enfermería*”.

Quanto à “integralidade”, tanto na busca por palavra/termo como na busca por descritor, obteve-se apenas um resultado: “Integralidade em Saúde”, “*Integrity in Health*” ou “*Integralidad en Salud*”. Na sequência, optou-se pela relação conjuntiva (“AND”) entre os descritores. Na PubMed, considerando-se buscas com os descritores nos três idiomas (português, espanhol e inglês), foram encontrados onze artigos. No SciELO, o total foi de duzentos artigos com os descritores em português (“integralidade em saúde” AND “enfermagem”), cento e dezesseis em espanhol (“*integralidad en salud*” AND “*enfermería*”) e sessenta e oito com descritores em inglês (“*integrity in health*” AND “*nursing*”).

Considerando-se os artigos replicados, tais buscas resultaram em um universo disponível de duzentos e dezenove artigos, sendo oitenta e nove constantes em todas as buscas e cento e trinta que se encontravam exclusivamente em uma das buscas.

No exame dos resultados, optou-se pelos seguintes critérios de inclusão: i) artigos dos últimos 5 anos à época da consulta (2013 a 2017); ii) artigos que no título apresentassem pelo menos um dos seguintes termos: integralidade, cuidado, complexidade, saúde/doença mental, cuidado holístico e outros etimologicamente aproximados; e iii) artigos anteriores à 2013 cujos títulos apresentassem relação com: atenção à saúde mental, educação em saúde ou explícito caráter reflexivo sobre o conceito de integralidade. Como critério de exclusão, optamos por não considerar artigos que não pudessem ser acessados gratuitamente na íntegra e aqueles cujos títulos relacionassem o cuidado ou a atenção integral a algum recorte de gênero, faixa etária ou

especialidade médica (ex: obstetrícia). Nas buscas realizadas encontramos títulos em espanhol ou inglês, mas para quase a totalidade havia opção de acesso ao texto completo em português.

Chegamos a um universo de quarenta artigos para leitura. Durante o trabalho de fichamento, organizaram-se quadros a serem preenchidos conforme os seguintes títulos: perguntas centrais do trabalho; materiais e métodos; resultados e conclusões; notas de reflexão. Após esta etapa, realizou-se a organização em três quadros divididos nas seguintes colunas: título; autoria; publicação; localização de interesse; pergunta; materiais e métodos; e resultados. A distinção entre os quadros (**Apêndice C**) foi feita segundo grupos: “Enfermagem (apenas)” (19 artigos), “Enfermagem Psiquiátrica / Saúde Mental” (11 artigos) e “Enfermagem e outras profissões” (10 artigos).

Olhando para o conjunto dos artigos, as localizações de interesse que mais aparecem são as da Educação em Saúde e da APS/ESF (12 vezes). A Educação em Saúde predominou em quase metade (9 de 19) dos artigos centrados apenas na enfermagem. Já a APS/ESF apareceu predominantemente nos outros dois grupos: 4 vezes (de 11) nos artigos relacionados à Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e 5 vezes (de 10) naqueles relacionados às profissões de saúde no geral. Ao se considerar a ESF tratada junto aos CAPS, há mais dois artigos no grupo da saúde mental. A Atenção Hospitalar aparece como localização de interesse em 5 estudos. Os gráficos abaixo ilustram parte destas observações numéricas:

Gráfico 1 - Distribuição do foco em áreas profissionais de artigos obtidos em revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 2 - Distribuição das localizações de interesse de artigos, no grupo “Enfermagem (apenas)”, obtidos em revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 3 - Distribuição das localizações de interesse de artigos no grupo “Enfermagem psiquiátrica/saúde mental”, obtidos a partir de revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 4 - Distribuição das localizações de interesse de artigos no grupo “Enfermagem e outras profissões”, obtidos a partir de revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 5 - Distribuição das localizações de interesse de artigos obtidos a partir de revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Na observação dos materiais e métodos, apenas um artigo indicou abordagem quantitativa (com delineamento transversal), com análise dos dados de questionários feitos via software “*Statistical Package for the Social Sciences*”. Vinte e oito mencionaram ser de abordagem qualitativa e um de abordagem fenomenológica. Outros quatro eram revisões integrativas ou de literatura e seis pronunciaram-se como ensaios ou estudos reflexivos.

Gráfico 6 - Quantidade em número absoluto de abordagens quali/quantitativas de artigos obtidos a partir de revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Das técnicas ou métodos, a Análise de Conteúdo é disparada a mais utilizada. Outros instrumentais mencionados foram a Análise do Discurso, Grupo Focal, Método do Discurso do Sujeito Coletivo, Método Cartográfico, Método Comparativo Constante, Método Criativo Sensível, Método de Avaliação Donabedian, Técnica da Análise cromática de Merleau-Ponty, Técnica da Classificação Hierárquica Descendente com base no exame das raízes lexicais (software Alceste) e Técnica da proposta operativa e agrupamento em temas.

Gráfico 7 – Distribuição de métodos ou técnicas utilizadas nos estudos obtidos em revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto aos instrumentos de coleta de dados mencionados, mais da metade utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas, aparecendo também o uso das revisões bibliográficas comuns, pesquisa em documentos oficiais e/ou institucionais, registros de campo, questionários estruturados, consultas à bases de dados e discussões em grupos focais.

Gráfico 8 – Distribuição dos instrumentos de coleta de dados utilizados nos estudos obtidos em revisão científica (2013 a 2017) com os descritores “integralidade em saúde” e “enfermagem”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Duas vezes foi o máximo registro de menções à utilização de um mesmo referencial teórico. Dentre estes aparecem o Materialismo Histórico Dialético, a Sociologia Compreensiva do Cotidiano (Michel Maffesoli) e a Teoria da Representação Social. Os outros referenciais mencionados são: Fenomenologia hermenêutica de Paul Ricouer, Paulo Freire, Referencial da Reabilitação Psicossocial, Teoria Sociológica de Norbert Elias e a Teoria do Cuidado Transpessoal (Jean Watson).

Os gráficos de 1 a 8 expressam nuances quantitativas presentes na amostra de artigos consultada. Pensando-se nas relações com a pesquisa desenvolvida nesta dissertação, percebe-se que ela coaduna com a maioria dos trabalhos: abordagem qualitativa, entrevista como instrumento de coleta de dados e análise de conteúdo como método ou instrumental metodológico. No que diz respeito aos assuntos em foco reparamos que, com exceção do tema da reforma agrária (a não ser na menção sintética do próprio trabalho referido), todos foram tangenciados nas pesquisas bibliográficas empreendidas sobre a integralidade em saúde.

Verifica-se que o assunto da integralidade conforme a filosofia metafísica ou idealista, conforme centralmente motivado pelo referencial teórico da pesquisa desta dissertação (Huberto Rohden), não aparece em nenhum dos trabalhos. O que há de aproximações neste sentido são menções superficiais da dimensão espiritual, aparecendo como adjetivo ou aspecto da saúde, do bem-estar ou das necessidades da pessoa humana. Apenas um dos artigos encontrados – um ensaio reflexivo de SALVIANO et al (2016) – dedica maior atenção ao tema da espiritualidade aproximada à atenção integral. Ainda assim, são apenas quatro parágrafos a tratar do tema focando no sentido do espiritual como fator de significado subjetivo que, quando valorizado, tendem a qualificar o cuidado.

Diante destas considerações, passa-se a esboçar uma síntese individual de cada trabalho, separando-os conforme localizações de interesse consideradas. No que diz respeito ao dois artigos que perpassam a “Filosofia do cuidado”, apresentam-se notas de reflexão mais detidas. Tal decisão se justifica na sugestão de um dos examinadores da qualificação deste trabalho, referente à buscar possíveis aproximações com filosofias aplicadas da enfermagem.

i) Educação em Saúde (12 artigos)

No assunto Educação em Saúde, Lima et al. (2017), investigando disciplinas de cuidado em enfermagem, apontaram a existência de dificuldades entre os docentes na articulação da polissemia do conceito de integralidade. Também identificaram dois modelos pedagógicos coexistentes e contrapostos. Um deles é o modelo do “circuito único”, onde predomina a racionalidade técnica, sem preocupação com atitudes ou com o coletivo, e posturas pedagógicas autodefensivas. Já no modelo do “circuito duplo”, predominam o ensino prático-reflexivo, centrado no estudante e nas demandas dos serviços, e posturas abertas ao diálogo e à reflexão.

Em um ensaio reflexivo de revisão bibliográfica, investigando a supervisão em enfermagem, Chaves et al. (2017) concluem que a mesma ainda seguia um modelo clínico de atenção à saúde não-integral. Baseados em suas observações, os pesquisadores sugeriram que as supervisões devam ser melhor aproximadas da integralidade estimulando-se a construção coletiva, tanto do trabalho quanto dos processos de educação permanente, com abordagens participativas e não-punitivas.

Tendo como objeto de estudo a formação do técnico de enfermagem, Tafner et al. (2016) verificaram a percepção entre coordenadores de que elementos de precarização do trabalho docente e a resistência à mudança por parte, sobretudo, dos alunos trabalhadores, são dificuldades para o desenvolvimento do princípio da integralidade. Ainda assim, o fato dos alunos trabalhadores já estarem inseridos na prática é, paradoxalmente, percebido como um facilitador para o entendimento da importância da integralidade e de seu desenvolvimento contínuo.

Em uma análise documental de nove Projetos Políticos Pedagógicos de cursos de Enfermagem no Estado de Santa Catarina, Kloh et al. (2014) encontraram unanimidade na explicitação de algum tipo de estratégia para uma integração disciplinar. Quatro dos cursos indicavam a presença de núcleos integrativos e conteúdos integrados, enquanto a maioria organizava-se por disciplinas aos moldes tradicionais. Também foi observada unanimidade no que as autoras qualificaram como clareza na textualidade de valores e crenças esperadas. Já

quanto à redação de medidas de apoio pedagógico aos discentes, as autoras identificaram carências na maioria das instituições de ensino. Neste sentido, a pesquisa sugeriu a necessidade de um olhar mais atento ao corpo discente. Tal postura é apontada como umas das possibilidades de permitir que o princípio da integralidade do cuidado esteja presente no processo pedagógico. O estudo também registrou que quatro dos cursos associavam explicitamente a integralidade em saúde à denominação do “cuidado holístico”.

Investigando a orientação ou preceptoria em enfermagem conduzida por três universidades, o estudo de Rodrigues et al. (2014) evidenciou o que denominou de “fragilidade” na relação entre o que se recomenda nas Instituições de Ensino Superior e o que se efetiva nas práticas, tanto de uma Unidade Básica de Saúde, quanto de três hospitais da rede pública estadual. Parte deste aspecto frágil foi identificado como sendo a carência, entre os preceptores, da “integração ensino-serviço”, favorecendo a predominância dos vícios da prática em detrimento do perfil profissional almejado. Assim como na investigação acima mencionada de Tafner et al. (2016), a presença dos estudantes no campo aparece, ainda que em meio às dificuldades, como um importante “elo vivo entre serviço e academia, uma garantia de ressignificação de saberes e reconstrução de condutas”. Além do distanciamento entre as Universidade e os serviços de saúde, a pesquisa ainda destacou o biologicismo como fator de risco para uma necessária integração ensino-serviço.

Machado et al. (2013) observou a inserção da clínica ampliada em meio ao ensino tradicional da consulta em enfermagem. Os resultados apontaram que as experiências constituíram-se como poderosas estratégias pedagógicas no possibilitar proximidade com saberes coerentes à integralidade. Como fatores importantes destes saberes mencionam-se: a diversificação de cenários de atendimento e a informalidade do encontro favorecendo o vínculo e tornando viável a participação do usuário na produção de seu plano terapêutico; a vivência de que as prioridades dos usuários nem sempre coincidem com as prioridades de intervenção do(a) enfermeiro(a) e equipe; e a experiência da escuta como tecnologia de acesso a situações de vida dificilmente reveladas nas consultas tradicionais.

Olhando para discentes de um curso de enfermagem, Teixeira et al. (2013) identificaram o que consideraram ser uma formação adequada sobre o conceito de integralidade, com um bom aprendizado teórico das características essenciais do princípio. Entretanto, foi apontada preocupação com o fato dos diferentes e complementares sentidos nunca se mostrarem todos presentes em um único estudante, sugerindo-se uma demanda por integrar o conhecimento fragmentado acerca da integralidade. Ainda que os discursos dos alunos tenham indicado positiva aplicação prática do princípio no cotidiano de seus estágios, foram apontadas

dificuldades de articulação ensino-prática por parte da docência. Desta maneira, o estudo sugeriu a necessidade de práticas pedagógicas dinâmicas que considerem os acadêmicos como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizagem (TEIXEIRA et al., 2013).

Analisando os discursos de enfermeiras, gestores e usuários de dois Centros de Saúde Escola, Leonello e Oliveira (2010) identificaram um ponto de convergência na consideração da integralidade como uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e, também, como uma possível afirmação da abertura ao diálogo. Neste sentido, o estudo sugere a integralidade compreendida como um “saber fazer integrado” e/ou “um modo democrático de atuar”, traduzidos por um cuidado pautado por uma relação comprometida, responsável, sincera e de confiança entre profissionais e usuários. Tal relação é apresentada como compatível à ótica da educação popular na teoria de Paulo Freire.

Pesquisa de Esperidião et al. (2004), voltando-se aos sentimentos dos acadêmicos de um curso de enfermagem sobre sua própria formação, revelou que a maioria dos entrevistados percebiam-se tratados como “pessoa integral” ou “ser total” quase que exclusivamente junto às disciplinas da área da saúde mental. Evidenciou-se que tanto o holismo como a integralidade eram conceitos muito comentados, mas pouco aplicados no tratamento dos profissionais em formação. Neste sentido, a investigação sugeriu atenção para a humanização do ensino e uma integração entre o que é ensinado e o que é vivenciado em sala de aula ou outras atividades de ensino.

Expandindo as investigações também para estudantes de medicina – além dos de enfermagem – Taroco et al. (2017) observaram os currículos integrados ou currículos orientados por competências em sua relação com o ensino-aprendizagem da integralidade. Foi identificado que as ênfases na Aprendizagem Baseada em Problema (via tutoria) e na Problemática (via Unidades de Prática Profissional), permitem aprendizado articulado entre o cuidado e a perspectiva da integralidade. Todavia, o estudo também indicou a existência de dificuldades de entendimento e compreensões parciais, tanto da integralidade, quanto de conceitos vinculados, como o de necessidades de saúde ou o de ser humano enquanto um ser não fragmentado.

Refletindo sobre a Educação Permanente, Vélez Benito et al. (2010) reforçam a percepção de que as ações educativas nos processos de trabalho dos profissionais de saúde no Brasil são fundamentais para a reorganização das práticas de cuidado rumo à integralidade e às necessidades de saúde.

Em outro ensaio reflexivo, Moretti-Pires e Bueno (2009), buscam pensar conjuntamente as formações para a integralidade de enfermeiros, médicos e odontólogos. Indicam a pertinência

de se considerar a perspectiva dialógica de Paulo Freire, sugerindo que os pressupostos deste marco teórico podem constituir-se como direcionamento para formações em saúde com enfoque holístico e humanizado.

ii) APS/EFS (12 artigos)

Adentrando no contexto da Estratégia Saúde na Família, Colimoide et al. (2017) investigaram a representação social da integralidade para enfermeiros atuantes em doze unidades de ESF na zona sul do município de São Paulo. Verificou-se que o conceito estava bastante difundido e relacionado à quatro ideias centrais: a visão ampliada do indivíduo como um todo; o atendimento propriamente dito, do indivíduo como um todo; a atuação da equipe multiprofissional; e a necessária estruturação do serviço no fornecimento de condições para o atendimento.

Em uma revisão integrativa que considerou nove artigos envolvendo os cuidados na APS, Silva et al. (2014) chamaram atenção à reduzida oferta de estudos atualizados acerca da integralidade neste contexto. A pesquisa sugeriu a integralidade como ponto chave para a produção do cuidado. Também identificou o registro de vários aspectos do cotidiano em enfermagem que caminham para a consolidação da integralidade. Dentre eles, destacaram ações de acesso às RAPS, o acolhimento, elementos de vínculo, o enfoque familiar, a longitudinalidade ou continuidade do cuidado, a corresponsabilização, a intersetorialidade expressa nos sistemas de referência e contra referência e a resolutividade.

Fontoura e Mayer (2006) investigaram a percepção em relação à integralidade de profissionais da enfermagem atuantes em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família de dois municípios. Apenas dois de catorze entrevistados, afirmaram não ter espaço para o atendimento integral em suas rotinas de trabalho. O restante colocou a integralidade como uma prioridade na gestão e nas práticas de saúde, afirmando que tentam aplicá-la, mesmo com dificuldades, no acolhimento, nas visitas domiciliares, na contextualização do usuário, nas reuniões com a comunidade e nos estudos de caso em equipe. O estudo também identificou a presença de uma imagem para o SUS enquanto um sistema completo em sua legislação, mas que não funciona na prática. Sugere-se que os trabalhadores da saúde devam considerar o SUS como um projeto de defesa da vida e, desta forma, trabalharem pela organização dos serviços no sentido de seus princípios e diretrizes. Os profissionais têm, igualmente, de buscar revisões sobre as concepções de saúde e sobre as políticas públicas existentes, construindo práticas cotidianas de acolhimento e humanização.

Partindo do pressuposto que a ESF é um importante aliado para a integralidade do cuidado na rede de atenção à Saúde Mental, Wetzel et al. (2014) empreenderam investigação em uma Unidade de Saúde da Família, em Porto Alegre-RS. A partir de entrevistas com profissionais e familiares, o estudo identificou a parceria com a Universidade como um destacado recurso de cuidado – via qualificação do atendimento e do apoio matricial às demandas de saúde mental. Também foi indicado que a lógica do encaminhamento, apoiada na concepção distorcida do especialismo como resolubilidade em saúde mental, persiste como um dos principais desafios postos à Reforma Psiquiátrica, sugerindo-se a adoção de estratégias que possam superar essa lógica.

Em revisão de artigos sobre a ferramenta da visita domiciliar na saúde mental, Da Silva et al. (2011) identificaram que a qualidade da assistência apresenta direta relação com o preparo profissional e a percepção vivencial dos usuários, possibilitadas pelas visitas à comunidade. A integralidade da atenção é apontada como ferramenta indispensável do cuidado em saúde mental – ao lado do modelo psicossocial, da participação social, das ações coletivas e da territorialidade. Ela é também identificada como um princípio de intersecção entre a Reforma Psiquiátrica e o SUS.

Em um estudo de caso de uma Unidade de Saúde da Família em Chapecó-SC, Coimbra et al. (2011) investigaram, com vistas à integralidade, a avaliação dos usuários com sofrimento psíquico em relação aos cuidados recebidos. Como pontos de fragilidade a pesquisa ressaltou problemas no pronto-atendimento, nas condições das instalações básicas e no favorecimento do exercício da autonomia e participação dos usuários nas decisões. Como pontos de satisfação foram levantados o vínculo, a relação da equipe com a comunidade, o cuidado com a família, as visitas domiciliares e o olhar ampliado durante os exames físicos.

A partir de entrevistas com agentes comunitários, enfermeiros, médicos e familiares de usuários abrangendo oito equipes do Programa Saúde da Família em Cabedelo-PB, Silva et al. (2005) identificaram que o trabalho de enfermagem ali situado passava por um momento de transição rumo a efetivação da Reforma Psiquiátrica e consolidação do SUS. O estudo sugere revisões nas concepções do processo saúde-doença na enfermagem, uma vez que a Saúde Mental por vezes é confundida com assistência psiquiátrica, sem consideração ao seu aspecto coletivo. A investigação também coloca que o trabalho da enfermagem enquanto cuidado integral deva caminhar junto a processos de educação permanente, buscando ultrapassar o plano do discurso, manifestando-se na prática.

Na única investigação quantitativa da revisão, Silva et al. (2015) triangularam a visão de usuários, familiares responsáveis e profissionais sobre a ESF. Todos os grupos avaliaram

com baixo escore o atributo referente ao primeiro contato (acesso). Já os outros atributos (longitudinalidade; integralidade – serviços prestados; integralidade – serviços disponíveis; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária) apresentaram baixo escore apenas entre os usuários. Neste sentido, os autores sugerem que as ações e serviços pudessem estar sendo desenvolvidos de forma inadequada ou insuficiente para serem captados pela experiência dos usuários. Quanto à integralidade, foi quantificada carência nos seguintes serviços: pequena cirurgia; sutura de ortopedia; aconselhamento/tratamento para o uso de drogas lícitas e ilícitas, de álcool e de tabagismo; e aconselhamento/tratamento em saúde mental. Também foi registrada a presença concomitante de modelos individualistas e integrais, favorecendo a ideia de serviços concorrentes e fragmentados.

Em investigação envolvendo profissionais e gestores da saúde de três municípios do Vale do Jequitinhonha-MG, Fonseca Viegas e De Mattos Penna (2015) identificaram a ausência de conceitualização teórica sobre a integralidade. Entretanto, os relatos coletados descreveram nuances do cotidiano que refletiam práticas integrais no fazer em Saúde. Além disso, os autores registraram que em todas as falas sobre a integralidade aparecia subjacente um princípio de direito universal de atendimento às necessidades de saúde, aproximando a integralidade da universalidade e também da equidade.

Olhando para o universo de usuários vítimas de violência em cinco unidades de Saúde da Família em um município gaúcho, Guzzo et al. (2014) identificaram que os profissionais não utilizavam a integralidade como eixo norteador de suas práticas de cuidado. Ao invés disso, trabalhavam norteados pelo modelo biomédico, praticando principalmente encaminhamentos para outro setor e um plano curativo. Desta forma, a pesquisa sugeriu carência de apropriação e discussão da integralidade junto ao cuidado da violência na ESF, assim como falta de consideração às complexidades das necessidades de saúde.

Em investigação situada em uma Unidade de Saúde da Família em Santa Maria-RS, considerando as implicações para a integralidade da atenção, Schimith et al. (2013) registraram posturas de generalização e objetificação às pessoas – inclusive por profissionais da enfermagem – desqualificando a singularidade e o papel de sujeitos no processo saúde-doença. Este padrão de relacionamento os autores chamaram “colonialista”, no qual nem trabalhadores e nem usuários são reconhecidos como sujeitos: predomina a posição de saber o que é melhor para a vida do outro. Diante deste quadro, sugere-se que seja dada maior atenção à promoção da saúde, que defende a participação da pessoa nos rumos de sua própria saúde e da saúde de sua comunidade.

Ao pesquisar as percepções sobre as práticas da integralidade no cotidiano de seis Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família, Viegas e Penna (2013) destacaram a interdisciplinaridade como valor necessário, apesar de não ser ainda uma prática cotidiana. Desta forma, identificou-se tanto a necessidade de uma maior interação, como a percepção hegemônica por parte dos trabalhadores de que o trabalho em equipe torna possível potencializar as ações em saúde.

iii) Atenção hospitalar (5 artigos)

Com foco na atenção hospitalar, a pesquisa de Sousa et al. (2017) observou a atuação de profissionais de enfermagem em uma Unidade Funcional de hospital com gestão colegiada. Ainda que o cuidado integral tenha sido apontado como o produto final dos múltiplos cuidados ofertados pela equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, verificou-se que o gerenciamento de enfermagem, tendo como forte característica a coordenação do cuidado, é uma ferramenta ou estratégia de destaque. Foi identificado que o esforço empreendido pelo enfermeiro em sua prática assistencial clínica, subsidiada pelas características de formação e o maior tempo de permanência nos serviços de saúde (relativamente à outras profissões), podem lhe conferir visibilidade e influência importantes, tornando-o promotor potencial do cuidado integral no hospital.

A partir de pesquisa documental, Medeiros et al. (2016) procuraram verificar quais seriam os elementos mencionados para a promoção da integralidade e da humanização na gestão do cuidado em enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Considerando o enfoque ecossistêmico, a documentação apontou que a integralidade nas UTIs aparece, sobretudo, na ideia da união entre o avanço tecnológico, o acolhimento e a inter-relação entre profissionais, usuários, familiares, serviços de apoio e recursos materiais.

Luccas et al. (2015) entrevistaram doze profissionais da enfermagem atuantes desde 1990 em um hospital de ensino de Curitiba-PR, afim de perceber possíveis transformações em seus processos de trabalho com a implantação do SUS. Identificou-se que os princípios do SUS fazem parte das rotinas dos enfermeiros entrevistados e há o reconhecimento de que a Lei nº8080/90 trouxe alterações no cenário estudado, com destaque aos temas integralidade e universalidade e às peculiaridades do financiamento das ações em saúde. Todavia, a percepção de que a implantação do SUS tenha modificado concretamente o processo de trabalho do enfermeiro não estava presente entre os sujeitos. Os autores ponderaram que a baixa participação dos enfermeiros no período da Reforma Sanitária e, ainda hoje, nos espaços de

decisões políticas, bem como a formação acadêmica de tais profissionais, poderiam justificar o déficit no conhecimento aprofundado das políticas públicas de saúde do Brasil e de seu decorrente impacto no processo de trabalho em saúde.

Com foco na realidade da Saúde Mental, via entrevistas com usuários que passaram pela fase aguda em uma unidade de internação psiquiátrica de um Hospital de Ensino, Ely et al. (2017) identificaram a presença de três temas: o mundo do ser humano que vivencia a doença mental; a percepção da doença mental para o ser humano que vivencia a internação psiquiátrica; e o ser na relação de ambiguidade: o movimento de liberdade. Seja em relação ao seu próprio mundo, ao processo de internação ou à afirmação de sua liberdade, os autores destacam que os usuários mostram-se inseridos na metáfora do “homem no mar”. Tal ideia explica-se como um existir no mundo como se em meio à ondas, ora mostrando-se, ora escondendo-se; um movimento de reconhecimento de si em meio às limitações de uma condição clínica imposta a partir de um diagnóstico psiquiátrico, uma cientificidade externa que surpreende a vivência interna do próprio comportamento. Sugere-se que as atividades de promoção e educação em saúde na perspectiva de ações de integralidade junto aos usuários da Saúde Mental – voltadas à corresponsabilização, empoderamento, autocuidado, prevenção de crises, reconhecimentos da sintomatologia e significados singulares – possam levar em conta a ideia da metáfora e dos temas considerados.

A partir de entrevistas e documentos de nove usuários com longo histórico de adoecimento psíquico e que concluíram, no mesmo ano, tratamento em um Hospital Dia de Saúde Mental em Botucatu-SP, Ferreira et al. (2012) sugeriram a importância do olhar subjetivo para os transtornos mentais. Foram verificadas menções ao cuidado ampliado e ao comprometimento dos profissionais com a integralidade e a intersectorialidade, ao mesmo tempo que se constatou a não utilização de equipamentos da RAPS, como Unidades Básicas, Centro de Saúde Escola e Unidades de Saúde da Família.

iv) CAPS + ESF (2 artigos) e CAPS (2 artigos)

Voltando-se ao campo da Saúde Mental, Dutra et al. (2015) realizaram revisão integrativa de 52 estudos publicados de 2001 a 2011, buscando analisar as práticas de cuidado territoriais. Foi identificado que elas se articulam em uma teia de diversas negociações, sendo principalmente fomentadas pelos CAPS e pela APS. Segundo a investigação, tendo o conceito de território um papel central na inclusão social e no resgate da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, as publicações evidenciaram que as práticas territoriais investem no

conceito ampliado de saúde, assim como na integralidade, rede, articulação, acessibilidade, responsabilização, promoção de saúde mental, acolhimento, vínculo, itinerância, estratégia grupal, grupos educativos, profissional de referência, entre outros voltados à emancipação do cidadão.

Investigando as diferentes representações sociais da resolubilidade do cuidado na saúde mental entre variados tipos de profissionais da saúde e usuários de dois CAPS e duas Unidades de Saúde da Família em Fortaleza-CE, Jorge et al. (2014) identificaram dois polos antagônicos de representação: os usuários apontam satisfação com o atendimento; já os profissionais indicam a necessidade de melhoria das ações de saúde. O estudo também identificou várias ações desenvolvidas pelos profissionais que favorecem o cuidado integral e uma perspectiva de saúde ampliada: visitas domiciliares, grupos terapêuticos, atendimentos individuais e matriciamentos em saúde mental. O apoio matricial foi destacado como ferramenta de articulação de serviços e como promoção de cidadania. A pesquisa também levantou a necessidade de atenção à rigidez excessiva das formas de gestão e organização, assim como escassez de investimentos e formações de profissionais ainda amarradas à modelos médico-centrados e biologicistas.

Azevedo et al. (2012), investigando as práticas intersetoriais de inclusão reforçou a constatação da integralidade do cuidado em cursos de pintura em tela e em um projeto cultural itinerante. Além disso, tais iniciativas foram associadas à inserção dos usuários no mercado de trabalho e na própria sociedade e também à melhoria da autoestima, inserção social e interação com outros serviços e usuários.

Mororó et al. (2011), voltados à observação dos processos de produção dos PTS, identificaram como principais pontos de deficiência: falta de integração entre os diferentes plantões (noturno e diurno); carência de espaços sistemáticos para construção e reavaliação de projetos por toda a equipe; falta de rigor no registro de intervenções nos prontuários (circulação das informações entre os profissionais). Em termos de potencialidades, o estudo reconheceu o esforço dos profissionais em construir um trabalho permeado pelas proposições da reabilitação psicossocial e também por questionamentos em relação aos pontos falhos no processo de trabalho.

v) PICS (2 artigos)

Pensando-se em pessoas não aderentes à tratamentos voltados às condições crônicas, um ensaio acerca do cuidado holístico em enfermagem destacou a utilização das PICS como

ferramenta integrada nos serviços de saúde. Inspirado na obra da teórica da enfermagem Jean Watson, o artigo apresenta a visão holística – da qual, segundo o artigo, também participaria a filosofia das PICS – como uma estratégia-chave para favorecer aderências terapêuticas e melhorar o bem-estar e os níveis de controle das condições crônicas (VELIZ-ROJAS et al., 2017).

Outro trabalho comunica uma pesquisa com nove usuários de três tipos de práticas integrativas (reiki, fitoterapia e florais de Bach) dirigidas por profissionais da enfermagem, em três instituições públicas do Rio de Janeiro. Diante dos resultados observados, as autoras chamam atenção para que as PICS não se transformem em meramente uma nova prestação de serviço, assimiladas como parte do modelo biomédico, alopático e mecanicista. Identificou-se a necessidade de cautela para possíveis deslocamentos de olhar na aplicabilidade das PICS, que levam à ignorar aspectos terapêuticos que são parte de um sistema holístico (estímulo à mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, ênfase da escuta acolhedora e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade). Sugere-se que a enfermagem e sua visão holística possa refletir e reivindicar a ética relacionada ao respeito das bases filosóficas das PICS, compartilhando informações e incluindo os usuários nas discussões acerca do correto emprego das práticas integrativas (MAGALHÃES; ALVIM, 2013).

vi) Atenção domiciliar (1 artigo), Gestão em saúde (1 artigo) e Reformas agrária e sanitária (1 artigo)

Em uma investigação sobre as relações entre a integralidade e a atenção domiciliar, Brito et al. (2013) passaram por vários níveis de atenção (um Programa de Internação Domiciliar de um hospital; uma Unidade de Atendimento Imediato; e sete unidades de ESF) localizados em três municípios de Minas Gerais. A partir de entrevistas com enfermeiros, médicos, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e assistente social, a pesquisa reforçou a percepção da atenção em domicílio como uma importante estratégia para o alcance de práticas pautadas na integralidade. Das fragilidades a serem enfrentadas foram elencadas desde a carência de complementaridade dos serviços, até deficiências concernentes à disponibilidade de transporte, equipamentos e profissionais. Dentre as potencialidades, observou-se que a Atenção Domiciliar contribui para a integralidade em três sentidos: vertical (olhar integral e ampliado para as necessidades de saúde); horizontal (compreensão de que as respostas às necessidades geralmente não são obtidas em um primeiro ou único contato); e transversal (interações mais próximas com familiares e

usuários). Também foi sublinhado o caráter da atenção em domicílio de atuar na continuidade do cuidado, dentro da lógica “resolver e continuar”.

Estimulados em saber como o pensamento complexo de Edgar Morin vinha sendo utilizado nas publicações científicas de gestão em enfermagem e saúde, Copelli et al. (2016) realizaram revisão integrativa em três bases de dados. A partir das evidências de crescimento na produção científica sobre o pensamento complexo na área, as autoras sugeriram o pensamento complexo como um novo modelo de cuidado no âmbito hospitalar e na atenção básica, com vistas à integralidade, à multidisciplinaridade, às redes de atenção à saúde e à articulação dos saberes.

Bergamaschi et al. (2012) produziram um ensaio reflexivo acerca da integralidade em meio às reformas sanitária e agrária. Sugeriram que as relações entre elas apresentam ações desintegradas e desarticuladas, sendo a população rural, sobretudo a assentada nos processos de reforma agrária, marginalizada do âmbito da atenção à saúde e dos princípios da universalidade e da integralidade.

vii) Filosofia do cuidado na enfermagem e na enfermagem psiquiátrica (2 artigos)

Por fim, há os dois trabalhos focados na filosofia ou na epistemologia da enfermagem, sendo um na enfermagem geral e outro na saúde mental. O primeiro ensaio, de Salviano et al. (2016), sugere que os profissionais da enfermagem, no contexto de uma disciplina profissional e uma ciência por vir a ser, necessita reconhecer uma epistemologia do cuidado em enfermagem. Desta forma, passariam a operar reflexões críticas além dos aspectos biológicos, sobre as bases históricas, teóricas, filosóficas, espirituais e sociais da profissão, projetando-as nas formas de cuidar, nas relações interpessoais e no ambiente de trabalho.

O segundo ensaio, de Galvis López (2015), sugere que seja indispensável aos profissionais da enfermagem a formação de competências de ajuda interpessoal e da perspectiva da integralidade e do cuidado holístico. Enfatiza que os existentes referenciais da enfermagem podem inspirar este profissional rumo ao cuidado integral da pessoa com sofrimento psíquico. São citadas as habilidades da escuta ativa, da valorização do silêncio, do compromisso emocional e da presença autêntica. O artigo também chamou atenção para a carência de publicações acerca da utilização dos saberes disciplinares da Enfermagem na prática diária da Saúde Mental.

Conforme mencionado acima (p.150), passam a ser apresentadas reflexões mais detidas sobre ambos os artigos, buscando aproximações com filosofias da enfermagem.

Salviano et al. (2016) trazem a enfermagem como uma arte que tem se construído enquanto ciência ou, ainda, como uma ciência e disciplina profissional “por vir a ser”. Trata-se, segundo eles, de uma prática investigativa que vai se tornando reconhecidamente consistente ou, ainda, de uma prática científica assistencial junto às ciências da saúde. Tal prática viveria em constante conflito com a pressão da indústria da saúde pautada no modelo biomédico, marcado pela despersonalização, fragmentação e medicalização. O profissional da enfermagem vincula-se artística e cientificamente a um tipo de cuidado que vai além do que é perceptível aos olhos ou do que é dito explicitamente, buscando identificar realinhamentos e potencialidades.

O olhar da enfermagem seria necessariamente um olhar integral, preservando certo compromisso de manutenção da dignidade e do respeito à singularidade. Para tanto, cultiva-se a preocupação, o interesse, a motivação, a consideração e a gentileza, prontos para atender as necessidades em “termos de inteireza de saúde” (SALVIANO et al., 2016, p.1241).

Há de se reconhecer uma dimensão histórica do cuidado em enfermagem que avançou de uma simples identificação com a caridade individual para a dimensão de um cuidado institucionalizado em hospitais. Na Idade Moderna, estes vão sendo reconhecidos como espaços de produção de novos conhecimentos, onde o saber médico especializado para a cura de patologias adquiria status de único saber efetivamente científico. Neste contexto, a enfermagem – inicialmente, via esforços como os de Florence Nightingale (1820-1910) – também procura firmar-se teórica e cientificamente, porém menos atrelada à cura e mais ao cuidado como cerne da profissão. Fonte de humanização das relações, o cuidado, embora seja reconhecido vinculado à cura, constói-se como ação independente desta (SALVIANO et al., 2016, p.1242).

Na dimensão filosófica, em inspiração na obra de Heidegger, o cuidado surge como um definidor mesmo dos seres humanos: estes seriam, fundamentalmente, entes que cuidam. O permanente desenvolvimento pessoal atrela-se ao exercício do cuidar que, mais do que uma técnica, apontaria para uma arte e paradigma amorosos e *diligentes*. Como prática social desta dimensão do humano, a enfermagem é o *locus* privilegiado onde o cuidado é estabelecido, organizado e ordenado como finalidade (SALVIANO et al., 2016, p.1243-1244).

Na dimensão teórica do cuidado em enfermagem, Salviano et al. (2016) destacam cinco pensadoras: Jean Watson (1940, EUA); Myra Levine (1920, EUA); Callista Roy (1939, EUA); Wanda Horta (1926-1981, Pará); e Dorothea Orem (1914-2007, EUA).

Em Watson, a enfermagem apareceria como uma ciência humana que, via transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas, ocupar-se-ia da promoção e da restauração da saúde, da prevenção de doenças e do cuidado. Este deve ser holístico, uma vez que o ser

humano é assumido como algo maior e diferente que a soma de suas partes, sendo “um ser funcional totalmente integrado” (SALVIANO et al., 2016, p.1242).

Watson apresenta um modelo de cuidado composto por sete pressupostos básicos (SALVIANO et al., 2016, p.1242):

- i) o cuidado efetivamente demonstrado e praticado é transpessoal, ou seja, ultrapassa o domínio do individual e do pessoal;
- ii) o cuidado consiste em fatores que resultam em satisfação de necessidades humanas reais;
- iii) o cuidado efetivo promove saúde e crescimento individual ou familiar;
- iv) o cuidado aceita uma pessoa não pelo que ela é agora, mas no que ela pode se tornar;
- v) o ambiente de cuidado é aquele que permite à pessoa escolher a melhor ação para ela em determinado tempo e momento;
- vi) a ciência do cuidado é complementar à ciência da cura;
- vii) a prática do cuidado é fundamental para a enfermagem.

Além disso, são apontados dez elementos ou fatores de cuidados fundamentais (SALVIANO et al., 2016, p.1242):

- i) formação de um sistema de valores humanístico-altruísta;
- ii) estimulação da fé e da esperança;
- iii) cultivo da sensibilidade;
- iv) desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança;
- v) promoção e aceitação de sentimentos negativos e positivos;
- vi) uso de cientificidade na solução de problemas;
- vii) promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;
- viii) provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e/ou corretivo;
- ix) assistência às necessidades humanas;
- x) aceitação das forças existenciais, fenomenológicas e espirituais.

De Myra Levine tem-se que, no final da década de 1960, apresenta a “Teoria da Conservação de Energia e da Enfermagem Holística”. Nela, a finalidade da enfermagem aparece como sendo a “conservação da energia, da integridade estrutural, pessoal e social”. Apoiando e promovendo o bem-estar e a adaptação, ela se faz terapêutica independentemente da cura. O paciente é visto como um todo dinâmico em meios dinâmicos. Também, como um indivíduo inserido em grupos (culturais, étnicos, religiosos, familiares) que influenciam nas significações sobre a doença, os tratamentos e os comportamentos durante a doença. Neste

sentido, a teoria de Levine coloca como básica da enfermagem a ação de respeitar e manter a personalidade social do paciente, colocando o profissional da enfermagem como uma espécie de “cuidador-educador” (SALVIANO et al., p.1243).

Callista Roy apresentou o “Modelo de Adaptação”, onde aparecem as ideias do ser biopsicossocial como cliente e da enfermagem como uma ciência humanística e uma profissão dos cuidados centrada nos processos de vida humana para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade. Neste modelo é papel do(a) profissional em enfermagem promover a adaptação de indivíduos e grupos em quatro modos de adaptação: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel. O ambiente tem papel essencial e é considerado como o conjunto de circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam a pessoa, em cuja adaptação encontra-se a saúde (SALVIANO et al., p.1243).

O modelo de cuidado de Dorothea Orem trabalha com a premissa básica de que as pessoas, quando capazes, devem cuidar de si mesmas ou, dito de outra forma, que “o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si, capacidade de refletir sobre si mesmo, bem como de desenvolver ou participar de seu próprio cuidar” (SALVIANO et al., p.1243). São apresentadas três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A primeira refere-se às atividades que os usuários realizam para manter a vida, a saúde e o bem-estar; a segunda investiga quando a enfermagem se torna necessária à pessoa em seu processo cuidativo; a terceira, a partir do reconhecimento do déficit de autocuidado, busca verificar a maneira pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem (SALVIANO et al., p.1243).

A brasileira Wanda Horta apresenta a “Teoria das Necessidades Humanas Básicas”, um dos modelos teóricos mais conhecidos e utilizados no Brasil. Nele o ser humano visto como um todo de corpo, alma e espírito e necessidades aparece como cerne do conhecimento em enfermagem. Deste modo, o foco da profissão distancia-se do nome ou código de uma doença, da medicalização, das grandes intervenções cirúrgicas e dos testes propedêuticos sofisticados. Ao considerar o ser humano total, o olhar da assistência também se volta para a família, a comunidade e o ambiente onde se vive. O cuidado é posto em relação com as “atividades cuidativas”, que podem se relacionar aos verbos do fazer, do auxiliar ou, então, do supervisionar. Sempre levando em conta as necessidades e as limitações da pessoa cuidada, deve haver esforço de direcionamento, assim como em Orem, para tornar o indivíduo independente no seu autocuidado (SALVIANO et al., p.1242).

O ensaio de Galvis López (2015) abarca teorias e modelos aplicáveis à enfermagem psiquiátrica. Apresentam os autores que, durante muito tempo, predominou o modelo médico

tradicional, com destaque às descrições do processo de enfermidade e a busca de medidas de atenção geral e de caráter físico e circunscritas ao confinamento. Com o avanço disciplinar, a enfermagem como um todo e também a psiquiátrica passam a articular valores que enfatizam o humano no processo de cuidado. É reconhecida a complexidade da experiência humana para além do quantificável, observável e conhecido: há os “elementos inefáveis” (que não se podem nomear ou descrever) envolvidos na relação pessoa-enfermeiro. O profissional de enfermagem passa a basear seu trabalho na relação de cooperação onde são fundamentais elementos como a sensibilidade, o respeito e o amor para com a pessoa cuidada (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1116-1119).

Conforme sugere Jane Watson, a enfermagem assume linguagem própria, não reduzida a uma prática indiferenciada, derivada das ciências médicas e sociais. Ela é tanto uma ciência básica (voltada para o fenômeno singular do cuidado que direciona), quanto ciência aplicada (que utiliza o conhecimento na sustentação das práticas) (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1109).

Ainda que, na atualidade do olhar em saúde mental, a atenção siga centrada em patologias cerebrais ou do sistema nervoso, a enfermagem psiquiátrica enriquece-se pelos aportes da psicologia, da sociologia e da própria enfermagem. Durante o início do século XX aprimoram-se teorias sobre a relação interpessoal e emocional como dimensões da enfermidade mental. Sendo assim, o tratamento passa a reconsiderar o ambiente onde se desenvolve a enfermidade, gerando novas funções para a atenção psiquiátrica, como a participação e a intervenção em tratamentos comunitários e coletivos (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1109). Passa a ser uma exigência do profissional da enfermagem o reconhecimento especial da família da pessoa com sofrimento psíquico, aproximando-se dela e ajudando-a a entender o significado da experiência da enfermidade mental (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1114). O comportamento humano também passa a ser acolhido em sua dimensão singular, no sentido de que encontram sentido a partir de marcos internos próprios.

Junto aos primeiros manicômios – originados de ideias humanistas contrárias ao isolamento, ao ridículo e à perseguição a que eram submetidos os enfermos mentais – surgia em destaque o pensamento da enfermeira Dorothea Dix (1802-1887, EUA). Neste contexto, em 1880, é criada a primeira Escola de Enfermagem Psiquiátrica nos Estados Unidos (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1110).

Linda Richards (1841-1930, EUA), considerada a primeira enfermeira profissional estadunidense criou escolas de capacitação para o trabalho com pacientes da saúde mental (em Taunton, Worcester, Michigan). Ela defendia que o cuidado para quem sofria de enfermidades mentais fosse tanto quanto para aqueles que sofriam com enfermidades físicas. Mary Davis

(1840-1924, EUA) e May Kennedy (diretora da Escola de Enfermagem Psiquiátrica do Estado de Illinois) escreveram publicações em 1921, expressando a necessidade de que toda enfermeira recebesse formação em enfermagem psiquiátrica, de tal forma que pudessem ampliar seus níveis de compreensão e de “intervenção integral”, com diferentes tipos de pacientes (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1110).

São pontuados cinco modelos e teorias em enfermagem que podem ser aplicados à prática da enfermagem em saúde mental e psiquiatria: a Teoria das 14 necessidades do cuidar; a Teoria psicodinâmica (ou das relações interpessoais); a Teoria Humanística; o Modelo de relação pessoa-a-pessoa; e o Modelo da maré na recuperação em saúde mental.

Na Teoria das 14 necessidades do cuidar, de Virginia Henderson (1897-1996, EUA), a pessoa traduz-se como o indivíduo que necessita de cuidado para alcançar saúde e independência ou, então, para morrer com tranquilidade. O entorno está relacionado à comunidade e à família, sendo esta última vista em unidade com a pessoa. Da saúde, define-se como capacidade de um indivíduo funcionar com independência em relação à 14 necessidades básicas, a saber (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1112):

- i) respiração;
- ii) nutrição e hidratação;
- iii) eliminação;
- iv) movimento e postura adequados;
- v) sono e descanso, vestir-se e desvestir-se;
- vi) termorregulação e roupas apropriadas;
- vii) termorregulação e capacidade de abrigar-se e vestir-se;
- viii) higiene pessoal;
- ix) capacidade de evitar perigos do entorno e evitar causar danos aos demais;
- x) comunicação com outras pessoas sendo capaz de expressar emoções, necessidades, medos e opiniões;
- xi) viver segundo seus próprios valores e crenças;
- xii) trabalhar e sentir-se realizado;
- xiii) participar em atividades recreativas;
- xiv) aprender, descobrir e satisfazer a curiosidade.

Estas necessidades estão relacionadas às cinco categorias de necessidades apresentadas na teoria psicológica de Abraham Maslow. Sete relacionam-se com a “fisiologia”, duas com a “segurança”, duas com o “afeto” e o “pertencimento” e três com a “auto-realização” (GALVIS LÓPEZ, 2016).

O papel da enfermagem aqui aparece como sendo o de ajudar o indivíduo, enfermo ou não-enfermo, em vistas de contribuir para aquele funcionamento independente traduzido por saúde o mais breve possível ou, então, no possibilitar de uma morte tranquila. Da profissão, requer-se um conhecimento básico de ciências sociais e humanas, e também de costumes sociais e práticas religiosas. Sugere-se, ainda, que o profissional utilize um plano de cuidado por escrito, considerando a satisfação das necessidades consideradas (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1112).

A Teoria psicodinâmica (ou das relações interpessoais), de Hildegard Peplau (1909-1999; EUA), é uma das primeiras teorias em enfermagem psiquiátrica. Fala-se na “enfermagem psicodinâmica”, uma forma de entender a própria conduta para ajudar as outras pessoas a identificar suas dificuldades (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1113).

São descritas quatro fases da relação enfermeiro(a) e paciente (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1113):

- i) orientação: no reconhecimento do problema e na ajuda necessitada;
- ii) identificação: o paciente se identifica com aquele que pode ajudá-lo;
- iii) exploração: o paciente procura obter tudo o que o outro lhe oferece;
- iv) resolução: há o processo de libertação do paciente em relação ao enfermeiro/a.

Além disso, são descritos seis papéis do profissional de enfermagem esperados nesta relação (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1113):

- i) o estranho: ambos não se conhecem, devendo-se evitar pré-julgamentos, aceitando o paciente como ele é;
- ii) a pessoa a quem se recorre: o enfermeiro dá respostas específicas explicando o tratamento, o plano médico de cuidados e informações sanitárias;
- iii) o docente: há uma combinação de todos os papéis e se desenvolve a partir do que o paciente conhece e desenvolve em função de seu interesse e vontade de usar as informações recebidas;
- iv) o condutor: o enfermeiro ajuda o paciente a satisfazer suas necessidades via cooperação e participação ativa);
- v) o substituto: o enfermeiro ocupa o lugar sentimental de outra pessoa, de uma relação anterior;
- vi) o conselheiro: segundo Peplau, trata-se do mais importante papel na enfermagem psiquiátrica, quando o enfermeiro passa a responder as demandas do paciente.

A pessoa é entendida como sendo um organismo que vive em equilíbrio instável. Já a saúde aparece como “uma palavra simbólica que implica o avanço da personalidade e de outros

processos humanos em direção à uma vida pessoal e comunitária criativa, construtiva e produtiva”. Da enfermagem, define-se como sendo um processo terapêutico e um instrumento educativo significativo e interpessoal, funcionando em cooperação com variados processos humanos que tornam possíveis a saúde dos indivíduos nas comunidades (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1113).

A Teoria Humanística, de Josephine Paterson e Loretta Zderad, desenvolve-se em 1976, fundamentada no existencialismo e na fenomenologia, a partir das áreas da Saúde Pública e da Saúde Mental. A saúde é definida como um estado de devir ou vir a ser, onde mesmo em condições de adversidade encontram-se significados para a vida. Já a enfermagem aparece como uma “experiência existencial” entre enfermeiro(a) e paciente, um diálogo que busca responsabilmente nutrir o bem estar, onde tanto enfermeiro como paciente sofrem as influências do encontro (uma transação intersubjetiva em que se “está com” e se “faz com”) (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1114).

O “estar com” para o(a) enfermeiro(a) é um compartilhar experiências, onde compreensões são desenvolvidas no sentido de que não se trata de apenas observar, mas de colocar-se no lugar do outro, aproximar-se e perceber a partir do mundo emocional do outro. Trata-se de um momento onde são ampliadas as consciências e ofertada a oportunidade de um *crescimento humano* mútuo. O profissional também se abre a perceber e a reconhecer seus valores, crenças e atitudes que possam atuar como prejuízos e interferências na atenção. A aplicação da teoria humanística coloca-se além de procedimentos técnicos, envolvendo compromisso emocional, presença ativa e identificação do pensar com o fazer (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1113).

A penúltima teoria apresentada refere-se ao modelo de relação pessoa-a-pessoa (“human-to-human”), de Joyce Travelbee (1926-1973, EUA). O propósito da enfermagem aparece como sendo uma ação de ajuda e, quando necessário, de descoberta de um sentido, a partir da compreensão da situação de uma pessoa, família e/ou grupo. A pessoa é apresentada como portadora de três capacidades humanas universais: capacidade de ter atitude para amar; capacidade de enfrentar a realidade; e capacidade de tentar descobrir um propósito ou um sentido para a vida (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1115).

A principal premissa do modelo de relação pessoa-a-pessoa é que a relação enfermeiro(a)-paciente está estabelecida somente depois do entrelaçamento de quatro fases, a saber (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1116):

- i) fase do encontro original: os primeiros sentimentos, pensamentos, deduções, percepções e observações que influenciam certos padrões de interação;

- ii) fase da emergência de identidades: ambos passam a ver-se menos como uma categoria e mais como seres humanos únicos e singulares;
- iii) fase da empatia: a singularidade de cada indivíduo é percebida mais claramente, havendo uma mudança de padrão na interação e um crescendo da vontade de compreender o outro, motivado pelo desejo de ajuda ou de curiosidade;
- iv) fase da simpatia: um passo adiante da empatia onde há genuína preocupação e desejo de ajuda, além da comunicação transparente destes sentimentos).

O modelo pessoa-a-pessoa também circunscreve duas maneiras ou abordagens fundamentais para os cuidados em enfermagem (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1116):

- i) subjetiva-científica: o cuidado é planejado, utilizando-se de protocolo e identificação objetiva dos signos, sintomas, problemas e necessidades do paciente;
- ii) inter-subjetiva; o cuidado mostra-se mais global, integral e profundo, não sendo quantificável nem registrável, onde o profissional integra na relação processos de cuidados e modelos de enfermagem.

Por fim, a teoria de Travelbee estabelece onze características de uma autêntica relação de ajuda em enfermagem (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1116):

- i) ser deliberada e consciente;
- ii) ser um processo composto por etapas dinâmicas;
- iii) provocar transformações em ambos os participantes;
- iv) trabalhar com experiências do presente;
- v) constituir-se enquanto uma experiência de encontro interpessoal em construção;
- vi) a pessoa que ajuda tem sua capacidade interpessoal desenvolvida;
- vii) há conhecimento utilizado a favor do consultante;
- viii) há paciência e tolerância no buscar soluções;
- ix) há abertura e permissão para aproximação;
- x) é delimitada por uma duração temporal;
- xi) o outro é reconhecido como pessoa.

O quinto e último modelo mencionado é o modelo da maré na recuperação em saúde mental ou “teoria da maré” (“*tidal wave model*”), do enfermeiro escocês Phil Barker. Não se trata propriamente de um método de cuidado ou tratamento de enfermidades mentais, mas de uma visão de mundo que pode ajudar o profissional da enfermagem psiquiátrica a iniciar um processo de compreensão do que pode concretamente significar a saúde mental para uma pessoa. Neste sentido, o(a) enfermeiro(a) pensa em como ajudá-la a definir e a iniciar uma “complexa e exigente viagem” de recuperação. Esta visão de mundo está baseada na imagem

de um fluxo constante, as marés que vão e vem sem padrões repetitivos, ainda que se mantenham em padrões mais ou menos delimitados. Acredita-se que o modelo da maré emprega metáforas universais e significativas ligadas ao poder da água para representar as experiências de transtornos mentais. Desta perspectiva, pequenas mudanças podem criar transformações imprevisíveis, surgindo um convite aos profissionais da enfermagem psiquiátrica para que deixem de lado a busca das certezas para abraçar a realidade da incerteza (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1116).

O modelo apresenta dez compromissos, a representar “a bússola metafórica” para o profissional da enfermagem psiquiátrica (GALVIS LÓPEZ, 2015, p.1117):

- i) Valorizar a voz: a recuperação e todos os planos de cuidado devem escrever-se na própria fala da pessoa;
- ii) Respeitar a linguagem: não há necessidade de imprimir vocábulos da psiquiatria, da psicologia ou das ciências sociais, pois que há linguagens próprias para a descrição, definição e articulação das experiências singulares;
- iii) Desenvolver a curiosidade genuína: para compreender melhor quem narra a história e a significação humana daquela história;
- iv) Tornar-se o aprendiz: é a pessoa que é a expert em sua própria história;
- v) Revelar a sabedoria pessoal do outro: ajudar a contribuir na revelação da sabedoria da pessoa que escreve sua própria história
- vi) Ser transparente: ajudando a pessoa a compreender o que está fazendo e o porquê;
- vii) Utilizar as ferramentas disponíveis: a história da pessoa contém numerosos exemplos do que funciona e do que não funciona, podendo ser utilizadas para desbloquear ou criar a história da recuperação;
- viii) Trabalhar um passo adiante: o cuidador e a pessoa trabalham juntas no que deve ser feito no agora, mas com olhos no objetivo final da recuperação;
- ix) Valorizar o tempo: apreciar o tempo que passam juntos cuidador e pessoa, sabendo utilizá-lo;
- x) Saber da troca constante: a troca está sendo feita cabendo ao profissional atuar em sua utilização para que a pessoa se oriente até a recuperação.

O conjunto de artigos trabalhados neste tópico permitiu acesso a diferentes questionamentos, estilos de discurso, reflexões, instrumentais metodológicos e resultados. Ainda que a revisão tenha ficado um tanto defasada temporalmente (artigos até 2017), considerando-se a data de depósito e defesa do presente texto, acredita-se que o exercício de exploração contribuiu para a aproximação da forma como a ciência em saúde lida com o

conceito de integralidade, visualizando dificuldades e potencialidades para a práxis diária dos trabalhos em enfermagem, enfermagem psiquiátrica e na saúde em geral.

1.1.17. Integralidades em saúde: uma síntese

Diante da exploração introdutória realizada, semelhante ao que concluiu um dos estudos mencionados no tópico anterior, de Teixeira et al. (2013), demanda-se uma integração das várias integralidades em saúde. As produções científicas, para falar da integralidade, arriscam reflexões sobre o cuidado holístico e humanizado ou sobre o cuidado enquanto marca característica do ser humano no mundo. Aproximam-se da Filosofia, mas seus discursos são distintos dos filosóficos. As produções de sentido buscam definições sobre objetos de observação visíveis e materialmente palpáveis, como ferramentas tecnológicas de gestão, trabalho e assistência à saúde sendo aplicadas em normativas, sistemas de registro, protocolos de trabalho e técnicas de cuidado, por exemplo.

Contardo Calligaris (2002), em um texto para o jornal Folha de São Paulo, propôs uma tensão dialética entre as frases “seja realista, peça o impossível” e “seja utopista, peça o possível”. A primeira afirmação, surgida nos muros de Paris no maio de 1968, comunica um realismo racionalista que busca instituir princípios e inventar técnicas para dobrar o mundo na direção que lhe parece certa. Neste sentido, a solicitação da vontade é por algo que a vida instituída não demonstra ser possível. Já na segunda afirmação – sugerida como uma correção da primeira – o racionalismo abstrato da filosofia moderna dá lugar à imaginação utópica, uma organização que seria menos rígida e mais orgânica, a funcionar como guia ou norte para um navegar. Diante disso, o pedido da vontade não seria mais pelo impossível, mas pelo possível em uma situação determinada. A ação pelo impossível, à base de princípios intelectuais, talvez resulte que o possível nunca aconteça. Agindo e pedindo pelo possível, à base de uma imaginação criativa orientadora, talvez faça ocorrer efetivas transformações na complexidade da vida que acontece.

Ruben Araújo de Mattos (2009), em texto sobre os sentidos da Integralidade, apresenta uma distinção semanticamente semelhante, porém atribuindo à utopia um significado depreciativo, de algo que jamais se torna realidade. Em substituição ao termo, propõe a noção de “imagem-objetivo” que, baseada em uma crítica do existente, indicaria uma configuração com características listáveis que pode ser real em um tempo definido. A segunda frase mencionada acima, talvez pudesse ser reescrita como “trace uma imagem-objetivo, peça pelo possível”. Esta opção pela modificação do “ser utópico” ou “utopista” para uma ação com metas

parece simbolizar a tendência dos discursos científicos em buscar definições que possam orientar realizações concretas e palpáveis, inseridas em uma **objetividade do possível**.

Integralidade é qualidade daquilo que é integral: algo do qual não falta nada, inteiro, total, completo (INTEGRAL, 2009). O movimento de aproximação desta ideia abstrata de completude ou totalidade ao campo das práticas, apontando as características desejáveis a serem preenchidas, é um constante desafio para gestores e profissionais da saúde. Pode ser que a síntese que se apresenta a seguir auxilie neste sentido. Amparado no que foi apresentado neste tópico 1.1, propõe-se uma síntese das muitas integralidades do possível ou das diferentes faces possíveis da integralidade em saúde.

Podem ser identificados oito grupos de “integralidades em saúde”, cada qual devidamente nomeado e acompanhado por uma pergunta acerca do cuidado integral. Além disso, em cada um dos grupos foram identificados de um até nove subgrupos. Cada subgrupo foi identificado com uma frase-resposta à pergunta associada ao grupo, seguida de ideias-chave relacionadas.

Esta construção – resultado do passeio informacional e conceitual com a integralidade nos discursos científicos da saúde – organiza-se no quadro a seguir³¹:

³¹ A expressão “Totalidade-Complexo” que aparece no Quadro 2 foi escolhida em menção ao Paradigma do Complexo de Edgar Morin. O filósofo propõe a substituição de um pensamento que isola e separa as partes por um pensamento que distingue e une as partes em um todo-complexo. Remete-se ao termo *complexus*, no sentido daquilo que é tecido junto, indicando uma totalidade em movimento da qual também participa o observador (MORIN, 2002, p. 89).

Quadro 2. Integralidades em saúde: uma síntese.

1. Integralidades da Totalidade-Complexo da Assistência			
Qual a abrangência total do cuidado integral?			
1.1	Todas as necessidades de saúde são atendidas i) boas condições de vida; ii) tecnologias de melhoramento e prolongamento da vida; iii) vínculos afetivos confiantes e duradouros com profissionais da saúde; iv) crescente autonomia na construção de sentidos para a vida.	1.2	Todas as complicações de saúde são atendidas, em diferentes níveis de complexidade e desenvolvimento: i) patologias catalogadas (infecciosas, genéticas e carenciais); ii) causas externas (acidente e violência); iii) sintomas medicamente inexplicáveis; iv) condições crônicas; v) transtornos mentais.
1.3	Todas as dimensões do humano são consideradas (horizonte ampliado): i) social; ii) emocional; iii) biológico; iv) mental; v) espiritual; vi) psíquico; vii) cultural; viii) ocupacional; ix) clínico; x) etc.	1.4	Todas as racionalidades em saúde são oferecidas (abertura às PICS): i) biomedicina; ii) medicina chinesa; iii) homeopatia; iv) medicina ayurvédica; v) medicina antroposófica.
1.5	Todo tipo de atendimento é realizado: i) assistência/tratamento; ii) prevenção; iii) reabilitação; iv) manutenção da saúde; v) promoção da saúde; vi) redução de danos; vii) cuidados paliativos.	1.6	Todos os dois tipos de abordagem em saúde são realizadas: i) foco no aspecto singular/individual; ii) foco no aspecto epidemiológico/coletivo.
1.7	Todos os tipos de tecnologia em saúde são utilizadas: i) leves (relacionais); ii) leve-duras (saberes); iii) duras (máquinas, normas e fármacos).	1.8	Todos os setores responsáveis por direitos sociais participam: i) sistemas de saúde; ii) sistemas de educação; iii) sistemas de assistência social; iv) organizações comunitárias; v) equipamentos de lazer, mobilidade, alimentação, trabalho, moradia, segurança, etc.
1.9	Todos os níveis, esferas de governo e tipos de serviços de saúde participam: i) três níveis de atenção (primário, secundário e terciário); ii) três esferas de governo (municipal, estadual e federal); iii) serviços do SUS e serviços de saúde suplementar (planos de saúde e serviços privados).		
2. Integralidades da Organização			
Como se organizam as redes de cuidado integral?			
2.1	A APS é considerada ponto coordenador da rede: i) território; ii) ESF; iii) atenção às condições crônicas de saúde; iv) par equipe de referência e apoio matricial (responsabilidade compartilhada).	2.2	A saúde mental é reorientada na rede sob coordenação da APS: i) problemas físicos e mentais coexistentes em comorbidade; ii) problemas físicos e mentais influenciam-se mutuamente.
3. Integralidades de Comunicação			
Como se dá a articulação comunicativa do cuidado integral?			
3.1	As informações digitais estão integradas: i) e-saúde; ii) prontuários eletrônicos; iii) Sistemas de Informação em Saúde.	3.2	Cultivam-se posturas voltadas a articulação integrada: i) consideração da interligação de diferentes focos de trabalho; ii) apoio nas limitações; iii) organização; iv) continuidade da relação de cuidado ao longo do tempo (longitudinalidade); v) co-responsabilização sobre os usuários.

continua

Quadro 2. Integralidades em saúde: uma síntese.

continuação

4. Integralidades do Trabalho Transversal			
Como é o ambiente de trabalho do cuidado integral?			
4.1	O trabalho se dá em equipes multiprofissionais e transdisciplinares: i) medicina; ii) enfermagem; iii) educação física; iv) nutrição; v) terapia ocupacional; vi) psicologia; vii) fisioterapia; viii) odontologia; ix) serviço social; x) especialidades em saúde.	4.2	O trabalho se dá em ambiente de participação coletiva e transversal das decisões do cuidado (cidadania do cuidado): i) processos de descentralização e relações horizontalizadas; ii) distribuição de poderes e saberes; iii) abertura à alteridade, ao diálogo e à cooperação; iv) processos de educação permanente; v) disposição para o campo amplo da saúde e o núcleo da especialidade técnica.
5. Integralidades das Habilidades e Dispositivos			
Quais dispositivos e habilidades são acionados para o cuidado integral?			
5.1	Aplicam-se dispositivos de saúde ampliada e humanização: i) clínica ampliada e anamnese ampliada (história psi); ii) projeto terapêutico singular; iii) práticas integrativas e complementares em saúde; iv) equipes de referência; v) apoio matricial; vi) visitas domiciliares.	5.2	Colocam-se em prática as habilidades do cuidado: i) empatia; ii) escuta qualificada (saber ouvir/sentir/aproximar-se).
6. Integralidade Nuclear			
Qual é o centro do cuidado integral?			
6.1	A pessoa é o núcleo: i) respeito à dignidade; ii) respeito às diferenças; iii) respeito aos direitos humanos		
7. Integralidade do Usuário			
Qual é o papel do usuário no cuidado integral?			
7.1	O usuário participa das decisões sobre seu processo de saúde-doença (cidadania do cuidado): i) empoderamento; ii) autonomia; iii) autocuidado ou cuidado de si; iv) significados singulares.		
8. Integralidades da Educação em Saúde			
Como é a educação profissional para o cuidado integral?			
8.1	A construção do ensino é coletivo e participativo: i) circuito duplo; ii) pedagogias ativas; iii) abertura ao diálogo; iv) humanização do ensino; v) abordagens não-punitivas; vi) avaliação em respeito aos ritmos e esquemas de assimilação individuais.	8.2	O ensino está integrado aos serviços e seus contextos sociais: i) ensino-trabalho; ii) articulação ensino-prática; iii) aproximação Universidade-serviços.
8.3	Há integração curricular em uma mesma graduação e entre diferentes graduações em saúde: i) currículo integrado; ii) eixo comum; iii) educação interprofissional em saúde (EIS); iv) orientação para uma realidade social complexa.		

Fonte: elaborado pelo autor

1.2. Huberto Rohden: interlocuções possíveis

Adverte-se que este tópico, especificamente no presente fragmento que o introduz, adotará um estilo mais pessoal, justificado pela consideração prática de um exercício de interlocução.

Uma locução, como se verifica no dicionário Houaiss, é um modo próprio ou maneira própria de articular e pronunciar, seja na fala, seja na escrita (LOCUÇÃO, 2009). A “interlocução” é uma “locução entre”: há uma troca entre sujeitos, denominados cada qual de “interlocutores”. Ambos participam da produção conjunta de um sentido que se integra e é integrado na interação comunicativa. Tal sentido é um “sentido vivo”, pois o que falam e trocam se dá em um tempo e em um espaço de disposição de vida, de um dispor-se vivo para o processo comunicativo que envolve falar, escutar, escutar-se, ler, ler-se, escrever, falar-se e escrever-se.

Neste capítulo, a interlocução estabelecida é entre um sujeito que escreve e um conjunto de textos que são lidos. Em que medida este último é um interlocutor ativo na relação? E, em que medida o sujeito, enquanto escreve, distancia-se ou silencia os textos e seu autor ou autores, fazendo de uma “locução entre” uma “locução sobre”?

Ao lidar com estes questionamentos, três pontos vêm à tona: o fenômeno da “desleitura”, a ideia de “leitura verdadeira” e o que aqui será chamado de “alegoria da cosmo-biótica de Rohden”.

Propondo-se a superar a dicotomia não-pragmática (ou idealista) entre o verdadeiro-correto e o falso-incorreto, Cunha (2007) elabora o conceito da desleitura. Trata-se, segundo ele, do fenômeno que acontece quando um leitor, ao se remeter ao que leu, deixa alguns conteúdos afastados como se não tivessem sido assimilados.

Já Paulo Freire, na Pedagogia da Autonomia (FREIRE, 1996), cultiva a ideia da “leitura verdadeira”. Trata-se de uma relação de compromisso com o texto, um doar-se a ele e um transformar-se co-sujeito de sua “compreensão fundamental”.

Huberto Rohden, no texto “Como ler este livro”, que abre o livro “Cosmoterapia: a cura dos males humanos pela consciência cósmica”, apresenta:

Exige a macrobiótica que o homem mastigue 50 vezes cada bocado, até liquidificá-lo totalmente, antes de o deglutir. A cosmo-biótica, porém, que preside a este livro, é mais exigente ainda: não se contenta com 50 mastigações; quem quiser assimilar devidamente o conteúdo das páginas seguintes deve mastigá-las indefinidamente, até reduzir a sua substância a uma liquidez total, de maneira que passe a ser sangue de seu sangue, vida de sua vida, espírito de seu espírito (...). Não adianta ler ou devorar este livro como um romance ou uma novela divertida; é necessário parar muitas vezes, fechar o livro e meditar, e depois reler e ruminar o lido (ROHDEN, 2009b, p.21-22).

Diante deste quadro de proposições teóricas, acredita-se ser salutar assumir que nas leituras aqui apresentadas é provável que a compreensão fundamental dos textos de Rohden – uma experiência para além da organização do discurso intelectual-verbal – tenha, por vezes, escapado. Da mesma forma, pode ter ocorrido o “simples fato” (CUNHA, 2007) do afastamento de alguns conteúdos, assim como aspectos limitantes para uma intensa ou profunda assimilação da unidade essencial dos textos. Ainda assim, poderá existir nestas páginas algo de interlocução ou diálogo, embora não se exclua a impossibilidade de que isso aconteça.

Se considerarmos os lampejos de memória válidos, talvez faça sentido reconhecer que a interlocução com Rohden se inicia em rápidas trocas de olhares. As letras de seu nome apareciam no contexto de desenhos de capas de livros e de torres organizadas em livrarias. Em específico, o nome e as capas apareciam no folhear da coleção “A obra-prima de cada autor”, da editora Martin Claret. Era-me um nome desconhecido em meio à Platão, Aristóteles, Machado de Assis, José de Alencar, Goethe, Edgar Allan Poe, dentre tantos outros. Estas são memórias do início dos anos 2000, coincidindo com o início da vida universitária e uma maior frequência às lojas de livros.

Em meados de 2014, há um encontro que desperta interesse consciente. De passagem pelo único sebo da cidade (Batatais-SP), com os pensamentos sobre a possibilidade terapêutica da FC e com certa constância na busca curiosa sobre os fenômenos pedagógicos e educativos, despertaram-me a atenção três livros. O já citado “Cosmoterapia: a cura dos males humanos pela consciência cósmica” (ROHDEN, 2009b) e os outros “Novos rumos para a educação” (ROHDEN, 2005d) e “Educação do homem integral” (ROHDEN, 2005a). Os dois últimos seriam acessados algumas semanas após as leituras do primeiro.

Como parte do processo de aproximações ocasionadas pela leitura, despertaram-se movimentos de curiosa admiração ter acesso a alguns elementos biográficos do filósofo. Sua nacionalidade e nascimento brasileiros, até então inimagináveis, desembocavam em um falecimento relativamente recente, oito de outubro de 1981. À suas alegadas últimas palavras, “eu vim para servir a humanidade”, ligavam-se suas formações em Filosofia, Ciências e Teologia, um cargo de catedrático em disciplina de Religiões Comparadas, experiências com retiros e práticas de meditação e suas viagens com teor de busca espiritual para países como Palestina, Índia, Egito e Nepal. Também em investigações no site da Martin Claret, verificava-se que a fundação da editora, no início da década de 1970, em São Paulo, fora impulsionada pelo intuito principal de publicar as obras do “filósofo e educador brasileiro Huberto Rohden” (QUEM, [2020]).

Observava-se uma lista de suas obras. Além de biografias de Einstein, Gandhi, São Paulo, Santo Agostinho e Pascal, figuravam com especial valor suas traduções dos Evangelhos Bíblicos, do Bhagavad Gita, do Tao Te Ching e do Evangelho de São Tomé. A aparência grandiosa de sua obra e a relevante relação com as publicações daquela editora, provavelmente presente na quase totalidade de livrarias que costumava visitar, fazia pensar com curiosidade o fato de seu nome ter passado tanto tempo despercebido. Iniciavam-se, então, buscas por trabalhos científicos sobre sua obra, assim como perguntas à pessoas próximas se já teriam ouvido falar do autor catarinense. Como resultados colheu-se a quase total inexistência de citações e/ou familiaridades. Deste vazio parcial, surgia a possibilidade de algum futuro horizonte de aproximação acadêmica.

Seguiram-se consultas, leituras e o ato de folhear e clicar outros tantos livros do autor, seja em livrarias, seja na vasta oferta de downloads gratuitos na internet. São ouvidas gravações de palestras e entrevistas do próprio Rohden onde, de passagem, apareceram estranhamentos derivados de impressões do ouvir, a insinuar no pessoal imaginário cultural possíveis doses de autoritarismo e/ou arrogância. Trata-se de um sentido antagônico ao universo escrito, ainda que, no futuro, pudesse reconhecer nuances de ironia e leves sarcasmos em alguns trechos textuais. Como justificativa do estilo oral identificado, satisfez-me pensar os longos anos de formação e de convívio de Rohden em meios clericais acadêmicos, um ambiente tipicamente hierárquico com tendências à comportamentos mais ou menos vaidosos com a própria intelectualidade.

Junto à FC e à Educação, mencionava-se de forma mais ou menos breve o pensamento trabalhado pelo filósofo em artigos (RICCO MEDEIROS, 2016; 2017a; 2017b; 2018) e em algumas falas, dentre as quais uma no XIV Encontro Paulista de Filosofia Clínica, em 2015, em São Vicente-SP. No YouTube, acompanhei um sincrônico 1º Simpósio de Filosofia do Evangelho segundo a obra de Huberto Rohden, em 2016, organizado em Franca-SP. Avançavam-se contatos em comunidades do Facebook.

Após a leitura primeira de Cosmoterapia – permeada por momentos de pausa e pensamento – a metafísica e idealismo possíveis para as terapias e curas em saúde passaram a ocupar certo lugar de consideração. Tais pensamentos, que tomavam corpo no processo de entrada no programa de pós-graduação, encontravam-se com acontecimentos-limite da vida pessoal: falecimentos de entes queridos envolvendo internações em hospitais e tratamentos convencionais e uma pessoal intervenção cirúrgica. Elaboravam-se questionamentos acerca do possível e do impossível das terapêuticas, duvidando da real validade e utilidade dos estudos que vinha investindo. Diante de evidências do corpo e da matéria, como justificar o diálogo com Rohden e sua ideia de uma metafísica “mais real que a física” (ROHDEN, 2008a, p.26)?

Em um compilado de aulas ministradas por Georges Politzer na Universidade Operária da França, entre 1935 e 1936, a metafísica é apresentada como um método anticientífico, sobretudo por separar aquilo que não seria separável (a realidade essencial e ideal da realidade existencial e material). Diz ele:

Quando falamos em método metafísico estamos, com essa expressão, querendo significar um método que ignora e desconhece a realidade do movimento e da transformação. (...) A metafísica ignora o movimento em favor do repouso, a transformação em favor do idêntico. (...) Para o metafísico o homem é eterno, logo, é imutável. Por que? Porque separa o homem do seu meio, a sociedade (POLITZER, 1962, p.26).

O alerta materialista e dialético de Politzer tem seu olhar voltado para o social. A metafísica, de seu ponto de vista, seria minimamente conivente com relações sociais injustas e desiguais e, no limite, até mesmo responsável por estas. Em consequência, assim também seriam os metafísicos. Esta dicotomia, entretanto, complexifica-se a partir do momento que se lê em ROHDEN (2004a, p.47) da serenidade e calma metafísicas sendo compatíveis ao sentimento de “repugnância contra injustiças e ingratidões” e suas explicações do Sermão da Montanha acerca da bem-aventurança dos perseguidos por causa da justiça e daqueles que têm fome e sede de justiça (ROHDEN, 2012e). Também se exige uma abordagem complexa quando o filósofo afirma da ingenuidade materialista:

É cientificamente inegável que, por detrás dos fenômenos perceptíveis do universo, existe uma realidade imperceptível aos sentidos, fonte e causa daqueles. É cientificamente impossível identificar a realidade do mundo com a sua perceptibilidade. Não podemos estabelecer a equação empírica e infantil: realidade = perceptibilidade; temos de modificar a equação do seguinte modo: realidade > perceptibilidade. O materialismo é por demais primitivo, ingênuo, unilateral, fragmentário; não satisfaz a nenhum homem capaz de raciocinar logicamente (ROHDEN, 1962, p.230).

Ainda que se continue a ponderar a crítica materialista, esta ideia da ingenuidade tem sua validade. Entretanto, ambos os sentidos, quando tomados isoladamente não demonstram abertura ao complexo. Falta distinção e união entre materialismo e metafísica, superando uma postura de isolamento e separação binária. Ambos os textos são tomados, em alguma medida, pelo fenômeno em que um ego intelectual evita sujeitar-se a outro ego intelectual, como se este sujeitamento fosse assujeitamento, um submeter-se que eliminaria a própria subjetividade e com a qual dever-se-ia dialeticamente se opor. O pleno sujeitamento do ego, entretanto, segundo comunicam os ensinamentos de Rohden, passa pelo Eu em sua complexidade e integralidade. O Eu, segundo vamos apreendendo da Filosofia rohdeniana, traduz a experiência do sujeitar-se como acolhimento de sujeitos plurais, compondo o sujeito em uma unidade ou subjetividade fundamental.

Concordo com as bases marxistas de Politzer, para a qual a Filosofia deve ir além do interpretar e contemplar para transformar o mundo. Mas de que transformação se fala? Penso que talvez guarde relação com o que dizem os autores do livro “O Tao da Libertação: explorando a ecologia da transformação”:

(...) precisamos reconhecer que o mero estudo da cosmologia por si só é insuficiente para nossas atuais necessidades. No final, uma mudança em nossa cosmovisão precisa indicar uma autêntica ‘revolução mental’, uma reviravolta interna, uma profunda conversão. Ela precisa reorientar fundamentalmente nossa maneira de ser no mundo, nossa maneira de nos relacionarmos com outras criaturas e nosso entendimento do próprio conceito de transformação (BOFF; HATHAWAY, 2012).

Suspeito que aqui reside a chave para o acolhimento da utilidade metafísica na saúde. Talvez, o saber metafísico se faça reparável na medida em que passe a operar mudanças nas bases da cosmovisão materialista, estabelecendo alguma conversão coletiva possível ao idealismo. Lembro-me de um caso que ilustra este sentimento de “esperança metafísica”.

Um livreiro amigo, daquele mesmo único sebo da cidade que mencionei, em um livro sobre Hannah Arendt dado de presente, escreveu na dedicatória: “deixemos a metafísica para tempos menos sombrios”. Ao ler isto, fui levado a um pensamento diferente. De fato, não são poucos os elementos em nossos dias atuais que podem ser lidos como obscuros, sombrios ou tenebrosos: contextos insustentáveis, emergência climática, financeirização da vida, escassez da água, acúmulo de resíduos, extremismo político, ignorância científica, precarização do trabalho, pandemias, etc. Mas, talvez seja justamente por estas circunstâncias que o pensamento esteja a demandar um redirecionamento às tradições radicais do Ser. Podemos redescobrir um sentido para a busca da metafísica do real, aquela profunda e autêntica “revolução mental” ou “reviravolta interna”.

Como diz Edgar Morin (2000, p.38), os cientistas são homens com ideias metafísicas, quer camuflem ou não. Alguns gostariam de provar a existência de Deus e outros de provar que Deus não existe. Em ambos os casos, o problema da retomada da reflexão metafísica está posto:

O extraordinário é que o conhecimento científico se fundou em reação à metafísica! Diz-se: “Todos esses problemas, o ser, o nada, o vazio, o tudo, o começo, a origem, o fim... isso não tem nenhum interesse. Aquilo que queremos saber é como isso funciona, essas são as regras, essas são as leis”. Mas esse conhecimento científico encontrou grandes problemas filosóficos. A partir do momento em que a teoria da astrofísica moderna coloca com plausibilidade o problema do começo do nosso universo, o começo que nós chamamos de “Big Bang”, pode-se perguntar: “Mas, antes do início, que havia?” (...) O problema do universo, o problema da origem do universo, do sentido do universo estão colocados. (...) Existe, de qualquer modo, um contramovimento na ciência moderna que reencontra os grandes problemas filosóficos, que é a retomada da reflexão (MORIN, 2000, p.36-37).

Vamos caminhando com a possibilidade do filosofar ser mais do que “um acho que baseado em” ou um “gosto ou não gosto de”. Procuramos pensá-lo e vivê-lo (o filosofar) como um sempre e infinito “ser possível pensar em”. Não teremos nós, enquanto seres vivendo em um mundo caótico e em estado de emergência, que trabalhar cada vez mais no sentido de transformar nossas ações, hipóteses e experiências com a perspectiva metafísica da ilusão, da realidade, dos fragmentos e da integralidade?

Nos oito subtópicos interligados a seguir procura-se, do histórico e das reflexões apresentadas, introduzir o pensamento de Huberto Rohden. São eles: 1.2.1. Deus indefinível, palavra de Deus e ateísmo teísta; 1.2.2. Deus experienciável: silêncio, meditação e intuição; 1.2.3. Planos de consciência: Uni-verso, Fé e Razão; 1.2.4. Evolução metafísica: livre arbítrio e participação da Liberdade; 1.2.5. Homem integral: cosmocracia, (auto)educação, saúde, felicidade e ética; 1.2.6. Vida religiosa e a instituição ultrapassada; 1.2.7. Monismo e cristianismo cósmicos; e 1.2.8. Caminhos críticos e uma síntese.

Optou-se pelo mínimo uso de paráfrases, procurando preservar as próprias palavras do filósofo, indicando-as entre aspas ou obedecendo recuos e margeamentos. Ainda que tal estilo possa prejudicar a fluência textual, espera-se ganhar em pausa e profundidade, reforçando um aspecto mais cuidadoso dos termos conforme escritos pelo próprio autor.

1.2.1. Deus indefinível, palavra de Deus e ateísmo teísta

Uma disposição ao diálogo com Rohden exige alguma abertura ao conceito “Deus”, enquanto material possível para o pensamento. Escreve Rohden, no primeiro volume de sua história da Filosofia:

Nomes sem conta se tem dado a esse Ser pleniconsciente, realíssimo, a essa Realidade Primeira e Última, a esse Um e Todo, que está infinitamente além e intensamente dentro do Universo e de cada ser – nomes sem conta porque é o único Ser sem nome, anônimo e inominável. Dar nome quer dizer definir, e definir quer dizer traçar ‘fines’ (limites) ao redor de um ser, circunscrevê-lo, incluí-lo no âmbito de uma certa área mais ou menos restrita e finita. Nomear, denominar, definir o Ser Infinito seria desinfinetizá-lo, privá-lo de sua vasta infinitude e reduzi-lo à angústia da finitude.

Um Deus definido é um não-Deus.

Todas as chamadas “definições” de Deus são outras tantas confissões da sua indefinibilidade: a Realidade, o Númeno, a Causa Prima, o Absoluto, O Infinito, o Eterno, o Todo, o Movente Imóvel, o Ultra-Ser, a Razão Cósmica, o Lógos, o Mous, a Alma do Universo, Yaveh (Jehovah), Dyaush, Deus, Theós, Zeus, Deus-Pater (Júpiter), God, Gott, El, Iluh, Allah, Brahman, Tao, Luz, Vida, Amor – todos estes e mil outros nomes são heroicas tentativas de nominar o inominável, de colher o infinito em um receptáculo finito (ROHDEN, 2008b, p.36).

A tese da indefinibilidade também aparece em estilo de oração ou conversa imaginada, na obra “Deus³²”:

Não existem no Universo ser algum que tantos nomes tenha como Tu, (...) meu Ser inominável.

Todas essas denominações são simples tentativas do impossível, vãos tentames de frágeis pigmeus de escalar a torre altíssima da Tua intangibilidade.

(...)

Nenhum nome exaure a plenitude do Teu Ser, nenhum atinge a essência íntima da Tua natureza. São como microscópicas gotinhas de orvalho que refletem uma fração infinitesimal do Sol, mas nenhuma dessas gotas abrange o grande astro em sua estupenda realidade cósmica.

(...)

Ficará sempre, entre o nome e o nominado, uma distância infinita, um vácuo sem limites, uma noite sem alvorada (ROHDEN, 2013, p.23-24).

O próprio nome e o ato mesmo do nomear “Deus” mostram-se como paradoxos, na medida em que o referente é ao mesmo tempo anônimo – sem nome – e com mil nomes. Essa natureza paradoxal e indefinível vai além de um não ser possível definir. O próprio Rohden, na primeira colocação de seu “Catecismo da Filosofia: verdades básicas sobre Deus, o homem e o universo, para todos os amigos da verdade na Era Atômica e Cosmonáutica”³³, responde à pergunta “Que é Deus?”: “é a Causa única e Infinita do universo, que se manifesta em vários efeitos finitos, como sejam: matéria, energia, luz, vida, inteligência, razão, consciência, amor, verdade, bondade, felicidade, etc” (ROHDEN, 2009a, p.19). Ou, em meio à citações das epístolas de Paulo de Tarso, é “aquele Ser no qual vivemos, nos movemos e temos a nossa existência” (ROHDEN, 2013c, p.17).

A característica da impossibilidade, seja de uma nomeação ou de uma definição, é a impossibilidade de um nome ou definição que esgote o referente. Esta não-possibilidade, situada no nível do intelecto analítico-descritivo, não significa a impossibilidade de experiência da realidade Divina em um outro nível do universo existencial humano (conforme se verá no próximo tópico).

Dizer de uma natureza indefinível de “Deus” significa falar que a compreensão analítica da “Divindade” nunca será nem a experiência intuitiva do Infinito nos moldes do finito e nem a “Divindade” Ela mesma. “O Deus compreendido pelos homens será sempre mais humano que divino” (ROHDEN, 2013a, p.139). Trata-se de compreensão muito semelhante à que

³² Lançada em 1954 com o subtítulo “Colóquios com o grande anônimo de mil nomes sobre as angústias do homem e os enigmas do universo”, a obra é, segundo escreve o autor em sua autobiografia (ROHDEN, 1962b, p.28), um paralelo amadurecido de seu primeiro livro publicado quando de sua ordenação sacerdotal em 1920, uma tese sobre a divindade de Cristo: “Tu és o Cristo, Filho de Deus vivo”.

³³ No prelúdio deste Catecismo, Rohden escreveu: “Considero este pequeno volume mais importante que outro livro meu qualquer. Oportunamente, espero poder escrever extenso comentário explicativo para cada um dos tópicos ligeiramente esboçados neste opúsculo” (ROHDEN, 2009a, p.19).

encontramos no primeiro texto ou poema do Tao Te Ching, atribuído ao filósofo chinês Lao-Tsé ou Lao Tzu:

O Insondável que se pode sondar
 Não é o verdadeiro Insondável.
 O Inconcebível que se pode conceber
 Não indica o Inconcebível (LAO-TSÉ, 2013)

O conceito do infinito é associado a este referente, sendo então possível atentar-se a um princípio lógico: o Infinito manifesta “sua absoluta infinitude segundo a medida do recipiente relativo das finitudes, em que se manifesta parcial e imperfeitamente” (ROHDEN, 2013a, p.20). Dito de outra forma: “todo o finito em demanda do Infinito está sempre a uma distância infinita” (ROHDEN, 2013a, p.21).

Neste contexto, Rohden apresenta a etimologia do termo ceticismo, remetendo-nos à *skepsis* – cujo significado remete à investigação, exame e pesquisa. Assim o faz para admitir-se um cético, um “bandeirante da verdade”, jamais um dogmático. Ele não afirma nem nega de início, mas

sabe que o finito não esgota jamais o Infinito; sabe que, por mais que ande e corra, nunca lhe faltarão horizontes ilimitados, nunca eliminará a distância que vai entre o seu ideal e a realidade palpável. Não pára em ponto algum. Nunca diz “cheguei ao fim”, porque se sabe eterno itinerante. Não levanta casa maciça à beira da estrada, ergue apenas ligeira tenda de nômade, que lhe dê guarida para uma noite, para um dia chuvoso e nevoento – e logo prossegue no seu itinerário de todos os dias, de todos os meses, de todos os anos e decênios, por ínvias florestas e desertos inóspitos, rumo a mundos ignotos (ROHDEN, 2013a, p. 166).

A infinitude ou aspecto intangível de Deus presente nas elaborações de pensamento rohdenianas aproxima Rohden das religiões místicas do Oriente, em especial do taoísmo, para o qual não se admite um modelo de Deus. Mesmo com sua formação jesuítica e anos de sacerdócio católico, o modelo judaico-cristão de um Deus pessoalizado passa a ser questionável e inaceitável na perspectiva do filósofo.

“Pessoa, indivíduo é necessariamente algo finito, limitado” – escreve (ROHDEN, 2013a, p.19). Esta pessoalidade limitada e finita é uma “negação radical do Deus verdadeiro, que não tem limitação no tempo e no espaço”, por ser infinito (ROHDEN, 2013c, p.17).

Apesar de considerar a atribuição de pessoalidade à Deus como uma “decadência da (...) divindade no conceito dos homens” (ROHDEN, 2014, p.73) ou como um cortinamento “de fumaça por diante da (...) divina natureza” (ROHDEN, 2014, p.74), ele a vê como historicamente justificável. A pessoalização tem, em um primeiro momento, a função de comunicar uma imagem da divindade como algo ou alguém consciente, negando o que seria

“um ser incôscio, dormente, sonâmbulo ou semiconsciente, como os seres do mundo vegetal e sensitivo” (ROHDEN, 2013a, p.73).

“Deus” é, então, modelado à imagem e semelhança dos homens, feito uma pessoa possuidora de vida, consciência, inteligência e vontade; uma pessoa transcendente ao mundo dos fatos, mas que se relaciona com ele como algo diferente e externo. Assim escreveu em um de seus textos poéticos:

Quando os homens houveram por bem definir-te como “pessoa”, sentiram-se obrigados a mandar-te para longe. Separaram-te do Universo e designaram-te um trono excelso para além das nuvens, para além de todas as vias-lácteas e nebulosas do cosmos (...). Criaram para Ti um céu, especialmente para Ti. Fizeram de Ti um Deus transcendente, longínquo, sobrenatural. (...)
Deram-te na mão o cetro do universo, para que o governasses, lá das eternas e inacessíveis montanhas da tua transcendência...
Muito a custo chegam a esse teu deserto metafísico uns esvaídos ecos dos nossos brados de angústia, e as vastas torrentes das nossas lágrimas se somem e perdem no imenso areal desse Saara que Te circunda de todos os lados...
Assim Te fizeram os homens – tão humano, por demais humano (ROHDEN, 2013a, p.77-78).

Os atributos de Deus são caracterísiticas conferidas por nós homens como o conhecemos, “imanente nas coisas finitas”, com “os atributos humanos que nele projetamos” (ROHDEN, 2009a, p.24). Pode ser que se imagine que – para além das analogias aos atributos humanos associados à vida, consciência, inteligência e vontade – possa haver um outro significado para uma “pessoa” divina:

(...) [talvez possa Deus] ser assim apelidado [de pessoa] – mas, neste caso, (...) [o] ser-pessoa é tão diferente do nosso ser-pessoa como o fogo real diverge do fogo pintado, como a luz solar se distingue das lanternas fosfóreas dum vaga-lume, como a vida dum serafim é diferente da vida dum molusco ou protozoário (ROHDEN, 2013a, p.74).

Mesmo que se admita grandes diferenças particulares cabíveis no conceito universal de pessoa, tais variedades não encontram saídas lógicas junto à ideia do Deus infinito. Neste sentido, Rohden questiona: “não seria uma pessoa infinita uma não-pessoa” e “não seria um indivíduo ilimitado um não-indivíduo” (ROHDEN, 2013a, p.75)?

A forma de uma pessoa “recorda uma como onda individualizada no meio do vasto oceano cósmico”, mas junto à noção do Infinito, Deus é “um oceano sem praias nem fundo, (...) um cosmos de absoluta e universal infinitude” (ROHDEN, 2013a, p.74). Consciência, vida, inteligência e vontade – atributos que levam à pessoalização – obrigam-se logicamente ao absoluto, infinito e sem limites: um ser total no qual estão contidos o querer, a inteligência, a vida e a consciência.

Outro aspecto a ser considerado ao se pensar o Deus infinito e não definível refere-se à ideia de “palavra de Deus”. Seguindo na lógica que vem sendo apresentada, as expressividades da linguagem verbal inspiradas ou, a se imaginar, emanadas da própria Fonte Infinita Inominável devem adequar-se à medida do recipiente finito que a comporta ou que a interpreta.

As “palavras de Deus” não são “como as nossas, que têm princípio e fim, que são como pequenas linhas destacadas, finitas, limitadas à esquerda e à direita, embaixo e em cima”. Serão “essencialmente infinitas, linhas sem princípio nem fim, ilimitadas na horizontal e na vertical, em todos os sentidos” (ROHDEN, 2013a, p.137).

Nenhum homem jamais poderá esgotar “o sentido total” das revelações pela palavra (ROHDEN, 2013a, p.137). “Por mais que as aprofunde, estará sempre no início da sua profundidade”, já que o finito nunca poderá provar do “Infinito em toda a sua plenitude” (ROHDEN, 2013a, p.137):

(...) cada homem submerge segundo a medida da sua capacidade, uns mais, outros menos profundamente... Alguns colhem apenas as gotinhas que saltam à praia... Outros apanham quantidades maiores das (...) águas divinas... Mas quem teria a presunção de afirmar: eu colhi na minha inteligência toda a vastidão do oceano! não ficou fora do meu amplexo mental uma só onda, uma gotinha sequer da revelação de Deus!?

Tolo quem assim pensasse!...

O que (...) colhemos (...) são gotinhas minúsculas – o que (...) perdemos são oceanos imensos (ROHDEN, 2013a, p.137-138).

Ao compreendedor finito será dado do infinito “conforme a capacidade da sua compreensão, segundo a bitola do seu poder receptivo, consoante a largueza ou estreiteza da sua potência individual” (ROHDEN, 2013a, p.138).

Pode cada um desses recipientes estar “cheio”, pleno da compreensão (...) – mas vai enorme diferença entre a “plenitude” compreensiva deste e daquele compreendedor. Cheio está o dedal quando a água lhe atinge a borda superior. Cheio está um vaso de litro quando nada mais cabe no seu âmbito. Cheio está um reservatório de milhões de litros ou toneladas quando repleta a última parcela da sua capacidade receptiva.

E, no entanto, que semelhança há entre esta última plenitude e a primeira? É certo que é verdadeira plenitude, a plenitude de um dedal – mas a sua plenitude parece vacuidade em face duma plenitude de mil toneladas.

Afere-se a plenitude dum ser não pelo volume do conteúdo – mas pela capacidade do continente (ROHDEN, 2013a, p.139).

Havendo palavras do Infinito, só absorverá o homem “a parcela finita que é por ele absorvível” (ROHDEN, 2013a, p.141). Rohden sugere que esta limitação humana da palavra talvez possa explicar as “revelações tão imperfeitas” de textos considerados sagrados, como os bíblicos, que trazem imagens de “vingança pessoal e nacional, apedrejamento das adúlteras, mas não dos adúlteros, matança de crianças inocentes, como exige o Salmo 137, etc”

(ROHDEN, 2013c, p.118). Sejam revelações ou inspirações são elas do continente homem, limitado e finito. Para Rohden, é “eminentemente absurdo” querer nivelar

todos os valores ético-espirituais da Bíblia, do Gênesis ao Apocalipse (...). A lei do Talião, por exemplo, era a ética mais alta que, no tempo de Moisés, era concebível – mas o Evangelho de Jesus vai muito além quando manda “amar os inimigos e fazer bem aos que nos fazem mal” (ROHDEN, 2013c, p.50).

Nas palavras dos escritos bíblicos assim como faltam muitas das “verdades espirituais da humanidade”, também faltam “muitas coisas que nenhum cristão esclarecido admitirá, porque o próprio Jesus não as admitiu” (ROHDEN, 2013c, p.35). Para Rohden, a Bíblia

não é uma espécie de carta ou mensagem estereotípica que Deus tenha ditado para a humanidade de todos os tempos – mas é o reflexo fragmentário de experiências que certos homens tiveram de Deus e do mundo invisível. Ora, como “o conhecido está no cognoscente segundo a medida do cognoscente”, é claro que a ideia de que os diversos autores da Bíblia tinham de Deus varia grandemente, consoante o conhecimento e a experiência de cada um (ROHDEN, 2013c, p.49-50).

A atualização diante do infinito é igualmente infinita. A cada encontro com “Deus”, seriam geradas possibilidades “para novos encontros cada vez maiores e mais intensos”. Para cada novo “grau de compreensão”, uma “nova capacidade compreensiva” (ROHDEN, 2013a, p.141). Diz Rohden que aquele que

começou a compreender algo das (...) palavras [de Deus] descobre-lhes sentido cada vez mais profundo, e vai no encalço desse sentido sem nunca parar – porque cada uma das (...) palavras é um caminho para o Infinito... Depois de percorrer, ao longo desse “fio de Ariadne”, todos os labirintos da terra, toda a vastidão do cosmos, todos os domínios do universo material e espiritual; depois de deixar após si tudo quanto tenha existido, exista ou venha a existir em todos os planos da realidade – ainda não atingiu o humano viajor o termo final das (...) palavras [de Deus]. E por mais que esse arrojado bandeirante prosseguisse a devassar selvas e desertos, a cortar continentes e mares, a descobrir mundos ignotos e universos sem fim, nunca poderia armar a sua tenda em algum ponto e dizer: aqui é o fim! aqui terminou o sentido das palavras (...)!... O homem que teve o seu encontro pessoal com o grande Anônimo de mil nomes não deixa de o procurar incessantemente, em ínvias florestas e vastos desertos e, quanto mais o possui, tanto mais o procura, clamando angustiosamente pelo grande amor de sua alma, sempre presente e sempre ausente, não menos imanente que transcendente, tão deliciosamente propínquo e tão dolorosamente longínquo. É que a distância que medeia entre a finitude do homem e a infinitude de Deus é sempre infinita – e dentro do silencioso deserto desse infinito ecoam, sem cessar, os clamores do humano viajor (ROHDEN, 2013a, p.141-142).

A percepção de nunca ser possível um ponto final nas concepções concernentes ao divino pode ser angustiante, intranquila ou mesmo dolorida:

Quanto mais o homem acha Deus, tanto mais ele o procura. Este homem está na linha reta da certeza de Deus, e por isto mesmo ele o procura sempre mais e sofre a sua própria limitação e finitude (ROHDEN, 2013a, p.21).

Não comece a beber-te e compreender-te quem não te quiser sofrer! (...) E a mística desse “procurar-te” vai numa progressão infinita: quanto mais te encontra, mais tem de procurar-te. (...) Quem uma vez abriu os olhos em direção aos teus horizontes Infinitos, já não pode dormir tranquilo nas praias do finito (ROHDEN, 2013a, p.141).

Este angustiar-se ou sofrer a finitude é, para Rohden, condição necessária ao “destino do homem, aqui na terra” (ROHDEN, 2004a, p.20). O Deus infinito é considerado interno ao homem, seu centro e sentido singular. É como um “embrião divino”, em estado “meramente potencial”, que para ser atualizado requer “esforço, luta, sofrimento” (ROHDEN, 2004a, p.20).

Outro tema importante, que pode gerar disposição ao diálogo sobre Deus é o ateísmo. Na perspectiva do Deus inominável e infinito, a ideia da negação de Deus (*a-theos*) é vista como a negação de um tipo específico de deus finito, cultural e relativamente limitado. Ou, então, o que se aproximaria de um agnosticismo, a uma falta de disposição ou interesse em pensar seriamente com o conceito.

Rohden afirma que, em verdade, Deus não existe (ROHDEN, 2013a, p.75; 2013b, p.45; 2013c, p.17). Falar em termos de existência corresponde a falar da diversidade dos fenômenos, dos fatos, dos versos ou diversos. “Deus”, o “Uno”, é: não existe. Afirmar sua inexistência não é, portanto, necessariamente não crer em sua Realidade. Trata-se de uma perspectiva lógica.

Dizer que Deus existe é, lógica e filosoficamente falando, um absurdo, porque, se Deus existisse, ele não seria o Infinito e o Universal, mas algum finito e individual. Quem afirma que ‘Deus existe’ professa ateísmo, e quem adora esse ‘Deus existente’ pratica idolatria (ROHDEN, 2013b, p.45).

Deus não “existe”, Deus “é”. Existir, em sentido próprio, só se pode dizer de criaturas individuais, finitas, limitadas. Existir (de ex-sistir, de ser colocado fora) só se diz de um efeito, mas não da Causa; aquele ex-siste é “colocado fora” ou produzido; a Causa, porém, siste ou simplesmente É. Deus, o Universal, é – nós, os individuais, existimos (ROHDEN, 2013c, p.17).

Deus é o grande Nada, uma vez que (...) não é isto nem aquilo, não é mineral, nem vegetal, nem animal, nem indivíduo intelectual, nem espiritual; Deus não é nenhum desses numerosos e variados algos que conhecemos, nem mesmo a soma total desses algos. Logo, sendo ele a negação radical de qualquer algo, tanto singular como coletivo, só nos resta dizer que ele é o não-algo, isto é, o Nada absoluto. Deus é o Nada no plano fenomenal (ROHDEN, 2008b, p.135).

Ao epíteto de nada fenomenal, Rohden acrescenta o “Todo numenal” (ROHDEN, 2008b, p.135). Formas distintas de se falar de um mesmo Deus, seja por sua não existência (ser Nada fenomenal) seja por sua essência (ser Todo numenal).

Pode ser, entretanto, que o “ateu” não faça esta reflexão ontológica e simplesmente negue “Deus”. Mas, que “Deus” se nega? Rohden escreve não ter se convencido da existência de verdadeiros ateus: “há muitos ateus à flor dos lábios – não há ateu no fundo da alma” (ROHDEN, 2013a, p.88) e argumenta:

Se um chamado ateu estivesse intimamente convencido da não-existência de Deus, deixaria de guerrear esse Deus ou esse não-deus (...) Um verdadeiro ateu, se existisse, faria do seu ateísmo silêncio absoluto e sobranceiro desdém, sem perder uma palavra na agressão de um inimigo inexistente (ROHDEN, 2013a, p.88).

Em meio a sua visão radicalmente crítica à teologia dogmática das instituições religiosas cristãs (como veremos em outro tópico de forma mais detida), Rohden apresenta o ateísmo como produto deste contexto:

O ateísmo é produto específico do nosso cristianismo teológico; fora do cristianismo não há ateus. O ateu nunca nega o Deus verdadeiro, nega aquela caricatura de Deus que os teólogos lhe apresentaram e que sua razão esclarecida repele; e, como muitos não encontram outro Deus fora daquele que rejeitaram, por motivos de sinceridade consigo mesmos, dizem-se ateus. No dia e na hora em que chegam a conhecer o Deus verdadeiro deixam de ser ateus (ROHDEN, 2013c, p.38).

Com a reflexão ampliada para fora dos limites do cristianismo, a negação do ateu, ainda assim, pode ser imaginada no contexto do “deus da sua filosofia e do seu ambiente religioso” (ROHDEN, 2013a, p.90).

O deus que esses ateus negam é um pseudo-deus, um não-deus, um fantasma criado pelo ego e nutrido pela sugestão do ambiente. Engendram um deus à sua imagem e semelhança, e guerreiam esse aborto da sua filosofia, e investem contra essa caricatura da divindade com o mesmo furor grotesco com que certo cavaleiro medieval arremetia contra um batalhão noturno de inimigos – que não eram senão moinhos-de-vento... O deus do ateu é sempre um “deus moinho-de-vento”, um “deus-caricatura”, um “deus-fantasma”, um pseudodeus moldado pela inteligência e pelo coração de seu autor (ROHDEN, 2013a, p.90).

Para Rohden, pode-se dizer ainda que os que se afirmam ateus diante das atitudes dos “teístas protocolares” seriam verdadeiros “peregrinos do Absoluto”.

O chamado ateu bem quisera ser teísta se visse nos teístas protocolares uma religiosidade tão pura e grande que culminasse em sincera bondade... Quisera ver-lhes o credo explodir numa deslumbrante floração de ética... Quisera ver a estática rigidez dos dogmas eclesiásticos vibrar na elasticidade dinâmica duma luminosa benevolência... Quisera ver a árvore divina da fé coberta da viridente fronde de humana solidariedade... Quisera, numa palavra, ver nos teístas um indissolúvel consórcio entre o ser-religioso e o ser-bom...

Mas como o deus de milhares de homens “religiosos” é incompatível com o Deus do homem bom, afastam-se muitos bandeirantes da Divindade desse deus arbitrário e convencional dos homens “religiosos” e vão em busca dum Deus no qual não possam apenas crer, mas que possam também amar sinceramente...

E dizem-se ateus...

É natural e óbvio que esses peregrinos do Absoluto e esses insatisfeitos cultores dum Ideal longínquo sejam, não raro, detestados como hereges e tachados de ateus pelos confessores da religiosidade oficial e protocolar. E, por fim, acabam eles mesmos por considerar-se ateus, eles que no seu insatisfeito teísmo sofrem mais dolorosamente a nostalgia de Deus e o tormento do Infinito do que os clássicos cultores da religiosidade. Afastam-se, não raro, dessa religiosidade burocrática e põem-se a bater ínvias florestas e vastas solitudes, em demanda do “Deus desconhecido” (ROHDEN, 2013a, p.93-94).

1.2.2. Deus experienciável: silêncio, meditação e intuição

Relatadas em sua autobiografia, “Por um ideal: o que por Ele vivi e sofri em meio século” (ROHDEN, 1962bc), as participações de Rohden nos retiros espirituais jesuítas o estimularam a colocar os estudos intelectuais em uma condição qualitativamente distinta do contato “íntimo, pessoal, imediato, vital” (ROHDEN, 1962b, p.40) ou “direto com a Suprema Realidade, seja qual for o nome que demos a essa Realidade – Deus, Cristo, Eterno, o Infinito, o Absoluto, o Todo” (ROHDEN, 1962b, p.41).

Todos os meus estudos, de Ginásio, Seminário e Universidade, correram sob os auspícios dos Jesuítas, num total de 15 a 16 anos. Mas, espiritualmente, todos esses anos não equivaleram àquelas duas vezes 30 dias de Retiro Espiritual, uma vez durante o Noviciado, e, no fim dos estudos, durante o Terciado. (...) Todo o resto da minha vida não foi senão uma consequência desse contato com a Última Realidade (ROHDEN, 1962b, p.42-43).

Não estariam nos estudos verbais-analíticos os principais meios de acesso ao referente referido pelo conceito indefinível. Seria do contato experiencial e não da especulação intelectual donde se poderia, segundo Rohden, extrair a certeza da realidade de Deus e ao mesmo tempo perceber a impossibilidade de prová-la analiticamente (ROHDEN, 2013c, p.18). São Tomás de Aquino, que apresentara os famosos cinco argumentos eruditos de demonstração científica da existência de Deus, após experimentar uma “visão ou experiência mística” (ROHDEN, [20--?]h, p.30), teria reconhecido seu trabalho analítico como palha a ser queimada (ROHDEN, 2013c, p.20; ROHDEN, [20--?]h, p.30).

Além disso, estar certo acerca da realidade divina não seria um estado da mesma qualidade que a certeza das “coisas objetivas, individuais”. Esta “vem das provas, como todo cientista sabe”, porém aquela, “não sendo Deus um objeto ou indivíduo, (...) não pode vir das provas científicas, analíticas” (ROHDEN, 2013c, p.18). A certeza sobre Deus teria sua origem

das profundezas da experiência íntima. É o resultado de uma intuição espiritual, que não pode ser explicada a quem não a teve. Quem nunca teve amor ou alegria nunca saberá o que essas coisas são, por mais que alguém lhas defina e descreva e analise teoricamente. Quem nunca viveu a Deus nas profundezas do seu ser central, esse não tem certeza da sua realidade, por mais que estude e analise os chamados argumentos pela existência de Deus. Esses argumentos servem apenas para remover obstáculos, abrir caminho, desobstruir canais – mas nenhum deles pode dar certeza real e cabal sobre Deus. Para que essa certeza brote das divinas profundezas da alma humana deve o homem levar uma vida ética compatível com a santidade de Deus e deve também abismar-se, de vez em quando, num profundo silêncio, a sós com sua alma. Então ouvirá os “ditos indizíveis”, de que fala Paulo de Tarso, quando foi arrebatado ao “terceiro céu” (ROHDEN, 2013c, p.18-19).

A experiência de Deus, nada possuindo de análise do pensamento, aconteceria ao homem “quando ele se torna interiormente aberto e receptivo para receber a revelação do

Infinito” (ROHDEN, [20--?]h, p.32). Esta receptividade e abertura é, em Rohden, uma disposição ao silêncio e à meditação.

O silêncio, o silenciamento e o silenciar-se são condições para a experiência do divino. No livro de poesias de Rohden, “Escalando o Himalaia: colóquios com Deus e solilóquios com minha alma”, no poema “Cristo – esse desconhecido”, encontramos esta significativa expressividade na forma de um diálogo com Deus:

Os eruditos analisam as tuas humanas horizontalidades
Mas não valem intuir a tua divina verticalidade.
De tanto falarem de ti,
Não têm tempo para calarem de ti...
O ruído estéril do intelecto (ROHDEN, [20--?]c, p.49)

Certa vez em seu apiário, Rohden plantava “umas estacas de astrapéias e outros arbustos de flores melíferas”, quando lhe ocorreu a seguinte afirmação: “Quando o homem fala, Deus se cala. Quando o homem se cala, Deus fala”. Era sua percepção de que o homem experimenta Deus quando está “realmente calado” (ROHDEN, 1971, p.40) e que ao homem que “não aprendeu a arte suprema de calar não pode falar com plenitude” (ROHDEN, 1971, p.104).

Este calar-se não se trata, diz, “do simples fato objetivo do silêncio”. Trata-se de uma “atitude subjetiva de silenciosidade”. Não seria o “silêncio-ausência” ou o “silêncio-vacuidade”. A experiência de Deus estaria no “silêncio-presença”, no “silêncio-plenitude” (ROHDEN, 1971, p.39).

Só quem não fala nem pensa, mas se conserva plenamente vígil, esse receberá intuição, inspiração, revelação. As grandes inspirações são filhas do silêncio verbal e mental. Compreendo porque Einstein andava quase sempre silencioso, e evitava quanto possível fazer e receber visitas. Quando o homem se habitua ao silêncio auscultativo, entra ele na “comunhão dos santos” e verifica que o Universo todo é um deserto povoado, uma vacuidade sonora... Perguntaram ao grande Heráclito de Éfeso o que ele aprendera em tantos decênios de filosofia; respondeu: “Aprendi a falar comigo mesmo”. Isto é, falar sem palavras, em espírito e em verdade (ROHDEN, 1971, p.39-40).

O “silêncio-plenitude” representa o paradoxo da “voz do silêncio”, título que Rohden atribuiu a um de seus livros de poemas. Neste escrito consta do prefácio do editor, entre aspas, frases atribuídas à Huberto Rohden:

A palavra é um método – o silêncio é a meta.
A palavra é uma jornada – o silêncio é uma chegada.
Por isto, amigo leitor, depois de leres ou ouvires as palavras deste livro, abandona-as, assim como o viandante abandona as setas à beira da estrada e vai em demanda da meta por elas indicada. As setas só cumprem a sua missão orientadora quando abandonadas, depois de contempladas; elas são um bem relativo, ou um mal necessário (ROHDEN, [20--?]a, p.03).

O mal necessário das palavras – que é, aliás, onde se encaixa esta dissertação – em nada se manifestaria no “silêncio-presença”, “silêncio plenitude” ou “silêncio dinâmico” (ROHDEN, 1971, p.44) da experiência de Deus, o “infinito silêncio” (ROHDEN, 1971, p.40), “eterno Silêncio” e “infinita Presença-Plenitude” (ROHDEN, 1971, p.72).

Quando todos os ruídos externos – materiais, mentais e emocionais – morrem, então o silêncio começa a falar. E do seio do silêncio nasce uma voz cuja plenitude plenifica a nossa vacuidade. Se o homem cultivasse devidamente essa arte suprema do silêncio dinâmico, do silêncio-presença, chegaria a saber de coisas que nem pensamentos nem palavras lhe podem revelar (ROHDEN, 1971, p.44)

O nascimento desta voz é o aspecto do processo da cosmo-meditação, que Rohden denomina de “aspecto da quietação e do achado, que está no fim” (ROHDEN, 2013b, p.135).

Do “silêncio-plenitude”, Rohden também o denomina “silêncio pleni-consciente” (em referência à sua teoria dos três planos de consciência, conforme se verá mais adiante), neste trecho do poema “Para além do Nirvana”:

Para além de tudo que é dizível ou pesável,
Está a solução do grande enigma da vida humana,
Na voz do silêncio...
Nos abismos do Infinito...
Do silêncio pleni-consciente,
Do silêncio da plenitude (ROHDEN, 1961, p.77-78)

O silêncio, sendo “a linguagem de Deus e dos homens espirituais” (ROHDEN, 1971, p.51), é também “uma linguagem internacional”, “como música”, não atuando “pelo que diz, mas sim pelo que é” (ROHDEN, 1971, p.64).

Lê-se no poema “Anseio do silêncio”:

O ruído é dos homens,
O silêncio é de Deus.
Voltei as costas aos dias ensolarados
Da minha inteligência (...)
E abismei-me na noite estrelada
De minha alma intuitiva,
Essa alma que não é minha,
Mas do Universo de Deus.
E pus-me a escutar a melodia
Do magno silêncio
Que envolve a luminosa escuridão
Do grande Anônimo de mil nomes (ROHDEN, [20--?]c, p.23).

Deste silêncio que “fala” em voz musical, plena, pleni-consciente, presente e dinâmica há também um aspecto de som forte e estrondoso. No livro em que conta de suas viagens à Palestina, Egito, Índia, Nepal e Tibet, em 1969 (cujo subtítulo é “como viajei pelos mundos e como os mundos viajaram através de mim”), especificamente quando de sua contemplação do

“grandioso espetáculo do sol nascente” nas montanhas do Himalaia, Rohden escreve do “trovejante silêncio” que “parecia a própria alma do Universo” a lhe falar (ROHDEN, 1971, p.71). Significativo neste sentido há também o poema “Do círculo à elipse”:

E eis que das profundezas do microcosmo dos átomos
E das alturas do macrocosmo dos astros ecoam vozes!...
Vozes em grande silêncio...
Pus-me a escutar o silêncio dessas vozes...
Era o cântico dos elétrons e dos planetas
A girar em torno dos seus prótons e dos seus sóis (ROHDEN, [20--?]a, p.36)

Para Rohden, são “poucos [que] conhecem por experiência própria o mistério do silêncio” (ROHDEN, 1971, p.105):

Gênios e místicos são silenciosos. (...) Quanto mais alguém é de Deus tanto mais é do silêncio (...). A silenciosa Realidade é inversamente proporcional às ruidosas facticidades. (...) Para a maior parte, silêncio quer dizer ausência, vacuidade – quando na realidade é presença e plenitude. Todos os grandes iluminados que a humanidade conhece viveram longos períodos de silêncio absoluto (ROHDEN, 1971, p.104-105).

À esta maioria, os que ainda vivem predominantemente “no ruído das palavras, dos pensamentos e das emoções” e pouco ou “nada sabem da Realidade”, predomina o “tagarelar com vacuidade”. Como as “igrejas e organizações espiritualistas” que insistem em falar “daquilo que Jesus falou – ignorando aquilo que Ele calou” (ROHDEN, 1971, p.104).

Quando o “silêncio-plenitude” plenifica, tornando completa e íntegra a vacuidade “do fato objetivo (...) do silêncio-ausência” (ROHDEN, 1971, p.39), o homem é

invadido (...) pela alma do próprio Universo. Este universo não está fora dele, este universo, pelo qual ele vai ser invadido, está no seu próprio centro (...). As suas periferias vão ser invadidas pelo seu centro (...): onde há uma vacuidade, acontece uma plenitude. Se o homem consegue esvaziar-se completamente de todos os conteúdos do seu ego humano, infalivelmente vai ser invadido pela alma do universo, que não está fora dele, mas dentro dele mesmo (ROHDEN, 2012b, p.106).

Invadido de silêncio-plenitude, o ser meditante “transcende todas as etapas inferiores, os símbolos, e até o próprio silêncio, porque este é substituído pelas revelações da Divindade”. Tomado de “silêncio ativo e dinâmico”, a pessoa atinge o “mais alto plano da mística” e a “mais alta forma de saber”: a contemplação. São ultrapassados todos os invólucros externos do mundo físico-mental e a realidade interna vem à tona. Só a pessoa que contempla, diz Rohden, pode saber e compreender o que é a Realidade (a experiência da Verdade). “Os outros apenas entendem, querem ou crêem” (ROHDEN, 2013b, p.139).

Em unidade, Verdade, Bondade e Beleza se fundem, “enchendo o homem de indizível felicidade”.

Na contemplação, se dá a expansão máxima da consciência; o homem, no auge da sua individualidade, atinge o máximo de universalidade, vive no Deus do mundo, e por isso vive em todos os mundos de Deus. A contemplação mística é a única possibilidade de uma ética universal, porque o amor, na sua intensidade máxima, produz necessariamente a benevolência na sua amplitude universal. A grande vertical mística revela-se na vasta horizontal da ética. (...) O homem contemplativo está na presença do TODO; por isso todas as profanidades aparecem aureoladas de sacralidade. A multiplicidade desconexa das coisas do mundo converge na fascinante unidade da sua origem e do seu centro. O mundo se tornou um cosmo, um uni-verso, um em diversos, diversos em um (ROHDEN, 2013b, p.140).

O homem, afirma Rohden, possui dentro de si “todas as forças do universo, causa e efeito” (ROHDEN, 2013b, p.125), toda “a potência cósmica” (ROHDEN, 2013b, p.126). Elas estão “dentro do nosso verdadeiro Eu, que é Deus em nós” (ROHDEN, 2013b, p.125-126). Esta realidade, entretanto, é como se não existisse enquanto não se tem consciência dela. Tal consciência ou cosmo-consciência (conforme se tratará em 1.2.3) faz-se possível a partir da evocação da potência cósmica “das profundezas do abismo do inconsciente para o plano do consciente” (ROHDEN, 2013b, p.126).

Neste ponto, observa-se necessária atenção à distinção entre os verbos invocar e evocar. Enquanto o primeiro liga-se à *in vocare*, ou “chamar para dentro”, o outro relaciona-se à *ex vocare*, “chamar para fora” (ROHDEN, 2009b, p.42).

não se trata de invocar algum poder externo, algum Deus de fora (...). Quase toda a humanidade chamada cristã, espiritual, crente, vive, há séculos, praticando essa invocação de um poder ausente e transcendente. O que é necessário, e também suficiente, é evocar um poder interno, presente, sempre-presente, embora geralmente ignorado e, por isso mesmo, inoperante (ROHDEN, 2009b, p.51).

Estando a “fonte da vida” dentro, diz Rohden, “é evidente que ninguém tem de invocar uma fonte fora dele, mas tem de evocar a fonte que existe nele (...) [e] que está nele, à espera de evocação” (ROHDEN, 2009b, p.99).

Deste “estar dentro”, Rohden explica que se trata de um “simples recurso da nossa mente analítica” (ROHDEN, 2013b, p.125). O fora e o dentro, assim como o “aquém-de-dentro” e o “além-de-fora” (ROHDEN, 2009b, p.42) são “modos lógicos de conhecer” e não dados “ontológicos de ser” (ROHDEN, 2013b, p.125). São designações arbitrárias, “dependente da perspectiva que o homem assume, de momento”. Como exemplo, sugere-se imaginar a linha curva chamada convexa “por alguém que a contempla do lado de fora” e “chamada côncava por alguém que a olha de dentro”. A “linha em si é uma e a mesma”. “Ontologicamente considerado (na ordem do ser), o aquém é idêntico ao além; logicamente (na ordem do conhecer), o aquém jaz para cá, o além para lá” (ROHDEN, 2009b, p.42). Verdadeiramente,

a Realidade é uma só, absoluta, indivisível. No dizer de Santo Agostinho, Deus é aquele ser cujo centro está em toda parte e cuja periferia não está em parte alguma. (...) Quer dizer que todas as forças do universo, causa e efeito, estão dentro de nós, dentro do nosso verdadeiro Eu, que é Deus em nós. Mas, enquanto o homem não tem consciência dessa força, ela não atua e é como se não existisse (ROHDEN, 2013b, p.125).

Em Rohden, a experiência da silenciosa invasão que vem de dentro – a experiência de Deus – passa necessariamente pelo conceito (e pela prática) da meditação.

O radical filológico de “meditar” é “med”, que constitui também o elemento básico de “medir”, “médico”, “mediador”, “medianeiro”, “intermediário”, etc. (...) [O] sentido de “meditar” designa algo que “medeia”, que como uma ponte liga duas coisas, espécie de traço de união entre dois pontos. (...) Meditar (...) é, pois, estabelecer ligação, união, contacto (ROHDEN, 2009b, p.113).

Rohden compara esta ação própria da meditação à função de sintonização de um aparelho de rádio.

Há uns decênios que o espaço está constantemente repleto, dia e noite, de milhares de ondas eletrônicas, cada uma de outra frequência. (...) Todas essas ondas eletrônicas estão, objetivamente, presentes no meu quarto, ao redor de mim e do meu rádio – mas nenhuma dessas ondas é captada pelo meu rádio e não ser aquela pela qual o meu aparelho receptor está afinado, neste momento. Afinar ou sintonizar quer dizer estabelecer no aparelho receptor perfeita identidade vibratória entre a onda lançada pela estação emissora e a do meu rádio. Com outras palavras, o meu rádio tem de “meditar”, ou “medear”, de acordo com a emissora, servir de intermediário fiel entre o receptor e o emissor. (...) É importante notar o seguinte: a simples presença objetiva das ondas eletrônicas ao redor do rádio não afeta o aparelho; eu não percebo nenhuma música (...) pelo simples fato de estarem estas melodias presentes eletronicamente; eu só as percebo a partir do momento em que o meu rádio sintoniza com a frequência certa da respectiva onda (ROHDEN, 2009b, p.114-115).

“O rádio só pode dar música audível depois de receber música inaudível” (ROHDEN, 2009b, p.117). Analogamente, o homem sintonizaria o inaudível “silêncio-plenitude” ao desempenhar sua função meditadora, via meditação. O cerne desta ação de sintonização/meditação seria a “perfeita identidade de vibração entre o receptor humano e o Emissor divino” (ROHDEN, 2019b, p.114), “alma do cosmo (que as religiões chamam Deus, Brahman, etc)” (ROHDEN, 2019b, p.116) ou “alma do Universo” (ROHDEN, 2019b, p.117).

Durante o período de cinco anos (1946 a 1951) em que ocupou a cátedra de Filosofia e Religiões Comparadas na *American University*, em Washington, EUA, Rohden frequentou, por três anos, o *Golden Lotus Temple*, iniciando-se em Kriya Yoga sob a supervisão de Brahmachari Jotin (Swami Premananda), discípulo de Paramahansa Yogananda, famoso guru e fundador da *Self-Realization Fellowship*. É provável que sua formação jesuítica misturada às práticas do pensamento oriental e seu rigoroso empenho analítico na união comparada das culturas religiosas, fizeram-no encontrar grandes dificuldades. Talvez, também neste sentido, afirmava

ser a meditação “um trabalho imensamente sério, doloroso e árduo, pelo menos no princípio, porque é o rompimento duma barreira multissecular, ou (...) um ‘caminho estreito e uma porta apertada’” (ROHDEN, [20--?]b, p.25).

De suas aproximações com a yoga percebeu proximidade de significados entre o “vocábulo latino ‘*religio*’”³⁴ e a palavra sânscrita “yoga” que “quer dizer ‘jungir’, ‘ligar’” (ROHDEN, 2009b, p.113). O sentido de ambas remete ao dispositivo, “ponte” ou “traço de união” que ligaria o homem à Deus: a meditação.

Do aspecto analítico, Rohden se preocupa em esclarecer que “a verdadeira meditação ou cosmo-meditação nada tem que ver com essa espécie de pensar ou analisar” ou “discorrer mentalmente sobre algum tema” conforme a cultura ocidental costuma significar o verbo meditar (ROHDEN, 2009b, p.113) – vide o exemplo das “Meditações sobre Filosofia Primeira”, de René Descartes.

Rohden, em provável referência à sua formação jesuítica e à seu trabalho de vida que procurou unir e comparar diferentes tradições religiosas sob a luz de uma “catolicidade evangélica” (ROHDEN, 1962b, p.105), propõe uma denominação sinônima para a meditação: “oração meditada” (ROHDEN, 2012c, p.124). Acerca da real ação que deveria envolver o verbo “orar”, há importantes considerações.

Todas as religiões do mundo são unânimes em recomendar a oração. É este talvez o único ponto em que não há heresias. Paganismo, judaísmo, islamismo, cristianismo – todos praticam a oração. Que quer dizer “orar”? Muitas pessoas só entendem por orar pedir algo a Deus; só se lembram de orar quando estão em apuros, quando as coisas da vida vão mal; mas, quando tudo vai bem, não acham necessário orar. Deus é, para eles, um expediente de última hora, uma espécie de servo às ordens, cuja principal função é atender às necessidades dos homens (ROHDEN, 2012d, p.17).

Deste “orar”, Rohden atribui o sentido de “rezar, isto é recitar” (ROHDEN, 2012d, p.18) ou “recitar fórmulas” (ROHDEN, 2012b, p.104). “Orar”, propriamente, “não quer dizer rezar” (ROHDEN, 2012d, p.18).

“Orar” é derivado da palavra latina *os* (genitivo: *oris*) que quer dizer boca. Orar é abrir a boca. A alma que ora (...) [gera] uma abertura rumo ao Infinito, porque está com fome e espera receber alimento de Deus (ROHDEN, 2012d, p.17).

³⁴ Conforme estudo de Azevedo (2010), o conceito de *religio* remete a duas etimologias, a princípio concorrentes: *relegere* e *re-ligare*. Na primeira, *religio* se configura pela prática, por um fazer escrupuloso e zeloso do culto ou da prática que exigiria uma relação com os deuses, conforme os cultos pagãos. Na segunda – que teria uma carga ideológica e de imposição dos primeiros pensadores cristãos – *religio* indicaria os laços de piedade e amor que uniriam os homens a um Deus único. O estudo ainda aponta a opinião de Derrida, de que nos dois casos, trata-se de uma reunião, de uma resistência, de uma reação à disjunção e de um vínculo que se faz presente através de uma responsabilidade em relação ao divino.

Este prontificar-se a receber o alimento infinito é o mesmo que o já comentado “deixar-se invadir pelo Infinito”. Silenciar-se com o silêncio-ausência para a invasão de dentro de um “silêncio-plenitude”. Diz Rohden: “isto, segundo os mestres é orar” (ROHDEN, 2012b, p.104). Isto é meditar ou, ainda, cosmo-meditar (ROHDEN, 2009b, p.113).

Para Rohden, “é impossível a verdadeira meditação ou cosmo-meditação” (ROHDEN, 2009b, p.113) se não acontecer antes o “silêncio-ausência” (fato objetivo), que “não deve ser apenas físico, mas deve ser também mental e emocional” (ROHDEN, 2012b, p.106).

Ao meditar, o homem não faz, não pensa e não quer nada, “não analisa, não produz vibrações mentais, mas oferece a sua mente como canal mediador por onde possam fluir as águas vivas da Fonte” (ROHDEN, 2019b, p.116). Trata-se “antes uma passividade receptiva do que uma atividade factiva; é antes um receber do que um fazer” (ROHDEN, 2019b, p.117).

O silenciar-se é uma renúncia ao próprio ego (vide tópico 1.2.3) que não empobrece mas, pelo contrário, enriquece o renunciante:

Pela renúncia o homem “morre”, é verdade, mas morre para o pouco a fim de viver para o muito; morre para uma vacuidade a fim de viver para uma plenitude. Pela renúncia, o homem transcende o que ele é, a fim de ascender ao que pode vir a ser; ultrapassa uma colina a fim de atingir as alturas do Himalaia. Quem se agarra ao pouco não pode possuir o muito (...) (ROHDEN, [20--?]b, p.26).

Abdicar dos barulhos do ego é o primeiro aspecto do processo de meditação, o “despojamento ou desnudamento” (ROHDEN, 2013b, p.135). Abrir mão deste “pouco”, condição para o vácuo do silêncio-ausência, é tarefa “extremamente difícil”. O ego (que faz, pensa, analisa, quer e produz) seria para o homem “o que há de mais alto e perfeito em sua natureza”, apresentando-se – equivocadamente – como seu “verdadeiro Eu individual” e sua “alma” (ROHDEN, [20--?]b, p.25-26).

A natureza tem “horror ao vácuo”. Não é possível realizarmos uma vacuidade de sentimentos e pensamentos, enquanto não tivermos uma plenitude maior que substitua essa vacuidade. A renúncia meramente negativa é impossível. É lei de psicologia que o homem não possa renunciar a um bem enquanto não conseguir outro bem maior. Só na presença de algo maior é que desaparece o menor. Ninguém pode perder a consciência físico-mental enquanto não adquirir a consciência espiritual. Ninguém pode abandonar o 10 enquanto não tiver a certeza de alcançar 15 ou 20 ou mais (ROHDEN, [20--?]b, p.26).

A meditação não é “acrobacia mental” (nem recitação de fórmulas de reza, nem análises aprofundadas sobre algum assunto), assim como também não é “cochilo devocional” (ROHDEN, 2012b, p.104).

Há milhares de homens que fazem a sua meditação diária – entretanto, (...) para a maior parte das pessoas piedosas, a chamada meditação não passa de um dulçoroso devaneio, uma espécie de cochilo devocional, um tal ou qual namoro com o mundo

espiritual, sem nenhum efeito radical decisivo sobre a vida (...). O cochilo devocional é uma descida para o plano subconsciente (ROHDEN, [20--?]b, p.25).

Desta descida ao “plano subconsciente” (vide 1.2.3), que é este cochilo “sem efeito radical sobre a vida”, Rohden alerta a possibilidade de ser um escapismo em busca da “paz inconsciente da natureza sem problemas”. Busca que se daria “quando o homem comum se sente angustiado com os problemas oriundos (...) da sua zona mental” (ROHDEN, 2009b, p.74). Alerta-se porém, que

esse escapismo não é verdadeira cura do seu mal, não é paz real e definitiva; é, quando muito, um armistício temporário; é uma espécie de narcótico, de anestésico, de analgésico, ou outro paliativo, que talvez remova algum sintoma doloroso do mal, mas que não pode erradicar a raiz do mal. (...) Cedo ou tarde, o homem assim sugestionado pelo subconsciente terá de voltar ao plano do consciente – e a dolorosa problemática da vida diária recomeça, talvez com redobrada violência (ROHDEN, 2009, p.75).

Outra noção presente na obra de Rohden é a distinção entre as “meditações-ato” e a “meditação-atitude”. Esta última, no singular, remete ao ensinamento dos Evangelhos (cf. Lc, 18:01): “Orai [cosmo-meditai] sempre, e nunca deixeis de orar [cosmo-meditar]” (ROHDEN, 2012d, p.17). Trata-se de uma “atitude vital”, “respiração da alma”, “uma atitude permanente” e “um modo-de-ser da alma”; algo “comparável à atitude de uma planta que volta as folhas ao sol a fim de ser por ele vitalizada”. Trata-se da atitude (meditativa) do “homem de experiência superior” (ROHDEN, 2012d, p.18) ou de “experiência profunda” (ROHDEN, 2012d, p.17).

A “meditação-atitude”, também denominada “meditação permanente” (ROHDEN, 2012d, p.104), é uma condição tanto para a experiência do silêncio-plenitude do “Anônimo de mil nomes”, quanto para a realização de si, “auto-realização” (ROHDEN, 2012b, p.103) ou auto-educação do homem integral (ROHDEN, 2005b, p.15). Além disso, é “compatível com qualquer ocupação”, não estando relacionada a “certos lugares e (...) certas horas” para ocorrer (ROHDEN, 2012d, p.17). O homem que possui e é possuído por esta atitude permanente

verifica que orar e trabalhar não são duas coisas incompatíveis uma com a outra. Pelo contrário, ele faz a experiência de que o trabalho exterior é beneficiado pela atitude de oração; as coisas, outrora prosaicas, são aureoladas de um halo de suave poesia, e as ocupações antipáticas se tornam simpáticas (ROHDEN, 2012d, p.18).

A meditação permanente é condição do homem cósmico ou integral que possui uma “nova vidência”, que não é nem “simples crer, nem o “ato mental” do “entender” (ROHDEN, 2012e, p.21). Esta nova visão, que é integral, é uma espécie de “visão compreensiva” no sentido da compreensão que expõe Rohden:

Por mais que um ególatra ouça falar em Deus, nada compreende, porque compreender supõe ser. Ninguém pode compreender senão aquilo que ele vive ou é no seu íntimo ser. Entender é um ato mental, mas compreender é uma atitude vital; entender mentalmente é uma função parcial, unilateral do nosso ego humano – compreender é uma vivência total, unilateral, do nosso Eu divino (ROHDEN, 2012e, p.21).

Esta nova vidência ou visão compreensiva própria do homem de meditação-atitude “requer **exercício intenso, assíduo e prolongado**”. Como afirma Rohden: “sem exercícios sistemáticos e bem orientados é impossível termos esse contato consciente com o grande mundo desconhecido” (ROHDEN, 2012e, p.22, grifos nossos). A “meditação-atitude” deve “ser precedida por muitas meditações-ato” (ROHDEN, 2012b, p.104). São como que constantes exercícios intermitentes feitos hábito em tempos e/ou lugares definidos, criando condições para que, “pouco a pouco”, sejam transformados “numa meditação permanente” (ROHDEN, 2012b, p.105).

Estes exercícios diários e vitais não têm relação decisiva apenas com “determinadas técnicas intermitentemente praticadas, como as escolas iniciáticas prescrevem”. Muito menos com “comprimidos de ‘magia mental’ ou ‘ritualismo esotérico’” que parecem prometer transformar a entrada pela “porta estreita e caminho apertado” de que falam as escrituras, por uma entrada larga e suave rumo ao “reino da felicidade” (ROHDEN, 2012e, p.15).

Além das sugestões de técnicas, há uma característica atrelada aos exercícios mais importante e necessária, segundo a compreensão de Rohden. Trata-se da “permanente atitude interna de querer servir (...) espontânea e gratuitamente a todos”, diminuindo “gradualmente o egoísmo unilateral e exclusivista” e aumentando a “solidariedade unilateral e inclusivista”, “amor”, “altruísmo” e “benevolência universal”. Abrem-se as portas para uma “vivência contínua” ou um “viver de cada dia inteiramente pautado” pela experiência pleniconscente da Alma Universal (ROHDEN, 2012e, p.23).

Para ser “um auscultador da silenciosa alma do Universo”, para viver e vivenciar “a silenciosa experiência”, precisa o homem aprender a meditar e a “intuir espiritualmente” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013). O “zênite da meditação” (seu auge ou apogeu) seria, justamente, o “que chamamos intuição ou contemplação” ou, ainda experiência de sintonização plena “com a Razão Cósmica” (ROHDEN, 2009b, p.116).

A “suprema Divindade (...) só pode ser conhecida por intuição, experiência ou vivência íntima” (ROHDEN, [20--?]h, p.32). Sua certeza ocorre por “meio de uma intuição espiritual, que é racional, mas não intelectual”, uma “certeza intuitiva”, como a que Einstein concebia como sendo a responsável pelo conhecimento das leis fundamentais³⁵ do Universo (ROHDEN,

³⁵ Segundo ROHDEN (2005c, p.34), para Einstein, “Deus era a Lei, a voz da natureza, e nada mais”.

2013c, p.20). A experiência de Deus dar-se-ia, portanto, via uma “faculdade ultra-intelectiva” (ROHDEN, 2009b, p. 31), a “faculdade intuitiva” (ROHDEN, 2008b, p. 115), que permite acesso ao *Lógos* ou Razão.

1.2.3. Planos de consciência: Uni-verso, Fé e Razão

O conceito de consciência se destaca na teoria rohdeniana dos “três níveis do universo existencial” ou três “planos de consciência” (ROHDEN, 2009b, p.55). Quanto ao “universo existencial” e à “consciência” observe-se as preposições “do” e “de”. Enquanto os planos são de consciência (compostos de consciência), os níveis são do universo existencial (contidos neste universo). Desta observação lógico-terminológica, entende-se que Rohden expõe com sua teoria a existência de três planos de consciência em três níveis do universo existencial.

Ainda em um exercício terminológico, propõe-se que se faça uma caminhada com as palavras “universo” e “existência” rumo aos conceitos da filosofia de Huberto Rohden. Nesta direção, é importante que se considere o nome que o próprio filósofo atribuía ao seu filosofar ou à sua filosofia: a “Filosofia Univérsica” (ROHDEN, 2009b, p.31), “feita à imagem e semelhança do Universo” (ROHDEN, 2009b, p.29).

De suas características, além do cultivo de um tipo de pensamento humano que “prima por uma terminologia de precisão matemática³⁶” (ROHDEN, 2009b, p.31), a Filosofia Univérsica é movimento que se orienta não pela mentalidade de um determinado pensador ou escola filosófica, mas tão somente pelo que Rohden denomina “Realidade do Cosmo” (ROHDEN, 2009b, p.30), “Realidade Total” ou, ainda, “Universo integral”:

Somente a própria constituição cósmica do UNIVERSO é que pode e deve orientar o itinerário mental e racional da humanidade. Somente o Universo, considerado como Essência e Existência, como Causa e Efeito, representa a Realidade Total; e, como toda a filosofia digna desse nome deve ser 100% realista, cosmo-realista, é evidente que somente a própria Realidade Cósmica, o Universo Integral, pode e deve orientar o pensamento humano (ROHDEN, 2009b, p.29).

Ele coloca sua filosofia como “eminentemente realista” (ROHDEN, 2008b, p.19), já que teria como fundamento e orientação de base a Realidade, “a infinita Atividade Creadora” ou “Consciência Universal” (ROHDEN, 2008b, p.39), que “não é causada, produzida, efetuada”, é “auto-existente, auto-suficiente, autônoma, necessária, imutável, sem princípio nem fim” (ROHDEN, 2008b, p.31).

³⁶ Segundo o Prof. Dr. Sílvio Sant’Anna no exame de defesa deste texto, Rohden escolhera fazer sua formação científica na área da Matemática quando de seus estudos jesuítos. Por exigência formal, os jesuítas devem formar-se nas três grandes áreas da Filosofia, Teologia e Ciência.

Ainda da Realidade, qualifica-a Rohden de “cósmica” (ROHDEN in LAO-TSÉ, 2013, p.23). O caráter de tal adjetivo, relacionado à palavra grega *kósmos* (belo ou beleza) e sua correspondente latina *mundus* (puro ou pureza), estaria designado “com maior precisão” pela palavra em português Universo (ROHDEN, 2009b, p. 35). Sendo assim, a Filosofia Univérsica está fundamentalmente baseada na Realidade Total, no Mundo, no Cosmo, no Universo: termos que designariam “uma harmonia cheia de beleza e pureza”, “grandiosa e fascinante” (ROHDEN, 2009b, p.30).

Desta harmonia cósmica do Universo outro conceito se desdobra identificado à ela: o “equilíbrio dinâmico” (ROHDEN in LAO-TSÉ, 2013, p.23), uma espécie de estabilidade em movimento. Junto às ideias de harmonia e equilíbrio, revela-se a precisão da palavra Universo como junção do “uni” com o “verso”. Há “unidade na diversidade, uno mais verso, UNIVERSO”, “um máximo de unidade e um máximo de diversidade” (ROHDEN, 2009b, p.30). O Uni-verso é o todo que contém “unidade com diversidade” e diversidade com unidade. É “equilíbrio entre o Uno e o Verso” (ROHDEN in LAO-TSÉ, 2013, p.86). Não é monotonia, apenas um, mono, “unidade sem diversidade” e nem caos, sem ordem, sem beleza, “diversidade sem unidade”. É harmonia bela e pura, “grandiosa e fascinante” (ROHDEN, 2009b, p.30).

Feitas estas considerações, faça-se o exercício terminológico agora voltado ao existencial e ao conceito de existência. Para tanto, em aproximação ao pensamento rohdeniano, faz-se necessário trazer à tona conceito de Essência.

A Essência seria infinita, una e única. Seria também “aquilo que as filosofias e religiões entendem ou deveriam entender, por Divindade, Brahman, Tao, o Absoluto, o Infinito, o Transcendente, a Causa-prima”. Já existência é diversidade de existências, são “os finitos, as criaturas, os efeitos individuais produzidos pela Causa[-prima]” (ROHDEN, 2009b, p. 36). Sendo assim, ao “uni” ou “elemento uno” vincula-se a ideia da Essência. Já ao “elemento verso”, relaciona-se o “(di)verso”, a pluralidade e a multiplicidade das existências (ROHDEN, 2009b, p.36).

A Essência identifica-se com a própria Realidade que é unidade, diferente das multiplicidades. Ela “pode ser comparada, embora imperfeitamente, a um oceano eterno, imenso, infinito ao passo que os fenômenos [existências] são como ondas, pequenas e grandes, na superfície das águas” (ROHDEN, 2008b, p.32).

Outra relação importante proposta por Rohden é associar Essência ao círculo (unicêntrico) e as existências à elipse (bifocal). Toda a existência no Universo estaria regida pela bipolaridade: por exemplo, o ego e o Eu no “Universo hominal”; as polaridades negativa

e positiva da eletricidade; o movimento em elipses dos átomos e dos astros (ROHDEN, [20--?]e, p.13-14).

Existência, conforme os estudos de Rohden, deriva “de *ex* (fora) e *sistere* (pôr/colocar)”, sendo algo “que foi posto para fora” ou que está “colocado para fora”. Aproxima-se, desta forma, ao sentido de “*versus*, (...) particípio passado do verbo latino *vértete* (verter, derramar), indicando aquilo que foi ‘vertido’, derramado” (ROHDEN, 2009b, p.36).

Ambos os sentidos, do derramamento do verso e do “pôr para fora” da existência, indicam que tanto as existências quanto os (di)versos são coisas que se colocam para fora e que se derramam. Mas, quem ou o que as coloca para fora? Quem ou o que as faz derramar? Rohden afirma ser o Uni, a essência, origem, causa-prima e fonte. O derramamento acontece “pelo centro da Essência rumo às periferias das Existências” (ROHDEN, 2009b, p.36).

A Realidade Infinita “é”. As Facticidades Finitas apenas “existem”. O Universo é, pois, um composto de “Ser” e de “Existir”, de Realidades e Facticidades, de Causa e Efeitos, de Essência e Existências, de Uno e Versos, de Infinito e Finitos (ROHDEN, 2009b, p.36).

Após este exercitar-se dos termos aos conceitos, sugere-se o retorno à teoria dos três níveis do Universo Existencial. Ela apresenta os seguintes níveis existenciais de consciência e planos respectivos: senso-consciência, equivalente ao “plano inconsciente (ou subconsciente)”; ego-consciência, equivalente ao “plano semiconsciente”; e cosmo-consciência (ou consciência cósmica), equivalente ao “plano pleniconsciente” (ROHDEN, 2009b, p.55).

O plano subconsciente – da “senso-consciência” (ROHDEN, 2009b, p.79) – refere-se à “Natureza infra-hominal – mineral, vegetal, animal” (ROHDEN, 2009b, p. 55) e à sintonização das “ondas vitais” do Uno (ROHDEN, 2009b, p.115). É onde predominam os sentidos e um tipo de “harmonia mecânica, automática, infinita” (ROHDEN, 2009b, p. 55). Trata-se da natureza “inconscientemente cósmica” (ROHDEN, 2009b, p. 26). A existência humana – seja do indivíduo humano, seja do ser humano enquanto espécie – ocorre no plano (sub)consciente como “homem senso-consciente” (ROHDEN, 2009b, p. 80, 81 e 83), “homem sensitivo” (ROHDEN, 2008b, p.50), “homem pré-histórico senso-consciente” (ROHDEN, 2009b, p. 84), “homem-Maya” (ROHDEN, 2009b, p. 81, p. 82, p. 84 e p. 85), “homem animal” (ROHDEN, 2009b, p. 80), “infra-homem” (ROHDEN, 2009b, p. 26 e p.80), “infra-homem neutro do Éden” (ROHDEN, 2009b, p. 26). Diz-se que o homem existe em natureza “inconscientemente cósmica” (ROHDEN, 2009b, p.26).

O plano semiconsciente – da “ego-consciência” (ROHDEN, 2009b, p.79) – refere-se à “zona penumbral do homem-ego” (ROHDEN, 2009b, p. 56) e à sintonização das “ondas

mentais” do Uno (ROHDEN, 2009b, p.115). É onde predomina o intelecto ou a inteligência. Estaria aqui a marca da primeira grande diferenciação filogenética no ser humano: faz-se ato o livre-arbítrio do ego, permitindo-o fazer escolhas sobre como existir. A existência humana ocorre como “homem-ego”, “homem-persona”, “homem-intelecto” (ROHDEN, 2009b, p.31), “homem intelectual” (ROHDEN, 2009b, p.32); “homem intelectualivo” (ROHDEN, 2008b, p.50), “homem ego-consciente” (ROHDEN, 2009b, p. 26, p. 45, p. 80, p. 81, p. 82, p. 83 e p.125), “homem histórico ego-consciente” (ROHDEN, 2009b, p.84), “homem-Aham” (ROHDEN, 2009b, p. 81, p. 82, p. 84 e p. 85), “homem hominal” (ROHDEN, 2009b, p. 80), homem “no plano da Serpente” (ROHDEN, 2009b, p. 79). Diz-se que o homem existe podendo existir “conscientemente anti-cósmico” ou “conscientemente cósmico” (ROHDEN, 2009b, p.26).

O plano pleniconsciente – da “cosmo-consciência” ou “consciência cósmica” (ROHDEN, 2009b, p.79) – refere-se à “zona do homem-Eu” (ROHDEN, 2009b, p.46) e à sintonização das “ondas racionais” do Uno (ROHDEN, 2009b, p.115). É onde predomina a Razão ou *Lógos* e a “faculdade intuitiva” (ROHDEN, 2008b, p. 97). Estaria aqui a marca do homem potencial: o que pode se tornar. A existência humana ocorre como “homem integral”, “homem cósmico”, “homem univérsico” (ROHDEN, 2009b, p.85), “homem intuitivo” (ROHDEN, 2008b, p.50), “homem cosmo-consciente” (ROHDEN, 2009b, p. 45, p. 80, p. 81 e p. 83), “homem-Eu” (ROHDEN, 2009b, p.26), “homem-Atman” (ROHDEN, 2009b, p. 81, p. 82, p. 84 e p. 85), “homem divinal” (ROHDEN, 2009b, p. 80), “supra-homem” (ROHDEN, 2009b, p. 80), habitante do “novo Éden” (ROHDEN, 2009b, p. 80), homem “no plano do Vencedor da Serpente” (ROHDEN, 2009b, p. 79), “homem pleniconsciente e plenilivre” (ROHDEN, 2009b, p.56), “forma individual do Cosmo Universal” (ROHDEN, 2009b, p.59). Diz-se que o homem existe “conscientemente cosmificado” (ROHDEN, 2009b, p.26).

Tanto a senso-consciência quanto a cosmo-consciência “fazem parte do inconsciente, porque não são conscientes ao ego” (ROHDEN, 2009b, p.75). Das palavras “in-consciente” ou “sub-consciente” (conforme remete a literalidade da tradução do termo alemão *unterbewusstsein*, utilizado por Jung, conforme lembra Rohden) pode-se ter “a impressão de que se trate de algo menor” (sob o consciente ou dentro do consciente). Desta impressão, um movimento à estados extraconscientes tende a ser encarado como “depreciativo” ou “regressivo”, algo “como escapismo, como um querer-esquecer os dolorosos problemas do ego-consciente diário e refugiar-se na paz inconsciente da natureza sem problemas”. A ideia de “sugestão” ou “subgestão” da mente na psicanálise seria, segundo Rohden, fruto desta imagem: uma gerência sobre o ego consciente vindo de uma zona menor ou de natureza mais básica, instintiva e vital (ROHDEN, 2009b, p.74).

Em consideração à teoria dos três planos de consciência, para além desta “conhecida subgestão”, entretanto, há de se fazer notar uma “desconhecida supergestão, que não é um regresso ao inconsciente, mas, sim, um progresso (...) rumo ao (...) pleniconsciente”. Ao lado de um “extraconsciente vital como Freud parece supor”, há um “extraconsciente espiritual, que é ao mesmo tempo supravital e supramental”. Como exemplo de trabalho com este conceito, Rohden menciona o livro “*Der unbewusste Gott* [A presença ignorada de Deus]” de Victor Frankl, psiquiatra com o qual guardava relação de estudo e reconhecimento (vide 1.2.5) (ROHDEN, 2009b, p.74).

Outra referência rohdeniana, desta vez o teólogo jesuíta e paleontólogo francês, Pierre Teilhard de Chardin, fornece elementos para uma relação dos planos de consciência às ditas “esferas” de evolução ou envolvimento na natureza. Estas são quatro, a saber: a material (hilosfera), a vital (biosfera), a intelectual (noosfera) e a racional (logosfera) (ROHDEN, 2005a). Até a terceira esfera contemplam-se os níveis da senso-consciência e da ego-consciência. Já na logosfera, chega-se ao campo do racional: supramaterial, supravital e supraintelectual. Trata-se do extraconsciente espiritual ou plano pleniconsciente.

De natureza intuitiva, espiritual e racional, a consciência cósmica é diferente da natureza analítica e intelectual da ego-consciência e também da natureza instintiva e automática da senso-consciência. A experiência do pleniconsciente não depende do intelecto ou da inteligência e nem dos órgãos dos sentidos, mas sim da “faculdade ultra-intelectiva” ou “faculdade intuitiva” conectada à Razão ou ao *Lógos*.

Assim como o equívoco que confunde “inconsciência da cosmo-consciência do plano pleniconsciente” com “inconsciência senso-consciente do plano subconsciente”, Rohden chama atenção para a raridade da “devida distinção entre ‘intelecto’ e ‘razão’”. No uso comum, “as palavras razão e racional e o termo ‘lógico’ [...] se referem, quase sempre, à atividade do intelecto”. Um intelectualista analítico ou alguém que pensa logicamente é tido como guiado “pelos ditames da inteligência” (ROHDEN, 2009b, p. 31).

De volta àquela característica da Filosofia Univérsica, de primar pela “acribia” (escolha minuciosa das palavras) e pela “terminologia de precisão matemática”, registra-se que razão vincula-se “ao que os gregos chamavam ‘lógos’ (diferenciando-a do ‘nóos’, ou intelecto) e que os romanos designavam pelo termo ‘ratio’”, uma “faculdade ultra-intelectiva” da natureza humana (ROHDEN, 2009b, p. 31). A partir desta perspectiva, quando se fala em “lógico” ou “racional”, trata-se de algo distinto do plano intelectual. Pensar intelectualmente se relaciona à “simples ciência do homem-ego, que age analiticamente” ou à “investigação das relações de causa e efeito que vigoram entre os fenômenos que os sentidos nos apresentam” (ROHDEN,

2009b, p.31). Já pensar logicamente acontece quando o pensamento “coincide com a Realidade” (ROHDEN, 2009b, p.48).

A racionalidade pertence ao “Eu universal” da “zona superconsciente ou pleniconsciente”. É acessando-a que “os excessos devastadores” do “ego personal” podem encontrar “o grande equilíbrio da harmonia universal” (ROHDEN, 2011, p.48).

O acesso à Razão ou ao *Lógos* ocorre via o fenômeno da sintonia. Este é identificado, na linguagem rohdeniana, com o ato ou ação derivada da “fé”. Neste ponto, há outro usual equívoco denominado por Rohden como “funesta identificação” (ROHDEN, 2007a, p.103).

Fé, em grego, é *pistis*. E “ter *pistis*” em grego, segundo escreve, expressa-se pelo verbo *pisteuein*, que poderia ser traduzido como ter fidelidade, estar harmonizado, estar sintonizado ou estar ajustado (ROHDEN, 1996, p.304). Em latim, a palavra foi transformada em “*fides*”, que seria, aliás, o radical para fidelidade. Rohden apresenta a seguinte analogia:

Quando o receptor do meu rádio tem ‘fides’, entra o aparelho receptor em sintonia com a estação emissora. Recebe a música emitida. Se o meu rádio não está afinado pela frequência da onda emitida, pode essa onda estar no ar, ao redor do meu aparelho, mas não há música; apesar de estar a música objetivamente presente, ela está subjetivamente ausente. O meu receptor tem de estabelecer fidelidade, consonância com o emissor – deve, por assim dizer, conscientizar (com+sciente) a presença da onda eletrônica, e esta onda assim conscientizada é que faz ouvir a música (ROHDEN, 2009b, p.76).

A ação de “ter fé” é, portanto, estar sintonizado. Trata-se de experiência de conexão ou sintonia com a Razão ou com o “bem-estar da alma, do cosmo, do Uno, de Deus” (ROHDEN, 2009b, p.76).

Em grego o verbo para “*pistis*” tem o mesmo radical (“*pisteuein*”). Em latim, “o substantivo latino *fides*, correspondente a *pistis*, não tem verbo e, assim, os tradutores latinos viram-se obrigados a recorrer a um verbo de outro radical” para expressar o “ter fé”. “O verbo latino que substituiu o grego *pisteuein* é *credere*” (ROHDEN, 2007a, p.103), que em português resultou em “crer” – verbo que se relaciona com o incerto, duvidoso, vago, nebuloso³⁷. Além do português, ensina Rohden que, pelo o menos outras quatro línguas neolatinas – espanhol, italiano, francês, romeno – também não possuem “verbo derivado do substantivo *fides*, fé; todas essas línguas são obrigadas a recorrer a um verbo derivado de *credere*” (ROHDEN, 2007a, p.104).

³⁷ Talvez se faça interessante lembrar trecho da “Oração de São Francisco” que diz “onde houver dúvida, que eu leve a fé”. Acreditar ou crer, conforme ajuda a perceber Rohden, apesar de ser “ato de boa vontade” (ROHDEN, 2007, p.104), não significa, de maneira alguma, eliminar a perspectiva da dúvida. Já a fé seria experiência fidedigna e indubitável.

Nos textos explicativos que acompanham sua tradução do texto original grego do primeiro século dos Evangelhos bíblicos, Rohden remete-nos ao que seriam pelo o menos cinco traduções equivocadas. Em Mateus, Capítulo 21, versículo 22 (Mt 21:22), por exemplo, não se deveria ler “E, tudo o que pedirdes em oração, crendo, o recebereis”, mas sim, conforme sua tradução, “Tudo que pedirdes com fé, na oração, alcançá-lo-eis” (cf. ROHDEN, 2007a, p.71). Em Mc 16:16, ao invés de “Quem crer e for batizado será salvo; mas quem não crer será condenado” ou “Quem acreditar e for batizado será salvo, mas quem não acreditar será condenado”, o correto seria “Quem tem fé será salvo; mas quem não tem fé será condenado” (cf. ROHDEN, 2007a, p.148). Em Jo 3:18, ao invés de “Quem crê nele não é condenado; mas quem não crê já está condenado, porquanto não crê no nome do unigênito Filho de Deus” ou “Quem nele crê não é condenado e quem não crê já está condenado, porque não acreditou no nome do Filho único de Deus”, a tradução correta seria “Quem nele tiver fé não será julgado; mas quem não tiver fé, já está julgado, por não ter fé no nome do Filho Unigênito de Deus” (cf. ROHDEN, 2007a, p.237-238).

Crer ou acreditar não é ter certeza, muito menos experimentar uma sintonia. Crer é acreditar que algo pode ser certo, com certa probabilidade de não ser. Acredita-se em algo duvidoso. Sendo assim, “crer” ou “acreditar” não traduziriam corretamente a ideia de fé enquanto fidelizar, conectar, estar em consonância ou sintonizar nossa “consciência subjetiva” à “presença objetiva da Realidade Infinita” (ROHDEN, 2009b, p.70) ou, então, “estabelecer ou ter sintonia, harmonia entre o espírito humano e o espírito divino” (ROHDEN, 2007a, p.104).

Se o espírito humano não está sintonizado com o espírito de Deus, ele não tem fé, embora talvez creia. Esse homem pode, em teoria, aceitar que Deus existe, e apesar disso não ter fé. Ter fé é estar em sintonia com Deus, tanto pela consciência como também pela vivência, ao passo que um homem sem sintonia com Deus pela consciência e pela vivência, pela mística e pela ética, pode crer vagamente em Deus. Crer é um ato de boa vontade; ter fé é uma atitude de consciência e de vivência (ROHDEN, 2007a, p.104).

A fé é condição para a sintonia com o plano pleniconsciente, onde são solucionados “em definitivo os problemas oriundos do ego-consciente mental” (ROHDEN, 2009b, p.74). Neste sentido, Rohden relembra o evangelho de Marcos (Mc 9:23) – “quem tem fé tudo pode” (cf. ROHDEN, 2007a, p.129) – e diz: que o “homem de fé, isto é, cômico da sua força interna, é onipotente” (ROHDEN, 2013b, p.126).

Uma percepção especial que surge quando se observa os três planos de consciência possíveis na existência do “fenômeno ‘homem’” (ROHDEN, 2009b, p.55) é a de que o intelecto ou inteligência não é um desfecho, mas “um prelúdio [ou ato preliminar] necessário”, algo que vem antes da Razão (ROHDEN, 2009b, p. 33). Simbolicamente, o livro bíblico do Gênesis joga

com esses dois elementos da natureza humana, comparando o caos intelectual com a voz da serpente e o subsequente cosmos racional com a imagem e semelhança de Deus, vitória definitiva do sopro de Deus sobre o sibilo da serpente (ROHDEN, [20--?]f, 22).

Para entender essa simbólica “vitória definitiva”, propõe-se aprofundar as ideias de Rohden acerca do “itinerário evolutivo do homem sobre a face da Terra” (ROHDEN, 2009b, p.30).

1.2.4. Evolução metafísica: livre arbítrio e participação da Liberdade

Rohden se propõe a discursar sobre a evolução da espécie humana a partir do que denomina visão cosmológica ou metafísica. Tal ponto de vista seria uma síntese das considerações “mitológica” e “zoológica”, ambas incompletas segundo sua visão (ROHDEN, [20--?]f).

Exercitando-se mais uma vez na “acribia”, Rohden verifica que não é correto associar o termo evolução ao verbo evoluir. Trata-se, segundo suas palavras, de um “galicismo usual”, um estrangeirismo “arbitrário e desnecessário” derivado do verbo em língua francesa *évoluer*, que mais se aproxima do sentido de um movimento ou progressão de um estado à outro do que o sentido de um fluir ou voltar-se para fora (que seria antônimo do latim *involvere*, voltar-se para dentro). Assim como “diluir vem de diluição” – diz – o verbo evoluir deveria vir de “evoluição”, que não existe. Os verbos corretamente derivados de evolução são “evolover, involver, revolver, devolver, etc”. Sendo assim, é justamente o verbo “evolover (do latim *evolvere*)” e não evoluir, que se deve ancorar a ideia sustentada na teoria da evolução metafísica/cosmológica (ROHDEN, 2009b, p.82).

Na teoria mitológica, comumente próxima aos teólogos criacionistas, natureza e homem vêm do Infinito, porém o ser humano “não fluiu através da linha horizontal dos organismos inferiores”. O primeiro homem é “uma criação direta”, sendo seu corpo moldado do barro e o espírito “insuflado por Deus” (ROHDEN, [20--?]f, p.30). Rohden identificará aqui o “infantilismo ridículo” ou, em outras palavras, a interpretação literal que coloca Deus como artesão de “um boneco de barro” feito da substância da terra (ou da natureza) (ROHDEN, [20--?]f, p. 26).

Além disso, haveria um equívoco ainda maior e “mais funesto” na perspectiva criacionista mitológica. Trata-se da “ideia de que o homem teria aparecido na superfície da terra como um homem perfeito e plenamente realizado por Deus” (ROHDEN, [20--?]f, p. 26),

tornando-se imperfeito “por intervenção de uma entidade antdivina” (ROHDEN, [20--?]f, p.05). O tornar imperfeito algo perfeito, motivo da simbólica expulsão do Éden, “suporia um poder anti-divino maior que o próprio Deus”, o que anularia a própria lógica do conceito de Perfeição e também o de Causa Primeira e onipotente (ROHDEN, [20--?]f, p. 26).

A tese mitológica seria, desta forma, uma “interpretação errônea e analítica da visão intuitiva que Moisés teve da origem do Universo e do homem” (ROHDEN, [20--?]f, p.30).

A outra tese denominada de “zoológica” – próxima ao darwinismo e à ciência do século XIX – assume-se ignorante acerca de uma “totalidade” como origem da natureza e do próprio homem dela derivado (ROHDEN, [20--?]f, p.08, p.26-27). A “ideia da criação” não faria parte “da ciência intelectual, que só se ocupa da evolução” (ROHDEN, [20--?]f, p.32). Desta forma, o homem seria uma materialidade animal em transformação. Para esta tese, “o animal era potencialmente homem” (ROHDEN, [20--?]f, p.27) ou, dito de outra forma, no ser animal estava o ser hominal implícita e potencialmente. A “potencialidade hominal contida no animal se desenvolveu em atualidade hominal” (ROHDEN, 2009b, p.83).

Assim como na tese mitológica existem os equívocos da interpretação literal do texto do Gênesis (o “infantilismo ridículo”) e do ilogismo de uma emanção perfeita que se torna imperfeita, Rohden aponta dois equívocos na tese zoológica.

O primeiro refere-se ao entendimento do homem como se fosse originado do animal. Este equívoco aponta uma confusão com os termos potência, potencialidade, canal, fonte, causa e efeito. Potência é, convencionalmente, aquilo que contém todas as potencialidades; fonte é aquilo que alimenta todos os canais; e causa é donde são derivados os efeitos (ROHDEN, [20--?]f, p.08).

A potencialidade-homem seria – lógica e metafisicamente falando – diferente da potencialidade-animal, embora ambas estejam como conteúdos no continente da Potência, “a Fonte Cósmica, a Alma do Universo, a Realidade Infinita, o Grande Todo, o Oceano Absoluto, o Uno, a Plenitude Univérsica” (ROHDEN, 2009b, p.83). Desta perspectiva, o homem-potencialidade não veio do animal-potencialidade, mas sim através do animal-potencialidade. “Tudo veio do infinito e tudo fluiu e flui através de canais finitos” (ROHDEN, [20--?]f, p.33). A potencialidade animal é também canal-animal, que não contém a potencialidade-homem, mas sim possui a capacidade para receber e veicular “certa quantidade finita da Fonte ou Causa Infinita, rumo a um efeito” (ROHDEN, 2009b, p.84).

O segundo equívoco refere-se à desconsideração da premissa metafísica: “ninguém se torna o que não é” ou “ninguém se torna explicitamente o que não é implicitamente” (ROHDEN, [20--?]f, p.27). O zero não se pode converter no um e o maior não pode vir do

menor. Assim como a Potência se utiliza do ovo como condição factual/existencial para a eclosão da ave, o animal é utilizado como condição factual/existencial para a eclosão do homem. O existente do real pode ser ou latentemente real ou atualmente real. No primeiro caso, a realidade está em uma forma de potencialidade (ave-potencialidade através do ovo-factualidade). No segundo caso, a potencialidade se manifesta na forma definitiva (ave-atualidade) (ROHDEN, [20--?]f, p.06).

A teoria da evolução cosmológica busca corrigir estes equívocos. Nela afirma-se que “não houve transição de um homem irreal para um homem real, mas sim a continuação do homem real (...), do homem potencialmente real para o homem atualmente real” (ROHDEN, [20--?]f, p.27). Diz Rohden: “o que não está envolvido não pode ser evolvido” (ROHDEN, 2009b, p.82) ou “o que não está dentro não pode sair de dentro” (ROHDEN, 2009b, p.83).

“A evolução é o evolvimento daquilo que está envolvido”, escreve o filósofo. O homem, metafisicamente falando, sempre foi uma realidade em potência, desde o início. O que acontece, histórica e biologicamente, é um desdobramento ou evolvimento. “O que está envolvido potencialmente num ser pode ser evolvido atualmente”. O que é se torna ato quando evolue aquilo que estava envolvido (ROHDEN, 2009b, p.82).

É certamente uma das maiores aberrações da lógica afirmar que o ser hominal de hoje, o homem ego-consciente, seja o produto de um ser animal; quer dizer, de um ser não-hominal, de tempos remotos. Os cientistas que tal coisa afirmam sofrem de uma visão unilateral: enxergam as facticidades empíricas projetadas na tela de tempo e espaço, mas são cegos para a realidade metafísica do filme presente na cabina. Confundem canais com fonte. É fato histórico, inegavelmente provado, que o corpo hominal fluiu através de numerosos organismos animais – e quicá através de formas vegetais e minerais (...). Nenhum canal ou encanamento, por maior e mais belo, produz água. Nenhum animal, realmente animal, produz um ser hominal. (...) Se o animal não tem potencialidade ou natura hominal, não pode fazer nascer o hominal. (...) Pode o animal servir de canal para o hominal – não pode ser fonte do hominal (ROHDEN, 2009b, p.82-84).

Em superação à ideia da perfeição do Homem, conforme estabelecia a teoria mitológica, a teoria cosmológica-metafísica da evolução de Rohden assume que a potencialidade-homem, ao ser feita ato pela primeira vez no planeta, apresenta-se em baixo grau de perfeição. “Faz parte dos mais antigos equívocos da teologia afirmar que Deus criou o homem perfeito, e que o diabo reduziu o homem a um ser imperfeito” (ROHDEN, [20--?]f, p.24). O ser humano caminha rumo à perfeição de sua realidade-potencial e é, portanto, imperfeito. É “perfectível e ulteriormente realizável” (ROHDEN, [20--?]f, p.26).

Rohden se utiliza frequentemente da distinção entre os termos gregos *álos* (outro, diferente, distinto) e *autós* (por si mesmo). Expressões utilizadas pelo filósofo como alo-determinismo, alo-agido, alo-causado, alo-educação, alo-libertação, alo-redenção, alo-

iniciação, alo-amor, etc, indicam dependência “de uma causa ou causação alheia, externa”. Já em autodeterminação, autoagente, autocausante, autoeducação, autolibertação, auto-redenção, auto-iniciação, auto-amor, etc, o que atua é “uma causa própria, interna” (ROHDEN, 2009b, p.69). Neste sentido, a grande diferença humana em relação a outros seres estaria no fato de que o homem é um “ser não no estado rígido de alo-realizado, como os seres da natureza”, mas um ser “no estado elástico auto-realizável” (ROHDEN, [20--?]f, p.24).

O homem, sobretudo quando chegado à plenitude da sua hominalidade, não obedece integralmente ao impacto do alo-determinismo automático, que rege todos os seres da natureza. Quanto mais o homem na sua ascensional se distancia do plano horizontal, que rege o mundo extra-hominal, tanto menos prevalece nele o fator do alo-determinismo passivo, e tanto mais se revela nele o fator tipicamente hominal da auto-determinação ativa (ROHDEN, [20--?]f, p.13).

A condição do ser humano é a de um ser feito “o menos possível para que (...) possa fazer [-se] o mais possível” (ROHDEN, [20--?]f, p.24).

O homem é a única criatura terrestre inacabável, jamais plenamente realizada. (...) ocupa atualmente o ponto culminante dessa progressiva manifestação da Essência Infinita em Existências Finitas. (...) é, por ora, no planeta Terra³⁸, a única criatura que participa, conscientemente, da Oniconsciência do Infinito; e sua missão está em realizar cada vez mais perfeitamente esta sua evolução ascensional (ROHDEN, [20--?]f, p.24-28).

Esta “missão”, “fim supremo e único” (ROHDEN, [20--?]f, p.17) ou “finalidade da existência” desenvolve-se em um “roteiro evolutivo” (ROHDEN, [20--?]f, p.83), no qual aparece como argumento necessário e inevitável a “luta evolutiva”. Se “o mineral, o vegetal e o animal vivem sem problemas”, “nenhum homem ego-consciente pode viver em paz consigo mesmo”. Ao entrar “na zona da ilusória ego-consciência” inicia-se o inevitável “campo de batalha da vida humana” e a necessária “luta consigo mesmo”. A auto-realização consciente do homem exige “o estado de antítese, ou luta” (ROHDEN, [20--?]f, p.24).

Em relação com a teoria dos três planos de consciência, Rohden apresenta este estado de luta como um conflito entre o “Eu superior” e o “ego-inferior” (ROHDEN, [20--?]f, p.24). Uma vez revestido do “aspecto consciente e ativo da matéria, a matéria mental, a mente

³⁸ Rohden não considera a existência de vida inteligente restrita ao Planeta Terra. Em seu livro “O homem: sua natureza, sua origem e sua evolução”, no capítulo “Outras humanidades”, afirma que “não somos a única humanidade, e, provavelmente, nem a mais evolvida das humanidades do cosmos. Tudo faz crer que somos uma espécie de jardim de infância do Universo, corporalmente, mentalmente, espiritualmente”. Admite como “altamente provável” e como “uma probabilidade lógica” que possivelmente virá a “tornar-se, em breve, certeza científica” a “existência de outras humanidades ou seres conscientes, em outras regiões do Universo” (ROHDEN, [200--?]f, p.80). No capítulo seguinte, “O homem integral”, ao falar do “roteiro evolutivo” ou da “finalidade da existência do homem terrestre”, completa: “e mesmo extra-terrestre” (ROHDEN, [20--?]f, p.83).

materialista”, “chamada ego”, o ser do homem “inicia a sua luta contra a resistência, o seu sofrimento, a sua evolução rumo à libertação” (ROHDEN, [20--?]f, p.20).

Das esferas de Teilhard de Chardin (hilosfera, biosfera, noosfera e logosfera) assume-se seu sentido de esferas evolutivas. O atual e hegemônico “homem da noosfera se acha em conflito com a biosfera, pervertendo o instinto vital da natureza, pelo intelecto”. Há uma situação de conflito posta: “intelecto versus instinto”. Caberia à Razão – no homem da logosfera – estabelecer “a paz e a harmonia entre o instinto do *bios* e o intelecto do *nóos*” (ROHDEN, [20--?]f, p.48).

A harmonia racional da logosfera contemplaria uma grande integração da “cosmo-consciência” com “as consciências inferiores, tanto do homem-Maya dos sentidos como também do homem-Aham do intelecto” (ROHDEN, 2009b, p.84). Harmonizam-se “numa grande síntese cósmica todas as antíteses, aparentemente contrárias umas às outras, porém realmente complementares” (ROHDEN, 2009b, p.85). Figurativamente, Rohden fala de um “tratado de paz entre todas as faculdades humanas” (ROHDEN, [20--?]f, p.09) ou, simplesmente, “uma paz dinâmica” (ROHDEN, 2011, p.48).

O ego-inferior, inaugurado no homem-ato, não será substituído ou eliminado. O “tratado de paz não é o fim da luta, mas uma luta em perfeita harmonia (...), a integração do pólo negativo no pólo positivo, e não a extinção daquele por este, que seria o atrofiamento da natureza humana” (ROHDEN, [20--?]f, p.25). O ego é um “péssimo senhor da nossa vida”, mas é também “ótimo servidor” (ROHDEN, [20--?]f, p.15). Reside na ego-consciência (plano semiconsciente) o diferencial ontológico do Homem, a grande diferenciação filogenética do gênero humano.

Em seu processo de evolvimento ou evolução metafísica, o Humano segue um roteiro ou itinerário evolutivo atualizando-se como ser de ego-consciência. Este estado é um estado de antítese: o “campo de batalha da vida humana” e “luta consigo mesmo” (ROHDEN, [20--?]f, p.24). Nesta luta, distinguem-se duas tensões envolvendo a ego-consciência: uma com a senso-consciência e outra com a cosmo-consciência. Diante do conflito permeado destas tensões – poeticamente exposto no texto sagrado do *Bhagavad Gita* – o Homem se depara com outro diferencial, derivado da natureza ego-consciente. Pode ele pensar, julgar e escolher ser “conscientemente anti-cósmico” ou concientemente cósmico (ROHDEN, 2009b, p.26); lutar por sua perfectibilidade ou por sua negação. É o “poder do livre-arbítrio” (ROHDEN, [20--?]f, p.26).

A liberdade é a mais preciosa – e também a mais perigosa – faculdade que o Uno divino transmitiu ao Verso hominal. Com ela pode o homem integrar-se

conscientemente no eterno Uno, eternizando-se – e pode também separar-se livremente do eterno Uno, desintegrando-se. Pode, pelo uso ou abuso da liberdade, entrar na Vida eterna – e pode também sucumbir à Morte eterna (ROHDEN, 2009b, p.25-26).

É da evolução ou evolvimento metafísico do Homem – enquanto atualização potencial – afastar-se de sua Origem Infinita, do Uno Essencial, da Causa Primeira. Tal separação é parte de uma expansão da hilosfera, passando pela biosfera e atingindo a noosfera da ego-consciência. Nessa esfera, no plano semiconsciente, o ser humano apresenta a característica de perceber-se uma individualidade separada, que decide e pensa ativa e responsavelmente, com um querer-vontade que, por vezes, possibilita-lhe escolher como e quando agir. Diz-se, então, que ele percebe aquele “poder do livre-arbítrio³⁹”, “uma zona isenta da jurisdição divina”. “O que de bem ou de mal” ele fizer “nesse ‘campo neutro’ da sua liberdade, é ele mesmo que o faz por sua conta e risco e já não é Deus que o faz” (ROHDEN, 2013c, p.99).

Sabe-se que há circunstâncias existenciais que impossibilitam escolhas, seja devido à forças coercivas externas (alguma determinação vinda da cultura ou do mando de uma autoridade pontual, por exemplo), seja por forças internas (algo do “instinto vital” do plano da sensoconsciência, feito ou não presente na ego-consciência sob a forma de algum juízo ou ponderação). Muitas vezes, sequer se consegue perceber o que queremos ou o que estamos escolhendo. São sinais de que esta liberdade de arbítrio não é liberdade absoluta. Se assim fosse, seria o equivalente à onipotência. Com Rohden podemos afirmar que “só a Realidade Universal (Divindade) é inteiramente livre”. O livre-arbítrio humano é “parcialmente livre (...) porém, é suficiente para tornar o homem responsável pelos seus atos” (ROHDEN, 2013c, p.99).

Essa responsabilidade se tona possível graças a inteligência do ego, que Rohden simbolicamente vincula ao conceito de Lúcifer. “No mundo físico”, diz ele, “os livros sacros identificam Lúcifer com a estrela matutina, prenúncio do sol (...), precursora da luz solar”. Na metafísica – continua – “Lúcifer é a inteligência”, a precursora da Razão (ou *Lógos*), que tem a liberdade “de ser mensageiro ou então adversário⁴⁰” da luz (ROHDEN, [20--?]d, p.05).

Desde que o homem emergiu das trevas noturnas da inconsciência do Éden e entrou na penumbra matutina da semi-consciência da Serpente, comendo do “fruto da árvore do bem e do mal”, tem ele suficiente liberdade para decidir-se pró ou contra a Luz do mundo; desde esse remoto estágio evolutivo pode o lúcifer da inteligência humana amar a Luz, e pode também hostilizar a Luz do *Lógos* (ROHDEN, [20--?]d, p.05-06).

³⁹ Arbítrio, segundo o dicionário Houaiss, é uma “decisão dependente apenas da vontade” (ARBÍTRIO, 2009). Daí dizer-se que uma decisão é “arbitrária” quando esta não se ampara em reflexões ou análises mais detidas. Ao invés disso, a arbitrariedade responderia a um “querer fazer”.

⁴⁰ Segundo Rohden (1982, p.06), a condição em que lúcifer se opõe à Razão é traduzida em hebraico por *satan* e em grego por *diabolôs*.

A liberdade parcial do ser humano – derivada da zona do livre-arbítrio – expande conforme este vai participando da Liberdade total, conforme vai expandindo em si a consciência cósmica do plano pleniconsciente. Com Rohden, pode-se

afirmar que tanto mais livre é um ser finito quanto mais consciente ele for da presença do Ser Infinito em si. A participação na liberdade do Ser Infinito por parte de um ser finito está na razão direta da consciência que esse ser finito tem da presença do Ser Infinito (ROHDEN, 2009b, p.70).

O ser imperfeito e perfectível que é o homem, evolve através ou pela hilosfera material, avançando pela senso-consciência da biosfera e chegando à ego-consciência da noosfera. Neste momento, instaura-se o diferencial do livre-arbítrio: a liberdade de optar, a partir do ego intelectual, entre aquilo que se harmoniza e o que se desarmoniza com a Potência, Fonte e Causa das potencialidades, dos canais e dos efeitos. Simbolicamente, o já mencionado livro do Gênesis ilustra este momento como sendo a expulsão do ser humano do Jardim do Éden em virtude do conhecimento do Bem e do Mal.

Rohden reconhece que a Fonte, “em sentido metafísico, (...) está para além do bem e do mal” (ROHDEN, 2009b, p.23). Simbolicamente, entretanto, o autor propõe associar a Bondade ou o Bem à algum tipo de harmonização com o Uno Essencial. A senso-consciência ou inconsciência dos “astros do cosmos”, do “mundo orgânico”, da “flora”, da “fauna”, de “todos os domínios da vida vegetativa e sensitiva” resultaria em uma “bondade” inconsciente, automática. Até antes do surgimento do homem, na história do evolvimento sobre o Planeta, não poderíamos falar em registros do mal, “no sentido ético em que costumamos tomar estas palavras” (ROHDEN, 2009a, p.24).

É com o “aspecto consciente e ativo da matéria, a matéria mental, a mente materialista (...) chamada ego” (ROHDEN, [20--?]f, p.20), que nasce

um ser que, como os astros do céu e os organismos da terra, não era apenas “bom”, mas “muito bom”, como diz o Gênesis. (...) Esse ser estranho tinha em si a possibilidade de ser bom ou mau. E precisamente por não ser apenas efetivamente bom, como os outros seres, mas possivelmente mau, como os outros não podiam ser, esse ser novo era “muito bom” (ROHDEN, 2013a, p.114).

Abrir-se à desarmonia da ego-consciência, ao erro e à culpa, é parte da natureza humana e de sua luta evolutiva. Neste sentido, Rohden apresenta a ideia da “grande encruzilhada” da evolução, que coloca o Homem entre “a reta da inocência e a curva da culpa” (ROHDEN, 2013a, p.115). A “curva” é entendida como o caminho da ego-consciência (o plano semiconsciente da noosfera), diferente do caminho reto da hilosfera e da biosfera do plano

inconsciente da senso-consciência do mineral, animal e vegetal. É também o sinuoso, o não-linear, o conflituoso caminho em que aparece a luta evolutiva e a luta consigo mesmo.

Escreve Rohden que “se o homem escolhesse a linha reta da inocência e, qual criança ingênua e dócil, andasse sempre na luminosa estrada diurna” da harmonia divina, “sem jamais trilhar as vias noturnas do mal”, poder-se-ia dizer que há algo de glória. Porém, “glória muito maior” – nas palavras de Rohden – é um ser “que, depois de conhecer todas as noites do afastamento de Deus, todas as terras estranhas do pecado, todos os prazeres da liberdade pessoal”, retorna aos seus braços, “livre e espontaneamente” (ROHDEN, 2013a, p.117).

Rohden destaca a parábola do filho pródigo no Evangelho de Lucas (Lc 15:11-32) como ilustrativa desta condição da evolução metafísica do ser e estar humano. Os homens seriam seres que passam pela encruzilhada e seguem pela tortuosa curva. É o “drama do autoconhecimento e da auto-realização do homem”. Na parábola, o filho mais velho (o mundo não hominal) “não descobriu o seu ego mental, e por isto não se transmentalizou nem se converteu”. Já o filho pródigo, o mais novo, ao “gozar a sua liberdade sem freio” e “percorrer uma vida de ego pecaminoso e sofrer as consequências das suas culpas, (...) entra em si, encontra o seu Eu divino e se realiza espiritualmente”. As solenidades que o pai manda celebrar simbolizariam “a grandeza da auto-realização” (ROHDEN, 2007a, p.225).

Ainda que o “livre-arbítrio humano” esteja “destinado a fazer do caos microcósmico um cosmos microcósmico” (“do caos intelectual para o cosmos racional”) (ROHDEN, [20--?]f, p.22), o indivíduo humano, quando na curva, vê-se diante da possibilidade de seguir ou não por este caminho geral, escolhendo conforme seu arbítrio ou vontade.

Neste sentido, Rohden supõe dois caminhos: o da imortalidade da alma e o da “morte eterna” (ROHDEN, 2013c, p.109). Para Rohden, “embora a ciência não possa provar a imortalidade”, haveriam “provas convincentes” de que, após a morte, há uma “sobrevivência temporária” da “consciência individual” (também denominada “alma humana”), que não pereceria “com o corpo físico, mas continua[ria] a sobreviver conscientemente” (ROHDEN, 2005b, p.71).

O homem é uma “entidade inédita e original, que nunca deixa de ser homem” (ROHDEN, [20--?]f, p.17), porém individualmente, como ser dotado de livre-arbítrio, pode se dissolver ou se desintegrar: “um processo culpável” (ou responsabilizável), resultado de “um longo período de involução descensional” (ROHDEN, 2013c, p.109) ou de acúmulo de “débitos” ou “atos contrários, em desarmonia” com a Unidade (ROHDEN, 2005b, p.71).

A evolução da espécie humana a partir da visão cosmológica ou metafísica considera um processo natural ou da natureza. Esta, entretanto, “não é apenas material, mas também

mental e espiritual” (ROHDEN, 2013c, p.68). Em Rohden, falar em uma natureza do homem implica falar em “*natura*” ou “nascitura, isto é, coisa que está para nascer, mas ainda não nasceu; não é ainda nata, mas nascitura, ou *natura*”. O ser “é o que pode vir a ser, o que é potencialmente, não o que é atualmente” (ROHDEN, 2008a, p.140).

A natureza de “todo e qualquer ser em evolução” – não se aplicando, portanto, ao “Ser Absoluto”, onde “coincidem a potência e o ato, a *natura* e o *nato*” – “é a sua potencialidade atualizável, embora ainda não plenamente atualizada” (ROHDEN, 2008a, p.140). A natureza é, portanto, para Rohden, sinônimo de potencialidade e indica movimento. No caso do humano, sua natureza é um devir do homem nascituro ao homem nato. “A natureza humana existe em cada indivíduo apenas em forma potencial, embrionária” (ROHDEN, 2005b, p.29). Este embrião, que carrega em forma latente a coisa nascitura está existencialmente colocado na condição da “maior parte dos homens, no presente plano evolutivo” (ROHDEN, 2008a, p.140), os indivíduos da espécie que figuram apenas como “*homo intellectualis* ou *homo intelligens*”. “O homem é, potencialmente, um *homo rationalis*, ou *homo sapiens*” (ROHDEN, 2001, p.31) ou, dito de outra forma, “a verdadeira natureza do homem é racional, e não apenas intelectual” (ROHDEN, 2009a, p.30).

Esta natureza racional também é denominada de natureza intuitiva. Este homem racional equivale ao “homem intuitivo”, diferenciado do “homem intelectual” e do “homem sensitivo”. A potência, tanto do intelectual, quanto do sensitivo “é ser intuitivo”. Em seu trabalho sobre a Filosofia Contemporânea, Rohden aproxima esta terminologia ao pensamento comunicado por Henri Bergson⁴¹, para quem a intuição não seria “algo misterioso, ocultista, esotérico, místico, ou até anormal”, mas sim “a íntima essência da natureza humana de qualquer pessoa” (ROHDEN, 2008a, p.140). Rohden também adverte para a confusão comum entre intuição e pressentimento. Este último se relaciona com o ego físico, mental e emocional, já a intuição é uma coisa completamente diferente (ROHDEN, 2017ab).

O homem intuitivo não seria “um homem diferente do comum dos mortais”, sendo “porém, um homem que ultrapassou certa fronteira que outros ainda não ultrapassaram, mas podem ultrapassar”. Ele “não é anormal, nem propriamente supranormal”, mas sim “plenamente normal” ou natural, visto que “a plenitude da natureza humana consiste no

⁴¹ Em seu livro “A evolução criadora”, Bergson (apud BARTEL, 2011, p.111) escreve que “o conhecimento intuitivo é direto, imediato”, respondendo ao interior da vida e não a uma sua representação, ao contrário do conhecimento intelectual que seria mediato, “inteiramente formal”, podendo ser preenchido “alternadamente, à vontade, por um número infinito de coisas, inclusive para coisas que nada servem”.

completo desenvolvimento dessa faculdade intuitiva, ainda muito embrionária na maior parte dos homens da presente época” (ROHDEN, 2008a, p.140).

1.2.5. Homem integral: cosmocracia, (auto)educação, saúde, felicidade e ética

Em Rohden, a educação desempenha um papel fundamental no devir ou vir-a-ser, no “despertar e desenvolver no homem os valores da natureza humana” (ROHDEN, 2005b, p.29) conforme a visão cósmica da evolução.

Haverá o dia “em que a humanidade começará a fechar a grande curva, aproximando-se do seu verdadeiro destino” (ROHDEN, 2013a, p.118). Esse destino é a potencialidade e natureza do homem: tornar-se “homem cósmico”, “homem univérsico” (ROHDEN, 2009b, p.85), “homem intuitivo” (ROHDEN, 2008b, p.50), “homem cosmo-consciente” (ROHDEN, 2009b, p. 45, p. 80, p. 81 e p. 83), “homem-Eu” (ROHDEN, 2009b, p.26), “homem-Atman” (ROHDEN, 2009b, p. 81, p. 82, p. 84 e p. 85), “homem divinal” (ROHDEN, 2009b, p. 80), “supra-homem” (ROHDEN, 2009b, p. 80), “homem pleniconsciente e plenilivre” (ROHDEN, 2009b, p.56) ou, finalmente, “homem integral” (ROHDEN, 2009b, p.85).

Graficamente, o filósofo representa este homem integral com três círculos coloridos “parcialmente sobrepostos e parcialmente independentes, deixando no centro uma área comum a todos” (ROHDEN, 2005b, p.39). O vermelho representa o corpo; o verde, a mente; o amarelo, as emoções; e o centro incolor atinge a todos os três, representando o “espírito, que, depois de ser revestido pelo corpo, se chama alma” (ROHDEN, 2005b, p.40).

Duas obras de Rohden destacam o tema da educação do homem integral: “Novos rumos para a Educação” (ROHDEN, 2005d) e “Educação do Homem Integral” (ROHDEN, 2005b).

“Novos rumos (...)” originou-se de uma série de conferências realizadas em 1958 e 1959 no auditório do Ministério da Educação no Rio de Janeiro – então capital do Brasil, no governo de Juscelino Kubitschek – envolvendo o que Rohden denominou de “elucidações ético-filosóficas” sobre os rumos da educação e da democracia. Ambos os temas consideravam que tanto “o Brasil, como o mundo em geral” encontravam-se “na linha divisória entre duas eras evolutivas de grandes consequências”. Os “novos rumos” apontariam não para “uma nova ciência social”, mas para “uma nova consciência individual” a projetar “os seus efeitos sobre o plano da sociedade” (ROHDEN, 2005d, p.15).

Rohden propõe a ideia de uma “nova forma de democracia”, que se institui não por “uma revolução externa” – de armas – mas via “uma evolução interna” (de almas). Trata-se da “cosmocracia”. Para atingi-la, ao invés de “revolução destruidora”, vislumbra-se “uma

evolução construtora”. Uma construção “não por violência física, mas por compreensão metafísica” (ROHDEN, 2005d, p.100).

O sufixo “cracia” remete ao grego *kratos*, a significar o que tem poder de autoridade. Na cosmocracia é a natureza cósmica, intuitiva e integral do homem que assume este poder. O sistema de governo cosmocrático envolve a capacidade de harmonia ou sintonização semelhante ao governo interno presente no animais, porém ao invés de uma harmonia automática haveria uma harmonia (cosmo)consciente, no exercício da faculdade intuitiva que conecta ao *Lógos* ou Razão (ROHDEN, 2005d).

Em seu romance utópico Cosmorama (ROHDEN, 1979), Rohden apresenta um mundo sem governadores, presidentes, prefeitos, policiais, advogados, juízes, legisladores, etc. Na Ilha de Cosmorama não são necessárias leis escritas e seus habitantes são anárquicos, porém “não no sentido comum do termo, de não aceitar governo algum, mas no sentido de não necessitar de um governo externo”, por terem “criado um governo interno mil vezes melhor do que todos os governos externos”. Cada cidadão poderia ser considerado “um ‘anarquista cósmico’, e não um ‘anarquista caótico’” (ROHDEN, 2005d, p.84), convivendo em “uma anarquia positiva, cósmica” (ROHDEN, 1979, p.98).

Também na Ilha de Cosmorama, o personagem Mestre Rajah ensina ao personagem-narrador que no “homem plenamente humano”, onde há “imanência da consciência cósmica”, não existe a necessidade de um governo externo: “seu governo interno dispensa qualquer legislação de fora” (ROHDEN, 1979, p.99). Trata-se do “zênite da intuição” que ao lado do “nadir do instinto” (mineral, vegetal e animal) são “cosmo-governados” ou governados pela “Inteligência Cósmica”. Enquanto “a natureza infra-hominal” é “totalmente inconsciente” e automática, no mundo do “homem-integral”, há “razão pleni-consciente, que se manifesta como consciência, razão, espírito”. Do interior “do próprio homem integral” é donde impera a “Consciência Cósmica” fazendo com que ele, homem cósmico, aja “como cosmo-agido, cosmo-vivido, cosmo-consciente” (ROHDEN, 1979, p.99).

O “homem apenas ego-consciente necessita de um governo externo”. Sua “ego-personalidade baseada na intelectualidade é, por sua natureza, centrífuga e discordante”. Estando inoperantes leis internas e centrais, as leis externas surgem como precários substitutos (ROHDEN, 1979, p.99).

Em suas conferências sobre a cosmocracia, Rohden retoma a ideia de “Cosmorama”, apresentando-a em um panorama histórico organizado a partir da divisão triádica das formas de governo: monocracia, democracia e cosmocracia. Segundo ele, assim como no plano psicológico-individual a criança é governada “por um indivíduo distinto dela”, no plano social

“os povos primitivos são naturalmente alocráticos, ou seja exocráticos, governado por outrem”, não sendo possível uma vida social autocrática ou endocrática. Nas tribos, há “sempre uma pessoa de mais experiência e critério, a qual, por direito natural, é considerada como ‘governo’”. Seja o “‘pai dos pais’ ou ‘patriarca’”, seja a “‘matriarca’”, a “‘mãe das mães’”, ambos representariam “a monocracia em sua forma mais simples e primitiva”, com a segurança do coletivo “na voluntária obediência dos súditos ao superior” (ROHDEN, 2005d, p.102).

Para compreender a alocracia das sociedades monocráticas, propõe-se uma analogia com a exocracia “natural para a criança”. Os governados sociais que não encontram “condições de se governar a si mesmo” têm uma autonomia “mínima ou nula” e uma heteronomia “máxima ou total”, que lhes garante uma “atmosfera de segurança, o mais imperioso elemento vital da sua existência” (ROHDEN, 2005d, p.101).

Por ora, o problema é “ou – ou”, ou segurança sem liberdade, ou liberdade sem segurança. (...) a criança sente instintivamente que a autoridade paterna e materna lhe garante esse elemento, e aceita espontaneamente essa autoridade (...). Essa alocracia lhe é algo inteiramente natural; uma autocracia prematura poria em perigo a sua segurança e sua própria existência (ROHDEN, 2005d, p.??).

Margeando-se pela história ocidental, Rohden propõe a observação de mudanças significativas em um “tempo em que boa parte da humanidade” cruzou “a fronteira da infância para a adolescência”, quando a “segurança foi perturbada pelos clamores da liberdade”. Após a Idade Média ou fim do século XV, o homem renascentista e da reforma protestante teria sentido “em si o despertar da sua personalidade, do seu ego intelectual e revolucionário”, passando a rejeitar corajosamente “a heteronomia medieval, na certeza de que todo homem nasceu livre e tem o direito de se governar a si mesmo, segundo o seu próprio critério” (ROHDEN, 2005d, p.106). A “tradicional obediência a uma autoridade externa” passa a ser vista como “uma escravidão, uma injustiça, uma usurpação, uma tirania” (ROHDEN, 2005d, p.104). A afirmação do livre arbítrio passa por uma necessária negação da autoridade entendida como repressão ou coerção do ego.

E começou a grande luta contra trono e altar, campanha da qual a Revolução Francesa não foi senão o símbolo externo, aurora sanguinolenta de uma nova era evolutiva. Ruíram as monarquias, reinos e impérios. Os poucos monarcas que permaneceram nos tronos da Europa passaram a simples figuras decorativas, espécie de saudosas relíquias colocadas em lindos nichos, mas sem influência decisiva na vida real dos povos (ROHDEN, 2005d, p.104).

Faz-se presente outra vez o simbolismo do Gênesis: o pecado original e o sibilo da serpente, respectivamente expressões do livre-arbítrio egóico e do caos intelectual. O livre-arbítrio é fruto do evolvimento do plano semiconsciente da ego-consciência e, estando

necessariamente em uma condição egocentrada, centrífuga e fragmentada, é apenas “parcialmente livre” (ROHDEN, 2013c, p.99). Diante deste estado, verifica-se como um “ingênuo ilogismo” o entendimento do ego intelectual de que “possa e deva governar-se a si mesmo e que isto é ser livre” (ROHDEN, 2005d, p.106).

A “transição do regime monocrático para o regime democrático” torna-se uma substituição de soberanos por chefes democráticos, cujo poder de autoridade tanto poderia ser conferido, como tirado “conforme as conveniências” (ROHDEN, 2005d, p.106). O homem intelectual consciente de seu livre-arbítrio, escolhe governar e ser governado na democracia, abrindo mão da segurança “infantil” ou “monocrática”. Na democracia “a insegurança é filha da liberdade” (ROHDEN, 2005d, p.107). Quando egos encarregam outros egos para os governar, a segurança ou a paz dela derivada não é “uma paz real e duradoura”. Trata-se de um estado “melhor do que a guerra”, mas “uma paz precária”, algo que “não passa de um armistício” (uma trégua) (ROHDEN, 1979, p.99).

O ego, em sua semiconsciência e egoísmo, não está pleniconsciente da unidade e do altruísmo de uma autoridade exercida do interior, uma “endocracia” ou “governo de dentro”. É em distanciamento da “verdadeira unidade e harmonia dentro do homem” que se proclama a democracia: uma organização social “essencialmente egoísta, dominada pelo ego da personalidade” (ROHDEN, 2005d, p.107).

O governo do ego sobre ele mesmo é caótico, pois não há segurança. A falta de um elemento unitário e integral gera “caos, lutas e desordens” (ROHDEN, 2005d, p.107), “uma tensão e uma atmosfera de insegurança e mal-estar” (ROHDEN, 2005d, p.99). Como escreve Rohden em seu poema “Escravidado pela liberdade”, tal estado de “caótico ziguezague” ou “de caprichos e veleidades sem conta”, em que falta o “elemento vital” de “uma segurança, profunda e sólida”, induz a novos apelos pela monocracia⁴².

⁴² Heródoto, no século V a.C., escreve da democracia: “é impossível que ali não haja corrupção na esfera dos negócios públicos, a qual não provoca inimizades, mas sim sólidas alianças entre os malfeitores: os que agem contra o bem comum fazem-no conspirando entre si. É o que acontece, até que alguém assume a defesa do poder e põe fim às suas tramas, tomando-lhes o lugar na admiração popular, (...) tornando-se monarca” (apud BOBBIO, 1980, p.32-33). Em Platão, no escrito “Político”, a democracia, também denominada de “supremacia da massa” ou governo “da multidão”, figura como “incapaz de um grande bem ou de um grande mal, pois nele os poderes são distribuídos entre muitas pessoas”, além de aparecer como “a pior forma de constituição quando submetida à lei e a melhor quando estas são violadas” (PLATÃO, 1991, p.424). No texto da República a democracia aparece como um tipo de governo “tão belo e tão juvenil (...) que dá nascimento à tirania” (PLATÃO, 1965, p.172), além de “agradável, anárquico e variegado, que confere uma espécie de igualdade, tanto ao que é desigual como ao que é igual” (ibidem, p.165). O estado anárquico é descrito como a condição em “que o pai se acostume a tratar o filho como igual e a temer os filhos, que o filho se iguale ao pai e não dedique respeito nem temor aos pais, porque deseja ser livre (...). O mestre receia os discípulos e os adula, os discípulos fazem pouco caso dos mestres e dos pedagogos. Em geral, os jovens copiam os mais velhos e lutam com eles nas palavras e nas ações; os velhos de sua parte, rebaixam-se às maneiras dos jovens e mostram-se cheios de jovialidade e pretensão, imitando a juventude, de medo de passar por fastidiosos e despóticos. (...) Concedes, efetivamente, que tornam a alma dos

Por isto, comecei a suspirar pela querida escravidão
 Dos tempos da minha obediência de antanho,
 Por uma autoridade austera de ditador
 Que me comprimisse entre muralhas de granito,
 Inexoravelmente,
 E me impedisse de ziguezaguear,
 Incerto,
 Para a direita, para a esquerda,
 Qual trêfega borboleta sobre canteiros em flor,
 Qual estonteado vagalume pelas trevas noturnas
 (ROHDEN, [20--?]c, p.32)

Quando diante do caos da democracia, o homem que caminha rumo a realização de sua natureza, ainda que tente voltar à “obediência automática” da monocracia, já não poderia “encampar dogmas de fora sem a (...) experiência de dentro” nem “obedecer a autoridades heterônomas”. A voz que escuta é a autonomia de uma “suprema autoridade” de seu “Eu crístico” (ROHDEN, [20--?]c, p.33).

No fundamento dos conflitos da democracia reside uma falsa identificação. O ego, “um fator periférico da natureza humana”, com o EU, “a realidade central do homem”. Trata-se “de uma falsa noção da verdadeira natureza do indivíduo humano” ou uma “premissa falsa” que “invalida todas as conclusões nela baseadas” (ROHDEN, 2005d, p.106).

Eu estou doente, eu sou inteligente, eu fui ofendido – em todos esses casos, e milhares de outros congêneres, identifica-se ele com o seu corpo, com a sua mente ou com a sua psique, que são apenas três aspectos periféricos do seu EU central; são o seu tríptico “ego”, a sua “máscara” ou “persona” (a palavra latina “persona”, de que derivamos “pessoa” e “personalidade”, quer dizer literalmente “máscara”, invólucro ilusório) (ROHDEN, 2005d, p.106).

Quando o “homem comum” se pronuncia como um “eu”, ele o significa “quase sempre [como] o seu ego físico-mental-emocional, que ele identifica ingenuamente com o seu verdadeiro ‘EU’”. Entretanto, o “EU” exprimiria a natureza cósmica do homem; é “sua alma”, que não é nenhuma das máscaras do ego, mas sim as possui. O “EU” tem o corpo, a mente e a psique como “órgãos, faculdades ou funções”, que servem “para entrar em contato com diversas zonas de mundos ou vibrações” (ROHDEN, 2005d, p.106-107).

Diante deste quadro, torna-se absurdo dizer “a democracia é boa, mas os democratas são maus”. Rohden diz que, na verdade, “há muitos democratas melhores do que a democracia em que vivem”, inclusive sendo os responsáveis por tornarem determinadas democracias “até certo ponto toleráveis” e com “esperança de sobrevivência e de regeneração” (ROHDEN, 2005d, p.108).

cidadãos de tal modo assustadiça que, a menor aparência de coação, estes se indignam e se revoltam? E chegam por fim, bem sabes, a não mais se preocupar com leis escritas ou não escritas, a fim de não ter absolutamente nenhum senhor” (ibidem, p.171-172).

Ainda que tais “melhores democratas” conservem “o rótulo externo”, seriam eles “internamente cosmocráticos”. Trata-se do homem-ego que “descobre o homem-EU”; um homem que passou pela crença “no poder salvífico da democracia, que se lhe tornou palavra sagrada”, mas que passa a experimentar “uma nova consciência que lhe segreda, com crescente nitidez e insistência, que existe um regime ultra-democrático” (ROHDEN, 2005d, p.99-100).

Tal regime é a Cosmocracia, onde há “harmonia da liberdade e da autoridade” (ROHDEN, 2013a, p.174). Individualmente, o homem ali organizado é o homem integral, alguém que cultiva “espontânea obediência” à “Verdade Libertadora” e é dela “livremente obediente”, “livremente escravo” e “voluntário prisioneiro” (ROHDEN, [20--?]c, p.32-35)⁴³.

A apresentação da possibilidade cosmocrática aponta um sentido para a educação: aquele que foi autoeducado para a “cosmocracia é o único homem capaz de ser educador para outros”. Apenas o homem integral – “o homem cosmocrático cuja consciência entrou em perfeita sintonia com o supremo imperativo do Universo” – “pode apontar o caminho certo a seus semelhantes” (ROHDEN, 2005d, p.84).

Estas ideias, do educador enquanto alguém que indica ou inspira um caminho a ser caminhado e da autoeducação, aparecem na outra obra de Rohden mencionada, “Educação do Homem Integral” (ROHDEN, 2005b). O livro, em sua primeira edição, foi escrito durante a ditadura militar no Brasil, após a promulgação do Decreto-lei nº869/1969, que dispunha sobre a inclusão da Educação Moral e Cívica como disciplina obrigatória nas escolas do país. Uma vez que a lei também pretendia estabelecer uma “base filosófica” para a educação, escreveu Rohden:

⁴³ Da perspectiva dos estudos do pensamento libertário ou anarquista, Gallo (2007, p.77) apresenta o paradoxo da definição de liberdade na tradição liberal: “a minha liberdade termina onde começa a liberdade do outro”. Como falar em uma liberdade não livre, ou seja, que deve ser interrompida por outra liberdade? A filosofia de Rohden auxilia a compreender essa pseudo-liberdade como semi-liberdade do ego. Gallo (op. cit.) aponta, ainda, o caminho político de Bakunin e filosófico de Sartre, sugerindo que “a liberdade do outro eleva a minha ao infinito”. Neste sentido, afirma: “só posso ser livre se todos aqueles que convivem comigo também forem livres. Assim, minha liberdade não termina onde começa a do outro, mas ambas começam juntas e, uma complementando a outra, podem crescer ao infinito”. Em Rohden, o aspecto do outro e também do infinito encontra respaldo na educação do homem integral e na ideia de cosmocracia, um tipo de anarquia positiva. Outro pensador libertário, León Tolstói, faz uma interessante relação entre a liberdade e a violência, dizendo que a verdadeira liberdade ocorrerá apenas “quando todos igualmente estiverem convencidos da inutilidade, da ilegitimidade da violência, e obedeçam as regras estabelecidas, não por medo da violência ou da ameaça, e sim, pela convicção arrazoada. / Mas não faltará quem me objete, dizendo que não há uma sociedade semelhante (...); mesmo admitindo não haver sociedade que não reconheça a violência como necessária, esta necessidade também tem seus diversos graus. Toda a história da humanidade é a gradual substituição da violência pela convicção razoável. Ademais, a sociedade reconhece claramente a estupidez da violência, e se acerca cada vez mais da verdadeira liberdade. Isto é elementar e deveria ser claro para todos se desde há muito não se houvesse estabelecido entre os homens a inércia diante da violência e o emaranhado voluntário dos conceitos para sustentar esta violência que só é vantajosa para os dominadores” (TOLSTÓI, 1904/2008, p.11).

Como Professor de Filosofia, julgava eu de meu dever falar e escrever sobre essa base filosófica para a educação. Neste sentido, realizei conferências, elucidando o assunto, no Sul e Centro-Oeste do Brasil, inclusive no EMFA (Estado Maior das Forças Armadas) e na Universidade de Brasília, como também, mais tarde, em Portugal (ROHDEN, 2005b, p.15).

Em edições posteriores, tendo percebido que o decreto-lei mencionado representava “algo tão paradoxal como um círculo quadrado”, Rohden resolve deixar de lado “o programa oficial da alo-educação, legal e social”, uma vez que a “verdadeira educação no sentido de auto-educação ou auto-realização” não comportaria aquela “base filosófica social”. “Depois de diversos anos de experiências” – escreve – pôde se convencer “de que não é possível dar à educação uma base filosófica” se “por filosofia e educação” compreende-se aquilo que considerava (ROHDEN, 2005b, p.15). Esta impossibilidade justificar-se-ia pelas premissas: “ninguém pode educar alguém” e “alguém só pode educar-se a si mesmo” (ROHDEN, 2005b, p.17).

Neste aspecto específico poder-se-ia sugerir proximidades do pensamento rohdeniano com o ceticismo de Pirro de Ellis conforme a proposição “nada pode ser ensinado, pois ou você ensina o que a pessoa já sabe e, portanto, isto não é ensinar algo; ou você ensina algo obscuro que não será compreendido, não existindo nem aprendizado e nem ensino” (FATTURI, 2009, p.49). Também, com os fragmentos atribuídos ao sofista Górgias, de que “nada existe que possa ser conhecido; se pudesse ser conhecido, não poderia ser comunicado; se pudesse ser comunicado, não poderia ser compreendido” (MARCONDES, 2010, p.44). Outra relação possível aconteceria com as ideias de Fernando Pessoa, de que “quem não entende [uma obra, que, por natureza, sempre falará com a voz que lhe é própria] não pode entender, e não há pois que explicar-lhe; é como fazer compreender a alguém um idioma que ele não fala” (apud STRASSBURGER, 2007, p.93). Outra aproximação estaria no que escreveu Wittgenstein: “este livro será talvez apenas compreendido por alguém que tenha uma vez ele próprio já pensado os pensamentos que são nele expressos – ou pelo menos pensamentos semelhantes” (WITTGENSTEIN, 1987, p.27). Por fim, relações com as demonstrações de Santo Agostinho em seu diálogo sobre o Mestre, *De Magistro*, encerradas na conclusão de que “não aprendemos pelas palavras que repercutem exteriormente, mas pela verdade que ensina interiormente” (AGOSTINHO, 1980, p.394).

Tais relações – algumas com sentidos mais distantes, como as que se estabelecem com Pirro ou Górgias, e outras mais próximas, como a que se faz com Santo Agostinho – não são suficientes para expressar o pensamento comunicado por Rohden. Há em sua obra uma singular perspectiva de possibilidade da educação do homem integral e também de um papel para o

educador externo. A educação propriamente assim chamada é, entretanto, “auto-educação”, uma ação “essencialmente intransitiva, ou reflexiva, subjetiva” (ROHDEN, 2005b, p.17). Neste sentido, passa a ser fundamental a diferença proposta entre os termos instrução e educação.

A primeira, também denominada “alo-educação” (educação de fora para dentro)⁴⁴, cabe às atuais e hegemônicas ocupações dos governos, ciências sociais, ministérios e políticas públicas. Corresponde às tarefas de formação do ego periférico e intelectual via treinamentos em moralidades do agir, técnicas e conhecimentos necessários aos papéis sociais. A instrução está na alçada da inteligência do ego, para a formação do erudito e do profissional. Já a educação, trata da formação do sábio e do homem integral.

Rohden aponta um movimento de degeneração da educação “em simples instrução”. Como exemplo, sugere que se observe os Ministérios de Educação mantidos pelas nações, que acabam por tratar exclusivamente “apenas de instrução do ego periférico, intelectual, a que eles dão o nome fictício de educação humana” (ROHDEN, 2005b, p.22).

Diferentemente da instrução, a educação não poderia ser compreendida como “uma atividade social”, mas como uma atividade “eminentemente individual” (ROHDEN, 2005a, p.129). O que há de social na educação é aquilo que ela propaga ou reflete via “uma nova consciência individual, que projete os seus efeitos sobre o plano da sociedade” (ROHDEN, 2005d, p.15). Antes de chegar ao social, “está radicada no indivíduo” (ROHDEN, 2005a, p.129).

Como analogia para essa propagação, reflexo ou projeção da educação individual para a sociedade, Rohden sugere o fenômeno da indução no eletromagnetismo (ROHDEN, 2005b, p.16, p.19). Neste sentido, propõe uma solução para o que apresenta como sendo “o problema paradoxal da educação” (ROHDEN, 2005b, p.17). O problema se espalha no papel da docência educadora (e não instrutora). Uma vez que a educação é eminentemente individual ou um processo de quem se autoeduca, surge a dúvida de como se poderia falar em uma educação de um pelo outro, no caso, do educando pelo educador.

O papel do educador ou docente é ser como o campo magnético no processo de indução eletromagnética, quando um corpo recebe a influência de uma força a partir do momento em que entra em contato com ele. O “ambiente interno do educador” passaria para o educando como se “por osmose ou indução vital” (ROHDEN, 2005b, p.74). O educador, que antes de

⁴⁴ Na última entrevista concedida em vida por Rohden, publicada na revista Visão de 09/02/1981, ele diz: “*só existe auto-educação; não existe alo-educação (educação de fora para dentro)*” (ROHDEN, 2005a, p.129). Entretanto, o filósofo acaba por utilizar várias vezes a terminologia “alo-educação” em “Educação do Homem Integral” (ROHDEN, 2005b), embora apareça sempre explícita sua correspondência com o conceito de instrução.

tudo movimenta-se autoeducativamente na realização em si dos próprios valores, é aquele que, dada essa condição, serve de guia e mentor, “não tanto pelo que diz ou faz, mas sobretudo pelo que é” (ROHDEN, 2005d, p.17). Se o gesto factual do professor ensina (RIOS, 2010), também educa aquilo que ele singular e autenticamente, valorativamente, se torna ou vem a ser. “Nenhum educando” se auto-educa “porque seu educador leu e decorou tais e tais teorias modernas e moderníssimas” (ROHDEN, 2005b, p.74).

Conforme Rohden, a etimologia latina de educar, *educere*, teria o significado de eduzir, conduzir para fora. Neste sentido, o educador é para ele “um ‘edutor’, alguém que ‘eduz’ do seu educando o que nele dormita de melhor e mais puro”. Algo como a “luz solar [que] desperta e desenvolve na semente a planta que nela existe potencialmente” (ROHDEN, 2005d, p.18). O educador desperta “no educando potencialidades dormentes, que melhorarão a receptividade”, sendo a “arte de educar” um “descobrir e despertar no educando essas potencialidades dormentes” (ROHDEN, 2005b, p.18).

“Em última análise” – escreve Rohden – “todo esse problema educacional se resume numa questão de verdade integral e de absoluta sinceridade que o educador deve ter para consigo mesmo”. O educador deve “ser integralmente verdadeiro e honesto consigo mesmo”. Para “eduzir o que há de bom em seu educando”, deve o educador “achar-se firmemente consolidado nesse plano (...) ao qual quer elevar seu pupilo” (ROHDEN, 2005d, p.18).

Quem tenta “empurrar” em vez de “atrair” não é educador, não “eduz”, porque ele mesmo não está “eduzido”, fora do abismo. Só um “eduzido” pode “eduzir” os outros. Por isto, o educador deve ir na vanguarda do ser bom (...) Quem não está disposto a aceitar esse desafio para uma veracidade integral e absoluta, não se exponha a essa perigosa e gloriosa aventura de querer educar os outros (ROHDEN, 2005d, p.18).

A educação do homem integral “é, acima de tudo, um problema metafísico, filosófico, cósmico – ou melhor, um problema profundamente humano”. Neste sentido, afirma Rohden, os poderes públicos deveriam, em primeiro lugar, “realizar educadores, em vez de se ocupar com métodos educacionais e técnicas de ensino” (ROHDEN, 2005b, p.60). “Uma vez que o homem moderno” das democracias e monocracias “perdeu o seu endereço” (ROHDEN, 2005b, p.25). Submetido à força centrífuga e discordante do ego,

não adianta que ele corra cada vez mais, e mais aceleradamente, intensificando a instrução do ego unilateral pela ciência e pela técnica. O que falta (...) é uma orientação no meio da sua desorientação geral. O principal não é andar, e correr muito: o principal é saber se é certa a direção em que ele vai (ROHDEN, 2005b, p.25).

A instrução “do ego periférico” não pode indicar esta direção, uma vez que o ego seria “essencialmente um círculo vicioso em torno de um vácuo” (ROHDEN, 2005b, p.22).

Se o homem não tem uma direção certa, se nada sabe da sua verdadeira natureza, do seu destino humano, da sua finalidade real, não adianta correr muito, voar com velocidade supersônica, que são coisas do seu ego intelectual; o homem deve antes de tudo saber se todo esse progresso científico e técnico tem uma razão de ser (ROHDEN, 2005b, p.22).

O fim ou motivo do processo de (auto)educação acaba por corresponder ao fim ou motivo da filosofia univérsica que é, segundo o próprio Rohden, “despertar no homem o seu fator Uno, o seu Eu central, para que esse Eu-Uno permeie a tal ponto o seu ego-Verso que transforme a vida e o pensamento humano num verdadeiro Universo de harmonia” (ROHDEN, [20--?]e, p.37).

O homem integral ou cósmico é aquele que tem sustentação “no centro, e desta base parte rumo às periferias, plenificando-as com a luz e força”. Na obra rohdeniana esta força ou luz que plenifica as periferias pode ser traduzida por “vivência ética” (ROHDEN, 2005b, p.41), felicidade e também saúde.

A vivência ética em Rohden associa-se a um viver em bondade. Ainda que a Essência esteja “além do bem e do mal” (ROHDEN, 2009a, p.23), a bondade aparece como atributo necessário do homem integral. Ele é o homem bom, aquele que “estabelece e mantém perfeita sintonia entre o seu modo de ser e agir e o espírito da Constituição Cósmica, (...), entre a sua alma humana e a alma do Cosmos” (ROHDEN, 2005d, p.46).

A conexão integral faz com que o homem aja em fidelidade a si mesmo, “de conformidade com o que ele é”. A bondade do ser integral acontece na medida em que ele “essencializa a sua existência” ou “diviniza a sua humanidade” ou “faz a sua existência humana à imagem e semelhança da sua essência divina” (ROHDEN, 2005d, p.46-47).

Rohden provoca a pensar que “grandes criminosos da história da humanidade eram homens inteligentes de grande erudição” e que “grandes malfeitores (...) não foram analfabetos, mas, sim, homens que não educaram a consciência” (ROHDEN, 2005d, p.30). Destas proposições faz-se lógico afirmar que a instrução do homem intelectual, da ciência e da técnica não é um caminho necessário para a bondade, podendo até mesmo ser o contrário. Ser bom não se mensura “pelo fato de fazer isto ou aquilo”. Trata-se de “uma atitude interna, um hábito permanente, um determinado modo de ser do Eu central” que se encontra com um “estar em harmonia com o Infinito” (ROHDEN, 2013a, p.91).

A bondade está na trilha autoeducativa do homem integral, na vivência da pleniconsciência racional da Realidade Universal. Ser bom aparece como viver a experiência da existência individual e de “todas as existencialidades divergentes” convergindo na “essência

única”, onde são harmonizadas “todas as almas numa grande sinfonia de compreensão e fraternidade universal” (ROHDEN, 2001, p.20).

O homem integral encontra no centro um ponto de referência interno, com o qual experimenta “um respeito tão grande que prefira sofrer qualquer injustiça da parte de outros a cometer uma injustiça ele mesmo”. Suas medidas éticas não são tiradas dos “motivos de ética dualista e tradicional”, baseada nos fatos. Elas aparecem da intuição ou razão, da pleniconsciência da “misteriosa metafísica e mística centralizadas no mais profundo reduto da sua própria natureza humana” (ROHDEN, 2005d, p.43).

O perceptível “estado permanente de incerteza” humana – e não, como frisa Rohden, uma “era da incerteza” – onde o ego marca “passo na inteligência e não atingiu ainda o nível da razão, da [pleni]consciência” indicaria a carência de uma “disciplina ética avançada” (ROHDEN, 2005a, p.129). Neste sentido, Einstein⁴⁵ teria dito:

“O descobrimento das leis da natureza – a ciência – torna o homem erudito; mas não torna o homem bom. O homem bom é aquele que realiza os valores que estão dentro de sua consciência. Do mundo dos fatos, que é a ciência, não conduz nenhum caminho para o mundo dos valores, que é a consciência. Fatos não produzem valores, porque os valores vêm de outra região” (ROHDEN, 2005a, p.129).

É no processo de (auto)educação do homem integral que esta região dos valores é acessada via intuição ou razão. Além da bondade, lá se encontra também a felicidade. Desta compreensão é que Rohden afirma ser “o escopo supremo da educação (...) tornar o homem feliz, realmente feliz” (ROHDEN, 2005b, p.72). Por felicidade não se entende prêmio e nem isenção de sofrimento.

Para Rohden, a felicidade nem sempre “está isenta de dores” da mesma forma que a infelicidade nem sempre existe sem gozo. Neste sentido, o homem feliz pode estar em meio à sofrimentos, assim como o infeliz “no meio de gozos”. “Gozo e sofrimento nos vêm das circunstâncias, que nem sempre estão sujeitas ao nosso livre-arbítrio”. Assim é pois que a felicidade não viria das “circunstâncias de fora”, mas da “substância de dentro” (ROHDEN, 2005b, p.72).

A felicidade da autorealização acontece no encontro do homem com ele mesmo, seu “verdadeiro Eu”. “Feliz é todo o homem cuja consciência está em harmonia com a Consciência

⁴⁵ Rohden, em seu trabalho “Einstein: o enigma do universo”, escreve: “Tenho na minha pequena biblioteca dois livros de Einstein que não tratam de Matemática nem de átomos. Um deles se intitula *Mein Weltbild*, cuja tradução inglesa diz *The world as I see it* (O mundo como eu o vejo). O título do outro é *Aus Meinen Spaeten Jahren* (Dos meus últimos anos). São coletâneas de discursos e artigos ocasionais sobre Deus, o homem, a sociedade, sobre filosofia, ética, sociologia e política não-partidária. Nas minhas aulas sobre Filosofia Universica, bem como em diversos livros meus, tenho citado tópicos destes livros” (ROHDEN, 2005c, p.17-18).

Cósmica, com a Alma do Universo” (ROHDEN, 2004a, p.20). Tal felicidade também não é um prêmio – “algo que alguém possa receber de presente, por obra e mercê de terceiros”. Trata-se de algo “que ele mesmo tem de fazer” (ROHDEN, 2005b, p.74).

Esta percepção vai na contramão de alguns aspectos da aloeducação ou instrução apontados por Rohden: os “cobaísmos educacionais” derivados da psicologia (ROHDEN, 2005b, p.65) e o “fator prêmio e castigo” (ROHDEN, 2005b, p.73). Dentre os cobaísmos, ele destaca o “cobaísmo educacional de Skinner”, para quem “o homem não passa de um brinquedo das circunstâncias”. Baseado em “experiências com certo número de cobaias, provavelmente derrotadas pelas circunstâncias” tira-se “a conclusão ilógica de que não há liberdade em homem nenhum” (ROHDEN, 2005b, p.65). Dois erros seriam centrais:

1) que de um certo número de experiências se possa concluir para a totalidade do gênero humano; 2) que as cobaias que não fizeram funcionar a sua liberdade não possuíam a possibilidade para isso. Se pelos gabinetes desses psicanalistas tivesse passado um Buda, um Jesus ou um Gandhi, em vez de um Skinner, Marcuse ou Reich, e suas cobaias, bem diferentes teriam sido os resultados (ROHDEN, 2005b, p.65).

A ideia de uma total determinância dos estímulos ambientais no comportamento, impulsiona o fator egoístico e antiético do “fator prêmio e castigo”. Este fator está simbolizado nas bases da “educação religiosa” que promete “um céu póstumo aos bons e ameaça com um inferno póstumo os maus”. Haveria aqui uma falsa concepção, visto que, para Rohden, “céu e inferno não são lugares, mas são estados de consciência [de crédito e de débito], criados pelo próprio homem” (ROHDEN, 2005b, p.72). Além disso, considera-se que a bondade ética possa ser atingida motivada por meios que signifiquem prêmio ou castigo. Ao invés da felicidade-fim, associada à necessária bondade derivada da experiência da unidade cósmica, estimula-se a visão “do homem como uma máquina, um robô, um computador vivo, cujo imperativo categórico é apenas o seu ego físico-mental-emocional” (ROHDEN, 2005b, p.65). O “medo de castigo⁴⁶ ou esperança de prêmio” não pode formar senão uma pseudo-bondade de “um egoísta disfarçado” (ROHDEN, 2005a, p.19).

O “fluxo das águas vivas da Fonte Infinita da Vida” é também da Felicidade e da Saúde (ROHDEN, 2009b, p.25). Na obra “Cosmoterapia: a cura dos males humanos pela consciência cósmica”, a Saúde aparece várias vezes ao lado da Felicidade e da Vida como “atributos exclusivos do Cosmo, do Uno, do Infinito” (ROHDEN, 2009b, p.76). Sendo assim, o homem

⁴⁶ Há uma compreensão semelhante no pensamento de León Tolstói: “Os homens não podem ser livres em uma sociedade onde os direitos das pessoas estão definidos de uma maneira onde se exige ou se proíbe certos atos sob pena de castigo” (TOLSTÓI, 1904/2008, p.11).

integral (cosmo)conscientiza-se da bondade e da felicidade, mas também da “vida e saúde do Universo” (ROHDEN, 2009b, p.71).

(...) é metafisicamente certo que a Essência Una do Universo (Divindade) está presente em todas as Existências várias do Cosmo (creaturas), segue-se, com matemática precisão e evidência, que a vida e a saúde da alma do Universo estão presentes em todos os corpos do mesmo. E, enquanto nada impeça a atuação dessa presença, ela se manifesta infalivelmente (ROHDEN, 2009b, p.37-38).

Como reforço aos argumentos da necessária relação entre a saúde e o homem integral, Rohden menciona aproximações com pensamentos de Jung, Paracelsus, Joel Goldsmith e Viktor Frankl. Do primeiro, diz que “afirma em quase todos os seus livros que no fundo de todas as curas verdadeiras está o fator religioso, ou seja, a experiência do Infinito, do grande TODO, de algo que transcende as estreitas barreiras do pequeno ego” (ROHDEN, 2005d, p.67). Do renascentista Paracelsus, ressalta que este teria dito que “as doenças vêm da natureza, mas a cura vem do espírito”, entendendo por natureza o homem-ego, e por espírito o homem-Eu” (ROHDEN, 2009b, p.49).

Com Goldsmith e Frankl, há um maior envolvimento do filósofo. O primeiro, um negociante de Honolulu, capital do Hawaí, “que, quase à sua revelia, se tornou curador” (ROHDEN, 2009b, p.49), teve dois de seus livros traduzidos por Rohden: “A arte de curar pelo espírito” (GOLDSMITH, 2012) e “O caminho infinito: buscando a iluminação espiritual” (GOLDSMITH, 2007). De Viktor Frankl, “médico, cientista e psiquiatra” vienense (ROHDEN, 2009b, p.49), Rohden afirmava possuir suas “obras completas sobre logoterapia” (ROHDEN, 1976) que, segundo as “explicações necessárias” do editor no livro Cosmoterapia⁴⁷, era sua intenção traduzi-las (in ROHDEN, 2009b, p.13).

Assim escreveu Rohden sobre as duas personalidades:

Joel Goldsmith, no setor popular, e Victor Frankl, na zona da terapia médica, são, em nossos dias, os grandes pioneiros da cura do homem pelo poder do espírito, processo esse que o exímio médico vienense chama eruditamente logoterapia, e o singelo negociante de Honolulu intitula simplesmente a cura pelo espírito. Para Goldsmith é essa cura uma arte – para Frankl é uma ciência, ou melhor, uma sapiência, como diríamos nós. Tanto a arte como a sapiência têm a sua raiz no mundo superior do espírito, da alma, do Eu divino no homem (...).
Homem, cura-te a ti mesmo! (ROHDEN in GOLDSMITH, 2012, p.19)

Da logoterapia e da cura pelo espírito, que “andam de mãos dadas” com a auto-realização (ROHDEN apud GOLDSMITH, 2012, p.18), Rohden pensa a “cosmoterapia”.

⁴⁷ Quando o original do livro Cosmoterapia recebeu a redação definitiva, foi sugerido à Rohden “que enviasse o texto ao Dr. Victor Frankl, pedindo-lhe que escrevesse um prefácio para a obra. Foi feita a remessa da cópia do original, mas por um estranho “acaso”, o material remetido nunca chegou às mãos do destinatário” (in ROHDEN, 2009b, p.14).

Cosmo, diz, significa “Universo em toda a sua inteireza e integridade, tanto no seu fator Uno como no seu fator Verso, tanto na sua Realidade causante (Uno) como nas suas Facticidades causadas (Verso)” (ROHDEN, 2009b, p.52). A terapia pelo cosmos ou “cosmoterapia” abrangeria a somaterapia (cura do corpo pelo corpo), a psicoterapia (cura do corpo e da mente pela mente) e a logoterapia (cura pelo *lógos*), considerando-se que:

Não há no homem compartimentos-estaque. Tudo o que acontece no *soma* se reflete na *psyché* e no *lógos*; e tudo que ocorre no *lógos* ou em outro setor humano ocorre também em todos os outros setores, porque o homem é uma estrita unidade orgânica, e não uma diversidade mecânica; ele é univérsico, unidade em diversidade (ROHDEN, 2009b, p.44)

A cosmoterapia também é tratada como outro nome ou um nome preferível para a logoterapia (ROHDEN, 2009b, p.52). Trata-se da “harmonização consciente entre o *ánthropos* e o *kósmos*”, quando “vida e saúde imperfeitas” do verso são curadas pelo “uno da perfeita vida e saúde do Universo” (ROHDEN, 2009b, p.71).

A ideia de cura remete a diferentes graus de perfeição de vida e saúde e à noção de que a realidade essencial pode influenciar positivamente a existência factual. É nesta região existencial onde estariam as doenças ou “facticidades maléficas”, que o homem pode neutralizar conforme se integraliza ou desenvolve sua (cosmo)consciência (ROHDEN, 2009b, p.49).

Em sua autobiografia, Rohden cita o médico francês Alexis Carrel e seus estudos sobre a “Gruta milagrosa” na cidade de Lourdes, na Cordilheira dos Pirineus. Naquela ocasião, percebia-se que dos muitos peregrinos que buscavam a cura de alguma patologia, apenas uma pequena porcentagem era curada. Carrel teria considerado a realidade de “uma espécie de Constituição Cósmica, que é infinita sanidade” e de quem a desconexão inauguraria a possibilidade de facticidades prejudiciais. Preocupava-lhe o problema de como explicar a reintegração de “um organismo na vibração harmônica dessa eterna fonte de sanidade” (ROHDEN, 1962c, p.229).

Para Rohden, esta reintegração se dá no processo de (auto)educação ou auto-realização do homem, que o coloca no caminho do homem integral. Os canais humanos, funcionando “em virtude da sua pequena e precária egoidade”, interceptam “o fluxo das águas vivas da Fonte Infinita da Vida, Saúde e Felicidade” (ROHDEN, 2009b, p.25). Dessa obstrução nasce a ilusão separatista que considera o homem responsável pelos atributos perfeitos da fonte. “O homem-ego vive na ilusão ‘eu faço vida, saúde e felicidade’” (ROHDEN, 2009b, p.26).

“Somente uma existência (...) pode estar doente”, a “Essência não”. Para que ela possa “transmitir perfeita saúde” à “existência que de momento está doente”, faz-se necessário sua

focalização (ROHDEN, 1978). “É necessário que o homem, no qual o Infinito está, se torne ciente dessa presença, que seja subjetivamente consciente dessa Realidade Infinita, que está objetivamente presente” (ROHDEN, 2009b, p.50). “O homem pode ter câncer, paralisia, tuberculose, lepra ou outra doença, dentro da presença e onipresença da Vida, da Saúde e da Felicidade do Cosmo” (ROHDEN, 2009b, p.40), assim como pode encontrar a redenção desses males na sintonização das “vibrações do seu organismo individual com as vibrações do organismo universal da Constituição Cósmica” (ROHDEN, 1962c, p.229).

Rohden insiste na ideia, também de Santo Agostinho (ROHDEN, 2013b, p.125), da concentricidade entre “o *ánthropos* e o *kósmos*”. O ponto central é “um e o mesmo, que é Vida, Saúde, Felicidade”. Trata-se da “fonte que pode plenificar as vacuidades”. Esta, porém, segue usualmente “soterrada, inconsciente”, carecendo ser (cosmo)conscientizada (ROHDEN, 2009b, p.98).

Não é a presença de Deus que cura alguém – do contrário não haveria um só doente no mundo –, é a consciência ou conscientização da presença de Deus que dá vida e saúde. Dentro da presença e onipresença de Deus há doentes de toda espécie (...), mas dentro da consciência da presença de Deus não há um só doente (ROHDEN, 2009b, p.98).

Na metafísica de Rohden, a “saúde do homem integral” é resultado da descoberta e desobstrução da “fonte da vida e da saúde (...) à espera de evocação” (ROHDEN, 2009b, p.99). Ela está relacionada a um “necessário e indispensável” (cosmo)conscientizar-se ou da “plena, pleníssima consciência da presença desse poder bom dentro de si” que, necessariamente, produz efeitos benéficos (ROHDEN, 2009b, p.51).

Essa evocação de um “poder presente” – na qual tem papel fundamental a cosmo-meditação – não se trata de um combate com fins de “derrotar outro poder, contrário”. A compreensão fundamental é de que “não existem poderes no plural”: há “um único poder, no singular, e esse poder é bom e benéfico” (ROHDEN, 2009b, p.51).

Onde há luz não há necessidade de combater as trevas, porque a treva inexistente onde a luz existe, a treva está ausente onde a luz está presente. Portanto, nada há que negar, combater, derrotar – basta afirmar, conscientizar, viver plenamente a realidade positiva e benéfica – e não há nenhuma realidade negativa e maléfica (ROHDEN, 2009b, p.51).

Não se ignora neste assunto o conceito de “milagre” na filosofia univérsica. Conforme apresenta Rohden, a palavra latina *miraculum* significa algo que se admira ou se estranha (ROHDEN, 2012c, p.116; ROHDEN, 2013c, p.25). Tais reações acontecem sempre atreladas à ignorância da causa de “algum fato ou processo que ultrapassa o alcance do (...) conhecimento”. Disto não se pode concluir que haja algo que “ultrapasse as barreiras da

natureza”. “A natureza é infinitamente mais vasta do que o alcance dos nossos conhecimentos”. Uma vez que, cientificamente, ela é definida como matéria e força, soa anticientífico “entender com isto apenas as matérias e forças acessíveis aos sentidos e ao intelecto analítico” (ROHDEN, 2013c, p.25-26). Ela “não é apenas material, mas também mental e espiritual” (ROHDEN, 2013c, p.68). Curas denominadas milagrosas ocorrem “em virtude de forças inteiramente naturais, mas que ultrapassam o âmbito da matéria”. Denominar tais fenômenos de sobrenaturais “não passa de um refúgio da nossa ignorância” (ROHDEN, 2012c, p.116).

Os chamados milagres ultrapassam, sim, o estreito âmbito daquilo que nós conhecemos da natureza, mas não ultrapassam a natureza.
Séculos atrás, um avião, um aparelho de rádio, radar ou televisão teriam sido milagres, porque ultrapassavam as raízes do conhecimento humano (ROHDEN, 2013c, p.26).

O milagre seria anticientífico para os “semi-alfabetizados do grande Livro da Natureza”, mas não para “os universitários da razão e do espírito”, para quem este seria “a mais brilhante confirmação das leis da natureza, porque revela essa natureza como infinitamente ampliada”. O milagre é “a invasão do mundo espiritual no mundo material” (ROHDEN, 2012c, p.109). No caso em que ocorram estes fenômenos que geram admiração e espanto, não se trata de “uma exceção, mas sim uma confirmação das leis da natureza” (ROHDEN, 2013c, p.68).

Não existem duas ordens, a natural e a sobrenatural, como certos teólogos inventaram. A Realidade é uma e una, constando de uma causa e de muitos efeitos. Deus não é sobrenatural, mas infinitamente natural – e é esta a razão por que nós, finitamente naturais, não o podemos conceber. O que nós chamamos sobrenatural não está além da ordem natural, mas apenas além do alcance que nós temos dessa ordem. Visto cá de baixo, há seres sobrenaturais; vistos lá de cima, só há seres naturais (ROHDEN, 1962b, p.69).

A Saúde ideal ou essencial é a “integração do indivíduo no Todo”. A doença se faz possível apenas quando esta integração é deficitária. Na filosofia de Rohden, este processo de integração no Todo se dá no plano material, via respiração e alimentação (ou “assimilação”), e no plano espiritual “por meio da oração ou permanente comunhão” com o “Ser Universal” (ROHDEN, 2012c, p.124).

Onde cessa a assimilação ou respiração, sucumbe o indivíduo por inanição ou asfixia – e onde cessa a oração, que é a assimilação e respiração da alma, adoece e desfalece a alma por falta de elementos vitais. (...) A oração é as calorias e o oxigênio do espírito (ROHDEN, 2012c, p.124-125).

A oração – ou “meditação-atitude” ou “meditação permanente” – permite ao homem “assentar a alavanca num fulcro [ponto de apoio] situado fora do movediço areal das coisas materiais, em permanente fluxo e refluxo”. Esse “ponto de apoio imóvel” permite deslocar o peso dos movimentos existenciais. O homem integral descobre esse ponto e “nas regiões

imateriais da natureza” sente-se “perfeitamente ‘em casa’” e pode “com infalível acerto aplicar a sua alavanca” (ROHDEN, 2012c, p.119).

O centro ele encontra em sua “razão, alma, consciência, espírito, voz, luz de dentro, alma”, todas palavras que “significam a mesma realidade, o último e mais profundo centro do homem, em torno do qual giram todas as periferias da sua vida externa”. Trata-se da mesma e idêntica “essência do próprio Universo”. A “alma humana (razão, consciência)” é o central “ponto de contato em que o microcosmo individual se encontra com o macrocosmo universal; e a lei que rege este rege também aquele – lei de absoluta e incondicional solidariedade” (ROHDEN, 2005d, p.46).

O conceito de homem integral aproxima felicidade, (auto)educação, bondade e saúde de valores e atributos da alma do Universo. Da mesma forma, relaciona o papel do educador com o papel do terapeuta, do médico, do curador, enfim, do profissional da saúde. Assim como o professor ou docente não pode ser o responsável direto pela verdadeira (auto)educação do educando, os profissionais da saúde, no que tange à verdadeira (ou essencial) saúde, apenas “podem servir de seta indicadora na encruzilhada; podem funcionar como catalisadores”. A “presença catalisante” não é uma “simples presença física”, mas “uma presença qualitativa”, “cosmo-dinâmica”, originada “por uma cosmo-consciência de alta voltagem” (ROHDEN, 2009b, p.77).

Profissionais da instrução e da saúde, segundo esta filosofia, passam a assumir uma ética onde suas ações profissionais ou próprias de seus papéis existenciais não devem estar concentradas no “externo fazer”. O profissional destas áreas “não age pelo que diz, faz, pensa ou quer conscientemente, em ato, mas sim, pelo que ele é extraconscientemente”. Sua “atuação catalítica” acontece em virtude “do seu íntimo ser”, revelado “como aura, fluido, vibração, graça, vibrações não acessíveis aos sentidos nem ao intelecto do homem profano” (ROHDEN, 2009b, p.77).

No dicionários Houaiss, profano designa aquilo ou aquele que não pertence ao âmbito do sagrado ou que é estranho à religião (PROFANO, 2009). Em Rohden, a ideia do sagrado e da religião ou yoga é relação com a Unidade ou Realidade, aquilo que não existe, mas é; que está presente, mas não é percebido pelos sentidos. Sendo assim, o profano seria o “espiritualmente analfabeto”, o homem que apenas se “interessa pelos objetos do seu ego ilusório, os sentidos e a mente”. Seu contraponto seria o “homem místico”, alguém que “descobriu o seu sujeito real e, de tão encantado, abandonou todos os objetos fictícios; é um iniciado na verdade libertadora”. Ele é tão unilateral quanto o profano e, por isso, “recusa todas

as coisas do ego e se isola unilateralmente na torre de marfim do seu Eu” (ROHDEN, 2009b, p.110). O homem integral não é nem um nem outro, mas sim o “homem cósmico”, aquele que

descobriu o seu sujeito real e, mais do que isto, verificou que pode intensificar cada vez mais a consciência desta verdade se se servir dos objetos sem ser por eles dominado, se agir intensamente, em qualquer setor da vida, sem se apegar a nenhum objeto, mas realizar todas as suas atividades unicamente por amor ao seu verdadeiro sujeito Eu; esse homem é um auto-realizado (ROHDEN, [20--?]f, p.55).

“Quanto mais o homem se cosmifica ou universifica, tanto menos unilateral se torna e tanto mais onilateral é a sua sabedoria”. As muitas luzes advindas das experiências do ego periférico vão, na medida em que se aproximam do Eu central, revelando a “luz incolor da sua experiência divina, origem de todas as cores” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.14). Apenas dele pode-se dizer que “vive na ‘harmonia cósmica’ universicamente” (ROHDEN, 2009b, p.110).

A integralidade do “homem integral – vital-mental-racional” (ROHDEN, [20--?]f, p.09) projetada na finitude humana, faz-se exercício da faculdade para a Razão (intuição) rumo à esfera dos valores. Um exercitar-se no esvaziamento, na receptividade e na dinâmica passiva ou passividade dinâmica permanente conquistada via meditação.

A comunhão da alma individual – um complexo espiritual bio-psico-mental (espírito-corpo-emoção-mente) – na Alma ou Espírito do Universo é um horizonte para os processos (auto)educativos e seus encontros singulares com os valores da felicidade, da ética-bondade e da saúde da Realidade.

O horizonte da integralidade como fruto de uma opção auto-educativa despertaria no indivíduo humano “a corda profunda da Religião” (ROHDEN, 2005d, p.68).

Entretanto, não vamos confundir Religião (no singular e com inicial maiúscula) com religiões, ou formas específicas de religião, credos, dogmas, seitas, igrejas. Não raro, as religiões são as piores inimigas da Religião. Jesus era um homem profundamente religioso – mas não professava determinada forma de religião. Dois dos grandes homens do nosso século, Albert Schweitzer e Mahatma Gandhi, são, certamente, homens profundamente religiosos, mas nenhum deles é adepto de uma certa igreja ou seita. Eles têm Religião, mas não professam religiões ou credos (ROHDEN, 2005d, p.67-68).

Propõe-se neste sentido uma maior aproximação com o entendimento de Rohden sobre a religião, considerando sua vida marcada pelo contexto religioso.

1.2.6. Vida religiosa e a instituição ultrapassada

Huberto Rohden considerava ser papel da Filosofia tratar “da Realidade última e total do universo” (ROHDEN, 2008a, p.43). Já “o filósofo é, pois, amigo da sabedoria” (ROHDEN, 2007b, p.31), de um saborear da Realidade:

A palavra latina *sapientia*, de que derivamos sapiência ou sabedoria, vem do verbo *sapere*, que quer dizer saborear, tomar gosto ou ter sabor. Quando dizemos “isto sabe a...”, ou “esta comida me sabe bem”, voltamos ao sentido primitivo da palavra “saber” (*sapere*). Sapiência ou sabedoria é, pois, o ato de saborear ou tomar o sabor (ROHDEN, 2007b, p.31).

Junto a este sentido, a filosofia assume o lugar de um “processo de saber por experiência imediata e direta o sabor da suprema e última Realidade” (ROHDEN, 2007b, p.31-32). Com a Filosofia o homem pode saborear a Realidade. Ao ato de saborear ou experimentar a Realidade, Rohden denomina de Verdade: a “Verdade é a experiência que o homem tem da Realidade” (ROHDEN, 2007b, p.32).

Em meio a esta construção semântica, Rohden viu na Filosofia “afinidade maior com a Religião do que com a ciência”. Tal afinidade permitiu-lhe insinuar, inclusive, se no fundamental Filosofia não seria “apenas outra palavra para Religião” (ROHDEN, 2008a, p.43). Escreveu que quando os termos são tomados no plural – religiões e filosofias – “é claro que pode haver e há grandes divergências e positivos conflitos”, mas quando “ambas [são pensadas] no singular e com maiúscula”, não é possível “traçar-se nítida linha divisória, nem haver conflito real” (ROHDEN, 2008b, p.19).

A Filosofia tem por objetivo a conquista da verdade absoluta – e é precisamente este o fim da Religião; uma e outra consistem em um conhecimento intuitivo ou espiritual da Realidade como tal (Deus) e na perfeita sintonização da vida ética com essa verdade metafísica (ROHDEN, 2008b, p.19).

Os fins de reunião da Religião, portanto, acabam por coincidir com os fins do que Rohden construiu sob o nome de “Filosofia Univérsica, ou Filosofia Cósmica” (ROHDEN, 2005d, p.68). Parte fundamental da compreensão desta coincidência demanda aproximações à historicidade do filósofo e de sua trajetória de vida marcada pelo contexto de busca religiosa.

Seu caminho escolar percorreu os seminários jesuítas e aos 27 anos ordenou-se padre, atuando como catequista, vigário e pároco em Santa Catarina por cerca de dois anos. Após este período, optou – com a anuência de seus superiores – por seguir vida acadêmica quando, por quatro anos, estudou na Universidade de Innsbruck (Áustria), Colégio Teológico de Valkenburg (Holanda) e Universidade de Nápoles (Itália), doutorando-se em Filosofia e Teologia. Voltando

ao Brasil, em 1928, recebe ordem para auxiliar na paróquia gaúcha de Santa Cruz do Sul (ROHDEN, 1962b).

Em 1931, dados motivos que passavam por sua não concordância com o dogma da infalibilidade papal, afasta-se oficialmente da ordem dos jesuítas e passa a fazer parte do chamado “clero secular”⁴⁸. Logo, aceita convite de autoridade da Diocese de Santa Maria-RS para atuar como inspetor de escolas públicas primárias e secundárias, de cunho cristão, que seriam construídas ao longo da rede ferroviária do Rio Grande do Sul. Em meio a este trabalho atua, por cinco anos, como editor e distribuidor de uma folha avulsa mensal de grande tiragem (de 100 a 120 mil exemplares mensais) denominada “Lampejos”. Seria esta uma fonte de inspiração decisiva para o movimento editorial que promoveria (ROHDEN, 1962b).

Rohden contava com o apoio e admiração do cardeal Dom Sebastião Leme, Arcebispo do Rio de Janeiro. A amizade entre os dois se expressou em variadas cartas trocadas durante mais de vinte anos. A primeira delas foi uma resposta do cardeal ao recebimento do pequeno “Mistérios de Amor”, livro voltado à catequese de neocomungantes, ocasião em que recomendava o livro à sua Arquidiocese e fazia votos para que fosse espalhado por todo o Brasil (ROHDEN, 1962b, p.32-33).

Com o apoio de Dom Leme, Rohden repassou a inspetoria das escolas da rede ferroviária gaúcha para um sucessor, iniciando uma grande campanha católica por todo o Brasil, conhecida como “Cruzada da Boa Imprensa”. Com a fundação de uma Casa Editora em São Paulo, contando com patrocínios e parcerias de oficinas gráficas, Rohden inicia viagens pelo interior de São Paulo, criando os primeiros centros e agências da “cruzada”, nomeando correspondentes em organizações paroquiais e realizando conferências destacando “a necessidade da imprensa e literatura católicas” (ROHDEN, 1962b, p.127). A empreitada adquiriu grande força entre 1935 e 1941, conforme relatou:

Nesses cinco a seis anos percorri todos os Estados à exceção dos de Goiás e Mato Grosso, visitando cerca de 500 cidades e vilas, realizando um total de mais ou menos 2000 conferências sobre assuntos de palpitante atualidade, geralmente de caráter religioso filosófico ou psicológico, como sejam: Deus, Jesus Cristo, Evangelho, alma, imortalidade, pecado, redenção, graça, Ação Católica, Imprensa Católica, etc (ROHDEN, 1962c, p.247).

⁴⁸ O clero secular é usado em oposição a clero regular, aquela parte do clero que segue as regras de uma ordem religiosa (jesuítas, carmelitas, franciscanos, etc). Também referido como clero diocesano, “é a designação dada à parcela do clero da Igreja Católica Romana que desempenha atividades voltadas para o público em geral e que vive junto dos leigos, exercendo as mais variadas formas de apostolado e assegurando a administração da Igreja” (CLERO, 2020).

O nome de Huberto Rohden passa a ser conhecido e associado no meio católico à “Boa Imprensa”. Entretanto, seus relativos sucesso e fama passam a ser acompanhados de objeções entre os eclesiásticos, sobretudo após os lançamentos de sua tradução do Novo Testamento, em 1938 (ROHDEN, 2007a), e a biografia de São Paulo, “Paulo de Tarso: o maior bandeirante do evangelho” (ROHDEN, 1996), em 1939. Começavam a ser disparados processos de oposição com artigos difamatórios publicados em dezenas de veículos da mesma imprensa católica⁴⁹.

Dentre as acusações que surgiam aparecia, por exemplo, a de que Rohden teria vendido a “consciência católica pelo dólar protestante” (ROHDEN, 1962c, p.265) ou que teria falsificado o *imprimatur* (concessão para publicação emitida por uma autoridade diocesana, após exames teológicos prévios e aprovação de padres censores) de seus livros “Agostinho” (biografia de Santo Agostinho) e “Myriam” (romance baseado no suposto encontro de São Lucas com a mãe de Jesus em meados de 60 d.C.). Também o prefácio de “Agostinho” foi acusado de ter sido falsificado (ROHDEN, 1962c, p.376). Além disso, apareciam qualificações de caráter intencionalmente ofensivo: “excomungado, apóstata, Judas, cretino, cabotino, lama” (ROHDEN, 1962c, p.376), “falsário”, “Satanás”, “hipócrita”, “perverso”, “protestante”, “nazista”, “comunista” (ROHDEN, 1962, p.266), “rebelde e revolucionário insubmisso” (ROHDEN, 1962c, p.337), “traidor”, “herege”, “infame” (ROHDEN, 1962c, p.312). Seus livros também recebem as qualificações de “heréticos” (ROHDEN, 1962c, p.346), “perversos, venenosos, diabólicos” (ROHDEN, 1962c, p.376).

Em 1942, um mês após o falecimento do grande incentivador⁵⁰ de Rohden e, na ocasião, o “supremo chefe da Igreja Católica no Brasil” (ROHDEN, 1962c, p.294), Dom Cardeal Leme, é disparada uma Carta Circular dos Bispos da Província Eclesiástica de São Paulo. Nela, doze

⁴⁹ Em sua autobiografia, Rohden escreve que dezenas de órgãos da imprensa católica “tomaram parte na campanha de hostilização” a seus livros e cita alguns deles, “a fim de orientar algum pesquisador interessado nas fontes históricas” (ROHDEN, 1962c, p.306-307): Revista Eclesiástica Brasileira (editada pelos franciscanos alemães de Petrópolis); Jornais A Imprensa e O Domingo (editados pelos padres italianos da Pia Sociedade de São Paulo); O Lutador (publicado pelo padre belga Julio Maria Lombaerde, em Manhumirim-MG); Lar Católico (editado pelos padres holandeses do Verbo Divino, de Juiz de Fora-MG); A Voz do Pároco (editado por um sacerdote de Limeira-SP); O Diário (editado por um grupo católico em Belo Horizonte-MG); A Ordem (editado por Congregados marianos em Natal-RN); O Nordeste (editado por católicos em Fortaleza-CE).

⁵⁰ Acerca de seu primeiro encontro presencial com Dom Leme, em 1935, quando lhe relatou suas experiências místicas com os Exercícios espirituais dos jesuítas e contou-lhe de seus ideais e aspirações íntimas, escreve Rohden: “Depois de me escutar com grande atenção e interesse, o cardeal Leme disse que abençoava integralmente os meus planos e que, em qualquer emergência, podia contar com seu irrestrito apoio. Depois disso, abriu uma ligeira pausa – estávamos à mesa do café da tarde – olhou para mim significativamente, e (...) acrescentou: _P. Rohden, o senhor vai ser acusado de protestante se insistir muito no conhecimento do Evangelho e do Novo Testamento em geral; mas não faça caso. Conte comigo, enquanto seus livros tiverem aprovação eclesiástica. Fez-me ver que havia muitos padres com ideias estreitas, que só falavam em santos milagrosos, esquecendo-se de Jesus e do Evangelho; que esses padres difamavam como agente do protestantismo qualquer sacerdote que fizesse do conhecimento do Evangelho o objeto principal das suas pregações e dos seus livros. Tudo quanto o cardeal Leme me disse, nessa tarde memorável, aconteceu ao pé da letra, uns anos mais tarde” (ROHDEN, 1962b, p.120-121).

bispos (São Paulo, Jaboticabal, Ribeirão Preto, Assis, Bragança Paulista, Sorocaba, Cafelândia, Botucatu, São José do Rio Preto, São Carlos, Campinas e Lorena) e dois monsenhores (Taubaté e Santos), com a assinatura principal do Arcebispo Dom José Gaspar de Afonseca e Silva, proibiam “terminantemente o povo católico de ler e divulgar” os então vinte e cinco livros de Rohden, sob a acusação de serem “perniciosos à fé católica” (ROHDEN, 1962b, p.33). No ano seguinte, Dom João Becker, Arcebispo de Porto Alegre, emitiu um “ato da Cúria” aderindo à condenação, mesmo sem apoio dos outros bispos da Província Eclesiástica do Rio Grande do Sul (Santa Maria, Pelotas, Uruguaiana e Caxias).

Após estes atos, vários agentes da Cruzada da Boa Imprensa pedem demissão, devolvendo os livros em estoque ou entregando-os aos padres “para serem subtraídos de circulação, ou queimados”. Em algumas cidades, foram organizados “autos-da-fé em praça pública, (...) fogueiras em que foram incinerados milhares de livros” (ROHDEN, 1962c, p.270). Nota-se, segundo enfatizou Rohden em várias partes de sua autobiografia, que os livros condenados, além de possuírem a licença católica do *imprimatur*, quinze tiveram “prefácios de bispos e arcebispos, dentre os quais quatro do próprio Cardeal Leme” (ROHDEN, 1962c, p.265). De fato, apenas um dos vinte e cinco livros – “Em Espírito e verdade”, uma série de “365 meditações diárias baseadas em textos do Novo Testamento” – não recebeu o *imprimatur*. Segundo Rohden, o censor, padre João Siqueira, teria lhe dito que não concedera o *nihil obstat* (nada contra) por não desejar “deitar mais óleo no fogo”, dada “intensa campanha que as ordens estrangeiras” vinham organizando contra suas obras (ROHDEN, 1962c, p.309, p.349).

De 1943 a 1945, Rohden vai viver em um sítio em Cinco Lagos, no Estado do Rio de Janeiro, dedicando-se ao cultivo de videiras, árvores frutíferas e à apicultura. Em 1944, “ao completar 25 anos de apostolado sacerdotal e literário a serviço da Igreja” (ROHDEN, 1962c, p.375), entrega sua carta de desistência do uso das ordens eclesiásticas ao arcebispo do Rio de Janeiro, Dom Jaime de Barros Câmara, colega de estudo e de ordenação (BESEN, [201-]). Ali, escreveu:

(...) difamado por numerosos sacerdotes e por alguns bispos e arcebispos perante milhões de patrícios meus como traidor da causa que defendi por um quarto de século e pela qual sacrifiquei tudo; caluniado como falsificador de documentos episcopais; acusado de ter escrito e publicado mais de duas dúzias de livros perniciosos à fé católica; difamado gratuitamente como aliado do inimigo de minha pátria⁵¹ e réu de alta-traição – e tudo isto com expressa aprovação eclesiástica, como consta de numerosos órgãos da imprensa católica – nada me restava fazer senão o que fiz e

⁵¹ Em um artigo de 1944, escrito pelo Padre Júlio Maria, em jornal de Manhumirim-MG, Rohden fora acusado de ser aliado de Hitler (ROHDEN, 1962c, p.376). Em sua autobiografia, entretanto, Rohden assim descrevia Hitler: “um homem possesso de um demonismo sinistro, que até ao presente dia é um dos tenebrosos mistérios do gênero humano” (ROHDEN, 1962c, p.225).

confirmando com esta carta. (...) alvo de ódio, da inveja, do despeito e das calúnias de numerosos sacerdotes, como D. Jaime também sabe – é tempo para eu me retirar desse ambiente de discórdia, a fim de viver em paz os poucos anos de vida que talvez ainda me restem (ROHDEN, 1962c, p.377).

Apesar da carta, há indícios de que Rohden nunca esteve oficialmente desligado da Igreja Católica. Como possíveis evidências disso, Zoraida Guimarães ([2000?], p.18) menciona o convite que o mesmo Dom Jaime fizera a Rohden para uma celebração festiva de seus 50 anos de ordenação sacerdotal (da qual o filósofo agradecera, mas sem aceitar) e o fato de seu sepultamento ter ocorrido no Cemitério Getsêmani, administrado pela Arquidiocese de São Paulo.

O ano de 1945 marcaria também um novo e importante momento, segundo Evaldo Pauli (s.d.), o principal período da vida e obra de Huberto Rohden. Em virtude de seus livros traduzidos para o inglês, recebera da Universidade de Princeton, em New Jersey, Estados Unidos, convite para uma bolsa de estudos de um ano para realizar pesquisas científicas de seu agrado. Lá conhece Einstein, a quem chamou de “grande monista da física” e “grande entusiasta da filosofia, sobretudo da orientação de Platão, Spinoza e outros monistas metafísicos” (ROHDEN, 1962c, p.355). Nutre por ele profunda admiração, que resultaria na escrita de seu livro “Einstein: o enigma do Universo” (ROHDEN, 2005c).

Retorna ao Brasil em 1946, mas logo volta aos Estados Unidos para assumir, por cinco anos, a cátedra de Filosofia e Religiões Comparadas na *American University*, na capital Washington. Desta temporada nos Estados Unidos, além de aulas e pesquisas, discursaria

em toda espécie de igrejas, centros e sociedades religiosas, sempre sobre o tema inesgotável do Reino de Deus no homem e entre os homens – (...) em igrejas presbiterianas, metodistas, batistas, em sociedades teosóficas, no Rotary Clube, em lojas Maçônicas, nos templos Unitários, na *Self-Realization Fellowship*, em centros Espiritualistas, etc (ROHDEN, 1962c, p.365).

Foi durante este período que o filósofo se iniciou em Kriya Yoga no *Golden Lotus Temple*, ligado à *Self-Realization Fellowship* de Paramahansa Yogananda. Em meados de 1951, quando retorna ao Brasil, Rohden foi morar em São Paulo, fundando no ano seguinte a Instituição Cultural e Beneficente Alvorada. Arelada a ela, além de uma editora, mantinha cursos permanentes sobre Filosofia Univérsica e do Evangelho nas capitais São Paulo, Rio de Janeiro e Goiânia. Também passava a dirigir casas de retiro espiritual (*ashrams*), sendo a primeira delas em Jundiaí-SP, onde se estimulava a importância da prática meditativa.

Em 1968, viajou à Palestina, Egito, Nepal e Índia, estudando, contactando e palestrando junto a grupos de iogues. Na década de 1970 criou o “Centro de Auto-Realização Alvorada”, em Lisboa, Portugal. Seu falecimento ocorreu em 1981.

É em meio a estes e outros tantos aspectos desconhecidos ou não mencionados de sua historicidade que o filósofo chegará a identificar a Religião com a Filosofia Univérsica. O conceito de universalidade ou universal, como reforçado em algumas de suas obras (ROHDEN, 1962bc; ROHDEN, 2012d), remete etimologicamente ao grego *katholikós*, donde deriva o termo “católico”. Assim escreveu em sua autobiografia:

Eu me tenho em conta de sinceramente ‘católico’, se por ‘catolicismo’, ou melhor, ‘catolicidade’ se entende o que esta palavra significa etimologicamente, isto é ‘universal’, ‘universalidade’, *katá* e *holos*, contraído em *katholos*, radical de ‘*katholikós*’, quer dizer ‘segundo o todo’ ou ‘total’, ‘universal’ (ROHDEN, 1962b, p. 13).

Rohden colocava-se como alguém que ascendera “à Catolicidade evangélica” (ROHDEN, 1962b, p.105). Esta distinção qualitativa entre “catolicismo” e “catolicidade” localiza uma coerência de alguém que se viu obrigado a retirar-se da Igreja Católica Romana, mas que manteve a convicção de uma busca baseada na experiência evangélica ou da Boa Nova, portanto, mística e ética⁵², de Deus. Rohden observava que o clericalismo, a teologia e o catolicismo romano estavam centralizados “numa determinada cidade de um certo país”: Roma (ROHDEN, 1962c, p.337). Sendo assim, desde a geografia, o espírito universal da catolicidade só poderia estar “na razão inversa da romanidade clerical” (ROHDEN, 1962c, p.329).

Após retirar-se formalmente da Igreja Católica, embrenhara-se no estudo da experiência do sagrado em outras tradições religiosas, mais expressivamente no hinduísmo, via formação em kriya yoga, e no taoísmo, via estudos do Tao Te Ching, de Lao-Tsé. Em sintonia com o papel que ocupou de catedrático em Filosofia e Religiões Comparadas, ampliou traduções e comentários de livros sacros da humanidade. Ao lado dos Evangelhos (Mateus, Marcos, Lucas e João), trabalhou sobre o mencionado Tao Te Ching e o Bhagavad Gita. Neste sentido, chegou a escrever que teria sido sua “missão terrestre traduzir e explicar esses três livros”, adjetivados por ele como os “três livros máximos da humanidade” (ROHDEN in LAO-TSÉ, 2013, p.09).

A construção da ideia da Filosofia Univérsica parece relacionada ao papel existencial que Rohden assumiu, de um “filósofo genuíno e integral”, envolvido com Religião e Filosofia. Deste lugar de fala afirmava que não caberia a um filósofo “decorar uma série de sistemas de pensamento humano horizontalmente alinhado e analiticamente justapostos” (ROHDEN, 2008b, p.21). Ao invés disso, seria seu papel

⁵² Conforme se lê na introdução da tradução comentada de Rohden dos evangelhos bíblicos (ROHDEN, 2007a, p.15): “o Evangelho vivo do Cristo gira inteiramente em torno de dois pontos fundamentais: a experiência mística do primeiro mandamento, e a vivência ética do segundo mandamento; esses dois mandamentos em que, diz o Mestre, consistem toda a lei e os profetas. Estes dois pólos básicos do Evangelho se chamam, em linguagem hodierna, autoconhecimento e auto-realização”.

descobrir as linhas-mestras através da desconcertante e, por vezes, caótica, multiplicidade de sistemas e correntes; enxergar essas linhas como torrentes convergentes do mesmo pensamento; ver o simbolizado através dos símbolos, a unidade através da multiplicidade; penetrar os invólucros opacos da letra e descobrir por detrás, ou antes, ou dentro dessas paredes opacas, feitas transparentes, a luz do espírito; ver a luz branca ou incolor como causa única de todas as cores do prisma solar (ROHDEN, 2008b, p.21).

A Religião em Rohden é mística reunião ou “yoga” com Deus (ROHDEN, 2009b, p.113). Esta mística, entretanto, conforme frisava, seria diferente de “misticismo” ou “pseudomística”. Para ele, estes últimos termos designariam “um vício, uma atitude doentia de muitos homens” (ROHDEN, 2009b, p.89) presente na falsa postura meditativa do “cochilo devocional” e no que chamou de “estado semi-hipnótico” ou “quietismo passivo”. Enquanto no misticismo, “o meio é tomado como fim” e não há um “efeito radical sobre a vida” devido à “passividade estática”, na mística há distinção entre o fim e os meios, e o homem se coloca no “serviço ativo da ética” apresentando “o maior dinamismo que se possa imaginar, mas um ‘dinamismo passivo’, ou uma ‘passividade dinâmica’” (ROHDEN, 2013b, p.137).

A mística é também, segundo Rohden, o “primeiro e maior de todos os mandamentos, o amor de Deus”, do qual segue o “segundo mandamento”, da “ética”, do “amor de nossos semelhantes” (ROHDEN, 2012e, p.13). Dito de outra forma, trata-se da “vasta ética horizontal da fraternidade universal dos homens”, efeito manifesto da “profunda mística vertical (...) de Deus” (ROHDEN, 2001, p.77).

Ao escrever sobre “o paradoxo místico-político” que fazia de Mahatma Gandhi um ser “solitário em Deus”, sem deixar “de ser solidário com os homens” (ROHDEN, 2001, p.13), Rohden explicita a qualificação do homem místico, “homem dinamicamente passivo ou passivamente dinâmico” (diferente do dinamicamente ativo e do estaticamente passivo):

Com esta qualificação designamos o homem cósmico, esse homem raríssimo que, depois de se identificar totalmente com o seu centro real, com o seu Eu divino, passa a manifestar esta sua implosão mística numa vasta explosão ética, transbordando a sua experiência divina em vivência humana. Uma vez que o homem atingiu a consciência da paternidade única de Deus, está em condições de realizar a vivência da fraternidade universal dos homens. E, neste caso, a ética não é apenas moralidade, que pode existir mesmo sem a experiência mística; mas o seu agir externo será o espontâneo transbordamento, a irresistível explosão da sua intensa implosão mística (ROHDEN, 2001, p.14, grifos nossos).

Em especial, a contraposição entre dinâmica ética e passividade sem efeito sobre a vida aparece na reflexão sobre o homem comumente associado ao “religioso”. Trata-se do homem e da mulher das instituições religiosas, alguém repleto de “abundância dogmática”, um “milionário de atos cultuais”, mas que apresenta “indigência” e “mendicidade ética” (ROHDEN, 2013a, p.94).

De seus trabalhos como padre observou:

Tive sobeja ocasião de verificar (...) por anos e decênios, com absoluta imparcialidade e sinceridade de espírito, que a prática da liturgia eclesiástica, incluindo a missa, confissão e comunhão, em nada influenciava o caráter ético dos praticantes, que não os tornava melhores, mais humanos, mais espirituais, mais cristãos (ROHDEN, 1962b, p.103-104).

Rohden chama atenção quando o dito “religioso”, mecanizado pela “formidável máquina hierárquica” da instituição religiosa, pensa que basta “ser reto e bem-intencionado, traçar o seu pensar e agir como linha paralela” ao que julga ser a “grande paralela da vontade de Deus”, a “infinita Retitude”. Desta forma, acredita que se entende com esse Deus e é bom diante dele. Porém, essa bondade tende mais à passividade do que ao efeito vital e radical da ética, própria do “homem realmente bom” (ROHDEN, 2013a, p.93). Este, diferentemente, percebe que

tem de entender-se também com os homens, o que é muito mais difícil do que o entendimento com Deus [imaginado]. (...) para não entrar em conflito com as mil e uma linhas tortas dos homens⁵³, e isto sem entortar a própria consciência, requer-se uma geometria tão engenhosa e uma ginástica tão heróica que só mesmo um homem intimamente bom a consegue realizar sofrivelmente (ROHDEN, 2013a, p.93).

Os homens chamados “religiosos”, mas que não são verdadeiramente homens bons (o homem integral ou cósmico), são dominados “pela lei da inércia e do menor esforço” (ROHDEN, 2013, p.93). Por isso, grande parte dos homens prefeririam

ser “religiosos” a serem bons, porque isto é difícil, e aquilo relativamente fácil. Muitos chegam ao ponto de se sentirem como que dispensados de serem bons pelo fato de serem “religiosos”. Capitalistas da “religiosidade”, tornam-se verdadeiros indigentes da bondade – e abrem falência diante de Deus (...). É tão fácil subir, de vez em quando, ao monte Garizim, ou entrar no templo de Jerusalém⁵⁴ – mas é imensamente difícil levantar dentro do próprio Eu um altar em que arda, perenemente, o fogo sagrado da bondade sincera (ROHDEN, 2013, p.93).

Enquanto o homem bom se sente “obrigado a cultivar a Divindade, sempre e por toda a parte, em espírito e verdade” (ROHDEN, 2013a, p.92), o “religioso” se satisfaz em “praticar determinados atos cultuais que as religiões prescrevem a seus adeptos como necessários ou convenientes” (ROHDEN, 2013a, p.91). Tendo acumulado, “através de anos e decênios,

⁵³ Faz-se relevante levantar a semelhança de sentido entre esta ideia das “mil e uma linhas tortas dos homens” com a dos “dez mil mandamentos em dez mil situações singulares” de Viktor Frankl. Assim escreveu o médico vienense: “Numa era em que os Dez Mandamentos parecem ter perdido sua validade incondicional, o ser humano tem de aprender, mais do que nunca, a ouvir os dez mil mandamentos relacionados às dez mil situações singulares nas quais sua vida consiste. Quanto a tais mandamentos, o ser humano deve reportar-se à sua consciência, confiando a ela seu papel de guia” (FRANKL, 2011, p. 84).

⁵⁴ O Monte Garizim ou Gerizim é uma das mais altas montanhas da Cisjordânia e era considerado sagrado pelos samaritanos, que ali construíram um templo. O Templo de Jerusalém situava-se no cume do Monte Moriá, no leste de Jerusalém, e funcionava como um centro de culto e adoração dos judeus (MONTE, 2020; TEMPLO, 2020).

enorme capital de atos religiosos, verdadeiras montanhas de valores dogmáticos-litúrgicos”, chega ao ponto de se sentir “credor de Deus”. A experiência de uma “forte plenitude cultural” o coloca em uma condição de quem “se julga pouco ou nada obrigado a praticar, ainda por cima, atos de benevolência” (ROHDEN, 2013a, p.94-95).

Distingue-se nisto tudo uma “crença vaga de um Deus longínquo e póstumo” ligada a “ritualismos sacramentais” e “dogmatismos bíblicos” e uma “experiência dinâmica de um Deus presente, aqui e agora” (ROHDEN, 2001, p.77).

Rohden não ignora a possibilidade de “elementos genuínos” de bondade, verdadeira religiosidade, catolicidade e filosofia univérsica em um “sacerdote católico”, um “ministro evangélico” ou “outra pessoa qualquer” que possa ser chamada de “religiosa”, mas o critério para este reconhecimento não é “teológico, dogmático, escolástico, eclesiástico” (ROHDEN, 1962b, p.110).

Neste sentido, menciona o ex-presidente da Índia, Radha Krishnan (1888-1975), filósofo e também estudioso de religiões comparadas, em seu dito de que “a religião da humanidade do futuro será a mística” (ROHDEN, [20--?]h, p.06). No contexto da citação, Rohden aprofunda o conceito da mística como sendo

uma experiência estritamente individual, que, quando organizada socialmente, deixa de existir, assim como vida encaixotada não é vida, luz engarrafada não é luz. É da íntima essência da experiência mística ser individual, o que todavia não impede que essa verticalidade individual se desdobre em horizontalidade social; mas esse desdobramento ou transbordamento só acontece quando a experiência vertical atinge o zênite da sua plenitude (ROHDEN, [20--?]h, p.06).

Assim como o processo de (auto)educação integral, a mística de re-união ética também é uma experiência singular, individual e pessoal, que manifesta sua função social em moldes análogos ao fenômeno da indução no eletromagnetismo, como “indução vital” (ROHDEN, 2005b, p.74). A “mística verdadeira e plena é irresistivelmente transbordante e difusora”. As conturbações sociais não podem, segundo entende Rohden, serem sanadas por alguma “nova organização, religiosa ou civil”. O bem social ou da sociedade carece do bem individual: “somente a experiência mística de muitos pode beneficiar realmente a humanidade” (ROHDEN, [20--?]h, p.06).

O pensamento crítico de Rohden acerca das organizações, “religiosas” ou civis, passa por sua noção de totalitarismo. “Todos os totalitarismos” – diz – inclusive, aqueles sob “aparências de verdade e honestidade”, estariam baseados na “funesta confusão de conceitos” de que o homem deva sujeitar seu individualismo ao serviço da sociedade. É certo ou “fora de dúvida que o ego pessoal deve subordinar-se ao nós social”, mas o “ego da personalidade” não

é o “Eu da individualidade” ou “Eu individual do homem, que é o próprio Universal nele”. Confunde-se “aquilo que o homem tem” com “aquilo que ele é” (ROHDEN, 2011b, p.133). As “aberrações totalitárias” sobrepõem organizações impessoais, produtos do ego, ao valor da autêntica individualidade humana, insistindo no “erro comum de identificar o ego periférico com o Eu central do homem” (ROHDEN, 2011b, p.76).

Em Rohden, a “base do totalitarismo não é política, mas filosófica, psicológica”. Neste sentido, atribui principal sentido de refutação neste terreno. Na história da Filosofia ocidental, Rohden atribui à Hegel e sua trilogia do “espírito absoluto, espírito objetivo e espírito subjetivo” um importante reforço da “falsa ideia filosófico-psicológica de que alguma organização criada pelo ego seja superior à realidade do Eu”. Trata-se do “erro hegeliano” de “colocar o ‘espírito objetivo’ acima do ‘espírito subjetivo’ quando, na verdade, este está acima daquele”. O “princípio hegeliano da ditadura totalitária” estaria dominando o “mundo civil e religioso” na forma de totalitarismos, sejam “da direita e da esquerda, da política e da teologia”, de todo tipo de organização – “estatal, partidária, militar, industrial, econômica, ritual, sectária, clerical, etc” (ROHDEN, 2011b, p.132).

Rohden coloca como sendo da natureza das religiões institucionalizadas – expressa tanto no catolicismo romano, quanto no “cristianismo teológico” em geral – estar “em permanente e secreto namoro com os totalitarismos”. Por isso, todas acabam por participar do sacrilégio “contra a inviolabilidade do indivíduo humano, do Eu divino no homem, da alma”. Acaba por instaurar-se uma “ditadura das almas”, obrigando-as “a servir como meio de algum fim considerado superior à própria individualidade do Eu”. A religião institucionalizada obrigaria os indivíduos para “que creiam de olhos fechados, sem pensar, sem discutir, sem discordar” (ROHDEN, 2011b, p.131). Neste sentido, Rohden provoca com as perguntas:

Que é, afinal de contas, o nosso cristianismo teológico? (...) Não exige de seus adeptos que creiam de olhos fechados, sem pensar, sem discutir, sem discordar? Mesmo o setor do cristianismo que proclama o “livre-exame”, e aquele outro, recente, que pretende ser “não dogmático” – não acabaram todos eles em ditadura espiritual? Onde o católico que tenha o direito de pôr em dúvida a infalibilidade pontifícia? Onde o protestante que tenha a liberdade de duvidar da infalibilidade da Bíblia? Onde o espírita que dê a seus irmãos a alternativa de aceitar ou não aceitar a reencarnação⁵⁵ (ROHDEN, 2011b, p.131-132)?

⁵⁵ Rohden afirma que a crença em sucessivas reencarnações materiais estaria errada quando supõe que a repetição de diversas existências materiais tem a finalidade de dar oportunidades à criação de valores espirituais. Tais oportunidades dependem do livre-arbítrio, atributo do espírito e não da matéria (ROHDEN, 2013c, p.86). Diante deste “erro de lógica”, ressalta a diferença entre reencarnação pela matéria e renascimento espiritual ou renascimento pelo espírito (ROHDEN, 2013c, p.83). Ressalta que ainda que não se aceite a reencarnação na matéria, há “muitos estados nos quais o ser humano possa fixar morada ou permanência temporária, na sua longa jornada rumo a Deus” (ROHDEN, 2005d, p.64).

Há uma afirmação atribuída à Einstein, presente em vários textos de Rohden (ROHDEN, 2001; 2005abc; 2007b; 2011ab; 2013c): do mundo dos fatos não há nenhum caminho para o mundo dos valores, eles vêm de outra região. Em relação ao que se coloca dos totalitarismos, Rohden apresenta a seguinte paráfrase: “não há caminho que, das quantidades dos fatos do ego personal, conduza ao mundo da qualidade dos valores, do Eu individual; estes valores têm de vir de outras regiões”. Ao querer derivar valores de fatos, os totalitários subordinam “a qualidade sagrada do Eu individual (alma) às quantidades profanas do ego personal” (ROHDEN, 2011b, p.133).

Rohden se admitia não somente católico no sentido da catolicidade universal, mas também cristão. O cristianismo que professou, entretanto, articulado aos pensamentos que construiu sobre a Religião e a Filosofia éticas, místicas e individuais, tornou-se oposto ao cristianismo teológico das igrejas externas ou institucionalizadas. O “Evangelho” ou a “boa nova” (ROHDEN, 1962c, p.328) ou, ainda, “a mensagem do Cristo” seria “profundamente antitotalitária” por proclamar “a soberania da individualidade humana” (ROHDEN, 2011b, p.131). Neste sentido, o filósofo escreveu ser um

erro tradicional afirmar que o Cristo fundou o cristianismo, ou até uma Igreja; não fundou Igreja nem cristianismo, que é obra de seus discípulos. (...) Não fundou religião nem sociedade – viveu e manifestou uma grande experiência divina (ROHDEN, 2011a, p.31).

A compreensão de Rohden é que “nenhum gênio realmente religioso” se degradaria “ao nível de fundar ou defender uma determinada religião ou igreja” (ROHDEN, 1962b, p.110). Neste sentido, atento ao que chamou de “discrepância entre Cristo e cristianismo” afirmava que “a verdadeira igreja do Cristo nada tem que ver com organização social ou jurídico-legal” (ROHDEN, [20--?]h, p.51):

Damos plena razão a Nietzsche que, no princípio deste século, escreveu: “Se o Cristo voltasse ao mundo em nossos dias, a primeira declaração que faria ao mundo cristão seria esta: Povos cristãos, sabeis que eu não sou cristão”. Mahatma Gandhi respondia a todos os missionários cristãos que o queriam converter: “Aceito o Cristo e seu Evangelho, não aceito o vosso cristianismo”. Albert Schweitzer, teólogo cristão e filho de um ministro evangélico, escreveu: “Nós injetamos nos homens o soro da nossa teologia, e quem é vacinado com o nosso cristianismo está imunizado contra o espírito do Cristo” (ROHDEN, [20--?]h, p.05).

O critério para o cristianismo universal não estaria no dogma teológico, escolástico, ritualístico ou eclesiástico. Antes de tudo,

é absolutamente necessário que (...) tenha o homem vivido intimamente o espírito do Cristo, em toda sua profundidade, amplitude e sublimidade. (...) A “igreja” de Jesus não é uma sociedade eclesiástica, com presidente, vice-presidente, secretário,

tesoureiro, etc – (...) a “igreja” de Jesus é o descobrimento do Reino de Deus dentro do homem. (ROHDEN, 1962b, p.110).

O “gênio cósmico” do Cristo não poderia ser transformado em codificações “de preceitos e proibições” (ROHDEN, [20--?]h, p.06), sejam elas quais forem. Pois,

é impossível identificar o Cristo com alguma organização religiosa; qualquer tentativa destas é necessariamente uma deturpação e uma falência. Toda a organização é produto do ego, e esse ego é, por sua natureza, egocêntrico, e por isso anti-crístico. A única coisa que pode haver é uma **experiência crística individual**, mas nunca uma **organização cristã social**. Diversas pessoas têm tido e têm experiência crística; e onde há muita plenitude há necessariamente um transbordamento. Se houvesse muitos homens individuais com genuína experiência crística, o mundo social seria grandemente beneficiado por essa plenitude individual. A cristicidade de muitos produziria, por via indireta, uma espécie de cristianismo social por indução. Mas o que é impossível e contraproducente é que o espírito do Cristo seja expresso por uma organização qualquer, como o ocidente tem tentado inutilmente (ROHDEN, [20--?]h, p.05, grifos originais).

O pensamento de Rohden mostra-se coerente à sua opção de vida em manter um sentido original da “Cruzada da Boa Imprensa”, porém desvinculado de organizações jurídico-legais e teológica-eclesiásticas. O contrario, segundo dizia, acabaria obrigado a sacrificar sua “boa-fé e convicção íntima”. A verdade de seu trabalho condicionou-se à expressão de pensamentos e sentimentos somente após seus próprios “estudos, meditações e experiências”. Não poderiam despertar-lhe interesses documentos tais como “a Confissão de Westminster⁵⁶, ou outro convênio denominacional (...) sobre Deus, sobre o Cristo, sobre pecado, graça, redenção, etc” (ROHDEN, 1962c, p.345).

Ainda que reconhecesse sinceridade nas três grandes organizações difusoras do cristianismo, Rohden não admitia que quaisquer delas pudesse “ser identificada com a genuína mensagem do Cristo”. Nem catolicismo, nem protestantismo e nem espiritismo. A “grandiosa mensagem cósmica” do Evangelho não se restringiria nem “em confissão, comunhão e missa”, nem “em ler a Bíblia de capa a capa e crer no sangue redentor de Jesus” e nem “em caridade e crença em sucessivas reencarnações” (ROHDEN, [20--?]h, p.06).

A “presença e atividade do espírito de Deus” não está na dependência de “nenhuma organização nem de um livro” – nem de “hierarquia eclesiástica”, nem da “existência da Bíblia” (ROHDEN, 2013c, p.94-95). A verdadeira igreja crística do Evangelho é a invisível e interior, que estaria traduzida no conceito de “reino de Deus”:

⁵⁶ A Confissão de Fé de Westminster é uma declaração doutrinária aprovada pela Assembléia de Westminster (1643-1649), convocada pelo Parlamento inglês para elaborar novos padrões doutrinários, litúrgicos e administrativos para a igreja protestante da Inglaterra (CONFISSÃO, 2020).

Sendo que Jesus falava constantemente do “reino”, perguntaram-lhes os discípulos: “Mestre, onde está o reino de Deus?”. (...) O Mestre nega explicitamente que o reino de Deus possa ser descoberto por meio de observação; que ele tenha localização geográfica, e possa apontá-lo a dedo, dizendo: aqui está o reino, acolá está o reino. Depois, resumindo tudo, termina ele: O reino de Deus está dentro de vós (ROHDEN, [20--?]h, p.50).

Para Rohden, a tradução da passagem do Evangelho de Lucas⁵⁷ como “está entre vós”, como se fosse apenas um fenômeno social, estaria errada. Escreve:

tanto o texto grego do primeiro século como o texto latino posterior dizem “está dentro de vós”, isto é, no interior da alma humana. Com isto nega o Mestre que se trate de uma organização social, com sua constituição, seus três poderes: executivo, legislativo e judiciário. O reino de Deus existe potencialmente em toda a creatura humana (ROHDEN, [20--?]h, p.51).

Rohden mostra-se convencido de que o sentido ou fim ético e místico-cristão da realização espiritual não pode jamais, em boa lógica, ser confundida com organizações-meio, quaisquer que sejam. Estas, necessariamente são “filha[s] do egoísmo” (ROHDEN, 2005d, p.64) e tendentes ao “intolerante sectarismo” (ROHDEN, 2011b, p.133). Se de um lado há uma “igreja verdadeira, interna, real, invisível” (ROHDEN, [20--?]h, p.50), de outro há as igrejas externas e institucionalizadas, “de fundação humana” (ROHDEN, 2013c, p.93). Afim de acolher um sentido lógico para o desenvolvimento destas organizações, o filósofo adota uma interpretação histórica relacionada à interesse políticos e à intencionalidades pedagógicas e psicológicas.

Nos primeiros anos de institucionalização do cristianismo, Rohden identificou um “caráter nitidamente oriental”, com predominância das ideias platônicas e neoplatônicas, de filósofos como Plotino e Orígenes (Rohden, 2008b, p.125). Próxima à compreensão da “igreja invisível” ou “reino de Deus” interior, as instituições de religião colocavam-se como não

organizáveis ou burocratizáveis, como não são suscetíveis de organização a luz, a vida, o espírito, porque são realidades cósmicas que o homem pode experimentar em si, mas que não podem ser capturadas em recipientes legais, fórmulas jurídicas ou parágrafos burocráticos (ROHDEN, 2008b, p.125).

Tais ideias, entretanto, não encontraram apoio no contexto histórico daquela humanidade. Como disse Rohden, “não é difícil ao observador inteligente e imparcial verificar a paulatina ‘osmose’ entre o Cristianismo e o império dos Césares” (ROHDEN, 2008b, p.125).

O império romano era, nesse tempo, uma potência essencialmente aquém-nista e prática, e o Cristianismo, após os primeiros tempos de efervescência espiritual, foi aos poucos assumindo o colorido do gênio romano circunjacente, o seu espírito legal,

⁵⁷ Lc 17:20, 21: Perguntaram os fariseus quando viria o reino de Deus. Respondeu-lhes: “O reino de Deus não vem com aparato exterior; não se pode dizer: ‘Ei-lo aqui ou acolá!’ O reino de Deus está dentro de vós”. Cf. tradução de Huberto Rohden.

jurídico, o seu amor pela organização e disciplina, a sua filosofia de autoridade e obediência, a sua tendência visceralmente burocrática, militar e financeira (ROHDEN, 2008b, p.125).

As ideias neoplatônicas, ao exigirem a experiência pessoal, eram rebeldes aos processos de burocratização. Tal condição não coadunava com as necessidades do Império Romano e, por isso, “o Cristianismo se ‘romanizou’ mais do que o romanismo se cristianizou” (ROHDEN, 2008b, p.125). A organização da nascente igreja cristã passou a ser uma exigência

a fim de salvaguardar a sua identidade e unidade contra o tremendo impacto dissolvente das “heresias” que pululavam, sobretudo nos primeiros séculos – arianismo, nestorianismo, monofisitismo, monoteletismo, gnosticismo, maniqueísmo, pelagianismo, donatismo, montanhismo, etc, etc – ideologias sem conta que ameaçavam esfacelar a jovem igreja cristã e reduzi-la a um mosaico de pedrinhas versicolores, cada uma das quais pretendia ser o Cristianismo genuíno, integral e único (ROHDEN, 2008b, p.126)

Com a conversão – “pelo menos exteriormente” (ROHDEN, 2008b, p.126) – do imperador Constantino Magno, é promulgado o Édito de Milão, de 313 d.C.. A hierarquia eclesiástica passa a ser constantemente robustecida e “dezenas de grupos cristãos” são unificados (ROHDEN, [20--?]h, p.54). Os membros das correntes consideradas heréticas, além de cometerem “pecado mortal”, passavam a incorrer em “crime civil” (ROHDEN, 2008b, p.126). O Édito

fez do cristianismo a religião oficial do Estado, uma religião estatal, defendida mediante armas, política e dinheiro – armas para matar os inimigos, política para enganar os amigos, dinheiro para comprar e vender consciências. (...) foi o fim de três séculos de cristicidade – e o princípio de muitos séculos de cristianismo, social, político, militar (ROHDEN, [20--?]h, p.07).

No campo filosófico, o platonismo e o neoplatonismo vão cedendo lugar ao aristotelismo. A organização “cristã” perde fluidez, elasticidade e organicidade em prol de estabilidade, rigidez e mecanicidade. A “adoração em espírito” é substituída pelo “culto da letra” (ROHDEN, 2008b, p.126). As escolas de pensamento platônicas

facultando a cada homem acesso direto a Deus, era imprópria para a formação de uma hierarquia eclesiástica forte e poderosa, como as circunstâncias da época reclamavam imperiosamente. Era necessário que a autoridade eclesiástica, de mãos dadas com o Estado, se arvorasse em única e suprema instância espiritual (...). Dizer ao homem que ele era um ser essencialmente divino (...) e que, como tal, era capaz de descobrir por si mesmo o caminho a Deus, era o mesmo que tornar a autoridade eclesiástica supérflua ou, pelo menos, diminuir-lhe grandemente o prestígio e a influência (ROHDEN, 2008b, p.127).

Além do aspecto dos interesses políticos de unificação e organização das correntes de pensamento religioso, havia o problema pedagógico e psicológico da relação entre a instituição

eclesiástica e seus seguidores ou “fiéis”. O Império Romano, diante de frequentes derrotas militares, passava por um processo de grande fragmentação:

as invasões dos povos selvagens sucedem-se rapidamente e com crescente intensidade: alemanos, suevos, gauleses, godos, hunos, vândalos, etc; Roma e outras cidades-chaves do império dos Césares são repetidas vezes saqueadas, incendiadas e quase totalmente destruídas até que, em 476, os vândalos, sob o comando de Genserico e outros caudilhos, derrotam definitivamente as legiões romanas e tomam posse do maior império mundial dos tempos, retalhando-o, aos poucos, em reinos maiores e menores (ROHDEN, 2008b, p.128).

Os cristãos, “filhos da igreja”, estavam localizados “neste ambiente caótico de desordem e selvageria”. Eram homens e mulheres “espiritualmente incapazes de serem guiados pela Madre Igreja” (ROHDEN, 2008b, p.128).

Que sabiam eles de Deus e do reino de Deus dentro deles, esses escravos e libertos do Império Romano, esses bárbaros nórdicos, da Gália, Germânia, Britânia, Pannônia, Helvécia, etc, que, nesse tempo, formavam o grosso do Cristianismo? Que teria acontecido se a igreja dissesse a essas grandes crianças: “Tu és um filho de Deus; guia-te, pois, por tua alma essencialmente divina e encontrarás a Deus”? É certo que esses analfabetos espirituais teriam o mesmo destino de uma criança de dois ou três anos que os pais soltassem na entrada, com a ordem de se orientar por si mesma à luz da razão que nela habita (ROHDEN, 2008b, p.128).

A igreja católica viu-se no papel de disciplinar como “autoridade de cima e obediência de baixo” (ROHDEN, 2008b, p.128). Os crentes eram tidos como crianças menores, sem “adulter espiritual” e a igreja assumia o papel pedagógico de ser guia espiritual, comandada pelo chefe e pai “da família católica”, o papa (ROHDEN, 2008b, p.129).

A passagem para uma nova fase pedagógica no cristianismo ocorreria sob o impulso do protestantismo. Os filiados à igreja cristã passam, conforme analogia de Rohden, de crianças à uma “humanidade adolescente” (ROHDEN, 2008b, p.129), substituindo “a heterocracia de um homem vivo e infalível [o Papa] pela heterocracia de um livro morto, igualmente infalível [a Bíblia]”. Para o filósofo não há nisso uma mudança radical, na medida em que “a autoridade espiritual continuou do lado de fora do homem” (ROHDEN, 2005d, p.105).

Pela Reforma, a exocracia papal parecia ter sido transferida de fora para dentro, de uma autoridade externa e alheia para uma autoridade interna e própria – mas essa endocracia pessoal é grandemente ilusória; ela é pseudo-endocrática, ou, quando muito, semi-endocrática, porque é visceralmente egocrática. A Reforma prometera estabelecer o governo da consciência individual em lugar da autoridade papal; mas o que fez, de fato, e continua a fazer, foi proclamar como supremo árbitro espiritual a ciência pessoal, isto é, a análise intelectual, egocrática, do texto bíblico, em vez da consciência espiritual, a intuição cósmica do espírito da Bíblia (ROHDEN, 2005d, p.105).

A adoção de uma série de livros possivelmente infalíveis negaria, segundo Rohden, o próprio ensinamento bíblico de que Deus se afirma constante e universalmente ao homem. O

que se relata nos livros da Bíblia – escreve o filósofo – refere-se a revelações de um pequeno povo em Israel – “sequer 1% do gênero humano” – e durante um lapso de tempo ínfimo – “mais ou menos de 2000 antes até 100 depois de Cristo (...) que, provavelmente, não equivale a 1% do tempo total da humanidade atualmente existente sobre a Terra”. Há uma absurda negação de numerosos povos “como sumérios, assírios, babilônios, persas, egípcios, indianos, chineses, romanos, helenos, germanos e muitos outros, mais de 99% da humanidade de então” (ROHDEN, 2008b, p.129).

Além disso, a criticada infalibilidade de uma hierarquia eclesiástica papal acabaria sendo substituída por um outro tipo de hierarquia infalível. Sendo os livros, mesmo os bíblicos, algo “morto e mudo”, aceitam “sem réplica qualquer interpretação individual, analítica, intelectual”, “como a liberdade democrática exige”. Acabam, por isso, carecendo “de uma autoridade unificante”. E assim, um aparente regime autocrático mostra-se, “na realidade, alocrático, não menos alocrático que a exocracia papal”. O pretenso cristianismo da Reforma Protestante permanece dominado pelo ego intelectual. Este, sendo “dispersivo e divergente”, logo degenera a busca religiosa “num pavoroso caos de dissensões e controvérsias religiosas, de onde surgiram centenas de seitas diversas” (ROHDEN, 2008d, p.105).

Ainda assim, Rohden afirmará o “mérito incontestável” da tradição das igrejas evangélicas no século XVI por assumirem a missão histórica de reafirmar “o grande princípio”, “núcleo da filosofia hermético-védico-platônica” do reino de Deus dentro do homem (ROHDEN, 1962c, p.344). Assim escreve:

O protestantismo prestou um grande serviço na luta pela libertação da consciência humana, totalmente escravizada pela hierarquia eclesiástica de Roma. É este o grande mérito dos Reformadores evangélicos do século XVI e de alguns dos seus sucessores; a ênfase no acesso direto do homem a Deus, em virtude duma disposição interna de fé, ou receptividade espiritual, e não por meio de cerimônias externas ou fórmulas rituais. Entretanto, (...) não teve o protestantismo, sobretudo nos séculos subsequentes, a necessária visão espiritual para voltar ao Evangelho genuíno e integral (ROHDEN, 1962c, p.344-345).

Do movimento espírita, ainda que apontasse uma “tendência sectária e dogmatizante” a invadi-lo⁵⁸, Rohden reconhecerá nele “notáveis serviços à cristificação do nosso tradicional cristianismo” (ROHDEN, 2005d, p.64). Dentre os “preciosos elementos para a evolução espiritual do Evangelho do Cristo” contidos no espiritismo, destacou os ensinamentos sobre a continuidade da vida do homem após a morte. Tal compreensão aproxima-se da ideia

⁵⁸ Na década de 1950, Rohden participou como conferencista convidado de Edgard Armond, na Federação Espírita do Estado de São Paulo. A fala teria demonstrado “uma grave preocupação com o futuro da doutrina, se referindo ao risco de sectarismo” e à transformação do Espiritismo em uma teologia (SANTOS, 2010).

fundamental de um “purgatório”, relacionada à “um estágio de purificação progressiva”, que seria “bem mais razoável que a de um estado definitivo logo após a morte” (ROHDEN, 2013c, p.36).

A ideia desta “possibilidade de se purificar”, de expurgar os pecados, de um movimento de “iluminação espiritual” (ROHDEN, 2013c, p.36) ou de “um estado de purificação” (ROHDEN, 2013c, p.35) é mais palpável quando se considera uma “linha de continuidade com a vida presente”, com uma existência que continua (ROHDEN, 2005d, p.65). Este é o caso do espiritismo, para o qual o evolimento de um indivíduo humano não termina em dezenas de anos de vida terrestre. Neste sentido, a partir de Rohden pode-se ler que à parte da facticidade das reencarnações materiais, o espiritismo estimula a pensar de que há “muitos estados nos quais o ser humano possa fixar morada ou permanência temporária, na sua longa jornada rumo a Deus” (ROHDEN, 2005d, p.64).

No protestantismo, a ideia do purgatório é rejeitada por não aparecer nos livros bíblicos (ROHDEN, 2013c, p.35). Na teologia romana, a noção é relegada à segundo plano (ROHDEN, 2005d, p.65). No que se espera após a morte, ao invés da provisoriedade e continuidade de um movimento existencial, ambos reforçam o conceito de eternidade definitiva no céu ou no inferno. Sendo considerada uma curta passagem de vida terrestre, como salvaguarda da eternidade do inferno, a possibilidade de correção do mal aparece “por um ato fácil de arrependimento”, ao invés da prevenção “por uma atitude difícil de não-cometimento” (ROHDEN, 2005d, p.65).

Segundo as teologias eclesiásticas, pode um homem levar 50 anos de vida em pecados e crimes, aqui na terra, e logo após a morte física estar isento de todos os efeitos dos seus atos – seja em virtude de uma absolvição sacramental, seja em consequência de um momentâneo ato de fé no sangue redentor de Jesus. (...) se tão fácil é a libertação do débito moral contraído, por que deixar de o contrair, quando, em geral, a criação desse débito da culpa se acha ligada a um gozo de maior ou menor intensidade? Se posso roubar, matar, mentir, defraudar, e gozar das vantagens imediatas desses pecados, porque não praticar esses atos e gozar das suas vantagens, se, na fração de um minuto, poderei libertar-me, mais tarde, dos efeitos ingratos que decorrem dessas causas? Se tão fácil é o rompimento dos elos da cadeia kármica dos meus atos negativos, porque ainda envidar ingentes esforços por evitar a criação dessa cadeia, resistindo à tentação de roubar, matar, mentir, defraudar, etc (ROHDEN, 2005d, p.64-65)?

Segundo Rohden, é neste particular, da “flagrante desproporção” entre os débitos e os seus cancelamentos e o “estado de indiferença ou leviandade relativamente ao verdadeiro caráter do pecado ou delito” (ROHDEN, 2005d, p.65), que “o espiritismo cristão deu um grande passo para frente”. A ideia de provisoriedade e continuidade ampliaria o entendimento da “lei básica de ‘causa e efeito’ (*karma*)” abrangendo “todos os setores do universo individual”

(ROHDEN, 2005d, p.64). Não se trata de “pecado herdado de terceiros, mas pecado herdado do próprio pecador e cometido em existência anterior” (ROHDEN, 2005d, p.63).

Como visão para o futuro, acreditava Rohden que a “evolução espiritual da humanidade” encaminhava-a para vivências da religiosidade integral, “na completa adulez, preludiada pelos grandes movimentos filosófico-espirituais do Egito, da Índia, e, em parte, da Grécia” (ROHDEN, 2008b, p.129). A Religião e a Filosofia estariam a se reencontrar com a reflexão neoplatônica, um pensamento “visceralmente futurista e visionário” (ROHDEN, 2008b, p.125).

Era do entendimento de Rohden que o “homem pensante e espiritual” já não poderia mais se orientar ou ser orientado por “um sistema ético e pedagógico flagrantemente inadequado” para os tempos então atuais, de final do século XX (ROHDEN, 2005d, p.77). Não lhe caberia mais a consciência externa ou heterônoma, identificando a Mística e a Ética com movimentos de obediência ou desobediência à uma instituição hierárquica, à um livro ou à doutrinas interpretativas do após-morte. O “mundo Cosmo-mental” passaria a ser evidenciado como “base do mundo material” e o “verdadeiro átomo, o Átomo Metafísico, descrito por Demócrito”, estaria “sendo redescoberto e focalizado por cientistas da Era Atômica, e qualificado como algo que pode emitir efeitos físico-estáticos sem limitação” (ROHDEN, 2005c, p.96). Trata-se de um momento histórico em que o filósofo considerava a humanidade e cada Homem em uma “grande encruzilhada mental-espiritual”, o qual denominou de “Era Atômica e Cosmonáutica” (ROHDEN, 2009a, p.22).

Rohden dizia perceber um crescente “movimento mundial de auto-conhecimento e auto-realização”, objetivando exclusivamente “a conscientização do reino de Deus no homem e a vivência de acordo com ele” (ROHDEN, [20--?]h, p.51). Em livro que direciona “para todos os amigos da verdade na era atômica e cosmonáutica”, escreveu que “em todos os países” estaria

se manifestando um crescente “retorno ao Cristo do Evangelho”; isto é, um salto de quase dezessete séculos, a fim de reatar o fio da autêntica e integral mensagem crística lá onde esse fio foi roto [rompido], em princípios do quarto século. Os movimentos *New Thought*, *Self-Realization*, *New Outlook*, *Nugeist*, *Seicho-no-Ie* e, entre nós, Alvorada – que são eles senão uma sincera e honesta tentativa de ressuscitar o Cristo do Evangelho e o cristianismo das catacumbas? (ROHDEN, 2009a, p.21)

Tais movimentos, não se constituindo como teologias ou organizações eclesiásticas, pareciam-lhe expressar honestidade de propósito na (auto) educação e na mística ética. Entretanto, por se tratarem de organizações sociais, algo que o pensamento apoiado em Rohden está atento é o constante risco da “igreja verdadeira, interna, real, invisível” do Eu integral

(ROHDEN, [20--?]h, p.50) perder-se em “recipientes legais, fórmulas jurídicas ou parágrafos burocráticos” do ego sectário e separatista (ROHDEN, 2008b, p.125).

Ainda que a religiosidade integral de um cristianismo originário passe a ser considerada como uma tendência da humanidade vindoura e dos indivíduos humanos que a compõem, é significativo pontuar a fábula escrita por Rohden, em 1955, “Aconteceu entre os anos 2000 e 3000: visão duma humanidade com a Bomba Atômica e sem o Cristo” (ROHDEN, 2012a). No texto, o Cristo reaparece na Terra em um futuro de grande desenvolvimento tecnológico-material, sendo obrigado a prestar declarações em uma “Assembléia Planetária”. Sob argumentações de estadistas, teólogos e cientistas é decidido, por fim, que ele não deveria voltar ao mundo, pois seus ideais não correspondiam aos interesses institucionais dos egos auto-proclamados “cristãos”⁵⁹.

1.2.7. Monismo e cristianismo cósmicos

Do Evangelho de João (Jo 10:27-30; Jo 10:38; Jo 14:10,11)⁶⁰, Rohden derivou “palavras lapidares de Jesus”, que julgou “próprias para leitura meditativa”: “Eu e o Pai somos um; eu estou no Pai e o Pai está em mim – mas o Pai é maior do que eu” (ROHDEN, 2007a, p.19). Em texto sobre os escritos essênios do Mar Morto e suas relações com os evangelhos, o filósofo acrescenta: “O Pai também está em vós, e vós estais no Pai”. Estas proposições expressariam uma “linguagem rigorosamente monista” (ROHDEN, 2011a, p.31):

Cristo nunca se identificou com a Divindade, mas identificou-se com Deus e chegou a ponto de dizer que também nós somos deuses. A Divindade – que ele sempre chama Pai – é a única, eterna e infinita Realidade; mas, quando essa Realidade Universal se manifesta em facticidades individuais, essas manifestações individuais são chamadas de “Deus”, quando conscientes e livres. O Cristo é Deus e nós somos deuses – mas nem ele nem nós somos a Divindade (ROHDEN, 2011a, p.31).

A ideia derivada de João fala de nossa integração com a Divindade em uma Unidade. Além disso, apresenta uma condição relacional em que, ao mesmo tempo, um menor está

⁵⁹ Um sentido crítico semelhante aparece no capítulo “O grande inquisidor”, do romance “Os Irmãos Karamázov”, escrito em 1879 por Fiodor Dostoiévski. Neste clássico, Jesus Cristo é condenado à morrer na fogueira da Inquisição ao retornar à Espanha do século XVI.

⁶⁰ Jo 10:27,30: “As minhas ovelhas prestam ouvido à minha voz; eu as conheço e elas me seguem; dou-lhes a vida eterna, e não se perderão eternamente e ninguém as arrebatará da minha mão. Meu Pai que me deu é mais poderoso que todos e ninguém as pode arrebatar das mãos de meu Pai. Eu e o Pai somos um”. Jo 10:38: “Se não faço as obras de meu Pai, não me deis crédito; mas se as faço, e não quiserdes ter fé em mim, tende fé nas obras para que vejais e conheçais que o Pai está em mim e eu no Pai”. Jo, 14:10,11: Não crês então que eu estou no Pai, e que o Pai está em mim? As palavras que vos digo não digo de mim mesmo; e as obras, quem as faz é o Pai, que permanece em mim. Crede que estou no Pai e que o Pai está em mim; crede ao menos em atenção às obras”. Cf. tradução de Huberto Rohden.

contido e está contendo um outro maior. Não apenas o evangelista, mas “todos os grandes gênios da humanidade” – dos quais Rohden cita Hermes Trismegisto ou Thot, Krishna, Buda, Lao Tse e Jesus – teriam percebido “por intuição cósmica” a coerência e verdade destas ideias monistas (ROHDEN, 1978, s.n.)⁶¹.

O monismo embasa um tipo de concepção cosmológica e teológica, passando pela relação de alteridade e identidade existente entre um indivíduo e o *ganz andere* ou “totalmente outro”, como chamou o mitólogo e cientista das religiões, Mircea Eliade (apud GONÇALVES; IUNSKOVSKI, 2009). Na obra de Rohden, o denominado “monismo cósmico” respalda-se no termo “Universo” e a relação implícita entre o Uno ou Essência e os versos ou existências. Para explorá-lo, o filósofo o distingue de outros dois tipos de concepções fundamentais: o dualismo e o panteísmo.

No dualismo, compreensão hegemônica das teologias e instituições religiosas ocidentais, são entendidos como separados “o Uno da Essência Infinita e o Verso das Existências Finitas”. Para se relacionarem com o Uno, ou seja, efetuar transcendência, os versos precisam anular sua imanência (ROHDEN, 2009b, p.37). O “Uno seria apenas transcendente ao Verso, mas não seria imanente nele”. Rohden indicará o dualismo com os símbolos “Uni x verso”. A Unidade é “separada da diversidade” (ROHDEN, 2009b, p.23) só admitindo “transcendência sem imanência” (ROHDEN, 2009b, p.37).

Exemplos de concepções dualistas são numerosos, envolvendo, embora com “grandes variantes”, a “ideia antropomorfa” de um Deus pessoal. “Entre os hebreus do Antigo Testamento, em geral, e entre os cristãos de todos os tempos e países” aparece este conceito de “um Deus-pessoa”, “residente em alguma região longínqua do cosmos, com o qual o homem espera encontrar-se depois da morte” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.14), que preside ao “drama do macrocosmo e do microcosmo de cima ou de fora do Universo” (ROHDEN, [20--?]f, p.23). O dualismo se manifesta enquanto “infantilismo primitivo [que] domina as teologias cristãs de quase dois mil anos”. O antropomorfismo dualista chega ao ponto de colocar Deus como “uma espécie de ditador celeste, uma pessoa que vigia os homens de longe e registra os seus créditos e débitos, premiando-os ou castigando-os depois da morte” (ROHDEN apud LAO-TSE, 2013, p.13).

⁶¹ Parte das informações deste tópico foram extraídas da transcrição da “Aula 08 - Monismo Absoluto”, ministrada por Rohden em 13/06/78 em um de seus cursos sobre a Filosofia Univérsica. Ela está disponível, ao lado de outras 136 gravações (a maioria com transcrição), no blog do “Acervo Virtual Huberto Rohden & Pietro Ubaldí”, mantido por Eronildo Aguiar (Porto Velho, Rondônia) e Aloísio Wagner Araújo (Belo Horizonte, Minas Gerais).

Outra característica do dualismo é a consideração de que homem e mundo são criações *ex nihilo*, ou seja, originam-se de uma ação da Plenitude sobre o nada. A matéria do mundo é originada do “nada”, da vacuidade absoluta. Neste sentido, Rohden posiciona o aristotelismo e sua ideia do Primeiro Motor como antagônico às tendências monísticas neoplatônicas (ROHDEN, 2008b, p.133). Na biografia que o filósofo escreveu de Santo Agostinho, destaca-se o grande dilema que este teria vivido diante do dever de suprir as necessidades pedagógicas e psicológicas de doutrinação dos fiéis via dualismo e seu entendimento pessoal e profundo como um monista neoplatônico (ROHDEN, 2010).

Como consequência, o homem separado de Deus e feito do nada, acha-se como tendo “que fugir de si para encontrar Deus” (ROHDEN, 1978, s.n.). Esta fuga acaba sendo traduzida como um desprezar-se a si mesmo:

quanto mais a creatura se despreza a si mesma, mais ela se aproxima de Deus. (...) Por quê? (...) se isto não veio de dentro de Deus, mas se a creatura foi creada do nada (...), se isto veio do nada (...), então isto é o contrário daquilo, o nada é o oposto do todo. É claro, a existência está em sentido oposto à Essência. E quanto mais a pessoa reconhece o seu nada, mais ela se aproxima do todo (...). Quanto mais eu me afasto e distancio de mim, mais eu me aproximo de Deus. Isto é dualismo monoteísta que prevalece em quase todas as teologias. Eu para encontrar Deus devo desprezar-me. Eu devo humilhar-me porque aqui no ocidente nós não descobrimos em grande parte o nosso verdadeiro centro, o nosso contido (ROHDEN, 1978, s.n.).

Além disso, no dualismo monoteísta toda salvação possível viria de fora. A redenção do homem só se faz possível diante da invocação de um redentor externo, a ver se o salva ou se entra no homem, pois ele não está no homem. Como consequência desta compreensão, Rohden ensinará que no “monoteísmo não há autoconhecimento” (ROHDEN, 1978, s.n.).

Além do dualismo, há a distinção do monismo com o panteísmo. Para esta concepção, o Infinito identifica-se com a soma total dos finitos (ROHDEN, 2011b, p.74). O individual identifica-se com o universal, “o relativo com o absoluto, o heterônomo com o autônomo, o temporal com o eterno, o pequeno efeito com a grande causa” (ROHDEN, 2008a, p.63), “o fenômeno com o Númeno, o finito com o Infinito, a parte com o Todo, o efeito com a Causa” (ROHDEN, 2008b, p.189). O mundo se identifica com Deus, não havendo nem separação, nem distinção entre a creatura e o Creador (ROHDEN, 2008b, p.211). Professa-se “imanência sem transcendência” e “identidade sem alteridade” (ROHDEN, 2009b, p.37).

O panteísmo, segundo Rohden, remete a “*pan*, tudo” e “*Théos*, Deus”, significando “tudo-Deus, ou seja, tudo-é-Deus”. Essa terminologia, entretanto, não remete ao sentido “de que o Tudo absoluto é Deus” (que seria a noção presente no panteísmo, também denominado de monismo). O que se tem é que “cada indivíduo (pedra, planta, animal, homem) seja Deus,

ou que a soma total desses indivíduos seja Deus” (ROHDEN, 2008b, p.198). Tudo passa a ser Deus e Deus passa a ser tudo (ROHDEN in GOLDSMITH, 2012, p.18). Nesse sentido, torna-se apenas outro vocábulo para politeísmo (muitos deuses) (ROHDEN, 1979, p.69). Trata-se de uma forma de relação com o sagrado mais primitiva, presente ao mesmo tempo nos primórdios da cultura humana (ROHDEN, 1978, s.n.) e na maior parte do Oriente da atualidade (ROHDEN, 2009b, p.211). Pode-se adorar tantos deuses quanto criaturas ou fenômenos existentes (ROHDEN, 1978, s.n.).

Embora a concepção esteja certa ao identificar a essência de qualquer coisa com Deus, incorre em erro lógico e matemático ao identificar também a existência das coisas com o Divino (ROHDEN, 2008a, p.62). O infinito não pode ser correspondente do finito. Trata-se de um pensamento – na opinião de Rohden – “filosoficamente errado” (ROHDEN, 1978, s.n.). A fórmula utilizada é “Essência = existência” (ROHDEN, 1978, s.n.) ou “Uni = verso” (ROHDEN, 2009b, p.23).

Como perigo desta concepção, Rohden sugere a possibilidade de problemas de ordem espiritual e moral. Uma vez que tudo que existe é Deus, passa a ser Dele a responsabilidade “por todos os atos humanos, tanto bons como maus”. Desta forma, logicamente, torna-se “impossível a aceitação da liberdade, responsabilidade moral, pecado, redenção, virtude e vício, no seio da humanidade” (ROHDEN, 2008a, p.63).

Rohden também iguala o panteísmo ao ateísmo. Esta concepção encaminha à um entendimento de que há tantos deuses quanto fenômenos existentes na natureza. Sendo assim, todos esses deuses tornam-se finitos, não havendo um Deus ou uma Causa Infinita (ROHDEN, 2008a, p.75).

Finalmente, o monismo – que na terminologia rohdeniana também pode ser denominado de panenteísmo (ROHDEN, 2008a, p.75; ROHDEN in GOLDSMITH, 2012, p.18) – afirma que a Essência “está em todas as existências da natureza (humana, supra-humana e infra-humana), e que todas essas existências individuais radicam na Essência” (ROHDEN, 2008a, p.75). Todos os seres são “Deus mesmo”, porém “em forma parcial, ou seja, uma revelação parcial de Deus”. Cada efeito é “a causa parcialmente manifestada” (ROHDEN, 2008b, p.189). Expressa-se a seguinte fórmula “Uni > verso” (ROHDEN, 2009b, p.23). “Tudo está em Deus e Deus está em tudo – mas tudo não é Deus, nem Deus é tudo; as criaturas não estão separadas de Deus, nem são idênticas a Deus” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.15).

Entre a Unidade da Essência e a versatilidade das existências há uma relação simultânea de distinção e comunicação. Reconhece-se uma relação onde “há ao mesmo tempo imanência e transcendência” (ROHDEN, 2009b, p.23). Uma relação que ao transcender “nos enche de

reverente assombro” e ao imanar “nos enche de suave amor” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.74). Além da “transcendência absoluta de Deus”, o monismo também afirma “a imanência íntima dessa Causa divina em cada um dos seus efeitos”. Esta relação não separa a causa do efeito por ser algo logicamente absurdo e impossível (ROHDEN, 2008a, p.76).

O indivíduo, para encontrar Deus, não foge de si, mas sim “tem que encontrar Deus [imane e transcendente; amoroso e assombroso] dentro de si” (ROHDEN, 1978, s.n.). Trata-se de uma unidade na diversidade e “identidade com alteridade” (ROHDEN, 2009b, p.37). A opção pelo monismo mantém íntima relação com outros conceitos já trabalhados nesta introdução: reino de Deus, igreja invisível e interior, intuição, Razão, meditação e (auto)educação integral.

Para o monista cósmico, “Deus é a Realidade Una e Única”, a “Essência, que sempre de novo se revela pela pluralidade das existências, por meio do verso das criaturas”. Diferentemente da teoria *ex nihilo*, não se considera a criação do mundo vindo do nada, mas sim do Tudo Essencial. O mundo emana da Plenitude. As existências “não são novas realidades”, mas “novas manifestações da única Realidade”. A Essência “se esparrama no Verso das existências finitas”. Os “finitos estão presentes no Infinito” e “o Infinito está presente em todos os finitos” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.15).

No monismo, o homem não se reconhece no nada, mas no Tudo, não fazendo sentido o desprezo de si mesmo e do mundo estimulado pelo dualismo. A manutenção da ideia de uma natureza ou condição “pecadora” não advém de uma origem do nada, mas sim do advento de um ego a partir do envolvimento do Tudo. Este ego pode sublimar-se em direção ao Eu central e universalmente presente. No monismo, a “redenção não vem de fora” e por isso pode-se falar em autoconhecimento e auto-redenção (ROHDEN, 1978, s.n.).

A Essência Divina pode redimir a minha existência humana segundo o monoteísta dualista teológico que prevalece no nosso cristianismo. No monismo não (...). O meu salvador vem de dentro. Eu não sou no meu ego este salvador. No meu ego eu sou pecador, mas no meu Eu, eu sou meu próprio salvador (ROHDEN, 1978, s.n.).

Segundo Rohden, “toda a filosofia ou sabedoria superior” caminharia rumo ao “monismo cósmico, equidistante do dualismo separatista e do panteísmo identificador” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.15). O filósofo menciona que Einstein teria registrado sentido semelhante em seu livro “Como vejo mundo” (*Mein Weltbild*), de 1953 (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.13). Na obra do físico, lê-se:

Somente indivíduos particularmente ricos, comunidades particularmente sublimes se esforçam por ultrapassar (...) [a] experiência religiosa [comum]. Todos, no entanto, podem atingir a religião em um último grau, raramente acessível em sua pureza total.

Dou a isto o nome de religiosidade cósmica e não posso falar dela com facilidade já que se trata de uma noção muito nova, à qual não corresponde conceito algum de um Deus antropomórfico. (...) Notam-se exemplos desta religião cósmica nos primeiros momentos da evolução em alguns salmos de Davi ou em alguns profetas. Em grau infinitamente mais elevado, o budismo organiza os dados do cosmos, que os maravilhosos textos de Schopenhauer nos ensinaram a decifrar. Ora, os gênios-religiosos de todos os tempos se distinguiram por esta religiosidade ante o cosmos. Ela não tem dogmas nem Deus concebido à imagem do homem, portanto nenhuma Igreja ensina a religião cósmica. Temos também a impressão de que os hereges de todos os tempos da história humana se nutriam com esta forma superior de religião. Contudo, seus contemporâneos muitas vezes os tinham por suspeitos de ateísmo, e às vezes, também, de santidade. Considerados deste ponto de vista, homens como Demócrito, Francisco de Assis, Spinoza se assemelham profundamente (EINSTEIN, 1981, p.12-13).

Destas três personalidades mencionadas por Einstein, Rohden os distinguiu e os uniu como: “um pagão, um cristão e um hebreu, (...) irmãos na mesma fé”. O monismo cósmico coadunaria com a concepção de “todos os verdadeiros gênios da humanidade”, os “místicos avançados” ou “cosmo-sapiêntes”, “os representantes mais avançados da cultura espiritual da humanidade”, esporadicamente, situados “entre todos os povos e em todas as religiões”. Trata-se da “elite espiritual dos povos orientais e os verdadeiros místicos do Ocidente” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.14).

A concepção monista é a de um “Deus-Cósmico” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.14) ou “Divindade universal” que é “a própria alma ou essência do Universo”, como teria dito Spinoza. O monismo corresponde à “cosmovisão do universo integral”, onde “o verso é necessariamente a manifestação do Uno”. O “corpo do Universo, então o corpo visível da existência, não pode contradizer a alma invisível da essência do Universo” (ROHDEN, 1982, p.23).

Acompanhando o monismo há o pensamento de uma alma essencial contida em múltiplas pequenas partes de um corpo existente. Trata-se de compreensão semelhante a que se encontra, por exemplo, junto ao conceito de holograma na teoria da complexidade de Edgard Morin. Para este autor, deve-se ter em conta que cada ponto de um holograma contém individualmente a informação do todo de que faz parte (MORIN; KERN, 2003, p.35). Quando se fala em um caráter hologramático, não somente as partes se encontram no todo, mas também o todo se encontra no interior das partes (MORIN; KERN, 2003, p.160).

O todo – a alma e essência do Universo – está contido em cada minúscula parte do corpo. Pensar nestas partes e em sua redução até o limite permite um reencontro com o “grande pensador helênico Demócrito de Abdera” (ROHDEN, 2005c, p.94), que “400 anos antes de Cristo” propôs o conceito original de átomo: um “átomo metafísico, que nenhum homem pode dividir nem destruir, o átomo indimensional, puramente qualitativo, que é o verdadeiro alicerce

do Cosmos”, “a base indestrutível do Universo” (ROHDEN, 2005c, p.53). Para Demócrito o átomo é “o Infinito”, “pura qualidade” ou “função qualitativa do Universo” (ROHDEN, 2005c, p.89).

Einstein – que Rohden identifica como sendo “o pai da Era Atômica” (ROHDEN, 2005b, p.43) – percebeu que o que a ciência empírica-analítica denominava de “átomo dimensional e divisível não era atômico (palavra grega para indivisível)”. Os atuais 118 elementos químicos reconhecidos (IUPAC, 2020) indicariam partículas quantitativas que, apesar de serem denominadas de átomos, não são atômicas no sentido filosófico. Neste sentido, Einstein mencionava Demócrito “com grande admiração” (ROHDEN, 2005c, p.145), contribuindo para a abertura da ciência ao “ultra-físico (ou meta-físico)” (ROHDEN, 2005c, p.94). Esta ciência, no transcorrer dos anos pós-segunda guerra mundial, estaria assumindo “um caráter monista como nunca dantes”, com reflexões seriamente teológicas focalizando “a aparente diversidade do Cosmos numa fascinante unidade”, substituindo a ideia de um “antigo pluralismo heterogêneo” (ou politeísmo panteísta) (ROHDEN, [20--?]e, p.10).

Ainda que não tenha provado empírica ou analiticamente “a unidade e a identidade de todas as energias, gravitação, eletromagnetismo, luz, etc” com sua “Teoria do Campo Unificado” (ROHDEN, 2005c, p.30), Einstein, na análise de Rohden, cultivou a certeza intuitiva que teria lhe permitido avançar sobre a pluralidade aparente dos corpos. Em sua famosa equação da relatividade, teria relacionado os conceitos de luz, energia e matéria, participando tanto da ideia analítico-científica de que os diferentes elementos químicos “são essencialmente luz” (ROHDEN, [20--?]e, p.10), quanto das intuições do Gênesis, há 3500 anos, de “que todas as coisas do mundo são lucigênicas”⁶² (ROHDEN, [20--?]e, p.11).

Rohden chama esta luz presente em todos os corpos de “luz cósmica, invisível” (ROHDEN, [20--?]h, p.55) e também de “energia primordial” (ROHDEN, [20--?]e, p.02). Conforme diminui a vibração, fazendo analogia com termos próprios para designar mudanças de estados físicos, considera que a energia se condensa e se congela. A energia não-primordial seria “luz [cósmica] condensada” e a matéria “energia [astral, mecânica, elétrica, térmica, etc] congelada” (ROHDEN, 2005c, p.90). O sentido da luz rumo à matéria indica um caminho gradativo de estados mais etéreos e fluidos para estados mais sólidos e mecânicos; de dinâmicos à passivos; e de reais a ilusórios.

Segundo o filósofo, para “a ciência de hoje, a luz cósmica é a mais alta forma da substância” (ROHDEN, [20--?]h, p.55), “a mais alta atividade” e “a mais alta realidade do

⁶² Gn 1, 3: Deus disse: “Faça-se a luz. E a luz foi feita”.

mundo físico” (ROHDEN, 2009b, p.120). Neste sentido ela compartilharia da Filosofia Univérsica e de seu realismo metafísico, “mais real que a física” analítica e empírica (ROHDEN, 2008a, p.26).

Quanto maior é a vibração, tanto mais real é uma coisa – e quanto menor a vibração, tanto menos real. A substância menos real que a ciência conhece é a matéria, a substância mais real é a luz. O que é pouco real é visível, audível, tangível – o que é muito real é imperceptível (ROHDEN, [20--?]h, p.55).

Para Rohden, “as mais altas conquistas da moderna ciência atômica” estariam revisitando “as avançadas intuições filosóficas dos antigos pensadores gregos”, como Demócrito, Aristóteles e Heráclito. De Demócrito, ela estaria a perceber o já mencionado átomo do Infinito. De Aristóteles, a ideia de Deus enquanto “pura atividade, sem nenhuma passividade”, feito o centro de uma roda onde há muita força e nenhum movimento (ROHDEN, 2005c, p.89-90). Finalmente, de Heráclito, a percepção de que o “Real é o Agir”. A Unidade em sua essência não admitiria “uma realidade estática, mas tão-somente uma realidade dinâmica ativa”, uma *en-ergeia* ou “atividade interna (*en ergon*)” (ROHDEN, 2005c, p.90).

No monismo cósmico, a luz cósmica ou energia primordial da Unidade transcendente está imanada em cada mínima parte dos corpos materiais e energéticos, formando com eles não “uma justa-posição mecânica, mas sim uma interpenetração orgânica” (ROHDEN, [20--?]f, p.17; ROHDEN, 2005b, p.40). Esta organicidade sugere vitalidade, fluidez e, como em Heráclito, atividade interna (*en ergon*). Como se falasse à esta atividade interna e essencial, Rohden escreveu:

Minha alma está toda e inteira no meu corpo, e toda e inteira também em cada uma das suas partes. Em cada uma dessas bilhões de células que compõem o meu organismo existe, vive e palpita minh'alma integralmente. Nenhuma das células do meu corpo é minh'alma, mas a alma está toda e inteira dentro de cada célula. Não são as leis da alma que regem a célula e o corpo, é a própria alma que os rege, porque está presente com toda a sua realidade e atividade. De modo análogo, meu Deus, não é tua lei que rege o mundo – és Tu mesmo, Tu, Deus transcendente, que és um Deus imanente (ROHDEN, 2014, p.77).

Esta imanente atividade de Deus não determina uma lei de fora, mas uma lei de dentro, que é sua própria atividade e dinamicidade. O “átomo realmente atômico ou indivisível”, “de dimensão metafísica, qualitativa” é de “ilimitada potência creadora” e “causa de efeitos sem limitação” (ROHDEN, 2005c, p.94-95). Sendo a partícula metafísica real, infinita, fluida e dinâmica, demanda-se responder que tipo de dinamismo ou atividade é esta que a constitui.

Segundo Rohden, a Realidade

não é material nem divisível, porém mental e indivisível, como já dizia o grande Toth do Egito, o Hermes Trismegistos dos gregos, 20 séculos antes de Cristo, e como

repetiu o autor do 4º Evangelho no início do 1º século da Era Cristã, atribuindo toda a criação ao Lógos ou à Mente⁶³. Por Mente, ou Mental, não se entende uma mentalidade humana, mas sim a suprema Mente ou Mentalidade Cósmica, simbolizada pelo Uno da palavra Universo (ROHDEN, 2005c, p.95-96).

A “Mentalidade Cósmica” também é apresentada como um tipo de “pensamento” com “criatividade ilimitada”. Trata-se de uma atividade que nunca se esgota nem em número e nem em tipos de “efeitos produzidos”. “Por mais que produza” a criatividade “não se exaure e pode produzir sempre novos efeitos” (ROHDEN, 2005c, p.95).

O termo “criatividade” é assim grafado – ao invés de “criatividade” – por uma opção terminológica de Rohden. A explicação é encontrada na forma de um pequeno texto, sempre sob o título “Advertência” ou “Advertência do autor”⁶⁴, nos livros editados pela Alvorada e Martin Claret, além dos livros digitais dispostos na internet contendo o termo “Universalismo” como possível elemento distintivo de um trabalho de editoração. No texto em questão, a proposição derivada da Lei de Lavoisier⁶⁵ ou, antes, de Mikhail Lomonosov (OLIVEIRA et al., 2013, p.54), segundo Rohden, é verdadeira apenas se grafada da seguinte forma: “na natureza nada se crea, nada se aniquila, tudo se transforma”. Ao contrário, se a escrita for “nada se cria”, a lei torna-se falsa, pois “diariamente se criam coisas novas, mas nada de novo se crea” (ROHDEN, 2005c, p.93). Na proposta terminológica rohdeniana a palavra de origem latina “crear” é associada à dinamicidade ou atividade máxima da Essência, do Uno ou da Mentalidade Cósmica manifestando-se na existência, inclusive entre “os homens gênios creadores”. Já o “criar” relaciona-se à transição ou transformação de uma forma de existência a outra forma de existência. Da “natureza” que aparece na proposição derivada é, em Rohden, a natureza existencial dos versos e não a Realidade total do Universo (ROHDEN, 1971; ROHDEN, 1979; ROHDEN, 1996; ROHDEN, 2001; ROHDEN, 2004ab; ROHDEN, 2005bcd; ROHDEN, 2007ab; ROHDEN, 2008ab; ROHDEN, 2009ab; ROHDEN, 2010; ROHDEN, 2011ab; ROHDEN, 2012de; ROHDEN, 2013abc; ROHDEN, [20--?]abcdefg).

A distinção crear/criar guardaria, ainda, relação com “duas teses flagrantemente antagônicas uma à outra” presentes em “cerca de 30 anos” de cartas trocadas entre Einstein e outros cientistas da época (ROHDEN, 2005c, p.93). Rohden diz que Planck, Bohr e outros inclinavam-se para “a opinião de que há aumento (e, possivelmente, diminuição) de energias

⁶³ Na tradução de Rohden: “E no princípio era o Verbo [*Lógos*], e o Verbo estava com Deus, e o Verbo era Deus” (Jo 1:1).

⁶⁴ Nas edições acessadas da Editora-Livraria Freitas Bastos, da década de 1960, ou não consta o texto “Advertência” ou o texto apresentado sob este título é outro.

⁶⁵ A Lei de Lavoisier ou Lei da Conservação das Massas está originalmente aproximada ao seguinte enunciado: “Numa reação química que ocorre em sistema fechado, a massa total antes da reação é igual à massa total após a reação” (OLIVEIRA et al., 2013, p.250).

no Universo; que a soma total dos fenômenos não é constante, mas mutável”. Tal tendência opinativa se justificaria na emissão de radiação observada em núcleos atômicos, “durante milhares de anos”. O núcleo atômico seria, por esta propriedade, confundido como “um creador de energia ou radiação não existente antes dele”. Einstein, do outro lado, defenderia a constância da energia. Defesa esta que, segundo Rohden, estaria mais próxima da compreensão monista e univérsica (ROHDEN, 2005c, p.94).

Tal entendimento envolve a ideia de que diante da possibilidade de novas energias, estas não poderiam ser criadas pelo existente. Há um caminho que seria “lógico e infalivelmente certo”, da “causa rumo ao efeito” e não do “efeito rumo à causa” (ROHDEN, 2005c, p.105). Em obediência a este princípio, o corpúsculo material não poderia ser causa, mas canal de manifestação do “verdadeiro átomo, o átomo indivisível”. Novas energias ou matérias, quando criadas, são criadas “através” da matéria ou energia existencial (ROHDEN, 2005c, p.94). Neste sentido, em um sistema existencialmente fechado, em que não existam processos creativos e creacionais da Essência, nada mais poderia ser criado.

Afirmações baseadas no conceito de entropia (quantidade estatística) elaborado na termodinâmica, indicaria uma tendência do universo à processos irreversíveis chegando a um nível de total nivelamento energético correspondente à morte do Universo⁶⁶. Rohden sugere o conceito metafísico de ectropia como resposta ao “processo negativo-entrópico do inconsciente mecânico”, entendendo como possível a reversibilidade do Universo. Neste sentido, como analogia, apresenta a ideia hindu da “‘exalação’ (creação) e a ‘inalação’ (destruição) que a filosofia oriental atribui a Brahman, nas suas formas de Vishnu e Shiva”. O “processo positivo-entrópico” estaria ligado ao “consciente dinâmico”, construtor e creador (ROHDEN, 2011b, p.25). A ectropia guardaria relação com a Realidade Mental e esta, no entendimento de Rohden, nada teria “que ver com uma quantidade física”, mas com “uma qualidade metafísica” (ROHDEN, 2005c, p.95).

Os antagonismos presentes na ciência, seja em relação à possibilidade do fim do Universo (e não apenas do verso) ou à ideia de criação material marcam o que Rohden chamou de “a grande bifurcação entre o conceito de uma física estática e de uma metafísica dinâmica” (ROHDEN, 2005c, p.94). Segundo seu entendimento, “da física para a física, de ego para ego, não há solução de nenhum problema – a solução está no processo da metafísica para a física, do Eu para o ego” (ROHDEN, 2005c, p.136). Toda tentativa de análise intelectual, por mais avançada que seja, opera sempre na consciência do “homem-ego, que está no mundo dos

⁶⁶ Um conto de ficção científica que explora este conceito e esta possibilidade é “A última Pergunta”, de Isaac Asimov ([19--?]).

efeitos, das quantidades, das facticidades, dos finitos, das existências divergentes”. Neste terreno tudo será sempre incerto: “nunca [se] pode concluir nada de certo” (ROHDEN, 2005c, p.125).

“De fato para fato não há certeza – só de realidade para fato há certeza” (ROHDEN, 2005c, p.136). As “induições empírico-analíticas” seriam “como linhas divergentes, que terminam no vácuo, sem acertar alvo algum; não atinge a Realidade, a causa, a qualidade, o infinito” (ROHDEN, 2005c, p.125). A certeza não viria das provas, mas da intuição. Para o intuitivo, a certeza seria anterior à prova. Segundo se registra em uma das gravações de palestras de Rohden, Einstein teria dito em uma entrevista que “as provas [analíticas] são uma tentativa de justificar a certeza para aqueles que não têm certeza” (ROHDEN, 2017b).

A metafísica dinâmica permitiria, ao contrário da “física estática” (ROHDEN, 2005c, p.94), uma convergência rumo à Realidade, tornando possível a autoria de uma verdade, que é “harmonia entre (...) pensamento ou intuição e a Realidade Cósmica” (ROHDEN, 2005c, p.138). Tal harmonização só poderia se originar de uma construção racional, seja pela matemática, pela metafísica ou pela mística – onde residiria, segundo Rohden, o “princípio creador” (ROHDEN, 2005c, p.119).

O Universo, diz Rohden, “é um todo orgânico”, onde não há “seres isolados, como às vezes nos parece”. Esta organicidade – uma vitalidade colaborativa – traduz-se na percepção de seres de todo o Cosmos “inter-relacionados e interdependentes” (ROHDEN, 1962b, p.69). No monismo esta inter-relação é percebida na medida em que se considera o átomo metafísico presente em cada minúscula parte dos corpos e energias existentes: a Essência está contida em todo existente. O que é transcendente está e se apresenta na imanência, existindo interdependência

porque nada existe nem pode existir realmente separado do cosmo. Os indivíduos finitos são manifestações parciais do Todo Cósmico, mas não são partes ou parcelas separadas desse Todo. Essas manifestações individuais e parciais estão para o Todo cósmico assim como os pensamentos estão para o pensador: não são partes separadas dele, mas são manifestações parciais do pensador, distintas dele, nem separadas nem idênticas (ROHDEN, 2009b, p.46)

A inter-relação e dependência mútua não se esgota no que está “dentro do corpo”. Em linguagem rigorosamente monista,

antes o corpo está dentro da alma. (...) mais ou menos como uma luz elétrica está dentro da lâmpada de vidro, que circunda o vácuo dentro do qual incandescem os filamentos metálicos. A luz, é certo está dentro deste espaço vítreo, mas ultrapassa-o de todos os lados, espalhando-se, por vezes, a enorme distância e enchendo vastos espaços com sua luminosidade.
(...)

Os objetos que circundam o corpo podem ser atingidos pela alma, e, se esta encontrar veículo ou instrumento apropriado, pode ela influenciar perceptivelmente os objetos circunjacentes. Se o foco solar clareia e acalenta objetos que se acham, como a nossa terra, a 150 milhões de quilômetros (...) por que não poderia um poderoso foco espiritual afetar os seres vizinhos ou distantes, sem por isto abandonar o corpo que lhe serve de meio individualizador (ROHDEN, 1962b, p.68-69)?

O imanente está contido no transcendente. O transcendente é maior que o imanente. Eis outro fator que conecta todos. A alma universal nos habita, mas é nela que todos habitamos, como disse Paulo de Tarso aos homens cultos de Atenas (At 17, 28)⁶⁷. Trata-se do “Ser no qual vivemos, nos movemos e temos a nossa existência” (ROHDEN, 2013c, p.17).

Em continuidade e coerência ao monismo cósmico, Rohden professava o cristianismo cósmico, aproximando-se do conceito do Cristo Cósmico, de que também tratou Teilhard de Chardin (ROHDEN, 2011a, p.29). O livro publicado em 1970, “Que vos parece do Cristo?” (ROHDEN, [20--?]h), sintetiza esta aproximação ao lado do póstumo “O Cristo Cósmico e os Essênios” (ROHDEN, 2011a), uma reunião de textos inéditos e outros já publicados – incluindo alguns capítulos do escrito de 1970.

O Cristo Cósmico é, segundo Rohden, “uma criatura cósmica” (ROHDEN, [20--?]h, p.66), a “primeira de todas as criaturas – cósmicas, não humanas – que emanaram da eterna Divindade” (ROHDEN, s.d., p.20). É a “mais alta individuação da Divindade Universal” (ROHDEN, [20--?]h, p.66), a “mais perfeita emanção da Divindade” ou “a mais perfeita existência emanada da Essência” (ROHDEN, [20--?]h, p.23). Trata-se de um ser “finito e evolvível” dotado de uma perfeição “indefinidamente perfectível” (ROHDEN, [20--?]h, p.24), por isso não passível de compreensão analítico-intelectual. É “o canal-mestre do mar da Divindade”, de onde saem outros canais diretamente ligados à ele e “indiretamente ao mar da Divindade” (ROHDEN, [20--?]h, p.68).

Neste ponto, diferenciam-se os conceitos “Deus” e “Divindade”. Segundo Rohden, é na explicitação desta diferença que “toda a cristologia dos livros inspirados se torna compreensível” (ROHDEN, [20--?]h, p.21) e a grande “confusão tradicional” entre os teólogos (ROHDEN, [20--?]h, p.12), motivo de “controvérsias seculares e milenares” (ROHDEN, [20--?]h, p.17), deixa de fazer sentido. A Divindade – também denominada de *Yahveh*, em hebraico, ou *Brahman* no sânscrito hindu (ROHDEN, s.d., p.25) – seria diferente de Deus: a Divindade

⁶⁷ No segundo livro bíblico atribuído à Lucas, “Atos dos apóstolos”, capítulo 17, versículos 22 a 34, encontra-se a passagem em que Paulo de Tarso discursa em um ambiente de Atenas: ²³ Percorrendo a vossa cidade e examinando os vossos monumentos sagrados, até encontrei um altar com esta inscrição: Ao Deus desconhecido. Pois bem! O que venerais sem conhecer, é o que vos anuncio. (...) ²⁸ É nele, realmente, que vivemos, nos movemos e existimos, como também o disseram alguns dos vossos poetas: “Pois nós somos também da sua estirpe”.

e Deus são Um; a Divindade está em Deus e Deus está na Divindade; mas, a Divindade é maior do que Deus.

O Cristo cósmico é o “proto-Deus da Divindade”; “o primeiro Deus ou emanção oriunda da Divindade”; “o Unigênito do Pai” (ROHDEN, [20--?]h, p.21); “a mais alta manifestação individual do Espírito Universal” (ROHDEN, 2009a, p.43); “‘o Primogênito de todas as criaturas’ do Universo”. O “Cristo é Deus, mas, não é a Divindade” (ROHDEN, [20--?]h, p.11). “Deus é uma emanção da Divindade, mas não é a Divindade” (ROHDEN, [20--?]h, p.20).

Esta compreensão harmoniza-se, segundo Rohden, com “o Alfa e Ômega” de todos os ensinamentos epistolares de Paulo de Tarso (ROHDEN, 2011a, p.71) e com os ensinamentos de Jesus:

Neste sentido, escreve Paulo de Tarso que Cristo é o *protótokos*, o primogênito de todas as criaturas; ele é criatura, assim como Deus é criatura; somente a Divindade não é criatura, mas unicamente creadora. O Cristo é o “Unigênito do Pai”, segundo João [Jo 1, 1-3], o único gerado da Divindade; nós somos os “Cristos-gêmitos”, porque “por ele foram feitas todas as coisas, e nada do que foi feito foi feito sem ele”. Por isso, quando Jesus fala, frisa sempre que não fala em nome do seu Jesus humano, mas sim do seu Cristo divino do Pai que está nele; não fala em nome do seu canal-Jesus, mas sim em nome da sua fonte-Cristo, porque esta fonte, o Pai, está nele (ROHDEN, 2011a, p.30).

Da passagem aludida do evangelho de João (Jo 1, 1-3) lemos, na tradução de Rohden, que “no princípio era o Verbo, e o Verbo estava com Deus [Divindade], e o Verbo era Deus [Divindade]”. O Cristo Cósmico, a “criatura cósmica que, antes do mundo material, emanou da Divindade transcendental” (ROHDEN, [20--?]h, p.12) é o que “a Vulgata Latina traduz por Verbo” (ROHDEN, [20--?]h, p.11) e o que no evangelho de João se escrevia como *Lógos*. Como lembra Rohden:

A palavra grega *Logos* é muito anterior à Era Cristã. Os filósofos antigos de Alexandria e de Atenas, sobretudo, Heráclito de Éfeso, designavam com *Logos* o espírito de Deus, manifestado no Universo. *Logos* seria, pois, o Deus imanente, em oposição à Divindade transcendente, que não é objeto de nosso conhecimento (ROHDEN, [20--?]h, p.11).

Como também teria admitido Teilhard de Chardin, Rohden destaca que “a Divindade transcendente é incognoscível; revelada como o Deus imanente, é cognoscível” (ROHDEN, [20--?]h, p.32). Esta cognoscibilidade do Deus imanente é aquela do conhecimento racional e intuitivo da pleni-consciência, “verdadeiro destino” do homem, conforme escrevia Rohden (ROHDEN, 2013a, p.118). Sob o entendimento do monismo e do cristianismo cósmicos, Rohden afirmava o homem, em sua natureza integral, sendo “crístico ou cristogênito” (ROHDEN, [20--?]d, p.67). O Deus imanente-transcendente que é Cristo em relação à

Divindade, é também o Deus transcendente-imanente em relação ao Homem. O Átomo que está contido e o Uno que contém é o Deus-Cristo, a emanção primeira da Divindade, do Tudo. Não é o Cristo identificado com a Divindade. É, ao invés, em uma relação monista, uno com a Divindade: mas, a Divindade é maior que o Cristo.

O Cristo Cósmico é a “Mente ou Mentalidade Cósmica” (ROHDEN, 2005c, p.95), o *Lógos*, o Verbo, *Brahma* no hinduísmo (ROHDEN, [20--?]h, p.25) ou, então, os *Elohim*. Este último termo, Rohden apresenta do hebraico, conforme teria sido escrito no texto bíblico do Gênesis. Este

principia com as palavras: “No princípio criaram os *Elohim* o céu e a terra”. O quarto Evangelho, de João, abre com palavras semelhantes: “No princípio era o *Logos*... por ele foram feitas todas as coisas”. Parece, pois, que as Potências Criadoras (em hebraico *Elohim*) são idênticas ao *Logos*, pelo qual foram criadas todas as coisas. *Elohim*, *Logos*, Verbo, Cristo – são nomes vários que designam a criatura cósmica que, antes do mundo material, emanou da Divindade transcendental (ROHDEN, [20--?]h, p.12).

Nota-se que, conforme escreve Rohden, *Elohim* – ainda que identificado com *Lógos*, Verbo, Cristo e *Brahma* – aparece atrelado à ideia de pluralidade ou diversidade. Fala-se “Potências Criadoras” (e não Potência) e “os *Elohim*” (e não “o” *Elohim*). Em conformidade à obra rohdeniana, não faria sentido pensar esta pluralidade em termos quantitativos: deve tratar-se de uma qualidade metafísica. Não seria correto pensar em diferentes individualidades, uma vez que Rohden é claro ao afirmar que o Cristo seria “a manifestação individual da Divindade universal” (ROHDEN, [20--?]h, p.11, p.31). Uma forma correta de considerar o plural no sentido aqui atribuído talvez seja aproximá-lo do alegado dinamismo da Realidade Mental, do verbo-agir. Ou, nas palavras de Rohden, da “atuação da Divindade Criadora”, do “Deus-Agir concreto” e do “aspecto concreto da Divindade abstrata do puro Ser” (ROHDEN, [20--?]h, p.25). É no dinamismo Mental do “Fluídico” e “Evolvível, que está em incessante evolução” (ROHDEN, [20--?]h, p.12), no “Pensamento Cósmico, ou Verbo Crístico”, que o Cristo Cósmico – que é Um com a essência eterna da Divindade – se faz criatura da Divindade em “existência temporal”, criando o “universo imaterial e material” (ROHDEN, 2009a, p.43). O individual crístico é mente pluralizada no correr do espaço-tempo.

Os homens, assim como o “Deus-Agir” do Cristo são individualidades emanadas da Fonte da Divindade. Porém, o Cristo Cósmico é o “canal-mestre” donde “partem outros canais” (ROHDEN, [20--?]h, p.67); é a “mais antiga individualidade cósmica, que, antes do princípio do mundo, emanou” (ROHDEN, [20--?]h, p.11) ou a “primeira e mais perfeita das manifestações da Divindade Universal”. O Cristo é “a criação única da Divindade, o único Teogênito”, já os homens “e todas as outras criaturas somos Cristo-gênitos, criados pelo

Cristo”. Como escrevera João acerca do Verbo ou *Lógos* em seu evangelho: ““Por ele foram feitas todas as coisas, e nada do que foi feito foi feito sem ele””⁶⁸ (ROHDEN, [20--?]h, p.17, p.25).

Ainda que receptivo e estudioso das diferentes culturas religiosas, Huberto Rohden existiu e consolidou sua existência no Ocidente cristão, em meio à figura do homem de Nazaré, Jesus, a quem se atribui identidade ao Cristo. Neste sentido, ele buscou explicar o Cristo Cósmico em relação à figura localizada e histórica de Jesus. Em 1935, publicou pela primeira vez um ensaio biográfico em dois volumes sob o título “Jesus Nazareno” (HUBERTO, [19--?], p.126). Diante de suas ideias acerca do monismo e do Cristo cósmicos afirmou que “os teólogos eclesiásticos” ensinavam que o Cristo seria “apenas aquele Jesus de Nazaré”, não fazendo “distinção entre o Jesus humano e o Cristo” (ROHDEN, 2011a, p.53). Entretanto, o Cristo sob a forma humana de Jesus teria afirmado ser “Deus, mas nunca afirmou ser ele a própria Divindade” (ROHDEN, [20--?]h, p.12).

O apóstolo Paulo sabia desse Cristo Cósmico, que existia muito antes da sua encarnação em Jesus de Nazaré, como ele escreve aos Colossenses⁶⁹, este Cristo “é a imagem do Deus invisível, o Primogênito, anterior a toda creatura; nele foram criadas todas as coisas, no céu e na terra, visíveis e invisíveis, tronos e dominações, principados e potestades – tudo foi criado por ele e para ele; ele está acima do universo, e é nele que o universo subsiste”. (...) [Também na carta aos Filipenses⁷⁰] vem claramente expressa a existência pré-histórica do Cristo Cósmico que “subsistia na forma de Deus”, isto é, como a mais alta forma ou individualização da Divindade, na “divina igualdade”; mas “despojou-se” (em grego esvaziou-se) dessa forma divina do Cristo Cósmico e revestiu-se da forma humana do Cristo telúrico, aparecendo como homem no exterior, mas permanecendo Cristo Cósmico no interior (ROHDEN, 2011a, p.53-54).

Assumindo a encarnação histórica do Cristo Cósmico em Jesus como um fato, Rohden procurou posicionar-se diante do paradoxo que seria esta queda “das alturas dos esplendores divinos” rumo ao mundo humano (ROHDEN, [20--?]h, p.29). Para isto, encontrou no termo sânscrito *avatara*, de significação “descido”, uma explicação tradicional para designar um ser de elevada condição cósmica que desce “da sua altura às baixadas de regiões inferiores”. Por ilustrar um caminho aparentemente inverso, uma “contra-corrida, ou antidromia”, Rohden denominou este problema de “antidromia paradoxal dos avatares” (ROHDEN, [20--?]h, p.14).

⁶⁸ Jo 1, 3.

⁶⁹ Cl 1, 15-19: ¹⁵ Ele é a imagem do Deus invisível. O Primogênito de toda a criação ¹⁶ porque nele foram criadas todas as coisas nos céus e na terra, as visíveis e as invisíveis, os Tronos, as Dominações, os Principados e as Potestades, tudo foi criado por ele e para ele. ¹⁷ Ele existe antes de todas as coisas e todas têm nele a sua subsistência. ¹⁸ Ele é também a cabeça do Corpo, a Igreja. Ele é o princípio, o Primogênito dos mortos, pois devia ter em tudo a primazia. ¹⁹ Porque agradou a Deus que residisse nele toda plenitude.

⁷⁰ Flp 2, 6-11.

Os “teólogos dogmáticos” não poderiam admitir uma evolução ou caminhada do Cristo rumo a sua realização por identificá-lo “com a própria Divindade” (ROHDEN, s.d., p.16), a Realidade já realizada. Porém, sendo o Cristo criatura, pode-se pensá-lo inserido na afirmação de que “não existe em todo o Universo uma única criatura definitivamente realizada e incapaz de se realizar ulteriormente” (ROHDEN, [20--?]h, p.12). Mesmo o Cristo Cósmico, “a primeira e mais perfeita emanção” (ROHDEN, [20--?]h, p.17, 23, 24) da Realidade e, por isso, uma criatura altamente realizada, continua a ser sempre “ulteriormente evolvível ou realizável”, como são as “sinfonias inacabadas”. A “vida eterna não é uma chegada”, mas “uma incessante jornada (...) rumo ao Infinito, sem jamais coincidir com o Infinito” (ROHDEN, [20--?]h, p.12).

Rohden parte do pressuposto de que não há realização sem resistência. O Cristo Cósmico, “na zona excelsa da sua vivência não encontra essa resistência necessária”, restando-lhe “descer a regiões inferiores, em busca do meio necessário para sua evolução ulterior” (ROHDEN, [20--?]h, p.45). Tal acontecimento é impulsionado pelas “leis cósmicas”, que “não conhecem estagnação, nem involução”, mas “incessante evolução”. O Cristo Cósmico ter-se-ia feito avatar (“descido”), o “maior dos avatares do Universo” (ROHDEN, [20--?]h, p.13), em Jesus. Como que guiado “pela voz da sua consciência” (ROHDEN, [20--?]h, p.14), teria procurado a “resistência evolutiva do sofrimento, a fim de promover a sua espiritualização ulterior” (ROHDEN, [20--?]h, p.29) e “prosseguir na linha ascensional da sua evolução indefinida” (ROHDEN, [20--?]h, p.14).

Um grande ensinamento, segundo Rohden, contido na história de Jesus ou do Cristo feito história e carne em uma pessoa individual é o de que também “cada um de nós é um veículo telúrico do Cristo Cósmico” (ROHDEN, 2011a, p.55). O “‘espírito de Deus’ que habita em Jesus” também “habita em todo homem” (ROHDEN, 2011a, p.53). “Habitou entre nós, historicamente, na pessoa de Jesus de Nazaré – e habita em cada um de nós, permanentemente” (ROHDEN, [20--?]h, p.24). Competiria ao homem despertar em si essa luz oculta e acendê-la em chama permanente.

1.2.8. Caminhos críticos e uma síntese

Há pelo o menos três cenários de escassez bibliográfica: um acadêmico, um biográfico e um crítico. De Huberto Rohden, faltam trabalhos de pesquisa científica nele inspirados, assim como carecem relatos históricos mais íntimos e singulares e, também, propostas de discussão e diálogo com outros autores ou tradições metafísicas.

Uma cronologia publicada pela primeira vez em 1988, junto ao livro intitulado “O Pensamento Vivo de Huberto Rohden”, recebeu uma apresentação quando da edição da obra “O Cristo Cósmico e os Essênios”. Nela registra-se que vários estudiosos da obra de Rohden no Brasil estavam escrevendo trabalhos biográficos sobre o filósofo e que, em virtude de seu primeiro centenário de nascimento, em 1993, provavelmente, seriam publicadas algumas dessas produções (HUBERTO, [19--?], p.122). Apesar destas afirmações, foram encontrados apenas oito textos sobre o filósofo – incluindo a mencionada cronologia – sendo que apenas um deles – de Evaldo Pauli – está explicitamente vinculado às comemorações do centenário. Um dos textos é a autobiografia “Por um Ideal” (1962bc) que, conforme as leituras realizadas, serviu como referência bibliográfica principal de todos os outros textos.

Além da cronologia – encontrada em algumas edições da compilação póstuma “O Cristo Cósmico e os Essênios” (HUBERTO, [19--?]) – outro texto proposto a funcionar como linha do tempo particular de Rohden, é encontrado com pelo o menos três títulos distintos: “Perfil biográfico”, “Vida e obra” ou “Vida e obra de Huberto Rohden (dados básicos)”. Ele pode ser lido em edições da Alvorada e Martin Claret e, também, em um conjunto de livros digitais que na Internet encontram-se sob uma mesma identidade diagramática apresentando o termo “universalismo” na capa.

Outros três textos caracterizam-se como homenagens, de caráter mais ou menos informativo ou didático. Um deles trata-se de elogio público pronunciado na Academia de Letras de Palhoça-SC, por Vanilda Tenfen Medeiros Vieira, intitulado “Panegírico a Huberto Rohden” (VIEIRA, [20--]). O outro texto, também originado em uma Academia de Letras catarinense, porém de São José-SC, é um livro. Denomina-se “Um pilar de luz no Cosmo: Huberto Rohden”, de autoria de Zoraida Guimarães ([2000?]). O terceiro, já mencionado acima, trata-se do discurso pronunciado por ocasião do centenário de nascimento de Rohden, em 1993, no Palácio Cruz e Sousa, em Florianópolis-SC. Elaborado e proferido pelo Professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Evaldo Pauli, registrou-se como sendo o “Discurso catarinense nº36”. Posteriormente, em 1997, transformou-se no verbete “Huberto Rohden: um filósofo da religião” da enciclopédia em esperanto, Simpozio. O texto acessado nesta dissertação foi uma versão incompleta em português do original em esperanto (PAULI, 1997).

Há também uma tese de doutorado em Ciências da Religião, defendida em 2014 na PUC-Goiânia, intitulada “O sermão da montanha na visão do filósofo cristão Huberto Rohden” (GUIMARÃES, 2014). Por fim, houve acesso ao ensaio virtual “Padre Rohden – Um longo

caminho”, disponível em site pessoal do padre de Florianópolis-SC, José Artulino Besen (BESEN, [201-]).

Apenas neste último ensaio são encontrados movimentos próximos a uma crítica, expressando possibilidades de contrapontos, contrariedades ou dados divisórios tanto em relação às ideias e posturas pessoais do filósofo, quanto aos textos sobre o autor. Em relação a estes últimos, embora não apresente as referências consultadas, padre Besen registra notar falta de objetividade e excesso de subjetividade. Diz que “ou se está diante de admiradores tomados pelo encantamento ou por adversários que nada enxergam além de erro e soberba”. A única referência textual apresentada é o ensaio de Pauli, porém diferentemente do juízo geral, apresenta-o como um bom trabalho “pela objetividade, conhecimento pessoal e semelhante experiência de vida” (BESEN, [201-]).

Besen, além de alegar um possível excesso de ressentimento de Rohden contra a Igreja nas páginas de sua autobiografia, propõe que o filósofo poderia se considerar superior a outros clérigos por acreditar ter descoberto o verdadeiro cristianismo e compreendido a verdade contida no Evangelho. Essa certeza teria influenciado traços de uma personalidade autoritária e com pouca capacidade para o diálogo, características que, segundo Besen, não seria historicamente incomum entre pessoas que passam por uma profunda experiência religiosa. Diante de ponderações de amigos e parentes próximos em relação ao desligamento de Rohden da Igreja Católica, registra-se que dele era dito: ““Ele não escuta ninguém!”” (BESEN, [201-]).

Diante destas ponderações talvez demasiadamente subjetivas, um outro lado pode ser levantado. Zoraida Guimarães ([2000?]), por exemplo, escreveu que Rohden “era humilde e manso de coração, muito embora parecesse austero, e um tanto solene”, além de que raramente sorria. Há também esta citação da autobiografia de Rohden contrapondo-se, ao menos teoricamente, às opiniões de Besen. Ela indica o reconhecimento do filósofo quanto à incompatibilidade da arrogância com o conhecimento:

Quanto mais o homem pensa e estuda, tanto mais se convence de que o seu saber é uma gota – e o seu não saber é um oceano. (...) o homem que ignora a sua própria ignorância é, em geral, intolerante, e quase sempre apodíctico em suas afirmações e negações; porquanto vigora estreita afinidade entre ignorância e arrogância (ROHDEN, 1962b, p.87).

Das aproximações de Rohden com a matemática, física, química, biologia, história e apicultura, Besen diz que analistas de sua obra teriam percebido que o filósofo tentava tratar de questões que não eram de sua especialidade ou domínio. Sendo assim, comentários sobre

entropia, física quântica, relatividade⁷¹, evolucionismo e afins acabavam guardando mais relação com fontes de divulgação leiga, do que com as científicas. Misturando temas e conceitos, Rohden acabaria invadindo alguns terrenos acadêmicos, propondo-se a participar de complexos debates como “Relatividade *versus* Física Quântica ou Darwin *versus* Teilhard de Chardin”, porém sem a devida qualificação. Levanta-se a impressão de que o amálgama entre ciência, filosofia e esoterismo gnóstico operado por Rohden, estaria ligado a uma tentativa do filósofo em causar a impressão de dominar a Ciência. Acerca de sua alegada relação de convívio, amizade e discussões em alemão sobre questões filosóficas com Einstein (depreendida da leitura de todos os outros textos aqui mencionados), Besen levanta a hipótese de uma “amizade platônica”, “como um fã conhece um ídolo”. Acerca das investidas de Rohden com terminologias e uso das palavras, é dito que estaria transformando problemas que seriam próprios da linguística em problemas filosóficos (BESEN, [201-]).

Besen coloca os escritos de Rohden contendo um moralismo a sufocar o humanismo, prevalecendo proposições do tipo faça isto e não faça aquilo. O núcleo de sua obra teria sido a apresentação de uma moral de domínio da vontade para a purificação interior, com a intenção de ensinar a viver e ser feliz. Neste sentido, Rohden poderia ser enquadrado entre os conferencistas de auto-ajuda (BESEN, [201-]).

Padre Besen, reivindicando o lugar de fala de um professor de História das Religiões, Antropologia Religiosa e História da Igreja, ressalta que qualquer especialista em história das religiões deveria cuidar para não “comparar crenças, línguas, rituais ou conceitos de diferentes religiões como se significassem a mesma coisa”, sob o risco de generalizar e transformar indevidamente espiritualidades culturais no que elas não são. Tal postura estaria presente na obra de Rohden, gerando equívocos como seria a conclusão paradoxal de que Deus não tem nome ou tem vários nomes. Além disto, ainda que sem explicitar os motivos, alegou estranheza com as aproximações do Cristo Cósmico de Rohden ao Movimento da Nova Era e de sua obra sendo difundida por institutos espíritas e de teosofia (BESEN, [201-]).

As opiniões do padre Besen talvez sejam tendenciosas em demasia, representando uma opinião específica de um setor da Igreja Católica. Uma passagem da autobiografia de Rohden

⁷¹ A título de exemplo das dificuldades encontradas, em texto do Grupo de Ensino de Física da Universidade Federal de Santa Maria, lê-se: “Dizer que massa e energia são equivalentes significa identificar a propriedade de permanecer em repouso ou em MRU com a propriedade de realizar trabalho. Na Física, isso não tem qualquer sentido. Dizer que massa pode ser convertida em energia com base na relação $E=mc^2$ é um ato tão descabido na Física quanto dizer que energia pode ser convertida em momentum com base na relação $E=pc$ ou dizer que energia pode ser convertida em frequência com base na relação $E=h\nu$ ” (MAS MASSA, 2020).

pode servir de contraponto reflexivo, justamente por destacar a humildade no reconhecimento dos limites do saber humano:

Quantas vezes não eclipsa a ingênua sabedoria dos simples a orgulhosa ciência dos eruditos! O sábio sabe que nada sabe – o ignorante ignora sua própria ignorância... Sempre é preferível saber a sua insipiência a ignorar a sua ignorância... Nunca aprendemos melhor do que quando estamos convencidos de que o nosso saber é uma fração infinitesimal do nosso não-saber (ROHDEN, 1962b, p.49).

Com exceção do texto de Pauli (s.d.) e a autobiografia “Por um Ideal” (ROHDEN, 1962bc), todos os outros textos mencionados – ainda que de forma muito breve – trazem um elemento pessoal-familiar da vida de Rohden que pode ter alguma relevância. Trata-se de seu casamento, em meados de 1944, ano em que entrega sua ordenação sacerdotal, com Anna Maria Gerda Magdalena Rosenthal, natural de Berlim. Esta união, cujos textos apontam para um “desquite amigável” em 1975 (GUIMARÃES, 2014; HUBERTO, [19--?]; GUIMARÃES, [2000?]; VIEIRA, [20--]), gerou o filho do casal, Renê-Paulo, que ainda criança, em 1953, foi diagnosticado com séria doença cerebral. Em virtude deste diagnóstico, mudou-se com a mãe para os Estados Unidos, onde segundo se registra os recursos médicos eram mais avançados (HUBERTO, [19--?], p.129). Ainda que a Cronologia (HUBERTO, [19--?]) aponte que o filho veio a falecer em 1977, buscas na internet levam a um memorial de túmulos registrando a lápide de “Renê-Paulo Rohden”, com nascimento em 11/05/1945 e sepultamento em 01/03/1975, no *Goleta Cemetery District*, na Califórnia⁷².

Elementos biográficos como este despertam a curiosidade para movimentos de pesquisa e investigação. Também os movimentos crítico apresentados, ainda que aparentemente mais subjetivos e tendenciosamente localizados, instigam buscas por críticas mais bem elaboradas, inclusive que pudessem ser concentradas em diálogo com a tradição disciplinar da Metafísica.

Zoraida Guimarães ([2000?], p.53) conta de seu encontro com um pequeno cartaz afixado na parede de uma igreja em São João Batista-SC. O papel continha uma frase de autor anônimo, sendo anotada na página de rosto de um livro de Rohden que ela carregava consigo. A proposição era a seguinte: “Que tua própria vida seja um Evangelho, porque muitos dos que encontrares no teu caminho só saberão ler este livro”. Em suas reflexões posteriores diz ter percebido que a obra de Rohden coadunava-se em profundidade com a recomendação anônima.

Do que se depreende de sua obra, Rohden buscou fazer de suas leituras, estudos, escritos, aulas e conferências um todo coerente a manifestar uma vida não apenas dedicada,

⁷² Disponível em: <https://pt.findagrave.com/memorial/82731890/rene-paulo-rohden>. Acesso em: 10 out. 2020.

mas integrada ao Evangelho ou Boa Nova do Cristo Cósmico. Desta integração imaginou poder participar de um reanunciamento da Humanidade crística e cósmica.

Este re-anunciar, ou anunciar de novo, indica que a Boa Nova não seria propriamente nova, pois é a expressão da Verdade eterna. Para ilustrar esta condição, Rohden vai ao evangelho de João e recupera o que compreendeu como ensinamentos lapidares de Jesus: “o que ensino não é doutrina minha, mas, sim, daquele que me enviou” e “as palavras que vos digo não digo de mim mesmo; e as obras, quem as faz é o Pai, que permanece em mim”⁷³. Rohden escreveu:

Quando o canal A recebe as suas águas de canal B, mas todas as águas vêm da fonte I (Infinito), por que deveria A mencionar B? Não bastaria dizer que suas águas vêm da fonte I? De resto, quem pode afirmar e reivindicar para si, exclusivamente, a paternidade dos seus pensamentos? Será que eu ou algum dos meus leitores podemos afirmar: esta ideia é exclusivamente minha e de mais ninguém? Mesmo que a nossa influência não seja consciente, quem nos garante que não haja influência inconsciente de outras pessoas? Em última análise, somos todos “plagiários”. A lei proíbe o plágio direto – mas não há lei para plágios indiretos. (...) Existe uma única Vida, uma única Mente, um único Espírito. Mas, esta Fonte única se manifesta através de muitos canais. Em última análise, todos os canais finitos recebem da Fonte Infinita. Talvez, seja esta a razão por que, na antiguidade, os livros apareciam sem autor individual – a humanidade coletiva é que era autora do livro (ROHDEN, 2011a, p.30).

Cada indivíduo humano é entendido como alma individual, por natureza detentora de livre-arbítrio, vivendo em dimensões corporal, emocional e mental integradas espiritualmente de forma singular. Esta singularidade está manifesta em uma existência única e irrepetível, a vivenciar experiências também únicas e irrepetíveis. Do Essencial do Todo, cada indivíduo-alma, espírito-corpo-emoção-mente, só pode saborear um sabor próprio e exclusivo, embora o que se saboreie seja uma mesma e única Realidade.

Ao mesmo tempo que não há nomes ou definições finitas que possam esgotar os muitos referentes das experiências singulares, é possível chamar ou nomear o infinito de “infinito”, inclusive escrevendo-lhe diferenciações e definições analíticas. Rohden acolhe este paradoxo, mas o considera sem sentido nas esferas mais avançadas do desenvolvimento humano rumo à Verdade.

Esta Verdade é o *Lógos*, o Verbo ou o Cristo, a creatura unigênita que representa a máxima atividade creativa no Universo: criação e dinamicidade ilimitadas. O indivíduo humano experimenta a Verdade quando participa desta criatividade. Esta participação ou experiência se dá em três níveis de consciência e em quatro esferas de evolução. A primeira esfera é a material, núcleo do desenvolvimento. Seguem-se a vitalidade da biosfera, a

⁷³ Jo, 7:16 e Jo, 14:10.

intelectualidade da noosfera e a racionalidade da logosfera. A cada uma destas três últimas corresponde uma possibilidade de consciência.

A consciência pré-hominal é subconsciente ou inconsciente, não tem consciência de si própria. A consciência que principia o hominal é consciência analítica, que se percebe no *cogito* que define, pergunta, mensura e nomeia a si mesmo. A próxima consciência é do hominal avançado, pleno, anunciado na Boa Nova. Esta sabe de si não por conta do que formula intelectualmente, mas do que saboreia e sente de forma passivamente dinâmica ou ativamente passiva: pensa-se sendo cosmo-pensada, conscientiza-se sendo cosmo-conscientizada. Do ego parcial, pode-se chegar ao Eu integral. Para tanto, não há necessidade de autoridades externas, mas sim de uma integração interna, via autoeducação, com o Cristo Cósmico, unigênito vivo e em movimento sempre expansivo com a Divindade.

Neste texto introdutório, sinteticamente e em termos de uma filosofia metafísica que possa ser aplicada à vida, considera-se que o pensamento de Rohden apresenta um ponto nuclear. Todo esforço analítico de estudo e compreensão dos conceitos da filosofia univérsica tem como centro a prática da oração meditada ou cosmo-meditação. Para escutar as mensagens que vêm do Universo, para abrir-se à dimensão espiritual e racional, pode e deve o homem aventurar-se pelo silêncio intuitivo, o silêncio-plenitude de que fala Rohden. É diante deste núcleo prático que se justifica a pertinência de produções interpretativas e analíticas sobre sua obra.

A filosofia de Rohden é um estímulo à fé como sintonização às ondas do pensamento cósmico. É um incentivo à boa vontade de exercitar-se gradual e habitualmente na meditação-oração, abrindo-se à receptividade do pensamento cósmico. A filosofia univérsica faz esperar que de constantes e inicialmente difíceis afinações dos receptores racionais, pode-se chegar a uma condição de atitude individual em permanente afinação com o Emissor Divino.

Conforme anuncia a Boa Nova traduzida e reanunciada na produção filosófica singular de Huberto Rohden, é via cosmo-meditação – ferramenta de depuração ética – que a pessoa pode cumprir o destino cósmico da Humanidade cosmocrática. Este destino está refletido na ideia de integralidade para Rohden: a conexão da pessoa com a alma do Universo, abrindo-se a um mundo existencial em que se manifestam as essencialidades da saúde, da felicidade, do bem-estar, da alegria e da ética mística e amorosa.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Objetivo 1: identificar como o conceito de integralidade aparece em meio às representações e práticas de profissionais de enfermagem psiquiátrica em um Centro de Atenção Integral à Saúde de um município do interior paulista.

Objetivo 2: analisar o conteúdo destas representações e práticas colocando-as em interlocução com o referencial teórico de Huberto Rohden, propondo proximidades, distanciamentos, possibilidades e impossibilidades de diálogo.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Do tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa empírica de abordagem qualitativa e caráter exploratório.

Os dados em entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico foram coletados da experiência de contato relacional com profissionais de enfermagem da saúde mental de um Centro de Atenção Integral à Saúde do interior paulista. Foram analisados segundo a perspectiva da qualidade da compreensão.

Ao invés de procurar explicar os fenômenos observados via criação de modelos estatísticos visando à previsibilidade, a abordagem qualitativa conduz ao aprofundamento dos dados vinculados à dimensão não-objetiva e não-previsível dos processos humanos e sociais: relações, hábitos, representações, significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, etc (MINAYO, 2016, p.21). Como trabalho compreensivo, a pesquisa considerou “*a complexidade, a especificidade e as diferenciações internas*” dos dados a partir de sua contextualização e singularidade (MINAYO, 2016, p.24). Estas características determinam a natureza empírica e qualitativa da pesquisa.

Uma vez que teorias específicas não foram desenvolvidas acerca da relação entre a possibilidade de diálogo da integralidade de viés filosófico-metafísico com os profissionais da saúde (mental), caberá a investigação “*ir propondo um novo [ou original] discurso interpretativo*” para o fenômeno observado (MINAYO, 2016, p.17). Essa característica determina o caráter exploratório da pesquisa.

3.2. Do local

A instituição onde foi realizada a pesquisa⁷⁴ iniciou suas atividades em 1950 sob a denominação de “Sanatório Colônia”, com a finalidade de atender portadores de tuberculose. Na época, esta doença

tinha uma representação social singular. Apesar de a cura, naquele período, ser fundada no clima, na alimentação e no repouso, a doença era marcada culturalmente por uma imagem ambígua: carregava, ao mesmo tempo, a aura poética da boemia e a repulsa que exigia o isolamento imediato do infectado (CAIS-β).

⁷⁴ Tendo em vista manter o compromisso ético de sigilo e anonimato dos participantes desta pesquisa, optou-se por denominar a instituição local da coleta de dados como CAIS-β. Quando existirem citações diretas e/ou indiretas à documentos locais será indicada apenas esta denominação.

O número de óbitos diários impulsionados pela enfermidade era elevado. Não raro, nos anos 1950, ocorriam até seis mortes por dia. Neste cenário, o Sanatório recebia médicos e estudiosos de várias regiões para o estudo da patologia (CAIS-β).

No final da década de 1960, o “Sanatório Colônia” passou a tratar os distúrbios psiquiátricos apresentados pelos pacientes tuberculosos. O isolamento do “Sanatório Colônia” e sua vocação confinatória levaram à transformação do complexo, a partir da primeira metade da década de 1970, em uma estrutura manicomial subordinada ao Departamento de Psiquiatria I da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo. A partir de então, o “Sanatório Colônia” passou a ser denominado de “Hospital Psiquiátrico”, recebendo pacientes psiquiátricos, com ou sem tuberculose, oriundos do Departamento Psiquiátrico II do Hospital Psiquiátrico do Juqueri, em Franco da Rocha-SP. Neste período, o tratamento manicomial era severo, com a utilização de camisas-de-força, quartos de isolamento com camas de alvenaria e choques elétricos (CAIS-β).

A partir de 1996, acompanhando o Movimento de Luta Antimanicomial em andamento no país, o “Hospital Psiquiátrico” acolheu “um projeto assistencial norteado pelo acolhimento, vínculo, responsabilidade e resolutividade, promovendo a individualização e a ressocialização dos pacientes” (CAIS-β). Sob esta perspectiva e “considerando a importância da consolidação da assistência integral aos usuários da área da saúde mental e da preservação dos seus direitos” e “a necessidade de implantação de um modelo gerencial que possibilite[asse] uma gestão participativa e viabilize[asse] a implementação do novo modelo assistencial”, um decreto estadual de 1999 alterou a denominação do “Hospital Psiquiátrico” para “Centro de Atenção Integral à Saúde” (CAIS) (CAIS-β).

Situado no interior do Estado de São Paulo, trata-se de instituição pública da administração direta do Governo do Estado, subordinada à Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde.

Ainda que o último Decreto tenha excluído a denominação de “Hospital Psiquiátrico”, no Relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos no Brasil, publicado em 2019 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), o CAIS-β está relacionado entre os 131 hospitais psiquiátricos com habilitação ativa em setembro de 2018. Está registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com tipo de habilitação “632, nível II”: estabelecimento de saúde com número de leitos de psiquiatria entre 161 e 240.

Também se observa que tanto na Portaria MS nº3088/2011 (BRASIL, 2011c), quanto na Resolução CIT nº32/2017 (CIT, 2017b) – que estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento

da RAPS – não consta entre os componentes e/ou pontos de atenção a denominação de “Centro de Atenção Integral”.

Em atenção a este ponto, considerando-se os serviços prestados pelo CAIS-β e as normativas citadas, são identificados pelo o menos três denominações de atuação conforme a legislação: atenção psicossocial especializada (CAPS II), atenção hospitalar (“Hospitais Psiquiátricos Especializados” ou “Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”) e estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos I e II”).

Na Portaria MS nº3088/2011 (BRASIL, 2011c) são explicitadas as seguintes definições:

Art. 7º (...) O Centro de Atenção Psicossocial (...) é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar.

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes.

(...)

Art. 10º (...) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, (...) sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

(...)

Art. 11º (...) Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Embora não exista a denominação na legislação, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), ao traçar sugestão de diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil em 2014, faz constar a diferenciação terminológica referente aos “Centros de Atenção Integral em Saúde Mental (CAISM)” como pontos específicos de atenção na rede. São definidos como

serviços que devem atuar tanto na atenção secundária como na terciária, pois contemplariam um atendimento completo em todos os níveis de complexidade (ambulatório, pronto-socorro, CAPS, AME, hospital-dia e hospital para internação em tempo integral), exercendo papel de formação e capacitação de profissionais de saúde mental em áreas carentes de recursos humanos, além de dar suporte técnico para os CAPS e as UABs (ABP et al., 2014, p.12).

Em seu Regimento, o CAIS- β apresenta como missão “oferecer assistência especializada em saúde mental, bem como, para portadores de patologias clínicas que necessitam de cuidados prolongados, norteadas pelos princípios do SUS” (CAIS- β).

Oito são as finalidades regimentais listadas:

- I. Prestar assistência especializada, em regime de internação, ambulatorial e de residência terapêutica, na área de saúde mental, observadas as necessidades locais e regionais;
- II. Prestar assistência especializada, em regime de internação, para portadores de patologias clínicas que necessitam de cuidados prolongados.
- III. Qualificar o processo de transformação da assistência em saúde mental com objetivo de garantir a proteção e os direitos da clientela assistida e manutenção do modelo assistencial humanizado;
- IV. Qualificar e ampliar a assistência oferecida pelo Programa Álcool e Drogas, do CAIS-SR;
- V. Implementar projetos específicos no Programa de Reabilitação Psicossocial Assistida;
- VI. Atuar como referência para atendimento à área de Saúde Mental, compondo a rede assistencial em sua área de abrangência;
- VII. Ser campo de aprendizado para ensino e pesquisa de graduação e pós-graduação;
- VIII. Promover a Gestão Participativa em todos os níveis (CAIS- β).

Da visão institucional coloca-se o “alcançar a excelência na assistência em saúde mental; ser referência na gestão do conhecimento; e inovar e ampliar a oferta de serviços”. Quanto aos valores institucionais, listam-se: “ética, humanização, respeito, entusiasmo, solidariedade, formação e qualificação profissional, preservação da história, responsabilidade e compromisso social” (CAIS- β).

À época da coleta de dados (novembro de 2018), confrontando o Regimento Interno de 2017 com informações comunicadas por funcionário técnico dos Recursos Humanos a nos auxiliar, verificamos que a estrutura do CAIS- β apresentava, além de um Museu (Museu da Psiquiatria), diferentes serviços e setores sob gestão de uma Gerência de Recursos Humanos (GRH) e cinco Gerências de Atenção Integral à Saúde (GAIS). Os profissionais de enfermagem trabalhavam conforme a divisão estabelecida em dois grandes programas de atuação: o de Serviços Hospitalares e o de Serviços Ambulatoriais.

O Programa de Serviços Ambulatoriais envolvia as GAIS I e V. A primeira estava circunscrita aos Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) a ocorrer em casas no próprio CAIS e na cidade onde se localiza. Tais serviços vinculam-se a ações terapêuticas, educativas e sócio-recreativas voltadas ao abrigo de moradores que tiveram alta, mas que não podem retornar ao convívio familiar.

Segundo informação verbal, no espaço do CAIS- β há usuários-moradores que ali vivem desde o final da década de 1970. A GAIS V responsabiliza-se pelo Centro de Atenção

Psicossocial II (CAPS II). Trata-se de atenção psicossocial a pessoas referenciadas pela rede de serviços de saúde dos municípios vizinhos ou por demanda espontânea. O acompanhamento ambulatorial volta-se para usuários a partir de 13 anos de idade com transtorno mental severo e persistente e portadores de transtornos de comportamento decorrente do uso indevido de substâncias psicoativas.

Segundo levantamento, obteve-se a seguinte distribuição de usuários e profissionais de enfermagem:

Tabela 1 – Quantidade de usuários e de profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro), por setor, no Programa de Serviços Ambulatoriais do CAIS-β, em outubro de 2018.

PROGRAMA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS			
	GAIS I		GAIS V
	Serviço de Residências Terapêuticas		
	CAIS	Cidade	CAPS II
Usuários	73	41	316
Enfermeiro		2	2
Técnico	12	3	1
Auxiliar	23	11	7

Fonte: Análise documental e informação verbal (2018). Elaborada pelo autor.

Quanto ao Programa de Serviços Hospitalares, suas ações organizam-se em dois projetos: o de Reabilitação Psicossocial Assistida e o de Dependência Química e Atenção à Crise. O Projeto de Reabilitação é aplicado nas Unidades de Internação 1 e 4 sob responsabilidade, respectivamente, da GAIS II e uma sub-gerência subordinada à GAIS IV. O Projeto de Dependência Química e Atenção à Crise aplica-se nos Núcleos Intensivos de Álcool e Drogas (NAD masculino 1, NAD masculino 2 e NAD feminino), em regime de internação de média permanência, e na Unidade de Cuidados Prolongado (UCP), em regime de internação de longa permanência com baixa oferta de tecnologias duras. A mesma sub-gerência que comanda a Unidade 4 é responsável pelos Cuidados Prolongados, sendo que ambas funcionam espacialmente no mesmo lugar. A GAIS IV é a responsável direta pelos três NADs. Segundo informação verbal, foram recentemente desativados (dezembro de 2017) dezesseis leitos de um núcleo de atenção integral à crise de curta permanência, que funcionavam desde maio de 2011.

Segundo levantamento, obteve-se a seguinte distribuição de usuários e profissionais de enfermagem:

Tabela 2 – Quantidade de usuários e de profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) por setor no Programa de Serviços Hospitalares do CAIS-β, em outubro de 2018.

PROGRAMA DE SERVIÇOS HOSPITALARES						
	Projeto de Reabilitação Psicossocial Assistida		Projeto de Dependência Química e Atenção à Crise			
	GAIS II	Sub-GAIS IV	GAIS IV			Sub-GAIS IV
	Unidade 1	Unidade 4	NADM1	NADM2	NADF	UCP
Usuários	53	33	20	20	20	20
Enfermeiro	4	2	2	2	2	2
Técnico	7	12	6	5	10	13
Auxiliar	34	19	11	10	5	21

Fonte: Análise documental e informação verbal (2018). Elaborada pelo autor.

À GAIS III cabe a gestão dos serviços de apoio técnico, a saber: farmácia, posto de coleta, esterilização, serviço de odontologia e de fisioterapia. Subordinados a esta gerência registram-se técnico e auxiliares de enfermagem. Arelados diretamente à Gerência de Recursos Humanos encontra-se uma creche ou “Centro de Convivência Infantil” com técnico e auxiliares e dois Programas (Apoio ao Trabalhador e Bem Estar e Hábitos Saudáveis), um “Cantinho da Beleza”, Núcleo de Pessoal, SESMT e Serviço de Seleção e Desenvolvimento onde atuavam profissionais enfermeiro e auxiliar. Além das gerências, distinguem-se o Núcleo de Informação (responsável pela organização, armazenamento e guarda de prontuários médicos), onde atua uma enfermeira, e setores variados onde se realocaram auxiliares de enfermagem: garagem, setor financeiro, setor de patrimônio e setor de protocolo, setor de Tecnologia da Informação (TI) e secretaria da Direção.

Tabela 3 – Quantidade de profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) em setores variados do CAIS-SR, em outubro de 2018.

	GAIS III	Gerência de RH			Outros				
	Farmácia, coleta, esterilização, odontologia e fisioterapia	Centro de Convivência Infantil	Núcleo de Pessoal, SESMT, Serviço de Seleção e Desenvolvimento, Programas de Apoio ao Trabalhador e de Bem Estar e Hábitos Saudáveis e Cantinho da Beleza	Núcleo de Informação	TI	Secretaria da Diretoria	Garagem	Financeiro	Patrimônio e Protocolo
Enfermeiro	-	-	1	1	-	-	-	-	-
Técnico	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Auxiliar	4	3	1	-	1	1	3	3	2

Fonte: Análise documental e informação verbal (2018). Elaborada pelo autor.

Além dos setores em que os profissionais de enfermagem se distribuem pelo CAIS-β, verificou-se a possibilidade de suas atuações em colegiados como a Comissão de Ética em Enfermagem e a Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem e em um Grupo de Trabalho da Humanização. A distribuição quantitativa coloca-se da seguinte forma:

Tabela 4 – Quantidade de profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) previstos na composição de Comissões e Grupo de Trabalho do CAIS-β, em outubro de 2018.

GRUPO DE TRABALHO E COMISSÕES			
	Comissão de Ética de Enfermagem	Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Grupo de Trabalho da Humanização
Enfermeiro	6	10	1
Técnico	1	-	3
Auxiliar	3	1	4

Fonte: Análise documental e informação verbal (2018). Elaborada pelo autor.

3.3. Dos participantes do estudo

Na abordagem qualitativa não se busca representatividade estatística no número de participantes do estudo. Este deve ser um que possa ser considerado significativo levando-se em consideração os objetivos da investigação. Busca-se um número razoável que forneça variação de características e diversidade de atributos e qualidades. Desta forma, não foi demarcado um número *a priori* de participantes, sendo o critério de saturação a observação da suficiência aparente dos dados.

No segundo semestre de 2018, em conversas com a Gerência de Recursos Humanos da instituição *locus* da pesquisa, teve-se acesso ao universo quantitativo de profissionais enquadrados no escopo previsto (auxiliares de enfermagem, técnicos/as de enfermagem e enfermeiros/as). Além dos números de funcionários divididos por setores e serviços, também acessamos a quantidade de participantes em duas comissões (Comissão de Ética em Enfermagem e Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem) e em um grupo de trabalho (Grupo de Trabalho da Humanização).

Em outubro daquele ano, houve reunião com os gerentes da instituição, quando foi apresentado o projeto de pesquisa. Na ocasião, acordou-se mobilização institucional de dois dias (06 e 07/11/2018) para que o pesquisador realizasse as entrevistas. A depender dos resultados obtidos, novos dias seriam combinados. Aos gestores – que se voluntariaram a organizar os convites e o recrutamento das participações – foi apresentada sugestão de meta quantitativa de um funcionário por categoria (auxiliar, técnico, enfermeiro) e por Setor/Serviço (total hipotético de 34 profissionais). Também foi proposto que os participantes, na medida do possível, pertencessem a alguma das comissões ou do grupo de trabalho mencionados.

Ao término do segundo dia de mobilização, vinte e duas entrevistas foram realizadas abrangendo vários setores e categorias de profissionais com formação em enfermagem. Em

consideração à suficiência encontrada, optou-se pela conclusão da coleta e a não necessidade de novas mobilizações.

Das entrevistas, duas delas foram excluídas do estudo pelo fato dos entrevistados não se enquadrarem no escopo de investigação adotado, já que assumiam na instituição de saúde pesquisada a função de auxiliares de saúde. Entretanto, como se apresentaram voluntariamente, em virtude dos movimentos da organização local, a postura do pesquisador foi acolher, reafirmar o escopo da pesquisa e, diante da insistência na vontade de participação, proceder aos mesmos procedimentos adotados em relação aos outros registros (leitura e assinaturas do TCLE, gravação e, inclusive, transcrição).

3.4. Dos instrumentos de coleta de dados

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada a partir de instrumento previamente elaborado (**APÊNDICE B**). Foram priorizados processos de coleta face a face. As entrevistas foram gravadas com o gravador digital “Zoom H6 Handy Recorder”.

As vinte e duas entrevistas realizadas foram transcritas e organizadas em arquivo digital “.docx”. Para cada transcrição de entrevista, elaborou-se um quadro inicial contendo a denominação do arquivo de áudio conforme registrado automaticamente pelo gravador (ZOOM002.mp3 até ZOOM0024.mp3). Ao todo, foram registradas oitenta e seis páginas de 7 horas, 44 minutos e 19 segundos de gravações, em um intervalo de tempo total de trabalho de 92 dias (de 29/11/2018 a 01/03/2019). Nas transcrições, optou-se por denominar de “P” o pesquisador e de “En” os entrevistados, sendo “n” o número correspondente ao arquivo “.mp3” gerado na gravação. Na única ocasião em que existiram dois arquivos de áudio para a mesma entrevista – devido interrupção por toque de telefone – foi considerado o número menor. Para a análise foram consideradas vinte entrevistas conforme justificado no tópico anterior.

Para os encontros face a face, consideraram-se as orientações práticas de MINAYO (2016, p.60-61) referentes às formalidades de uma entrevista:

- i) apresentação do entrevistador mediada por uma pessoa de confiança do entrevistado;
- ii) apresentação resumida do trabalho do entrevistador, ressaltando a contribuição direta e indireta do depoimento coletado para a pesquisa, a comunidade e o próprio entrevistado;
- iii) apresentação das credenciais institucionais do entrevistador como forma de segurança ao entrevistado;
- iv) explicação dos motivos da pesquisa em linguagem acessível;

- v) apresentação da justificativa do entrevistado ter sido escolhido;
- vi) apresentação da garantia de sigilo e anonimato sobre os dados;
- vii) conversa inicial para geração de “um clima o mais possível descontraído”.

O uso da técnica da entrevista exigiu atenção e cuidado com a postura diante dos participantes, em conformidade ao que escrevem BIASOLI ALVES et al. (1992), de que das “atitudes de aproximação, respeito e empatia trazidas pelo pesquisador, virá a disponibilidade dos sujeitos e seu envolvimento com a tarefa de informantes”.

A entrevista pode ser considerada uma “conversa com finalidade”, cujo intento é “construir informações pertinentes” para os objetivos de uma determinada pesquisa (MINAYO, 2016, p.58). Trata-se de uma “forma privilegiada de interação social”, “sujeita à mesma dinâmica das relações” existentes em sociedade (“cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos”) (MINAYO, 2016, p.60).

A classificação “semiestruturada” da entrevista aponta para a combinação de “perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2016, p.59). Tal combinação é uma espécie de roteiro que, além de garantir ao pesquisador “se preparar, organizar e tomar ciência do processo de coleta de informações” e “interagir, simbolicamente, (...) frente a uma interação que ainda não ocorreu”, assegura “a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações”, considerando seus objetivos e núcleos de interesse vinculados à sua “abordagem conceitual” (BIASOLI ALVES et al., 1992).

3.5. Da análise dos dados

Temos caminhado. Esta caminhada, para nós, é o caminho que se faz ao caminhar. Uma metodologia. Entretanto, neste capítulo da dissertação – que passa a assumir, novamente, assim como na apresentação e na introdução de 1.2, um caráter mais pessoal – a metodologia não é propriamente nossa.

No fazer de nossa metodologia – por condição existencial, ainda não nomeada – há uma miscelânea pessoalmente viva de assuntos, lugares, tempos, relações e circunstâncias: acadêmicas e não acadêmicas. Há trocas comunicativas de termos e informações-afeto: por vezes, em passos atentamente compromissados e sérios – aos moldes da pintura “Dois eruditos a conversar”, de Rembrandt; outras tantas, em danças esperançosas e naturalmente leves – algo próximo à canção “Coração de Estudante”, de Wagner Tiso; ou então, em tropeços, interrupções e atropelos de destempero e sisudez. Há termos poéticos (equívocos ou ambíguos), unívocos, particulares, singulares e universais. Há acontecimentos que nos acontecem alimentando nossas variáveis de valores mensuráveis (para a ciência), variedades de cores, sons, odores, texturas e sabores (para a arte), variações de forças de afeto (para a filosofia) e frequências de religação (para a espiritualidade). Isto e tudo o mais em algum propósito ou despropósito maior, situado em uma singular historicidade e exclusiva Estrutura de Pensamento.

Metodologia é a caminhada que nós, seres com instinto “epistemofílico”, caminhamos no sentido da compreensão, do aprendizado e da tomada de consciência dos valores. É, por isso mesmo, algo em atenção constante à opinião. Na caminhada, o caminhante metodológico escapa, foge e se afasta do senso opinativo. Metodologia é, portanto, necessária fuga, afastamento e escape da *doxa*. Pode ser que escutemos, ainda, que metodologia seja o caminho, entretanto, assim será ele se (e enquanto) nele se caminha: refletindo(-se), verbalizando(-se), conversando(-se), desconstruindo(-se), construindo(-se), transformando(-se), silenciando(-se).

Do caminho, depois e durante a caminhada, abrem-se as possibilidades para o processo de mapeamento das rotas. Os desbravadores passam a produzir objetos de inspiração àqueles que resolverão seguir por suas trilhas. Talvez, a caminhada perca em originalidade e criatividade, mas são mantidos potenciais de experiência de conhecimento. O mapa exige limites e margeamentos do caminho: eis o método. Se há intenção de movimento com responsabilidade científica, os objetos de análise precisam ser envolvidos por este mapa chamado método.

Rumo ao conhecimento há de se considerar, então, um caminho que é percorrido e um outro que é sua representação em mapa (a lembrar Magritte: “*Ceci n'est pas une pipe*”). Reflita-

se acerca das cautelas e variedades procedimentais que podem ser anunciados como complementos a este mapa. Quais serão os veículos, as regras, os protocolos e os estilos mais ou menos indicados? Como, o que significam e quando devem ser observadas as placas pelo caminho? E as paisagens naturais, suas constâncias e inconstâncias? A depender das finalidades, devem ser quantificados os indivíduos de uma determinada espécie de planta ou algum tipo específico de construção urbanística? Ao invés de enumerações, deverão ser registradas cores, formas e impressões que delas recolhemos? O ato de responder a estas e a outras perguntas semelhantes dizemos apontar ao que chamamos por técnicas.

Há, portanto, o caminho, a caminhada, o mapeamento do caminho e as orientações para a caminhada em posse do mapeamento: vida, metodologia, método e técnica.

Dizia um professor da Ciência da Educação – Dr. José Luís de Almeida Vieira⁷⁵, filósofo da práxis e pensador da mediação dialética no processo de Ensino – que metodologia é prática e método é teoria. A prática metodológica concretiza-se tanto em trocas comunicativas presenciais (em contextos de congressos, seminários, encontros e colóquios), quanto virtuais (em processos de escrita com interlocutores imaginados). Em ambos os casos, movimentações do pensamento vão sendo operacionalizadas em conceitos e terminologias próprias de um jogo de linguagem cujas regras vão sendo estabelecidas na relação de caminhantes.

Como registra o primeiro parágrafo deste capítulo, não pretendemos ensaiar aqui uma metodologia de vida, o que seria desproporcional ao atual momento de nossa existência. O que faremos é um trabalho discursivo e uma troca comunicativa virtual sobre o método, uma “logia” do mapa instrumental denominado Análise de Conteúdo (AC).

Para tanto, propõe-se a divisão em dois tópicos.

No primeiro (3.5.1. O Método da Análise de Conteúdo: operações de base e técnicas), apresenta-se uma descrição mais precisa e mecânica das chamadas operações de base que caracterizam o método. Na sequência, escreve-se sobre a técnica fundamental “Análise Categorical Temática”, utilizada para a análise dos dados da pesquisa. Finalizando o tópico, abrindo horizontes, menciona-se a diversidade de outras técnicas, tal como apresentada no manual de Laurence Bardin, “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2011).

No segundo tópico (3.5.2. Reflexões metodológicas: caminhando com a Análise de Conteúdo), será tentativa passar por movimentos menos mecânicos e “precisáveis” (embora

⁷⁵ Professor feito uma referência acadêmica, do Departamento de Educação, do Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, da Unesp de São José do Rio Preto, onde estudamos pedagogia e engenharia de alimentos de 2000 à 2006.

não menos precisos ou necessários), construindo parte de um percurso metodológico pelo método.

3.5.1. O método da Análise de Conteúdo: operações de base e técnicas

A Análise de Conteúdo (AC) é um método. Trata-se de um instrumental, um mapa ou desenho que mostra quais procedimentos ou etapas precisam ser seguidos segundo um acordo mais ou menos ajustado entre parceiros experimentados na construção de uma metodologia. Outra terminologia possível é chamar a AC de “instrumento” ou “instrumental metodológico”. Há de se notar que, conforme vão ampliando as especificidades e orientações, surgem as “técnicas”, como complementos do método ou instrumental.

Particularmente, apoia-se na obra de Laurence Bardin, Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), para buscar um entendimento possível deste instrumento metodológico ou método “amplamente utilizado em pesquisas científicas no campo da saúde” (CAMPOS, 2004, p.611). As duas primeiras de quatro partes deste trabalho são intituladas “História e teoria” e “Práticas”. Já as duas últimas: “Método” e “Técnicas”.

O que talvez seja motivo de confusões terminológicas que acabam por identificar o método da AC com uma de suas tantas técnicas possíveis, está no fato de que a “Análise de Categorias”, “técnica fundamental” (BARDIN, 2011, p.16), a “mais antiga” e a “mais utilizada”, tenha um espaço capitular de apenas dois parágrafos na parte “Técnicas”, sendo mais referenciada na parte do “Método”, servindo “de base para descrever as principais fases de uma análise de conteúdo” (BARDIN, 2011, p.201).

Os principais níveis, operações de base, etapas ou procedimentos sistemáticos que permitirão organizar os dados em estudo, conferindo controle científico da análise, são propriamente o mapa, instrumental metodológico ou método da AC.

A partir da leitura de textos diversos (CAMPOS, 2004; CAVALCANTE et. al., 2014; GOMES, 2016; SILVA et. al., 2017) e da obra de Bardin (2011), observa-se consenso sobre três níveis: 1) pré-análise ou leitura flutuante; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados e interpretação. Acredita-se que o termo “nível” expressa bem a natureza desta divisão entre as operações de base, uma vez que o fluxo de ir e vir entre elas é mais realista do que a imagem de etapas ou fases sendo concluídas umas após as outras. Se há uma ordem de aprofundamento e dependência sugerida, isto não significa limitação das possibilidades de retornos, modificações e complementações. A constante interdependência entre os

procedimentos sistemáticos, níveis ou operações de base do método da AC devem ser vistos sob esta ótica.

3.5.1.1. Pré-análise ou leitura flutuante

É “um período de intuições” relacionado à operacionalização e sistematização dos outros níveis (BARDIN, 2011, p.125). Trata-se da “leitura compreensiva do conjunto do material (...) de forma exaustiva” que se deixa impregnar pelo conteúdo (GOMES, 2016, p.83). “Na leitura flutuante (...) conhece-se o contexto e deixa-se fluir impressões e orientações”. “Muitas das impressões trabalhadas no contato direto” com os entrevistados “afloram na lembrança e auxiliam” no intuito principal de “apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise”, já conseguindo “visualizar mesmo que primariamente, pistas e indícios não óbvios” (CAMPOS, 2004, p.163). Pode-se falar ainda de “um processo de retomada da etapa exploratória [da bibliografia] (...) e o retorno aos questionamentos iniciais” (CAVALCANTE et al., 2014, p.16). É também um momento de abertura à emergência de hipóteses e do clareamento dos objetivos do trabalho.

A hipótese é uma “afirmação provisória” ou “suposição cuja origem é a intuição e que permanece suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros” (BARDIN, 2011, p.128). A abertura à formulação de hipóteses, apesar de poder “introduzir desvios nos procedimentos e nos resultados”, consiste em uma melhor explicitação e precisão de “dimensões e direções de análise” (BARDIN, 2011, p.130).

Das leituras e re-leituras – muitas delas motivadas pelo próximo nível – espera-se a ocorrência de lampejos ou *insights* rumo às classificações que guiarão a análise. Temas, assuntos, frases, gestos e palavras vão aparecendo como possíveis indicadores a serem apontados via presença, ausência, frequência ou qualidades consideradas significativas em relação aos objetivos.

Na pré-análise, Bardin (2011, p.126-128) recomenda quatro regras fundamentais: da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência. A exaustividade conduz ao estabelecimento dos limites para uma exploração máxima dos documentos constituintes de um corpus de análise, sem seletividade. A representatividade refere-se a representação estatística de um universo de investigação (onde não caiba o critério da exaustividade qualitativa). A homogeneidade resguarda que os documentos examinados apresentem semelhanças mínimas. Por fim, a pertinência destaca a adequação necessária das fontes de informação aos objetivos da análise.

3.5.1.2. Exploração do material

O processo de exploração em AC assenta-se na ideia de que conteúdos da comunicação podem ser analisados via variáveis não-linguísticas, ou seja, que não aparecem originalmente na linguagem. Sendo assim, neste nível ocorrem os movimentos de codificação e enumeração.

Codificar é transformar os dados brutos do texto em dados menores representativos do conteúdo. Tal processo envolve recortes do texto em segmentos e a agregação dos mesmos em conjuntos ou unidades.

São considerados até dois tipos de unidades: de registro e de contexto. Ambas estão relacionadas, sendo que as segundas (o contexto) têm como função permitir uma melhor compreensão da significação das primeiras.

Os recortes das unidades de registro são sempre observados quanto à semântica ou significação. Mesmo quando se opta por tipos formais-gramaticais, como a escolha por “palavras” ou “frases”, é a ordem semântica que importa. É isto que o método da AC apresenta como sendo o “conteúdo” (significado) em comparação contraditória ou negação do “continente” ou “forma” (significante). Das unidades, o analista poderá partir para a construção dos índices ou indicadores (temas, assuntos, frases ou palavras).

Bardin (2011, p.134-136) indica seis tipos de unidades de registro:

- i) palavras: “palavras-chave” com considerável força simbólica (*symbols*); “palavras vazias”; “palavras plenas”; outras categorias de palavras que possibilitem quocientes ou reflexões qualitativamente proveitosas (adjetivos, verbos, advérbios, substantivos, etc);
- ii) temas: “unidade de significação”; “núcleos de sentido”; proposições “acerca de um assunto”. Geralmente utilizado para estimular reflexões sobre opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências, etc;
- iii) referentes ou objetos: “temas-eixo, em redor dos quais o discurso se organiza”;
- iv) personagens: usos mais comuns em análises de obras de ficção, artigos de imprensa, manuais escolares, etc. Quando não explícitos, podem ser estabelecidos “em função das características ou atributos”, como traços de caráter, papéis, estatuto social ou familiar, idade, etc;
- v) acontecimentos: unidades de ação, fatos ou ocorrências relatadas;
- vi) documentos: utilizados em caracterizações globais e no caso de análises rápidas. Filme, artigo, livro, relato, entrevista, resposta a uma determinada pergunta da entrevista.

Quanto às unidades de contexto, elas são atreladas às unidades de registro e conterão segmentos textuais sempre de dimensões maiores. Por exemplo, para palavras: frases; para temas: parágrafos. Os critérios de esforço/custo e pertinência devem ser considerados, segundo Bardin (2011, p.137), na determinação das dimensões das unidades de contexto: nem muito pequenas e nem muito grandes.

As unidades de contexto auxiliarão na ideia de que fazer inferências é “não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem”, mas também embasá-las em concepções de mundo e nas “situações concretas de seus produtores ou receptores”, em um determinado “contexto histórico e social de sua produção e recepção” (CAMPOS 2004, p.213).

A transformação ou visualização dos dados por intermédio das unidades de registro e de contexto é parte do movimento de codificação, ao qual se seguirá o de enumeração. Apesar de sermos remetidos para uma dimensão quantitativa, dada a natural referência ao “número” e ao “numérico”, há uma relação qualitativa da enumeração em AC.

No texto “Análise quantitativa e análise qualitativa”, em capítulo sobre a codificação, Bardin (2011) evidencia o debate metodológico histórico entre tais procedimentos. Frequências, ausências e presenças de índices são temas de discussão, reforçando a compreensão de que “a característica da análise de conteúdo é a inferência (...), quer as modalidades (...) se baseiem ou não em indicadores quantitativos” (BARDIN, 2011, p.146). A autora também alerta para um olhar que possa buscar menos significação em frequências regulares e mais em acontecimentos singulares, acidentes e raridades como “um sentido muito forte que não deve ser abafado” (BARDIN, 2011, p.146).

Uma análise qualitativa não exclui toda forma de quantificação. Ela retém seus índices ou indicadores “não frequenciais”, mas comumente recorrendo à testes quantitativos, por exemplo, a aparição de índices semelhantes em discursos similares (BARDIN, 2011, p.146). É plenamente possível pensar, como Hegel (cf. WOHLFART, 2017, p.469), em “uma espécie de quantidade qualificada”. A discussão acerca do qualitativo e do quantitativo será retomada nas reflexões metodológicas.

O quadro abaixo ilustra os cinco tipos de enumeração apresentados por Bardin (2011):

Quadro 3 – Tipos de enumeração conforme Bardin (2011).

Tipo de enumeração		Indicadores
Presença/Ausência		Presença/Ausência de Unidades de Registro.
Frequência		Frequências de aparição dos elementos.
Frequência ponderada		Frequências de aparição multiplicada por um peso determinado.
	Ponderação pela intensidade	Pesos determinados por aspectos semânticos, tempos verbais (condicional, futuro, imperativo), advérbios de modo, adjetivos ou atributos qualificativos.
	Ponderação pela direção	Pesos variando entre polo negativo, neutro e polo positivo (exemplo de -3 a +3). Os polos podem assumir natureza diversa: feio/bonito, pequeno/grande, favorável/desfavorável, etc.
Ordem de aparição		Sucessão dos elementos (primeiro, segundo, terceiro, etc).
Coocorrência em unidade		Presença repetida de Unidades de Registro.
	Coocorrência em um contexto	Múltiplas presenças e uma mesma Unidade de Contexto eleita como eixo.
	Coocorrência entre elementos	Associações (elementos “x” aparecem com elementos “y”); equivalência (elementos “x” e “y” aparecem num mesmo contexto); e oposição (elementos “x” nunca aparecem no contexto de elementos “y”).

Fonte: elaborado pelo autor.

3.5.1.3. Tratamento dos resultados e interpretação

É pela interpretação que o investigador, que se utiliza da AC, aproxima-se da verdade científica do conteúdo das mensagens. Esta interpretação é controlada e é denominada “inferência”. No manual de Bardin (2011, p.165-171), o capítulo especialmente dedicado à ela subdivide-se em dois subcapítulos: a) polos da análise; e b) processos e variáveis de inferência.

No primeiro momento, “de maneira teórica” (BARDIN, 2011, p.165), são apresentados os quatro “polos de atração” possíveis na inferência. O conteúdo interpretado pode seguir uma tendência ou movimento rumo: ao emissor, ao receptor, ao medium e/ou à mensagem.

Na direção do emissor, no caso de entrevistas, a interpretação indicando dados sobre o entrevistado. Há, em geral, uma perspectiva representacional da comunicação: considera-se que o discurso representa aquele que o profere. No caso da atração pelo receptor, as inferências caminham para o entrevistador-pesquisador e seus contextos (o institucional, por exemplo). A perspectiva predominante da linguagem é a instrumental ou funcional: o discurso cumpre uma certa função ou utilidade. Quando a análise interpretativa caminha na direção do medium observa-se o suporte material da mensagem: fala ao vivo, ao telefone, por WhatsApp, em um filme, em um programa de televisão, em um livro, em blogs, jornais, etc. No polo da mensagem aparecem dois níveis: o do significante/continente e o do significado/conteúdo. O significante

(o código em si) permite interpretações sobre o vocabulário, o tamanho das frases, as figuras de retórica, o número de palavras, etc. Já o significado, ao invés de aspectos formais, conduz inferências sobre a presença, ausência e ordem de sucessão de assuntos, temas, valores e símbolos.

O segundo subcapítulo, “processos e variáveis”, procura abordar a inferência “de maneira realista” (BARDIN, 2011, p.165). Em síntese, é neste momento que a autora apresenta com certa clareza a distinção entre variáveis inferidas (as causas) e variáveis de inferência (os efeitos) ou indicadores.

Os indicadores são os efeitos das variáveis inferidas que vão permitir à interpretação fazer suposições. Exemplos de indicadores possíveis são: um repertório de palavras recorrente ou co-ocorrente, características formais, presença de pausas, saltos lógicos, expressões gestuais, posturas, etc.

As variáveis inferidas são aquelas interpretadas como causas daquilo que foi indicado (via indicadores). Neste ponto, Bardin (2011, p.170), propondo diálogo com os trabalhos de Holsti (“Análise de Conteúdo para as ciências sociais e humanidades”) e de Osgood (“O modelo representacional e métodos relevantes de pesquisa”), apresenta uma série de exemplos de causas ou inferências (interpretações controladas):

- em uma pesquisa sobre a legalidade de conteúdos, infere-se que há conteúdos ilustrativos de intenções criminosas ou subversivas;
- em uma investigação sobre a autenticidade de documentos literários, percebe-se a coerência de se inferir que o conteúdo de uma determinada obra apresenta desvios do estilo de escrita original;
- em uma análise de mensagens de guerra, infere-se elementos relacionados à segurança militar e à política;
- em análises de conteúdo onde importa olhar características psicológicas, podem ser inferidas características de personalidade, coerência intelectual, agressividade, ansiedade, coerência ideológica, inteligência, facilidade/dificuldade de comunicação, etc;
- quando importam as características culturais, é possível inferir as variáveis “crenças”, “valores”, “hábitos linguísticos”, “origem étnica”, “influências socioeconômicas”, etc;
- há variáveis que podem ser inferidas em relação aos resultados esperados em um processo de comunicação, como: determinados tipos de resposta que esperam determinados tipos de atitudes dos receptores; conteúdos originados em virtude do papel que o emissor ocupa em seu grupo de pertença; mensagens pautadas na ideia de

coerência à uma credibilidade que o emissor deva manter; conteúdos relacionados a um movimento de desenvolvimento ou expansão do fluxo da comunicação; respostas que objetivam a persuasão, a difusão de uma teoria ou a necessidade de clareza ou legibilidade, etc.

A inferência é uma “hermenêutica controlada, baseada na dedução” (BARDIN, 2011, p.15). É dedução no sentido corrente de concluir-se algo via raciocínio. Ela, entretanto é, no sentido da lógica, um “instrumento de indução” que investiga as causas universais a partir de efeitos ou fatos particulares.

A inferência parte das dimensões explícitas dos conteúdos e caminha para o que está implícito, possibilitando ao pesquisador “ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem”, atingindo “uma interpretação mais profunda” (MINAYO, 2014, p.307 apud GOMES, 2016, p.76). Trata-se da busca pelas entrelinhas, pelas mensagens onde “nem sempre os significados são expressos com clareza absoluta”. É “a razão de ser da análise de conteúdo” (CAMPOS, 2004, p.613).

O tratamento dos resultados (inferências-causas e indicadores-efeitos) pode estar amparado em quadros ou tabelas descritivas originadas na etapa de exploração do material. A materialização da interpretação se dá em uma redação levando em conta os objetivos da pesquisa, os resultados obtidos na exploração do material, os levantamentos bibliográficos e referencial teórico. A partir disto o pesquisador poderá propor possibilidades críticas atreladas ao programa que participa e à sua linha de pesquisa.

3.5.1.4. Técnica Fundamental

Além de uma base comum, existem diferenças procedimentais que vão caracterizar a distinção entre variadas opções técnicas no uso do método da Análise de Conteúdo. A “mais antiga” e “na prática (...) a mais utilizada” (BARDIN, 2011, p.201) entendida como a “técnica fundamental” (BARDIN, 2011, p.16) é a chamada Análise de Conteúdo Categorial. Ela é “um processo do tipo estruturalista” (BARDIN, 2011, p.148) que comporta duas etapas: o inventário e a classificação.

O inventário é um levantamento ou isolamento de elementos representativos de conteúdo derivados dos elementos textuais brutos. Já a classificação é a organização destes elementos em classes categoriais identificadas como unidades de registro.

A escolha das categorias e subcategorias segue “critérios de categorização”, que acentuam determinados aspectos da realidade: i) sintáticos (verbos, adjetivos); ii) lexicais (palavras e seus sinônimos); iii) expressivos (perturbações da linguagem); e/ou iv) semânticos (temáticos) (BARDIN, 2011, p.147).

Bardin (2011, p.149-150) aponta cinco qualidades esperadas para uma boa categorização:

- 1) exclusão mútua: as unidades de registro distinguem-se entre si ou, dito de outro modo, excluem-se umas às outras;
- 2) homogeneidade: uma mesma dimensão de análise ou critério de classificação orientação rege a organização das categorias;
- 3) pertinência: o sistema de categorias se adequa aos objetivos da investigação e se adapta às características das mensagens analisadas;
- 4) objetividade e fidelidade: há clareza quanto às escolhas e definições das categorias, expressas em termos o menos ambíguos possíveis;
- 5) produtividade: as categoriais são férteis no sentido de servirem à interpretações criativas.

Na Análise de Conteúdo Categorial Temática (ACCT) o aspecto da realidade acentuado é o semântico. É esta a orientação técnica adotada em grande parte dos trabalhos em saúde que se utilizam do método da AC (cf. GOMES, 2016 e CAMPOS, 2014). O aspecto técnico predominante é, portanto, além da formação de categorias, a distinção e orientação das mesmas por temas.

3.5.1.5. Variedades Técnicas

A quarta e última parte do manual de Laurence Bardin apresenta diferentes técnicas, indicando particularidades e também interseções. Uma técnica é sempre consistente com um determinado mapa do caminho (o método ou instrumental metodológico), traduzindo-se como uma orientação que delinea regras, protocolos e estilos para uma utilização adequada. Nas palavras de ANTHONY (2011 [1963]), “é algo que se implementa (...), um truque específico, um estratagema ou um artifício utilizado para se atingir um objetivo”.

Sendo que o foco metodológico deste trabalho concentra-se na técnica da ACCT, optou-se por apenas mencionar o nome das variadas técnicas conforme aparecem no manual, sejam como títulos de capítulos e subcapítulos, sejam como menções nas sugestões da bibliografia.

Desta forma, além da análise categorial citam-se: análise de avaliação, análise da enunciação, análise proposicional do discurso, análise da expressão, análise das relações, análise de contingências ou das coocorrências, análise estrutural, análise do discurso, análise da conversação, análise textual, análise das narrativas e análise das comunicações de massa.

Nota-se que mesmo a Análise do Discurso – que em trabalhos como o de Deusdaré e Rocha (2005) aparecerá colocada em uma espécie de antagonismo à AC – pode ser entendida como uma das técnicas passíveis de utilização pelos analistas de conteúdo.

3.5.2. Reflexões metodológicas: caminhando com a Análise de Conteúdo

Metodologia: *logos*-discurso do método; reflexão verbal-intelectual acerca do caminho ou do instrumental adotado (regras do que se considerar).

Parece-nos evidente que, neste sentido, necessariamente passamos pela discussão e eleição de regras e técnicas voltadas à execução de procedimentos palpáveis e observáveis em uma determinada prática. Entretanto, a caminhada pelo caminho – conforme analogia ou metáfora que se adotou para a compreensão da semântica envolvida no termo “metodologia” – não se restringe a isso. Neste tópico do trabalho arrisca-se uma reflexão que possa funcionar como uma apropriação minimamente autêntica⁷⁶ (no sentido orteguiano) para a Análise de Conteúdo nesta etapa de nosso desenvolvimento acadêmico. Trata-se de uma “autenticidade” que pode ser traduzida em uma tentativa de fluir menos mecânico ou “precisável”.

⁷⁶ Para pensar a autenticidade, apoiamo-nos na filosofia de Ortega Y Gasset. O filósofo espanhol, junto ao conceito de “projeto vital e moral”, reflete que as pessoas têm um chamamento interno, uma vocação, algo muito íntimo. O sentido da vida estaria na realização deste núcleo singular, que é por ele denominado “autenticidade”.

Laurence Bardin, professora de psicologia da Universidade de Paris V, dedicou suas pesquisas à análise de conteúdos psicossociológicos e ao estudo das comunicações de massa. Neste contexto de trabalho, escreveu um livro que classificou de “manual”, “guia” ou “prontuário” (BARDIN, 2011, p.16) do qual os editores denominaram possuir o intento de ser “um manual claro, concreto e operacional” do “método de investigação” conhecido como AC (BARDIN, 2011, p.05).

A leitura e o estudo do manual possibilitou um entendimento reforçador do sinônimo que temos sugerido para “método”: “instrumental metodológico”. A AC apresenta-se como um “instrumento polimorfo e polifuncional” (BARDIN, 2011, p.15) ou, então, uma “designação genérica” para um “conjunto de instrumentos metodológicos (...) extremamente diversificados” e “em constante aperfeiçoamento” (BARDIN, 2011, p.19). Tais instrumentos ou ferramentas são traduzidos por “técnicas múltiplas e multiplicadas” a serem utilizadas em inúmeros tipos de análises por caminhos intelectuais rigorosos e organizados.

Essa diversidade, ao que parece, encontra-se e participa de uma unidade, de um ponto comum que, talvez, possa ser ainda mais significativo que o ferramental mecânico das operações de base (os três níveis da AC). Desta unidade, talvez seja válido, ao menos por um momento, considerar como sendo uma ação: o servir a uma hermenêutica.

Hermenêutica, etimologicamente, deriva do termo que em grego nos remete à arte de interpretar. Relata Luiz Rohden (2005e, p.155-156) que o vocábulo em grego, ligado ao mito da complexa divindade “com múltiplos atributos e funções” Hermes, “encontra-se pela primeira vez em Platão” e “o conceito de hermenêutica encontra-se pela primeira vez como título de livro (...) no ano de 1654”.

Hermes, ainda recém-nascido, roubou parte de um rebanho de Apolo e escondeu-o numa gruta; à saída desta, encontrou uma tartaruga, que matou, e com a carapaça e tripas fez a primeira lira. Contudo Apolo (...) descobriu (...) e acusou-o perante sua mãe, que negou o roubo (...), pois ele era apenas um recém-nascido. Apolo acusou o pai de Hermes [Zeus], que interroga o filho, que se defende e nega o furto. (...) foi “obrigado a prometer que nunca mais faltaria com a verdade. Hermes concordou, acrescentando, porém, que não estaria obrigado a dizer a verdade por inteiro” (ROHDEN, 2005e, p.156).

Daquilo que canta o mito, vê-se que os instrumentos da AC nos comprometem a não faltarmos com a verdade. Apesar disso, utilizando-os, devemos estar conscientes de que a verdade interpretativa não estará jamais completa, ainda que dela nos aproximemos quando a comunicamos via algum discurso interpretativo. Disse Gadamer que a hermenêutica é “o saber do quanto fica, sempre, de não-dito quando se diz algo” (GADAMER, 2000, p.211). Algo da semântica que parece brotar com a poesia “Verdade”, de Carlos Drummond de Andrade (2015):

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.

E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os dois meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram a um lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em duas metades,
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
As duas eram totalmente belas.
Mas carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

A admissão destes caprichos, miopia e ilusão, embora plenamente aceitável no discurso metodológico (a troca verbal que se faz ao caminhar), seja o do filósofo, do poeta ou do artista, não parece ter fácil acolhida no universo do cientista. A ciência busca a verdade abrindo mão do infinito e do discurso da incerteza. Não é de seu *ethos* pronunciar que sabe que nada sabe. O cientista, no máximo, afirmará que, por conhecer, vai tornando ampliada a gama de seu desconhecimento, entretanto, sem deixar-se percorrer, no ato principal de seu trabalho, na experiência do espanto e do mistério do sem fim. A ciência orienta seus praticantes a voltarem seus olhares para um objeto e, enquanto seu papel sócio-existencial se pronuncia, deverá afirmar sobre um plano de coordenadas finito e bem delimitado. A expectativa social é que deles surjam diagnósticos firmes, ainda que probabilísticos, apoiados em estudos e pesquisas realizados com ferramentas intersubjetivamente válidas, validadas e confiáveis.

Os instrumentos/ferramentas científicos, em uma visão sintética, “mensuram” e oferecem descrições ou interpretações (ainda que míopes) de seus objetos. Um termômetro mede a temperatura de um ambiente, uma balança mede o peso de um volume, uma régua mede o comprimento de um espaço, um teste mede o quociente de inteligência de um ser com ego, outro teste situa o sujeito em tipos de personalidade, outro em tipos de comportamento e ainda outro em um nível de desenvolvimento moral. Há ainda instrumentos com naturezas próximas à dos que compõem a AC, onde a “mensuração” torna-se uma espécie de apresentação de interpretações controladas (ou inferências) sobre conteúdos analisados a partir de elementos representativos, códigos, enumerações e indicadores.

Se os instrumentos são científicos, devem cumprir com o critério da confiabilidade: que sejam confiáveis. Esta confiança – conforme é ensinado – terá relação com a previsibilidade, a segurança e a constância de uma determinada forma de acontecer. Uma régua imaginária na qual os números fiquem a dançar, mudando seus valores e suas posições; uma balança de restaurante *self-service* que superestime o peso da refeição por algum ajuste oculto; um teste que contém palavras pouco usuais na cultura familiar ou proximal dos que serão testados; uma análise que não discorra sobre qualquer tipo de controle pré-estabelecido para apresentar suas interpretações: podem ser cientificamente confiáveis?

A resposta é não. O diagnóstico firme socialmente esperado pela ética ou moral acadêmica dependerá, então, da confiança afirmativa dos instrumentos à disposição do cientista.

Além da confiabilidade, outro princípio deve ser cumprido: o da validade. Uma régua, teste ou análise podem ser confiáveis, mas podem não ter validade científica. Eles não respondem aos objetivos ou aos usos pragmaticamente verdadeiros que deles se esperam.

Uma régua pode muito bem ser confiável por ter os números e espaçamentos fixos, conforme os padrões do Sistema Internacional de Medidas; uma balança pode registrar exatamente um quilograma ao pesar o cilindro padrão que está depositado no Escritório Internacional de Pesos e Medidas; um teste pode indicar diferentes tipos de personalidade de maneira confiável, segundo critérios tecnicamente testados e comparados; uma análise pode apresentar detalhadamente os procedimentos controlados que elegeu, registrando interpretações trabalhosa e cuidadosamente construídas. Entretanto, tanto a régua como a balança não servem a mensurações com nanopartículas; o teste aponta para personalidades introspectivas e extrovertidas, mas não se presta a um objetivo prático de distinguir personalidades mais ou menos aptas a um trabalho de um determinado tipo; uma análise apresenta interpretações que simplesmente não colaboram para responder a pergunta colocada pelo objetivo de um trabalho de pesquisa. Tais instrumentos, mesmo que confiáveis, não serão válidos e não podem ser validados pela comunidade científica que pesquisa e busca interagir com determinadas especificidades de objetos e objetivos.

O instrumento será cientificamente válido e validado (cumprindo o princípio da validade) por uma determinada comunidade científica, que comporta suas próprias escalas de “mensuração” devidamente nomeadas, convencionadas e justificadas em particulares jogos de linguagem. A validade dependerá das variáveis que se pretende investigar e “medir”. Se o instrumento, sendo confiável, de fato apresentar respostas ao que se procura saber, tenderá a ser validado pela comunidade de pesquisadores que o utiliza. Como esclarece Martins (2006, p.06),

um instrumento “não é simplesmente válido, porém, será válido para este ou aquele objetivo. Não há validade em termos gerais”.

É possível distinguir quatro tipos de validade instrumental, conforme as técnicas de sua avaliação: aparente, empírica, de constructo e de conteúdo (MARTINS, 2006, p.05-07).

A primeira validade – a aparente – deve-se ao julgamento subjetivo de um grupo de juízes que decidem se o instrumento é relevante, adequado e inteligente.

A validade empírica parte da comparação dos resultados do instrumento com algum padrão externo obtido de observação. Por exemplo, um teste vestibular poderia ser validado via pesquisa e constatação do desempenho positivo dos aprovados.

A validade de constructo depende do juízo sobre se os resultados encontrados estão consistentemente relacionados com resultados de outros instrumentos derivados de um mesmo constructo ou marco teórico.

Por fim, a validade de conteúdo verifica se o instrumento apresenta resultados representativos em relação a um domínio abrangente de conteúdos daquilo que se pretende “medir”. Por exemplo, em um teste de personalidade, verifica-se qual a eventual gama de conteúdos psicológicos considerados para uma pessoa introspectiva ou, em um teste de orientação política, qual o grau de validade de uma verificação binária esquerda-direita diante de conteúdos político-filosóficos mais complexos.

A AC é um instrumento científico-metodológico, um método, com características polimorfos e polifuncionais. Suas características diversas se interseccionam, encontram-se e participam de uma unidade que é a prática interpretativa que se quer científica, a hermenêutica. Seus “instrumentistas”, pesquisadores científicos, estão conscientes da existência de uma relação entre a verdade e a incompletude de suas interpretações. Seus diálogos e construções sócio-históricas, ao buscarem a segurança da confiabilidade e as condições de validação, passam necessária e coerentemente por estas reflexões.

Nesta conversa por escrito, os sentidos das aspas na “mensuração”, no “medir” e na “medida” é o de participar o leitor do denso e complexo debate em torno dos procedimentos e abordagens de pesquisa adjetivadas quantitativas ou qualitativas. As caminhadas metodológicas da AC, conforme relata Bardin (2011, p.144), passaram por “um apaixonante debate entre procedimentos ‘quantitativos’ e ‘qualitativos’”, destacadamente nos anos 1950.

A modernidade do pensamento acadêmico surge da passagem aberta pelo tomismo aristotélico medieval rumo às ideias de Bacon, Descartes, Giordano Bruno, Newton, Galileu, dentre outros. Além do valor da observação e da experiência, para de fato ler o Universo ou o “grande livro que continuamente se abre perante nossos olhos”, voltava a ser valioso reconhecer

que o Universo em si poderia, ele próprio, estar “escrito em linguagem matemática” e seus caracteres serem “o triângulo e o círculo e outras figuras geométricas, sem as quais é impossível compreender uma só palavra” (GALILEI, 1978).

Em caminhos mais ou menos inspirados nos sentidos que indicam, por exemplo, a obra “O ensaiador”, de Galileu – o rigor científico mistura-se com a matematização e também com a ideia de quantificação. Podem ser imaginados porquês e múltiplas relações deste processo histórico das ideias com a predominância das “regras quantitativas” para a análise de conteúdo, conforme ressaltavam, por exemplo, Berelson e Lazarsfeld, no final dos anos 1940-1950:

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (apud BARDIN, 2011, p.24).

Bardin (2011, p.20-31) conta que naquele período e também na década de 1970, na França, a rigidez ao modelo de Berelson e suas exigências de objetividade adquiriram “um caráter obsessivo, suscetível de encobrir outras necessidades ou possibilidades” (p.25). Aos poucos, com o crescente interesse pela AC por parte de cientistas da grande área de Humanidades (sobretudo, etnólogos, historiadores, psiquiatras, psicanalistas e linguistas), objetividade e cientificidade vão deixando de se identificar com análises de frequências de palavras e a “fecundidade da subjetividade” vai sendo reconhecida como um outro polo existente na Análise (BARDIN, 2011, p.15).

Sobre este aspecto das frequências de palavras, parte desse processo de “subjetivação” pode ser considerado em uma mudança de perspectiva. Ao invés de um grande número de repetições, o foco se direciona para presenças (eventualmente menores ou diminutas) e ausências de conteúdos. Há um crescente espaço de acolhida de singularidades, acontecimentos, acidentes e raridades, considerando-os todos como possíveis de possuir “um sentido muito forte que não deve ser abafado” (BARDIN, 2011, p.146).

Os analistas que, pelas características próprias de seus objetivos, estejam mais próximos do polo qualitativo, nem por isso se afastam das quantificações. A depender das impressões, orientações e hipóteses no decorrer do processo de análise e pré-análise, podem “recorrer a testes quantitativos: por exemplo, a aparição de índices [temas, assuntos, palavras, tópicos, personagens, conceitos-chave, etc] similares em discursos semelhantes” (BARDIN, 2011, p.146).

Os procedimentos de quantificação aliás, estão presentes “em toda e qualquer pesquisa empírica, de uma forma ou de outra” (FURLAN 2011, p.20), além de que “todo fenômeno encerra determinada quantidade” (FURLAN 2011, p.32). Neste sentido, talvez, é que a AC se

aproxima das possibilidades informáticas e o uso de *softwares*. Tal aproximação, em Bardin, tem destaque no capítulo “A informatização da análise das comunicações” (BARDIN, 2011, p.173-198).

Acredita-se que as reflexões acerca dos embates binários e das conversações integradas e complexas entre abordagens qualitativas e quantitativas devem ser, sempre que possível, revisitadas. Devem ser estimuladas, sobretudo em trabalhos como o nosso. Trabalhos que, além de assumirem opção por um instrumental como a AC, são pronunciadamente qualitativos, por desejarem olhar para “a complexidade, a especificidade e as diferenciações internas” dos dados a partir de sua contextualização e singularidades não-previsíveis. Diz-se qualitativos por buscarem com os dados instrumentalmente coletados, interações com relações, hábitos, representações, significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes etc, enfim, processos tipicamente humanos e sociais (MINAYO, 2016, p.24).

Em meio à trajetória acadêmica de encontros e leituras, depara-se com original tratamento para a dicotomia qualitativo/quantitativo. Acredita-se ser possível trazer luz salutar a este momento da caminhada metodológica.

No texto crítico de sua própria obra, apresentado como exigência de um concurso de Livre Docência, FURLAN (2011) apresentou suas atividades de pensamento junto a um Departamento de Psicologia. Sua reflexão acontece junta ao sentido da pergunta “[o que é] pensar ou fazer pesquisa científica [?]” (FURLAN, 2011, p.11), buscando “reanimar as experiências do pensamento nas pesquisas” (FURLAN, 2011, p.15), procurando “fazer vibrar o próprio pensamento através do cotejamento” das ideias de outros filósofos (FURLAN, 2011, p.03).

Ao apresentar pensamentos sobre a divisão entre métodos ou abordagens qualitativas e quantitativas, trata esta divisão como um “equivoco que embaraça ou confunde a concepção de conhecimento ou ciência” (FURLAN, 2011, p.15) ou mesmo como “uma falsa questão” (FURLAN, 2011, p.28). Tal “equivoco fundamental”, mesmo que, eventualmente, possa originar pesquisas e pensamentos interessantes, indicaria um “ignorar, em sua radicalidade, o que seja pesquisar ou, simplesmente, pensar” (FURLAN, 2011, p.15), tendendo a funcionar como “termos que procuram substituir o debate ou as questões que interessam” (FURLAN, 2011, p.30).

Admite-se que a possibilidade de diferentes perspectivas de pesquisa ou formas de compreensão da realidade precisa ser discutida “do princípio ao fim da pesquisa” (FURLAN, 2011, p.33), mas isso poderia ser feito eliminando “os termos ‘quantitativo’ e ‘qualitativo’ na apresentação do método”. Além de não fazer “falta alguma”, tal eliminação, pelo contrário,

auxiliaria a não se desviar o foco do que realmente interessaria, favorecendo e estimulando “o pensamento crítico sobre a pesquisa”. O mais importante seria que a articulação ou pensamento sobre os dados tivessem sustentação por si só – “o que deve ser o caso de toda boa pesquisa” (FURLAN, 2011, p.22).

Coloca-se o problema de uma teoria reificada, incorporada sem discussão aprofundada e cuja função acaba sendo a de subjugar ou enclausurar o “pensamento próprio no pensamento do outro (que efetivamente pensou para a elaboração de um problema)” (FURLAN, 2011, p.22).

A oposição entre caminhos quantitativos e qualitativos de pesquisa estaria tendendo à mistificação, em um cenário onde se reparam além da falta de real interesse pelo objeto, pesquisas mais preocupadas em “cumprir demandas de sobrevivência institucionais”, em busca de “receituários de metodologia” que possam socorrer uma “insegurança decorrente da falta de formação teórica para enfrentar os desafios” postos ao pensamento que investiga cientificamente (FURLAN, 2011, p.11). A diferenciação entre os termos torna-se “opção de fé por determinada realidade”. Ao debate que deveria existir envolvendo a questão e o objeto de pesquisa, “procura-se substituir uma filiação a um método [abordagem] ou outro, como se fosse um direito de propriedade intelectual adquirido” (FURLAN, 2011, p.21).

O que vem antes da experiência estaria tomando o lugar da experiência propriamente dita e a repetição de saberes vai barrando curiosidades e aprofundamentos, além de gerar aborrecimentos. O não-saber e a abertura ao desconhecido, que movimentam os motivos das pesquisas, parecem ceder à certezas e à exercícios retóricos de fortalecimento de teorias já postas e pensadas em outras problematizações, funcionando como “convencimento de um sentido que a articulação dos dados não mostra por si mesmo” (FURLAN, 2011, p.23).

A discussão quanti/quali pode então, como se vê por estas reflexões, estar suprimindo o real sentido da prática epistêmica e científica e a experiência de pensar singularmente seus caminhos, métodos e metodologias.

Há procedimentos mais ou menos adequados para responder aos nossos objetivos, mas estes não são a priori da pesquisa. Eles participam dela. A pesquisa, percorrendo seus caminhos seja quantitativa ou qualitativamente, “pode suscitar outras questões, revelar becos sem saídas aparentes, sugerir novas direções ou ideias, e é assim que surgem e se desdobram questões metodológicas propriamente ditas” (FURLAN, 2011, p.11).

Talvez este problema da adesão das abordagens sem vibração de um pensamento próprio possa ser trazido para as pesquisas na área da Saúde. Trabalhos como os de Silva et al. (2013) e de Seramin e Walter (2017), mesmo que originados na área da Administração, ajudam a estabelecer paralelos especificamente no que diz respeito às investigações filiadas à AC.

Silva et al. (2013) mostra que de 12 artigos (2007 a 2012) que explicitamente diziam empregar a técnica da AC, apenas dois mencionavam a “forma de realização da análise” ou demonstravam a “aplicação da técnica”. Esta constatação foi apontada com preocupação, uma vez que a constante falta de um padrão ou rigor comunicado na análise dos dados poderia resultar em falta de credibilidade do método. A legitimidade do instrumental é questionada, podendo ser “prejudicial aos pesquisadores que se valem dessa estratégia para analisar os dados de suas pesquisas” (SILVA et al., 2013, p.09).

Seramin e Walter (2017) no estudo “O que Bardin diz que os autores calam?”, via bibliometria, analisaram cinquenta e dois trabalhos publicados em língua portuguesa no período de 1997 a 2015. Apesar de indicarem uma “melhora nos artigos publicados nos últimos anos sob a ótica da aplicação e descrição da técnica”, perceberam superficialidades na abordagem do método, utilizações em geral mescladas com outros métodos, utilizações do método com desprezo às operações de base e trabalhos que “apenas descrevem o que é a análise temática, mas não aplicam na prática do estudo”.

Parecem valiosas ambas as críticas: ao cenário acadêmico de “opção de fé” (FURLAN, 2011, p.21) ou filiação (partidária) à abordagem qualitativa ou quantitativa; e às utilizações da AC restritas à menções, apresentando-se esvaziadas de experiências procedimentais conforme o método.

A caminhada pela AC aqui esboçada revela acordo com Bardin (2011, p.15-16) na “preocupação honesta (...) de rigor científico”, em uma tentativa constante e deliberada de romper com a aleatoriedade das opiniões imediatas (dos “acho que”). Ao se investir em um instrumento metódico revestido da aura científica, corre-se o risco de “adorá-lo como um ídolo capaz de todas as magias, fazer dele o pretexto ou o álibi que caucione [garanta] vãos procedimentos”. O interesse maior da AC deve ser “o constrangimento por ela imposto de alongar o tempo de latência entre as intuições ou hipóteses de partida e as interpretações definitivas” (BARDIN, 2011, p.15). Analisar conteúdos, instrumental e cientificamente, obriga-nos a observar o “intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa” (BARDIN, 2011, p.16).

Quem se dispõe a analisar conteúdos busca fazer ciência sobre aquilo que a expressão ou mensagem formatada esconde ao olhar imediato ou à “intuição aleatória e fácil” (BARDIN, 2011, p.15-16). Busca-se o conteúdo “retido”, “escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não dito)” (BARDIN, 2011, p.15). “Analisar mensagens por esta dupla leitura onde uma segunda leitura se substitui à leitura “normal” do leigo, é ser agente duplo, detetive, espião” (BARDIN, 2011, p.15).

Em percepção desta caminhada, chegam outras críticas, desta vez à esta ideia da leitura dupla e da espionagem do não dito. Tais apontamentos são frutos de leituras do filósofo Gilles Deleuze, em seus Diálogos filosóficos com a jornalista Claire Parnet. E se o espião e sua busca pela leitura fora do dito forem identificadas com as figuras negativadas da cultura do “segredinho sujo”, da “cultura da morte”, da “cultura das pulsões de morte”? Passa a ser uma possibilidade observar nesta atividade uma espécie de “mania de interpretar” onde “é sempre preciso que alguma coisa nos lembre outra” (DELEUZE; PARNET, 1998, p.79).

Desde que se inventou a ‘significação’, as coisas não se arrumaram. Em vez de se interpretar a linguagem, foi ela que começou a nos interpretar, e a interpretar a si mesma. Significância e interpretose são as duas doenças da terra, o casal do déspota e do padre. (...) Esquece-se o que há no meio. Inventa-se novas raças de padres para o segredinho, que não tem outro objeto que o de se fazer reconhecer, colocar-nos novamente em um buraco bem negro (DELEUZE; PARNET, 1998, p.59-60).

Ainda que acredite na beleza e cientificidade da interpretação, não me parece sem sentido reconhecer também os riscos de sempre se buscar aquilo que não foi dito. Se o olhar é sempre para o que obscuramente se esconde, desconsidera-se o potencial da mensagem enquanto realidade viva, fluida e processual. A absolutização do que diz Gadamer (2002, p.181), “tudo que é dito não tem sua verdade simplesmente em si mesmo, mas remete amplamente ao que não é dito”, é questionada à luz dos diálogos de Deleuze:

O grande segredo é quando já não se tem mais nada a esconder, e que ninguém, então, pode lhe apreender. Segredo em toda parte, nada a dizer.

(...)

Em seu rosto e em seus olhos sempre se vê seu segredo. Perca o rosto. Torne-se capaz de amar sem lembrança, sem fantasia e sem interpretação, sem fazer o balanço. Que haja apenas fluxos, que ora secam, ora congelam ou transbordam, ora se conjugam ou se afastam. Um homem e uma mulher são fluxos. (...) Sobre as linhas de fuga, só pode haver uma coisa, a experimentação-vida (DELEUZE; PARNET, 1998, p.59-60).

Esta necessidade filosófica das linhas de fuga e da experimentação-vida também se faz presente no trabalho de Deusdará e Rocha (2005). O papel de um pesquisador-espião da ordem que se propõe a desvendar a subversão escondida deve ser substituído por o de um pesquisador-agente participante de uma determinada ordem, que contribui “para a construção de uma articulação entre linguagem e sociedade” (DEUSDARÁ; ROCHA, 2005, p.321).

O artigo posiciona-se junto à Análise do Discurso numa perspectiva disjuntiva ou binária em relação à AC (ou AC ou Análise do Discurso), generalizando apressadamente a obra de Bardin. As críticas do autores não parecem atentar-se ao manual, tanto na explícita possibilidade de considerar a Análise do Discurso como uma técnica da AC, quanto nas considerações sobre a relação entre objetividade e subjetividade na AC.

À parte disto, voltando à crítica que se falava (aquela direcionada ao “pesquisador-espião”), o trabalho nos faz mais uma vez refletir sobre a ideia da “dimensão oculta do real (trate-se de um real quer sociológico, quer psicológico)” (DEUSDARÁ; ROCHA, 2005, p.320). Esta pode indicar concepções de um empírico preexistente ao discursivo ou, dito de outra forma, da linguagem “como representação de uma realidade *a priori*” ou “um real pré-construído”. Ela seria “apenas um veículo de transmissão de uma mensagem subjacente” (DEUSDARÁ; ROCHA, 2005, p.311).

A crítica continua à ideia de um conteúdo escondido “de um sentido a ser resgatado em algum lugar”. Ou então, à consideração de uma “produção linguageira” que existe como esconderijo “das opiniões e das crenças de um sujeito (homogeneizado e ‘fracionado’ em pensamentos, emoções e comportamentos) a despeito do mundo que o rodeia” (DEUSDARÁ; ROCHA, 2005, p.317).

Diante das observações do olhar crítico, a linguagem aparece não como reflexo de algo exterior, mas sendo ela própria uma unidade interno-externo. Passa-se a considerar a possibilidade de mensagens que não tenham tanto motivações externas, mas que sejam produtos “do encontro entre um eu e um outro, segundo formas de interação situadas historicamente” (DEUSDARÁ; ROCHA, 2005, p.317). A linguagem é interação social entre pessoas, nas quais se incluem os pesquisadores, com os planos social e psicológico articulando-se em processos fluidos de produção.

É precisamente o entendimento de que o pesquisador (...) é co-construtor dos sentidos produzidos que se alteram o lugar em que ele se situa e sua postura de interlocutor em uma determinada situação de pesquisa. Isso, por si só, já é bastante diferente dos pressupostos presentes nas situações de pesquisa que se caracterizam como possibilidade de recolher, de fazer emergir das “profundezas” de um discurso uma verdade a que se procura chegar “cientificamente” (DEUSDARÁ; ROCHA, 2005, p.316).

A verdade científica é provisória, probabilística e construída intersubjetivamente a partir de critérios ou valores como rigor, clareza, validade e confiabilidade. Ao assumir-se em um campo vinculado à hermenêutica ou à arte da interpretação, o pesquisador que adota a AC como seu método ou instrumental metodológico, se coerente, bem saberá da incompletude de suas interpretações por inferências controladas, assim como reconhecerá o seu papel como co-produtor de sentidos e partícipe dos encontros histórico-sociais.

Da leitura de Bardin (2011) compreende-se que o foco no conteúdo como sendo o não-dito das mensagens pode tanto assumir perspectivas representacionais (a linguagem exprime ou representa aquele que a utiliza) como instrumentais (a linguagem exprime uma função). Tanto a funcionalidade como a representatividade podem, entretanto, ir considerando junto à ideia de

“comunicação como processo”. Aliás, na AC, na técnica da Análise da Enunciação, isto é colocado claramente:

Na altura da produção da palavra é feito um trabalho, é elaborado um sentido e são operadas transformações. O discurso não é transposição cristalina de opiniões, de atitudes e de representações que existam de modo cabal antes da passagem à forma linguageira. O discurso não é um produto acabado, mas um momento num processo de elaboração, com tudo o que isso comporta de contradições, de incoerências de imperfeições. Isto é particularmente evidente nas entrevistas em que a produção é ao mesmo tempo espontânea e constrangida pela situação (BARDIN, 2011, p.218).

Na ACCT, além da observação quanto à semântica ou significação no recorte das unidades de registro (postura válida para qualquer técnica da AC), o principal critério de categorização está no aspecto semântico da realidade (e não nos aspectos sintáticos, lexicais ou expressivos, por exemplo). Os conteúdos são analisados, em primeiro plano, pertencendo à sentidos e variados significados expressos na ideia de tema, que é um assunto com sentidos e significados.

A semântica situa-se no estudo do vocabulário ou léxico de uma língua e nos questionamentos acerca da “formação e significação das palavras” (AZEREDO, 2008, p.391). Falar no semântico e na tematização passa necessariamente pela reflexão sobre a distinção e complementarização possíveis entre significado e sentido. Servindo de um auxílio a estes pensamentos, há a escrita de João Cabral de Melo Neto (apud AZEREDO, 2008, p.423-424):

Em situação de poço, a água equivale
a uma palavra em situação dicionária:
isolada, estanque no poço dela mesma,
e porque assim, estanque, estancada;
e mais: porque assim estacada, muda,
e muda porque com nenhuma comunica,
porque cortou-se a sintaxe desse rio,
o fio de água por que ele discorria.

O leque de significados de uma palavra ou seus “significados potenciais” cabem à lexicologia que acompanha os dicionários. Ainda que haja profundidade no “poço”, somente a água do rio apresenta movimento. Os sentidos das palavras são construídos, dobrados e desdobrados “em atos efetivos de interação”, sendo autorizados ou desautorizados, atualizados ou desatualizados pelo contexto e pela situação singular, surgindo “do contato entre as palavras que compõem o discurso” (AZEREDO, 2008, p.423).

Na interação comunicativa, tanto emissores quanto receptores fazem ou são conduzidos à escolhas verbais. No ato de usar, de dar voz e letra ou ouvido, acolhida e leitura às palavras, o emissor ou o receptor utilizam um “repertório lexical”, atentando-se ou recebendo algumas combinações em detrimento de outras (AZEREDO, 2008, p.424). Durante e enquanto acontece

uma interlocução (locução entre), existem intenções de construção semântica de sentido, embora o uso ou desuso de alguns signos possam afastar ou despistar estas intenções. Tal fenômeno de ocultamento pode atuar como qualidade relacional mais ou menos positiva ou negativa (nos versos da existência). Também sobre o que fica escondido, sabemos que esta condição de não percebido pode ter origem na própria intencionalidade dos interlocutores. Sobre a substância do oculto poderá ser intelectual, afetiva, racional ou, então (e também), muitas vezes, inconsciente e ideológica.

Os significados e os sentidos podem ser referenciais, denotativos e conotativos. Os primeiros apontam o termo para um dado concreto na situação da comunicação. Já a denotação leva o termo para os “significados de dicionário”, não havendo necessidade de um referencial presente em ato comunicativo. A conotação conduz a elementos suplementares da significação e do sentido, as “reações afetivas diversas” como apreço, desprezo, tranquilidade, pânico, distanciamento, aproximação, valorização, depreciação, etc. Trata-se de um “lugar em que ecoam as experiências culturais” (AZEREDO, 2008, p.406).

Assim como uma mesma palavra, ainda que em um mesmo contexto possa assumir sentidos e significados variados, um mesmo sentido e significado pode aparecer em palavras diversas e em contextos variados. Trata-se do fenômeno da polissemia ou dispersão polissêmica que, em grande parte, acontece pelos movimentos de metáforas, metonímias e associações.

A metáfora opera pela semelhança de sentidos e significados em domínios diferentes. Como exemplo, pode-se retornar ao poema de João Cabral de Melo Neto e verificar o domínio biológico e geográfico do rio sendo transportado para o domínio das teorias do discurso, da metalinguagem e da palavra. Já a metonímia acontece na atribuição de significação e sentidos por proximidade ou contiguidade. Por exemplo, poderíamos falar ou ouvir “Deus” identificando o termo ao sentido de “Igreja” ou “Bíblia”, assim como falaríamos que “o correio já passou”, identificando no termo “correio” o sentido referencial de um profissional carteiro específico.

As associações de sentidos e significados também acontecem nas interlocuições. A dispersão polissêmica se faz em fluxos associativos que participam, inclusive, da transformação de termos em conceitos. As palavras passam por variadas “relações de sentido no interior de campos semânticos”, transmutando-se de significados inertes ou fora de interação em conceitos presentes e relacionados (AZEREDO, 2008, p.412). Os sentidos vão sendo associados, saltando de um campo semântico a outro, formando verdadeiras “constelações” e “microssistemas” direcionando “a uma região, a uma classe social, a um domínio profissional, a uma situação comunicativa, a um certo estado de espírito”, etc (AZEREDO, 2008, p.410).

Um exemplo de fácil visualização está em simples palavras como “peixe”. O termo pode apresentar sentidos múltiplos via associações à elementos do conjunto dos “animais marinhos” (tartaruga, siri, polvo, etc) ou dos “alimentos de origem animal” (carne vermelha, frango, porco, etc); à variedades de gênero (sardinha, anchova, pintado, etc); à instrumentos da pesca (anzol, rede, isca, etc); à variedades de preparação culinária (frito, cozido, assado, cru, etc); à símbolos culturais diversos (agilidade, fertilidade, fartura, sensualidade, etc); etc (AZEREDO, 2008, p.410).

São “infinitos fios semânticos”, sendo impossível uma identificação finita que explore a totalidade de sentidos (AZEREDO, 2008, p.433). Nesta reflexão, retornemos ao poema e ao rio que “precisa de muito fio de água / para refazer o rio antigo que o fez (...) / para que todos os poços se enfrasem (...) / frase a frase, / até a sentença-rio do discurso único” (MELO NETO apud AZEREDO, 2008, p.424).

É possível conceber o universo dos significados como uma infinita e multidimensional rede, composta de fios de sentido que, como os fios d’água do poema de João Cabral de Melo Neto, se intersectam e, nos pontos de encontro, concretizam significados que serão diferentes. Não haveria, portanto, traços isolados, mas tramas semânticas a produzirem esta ou aquela significação. É por isso que empreender um trabalho exaustivo de identificação dos traços semânticos existentes torna-se impossível e inútil (AZEREDO, 2008, p.433).

Diz-se que a “razão de ser” da linguagem (e aqui podemos ir além da linguagem verbal) está na “veiculação de sentidos”. A percepção do mundo – perceber o mundo – é, em grande parte, atribuir sentidos à formas de linguagem (instintivas, aprendidas, eleitas, re-eleitas, conectadas/ligadas e/ou reconectadas/religadas). A língua – como insiste em várias passagens a gramática citada – não espelha o mundo. Ela confere a ele “uma organização para que ele possa ser assunto” (AZEREDO, 2008, p.426).

Acrescenta-se, entretanto, que a língua, seu léxico, suas palavras, seus significados e sentidos também confirmam desorganizações ao mundo. Organização e desorganização – assim como as qualidades negativas e positivas do “barulhamento” ou do “silenciamento” – atuam como versos, variações ou polos de um só e mesmo caminho ou discurso. Isto está próximo ao que sinaliza a mencionada poesia de João Cabral (apud AZEREDO, 2008, p.424):

um rio precisa de muito fio de água
para refazer o rio antigo que o fez.
Salvo a grandiloquência de uma cheia
lhe impondo interina outra linguagem
um rio precisa de muita água em fios
para que todos os poços se enfrasem:
se reatando, de um para outro poço,
em frases curtas, então frase a frase,
até a sentença-rio do discurso único

em que se tem voz a seca ele combate

Assim inspirados, nesta metodologia que aqui se arrisca, a semântica (enquanto estudo dos significados e dos sentidos da linguagem) passa pela ideia de um caminho (Tao) ou sentido uno. Sendo assim, há um sentido semelhante ao do poema quando metaforizamos o que escreve Huberto Rohden acerca das correntes filosóficas ou, de forma mais geral, das variações do pensamento intelectual do ego:

todos os rios e arroios do pensamento humano, através do tempo e do espaço, são outros tantos afluentes do vasto Amazonas da Filosofia Perene e Universal, ainda que muitos desses tributários pareçam correr em sentido oposto ao da magna torrente-mestra, como aliás também acontece, não raro, com os rios dos nossos continentes geográficos. (...) esse Amazonas da Filosofia Eterna deságua (...) no Oceano do Absoluto e do Infinito, seja qual for o nome que os homens dêem a essa Realidade anônima de mil nomes (ROHDEN, 2009, p.18-19).

Cabe a nós, enquanto pesquisadores conscientes da metodologia e do fazer metodológico, utilizar o método em atenção às críticas, às técnicas e aos objetivos de pesquisa sem esquecer do caminho. Quem caminha o caminho com um bom mapa em mãos, pode ler suas legendas, escalas, orientações, projeções e notas, sinalizações de perigo e pode planejar sobre os lugares que se poderá chegar. Este mapa, que por vezes será deixado de lado, não é nem o caminho e nem a caminhada. O caminho é a jornada da vida da qual esperamos viver na busca por experiências da pleniconsciência e do conhecimento.

3.6. Dos procedimentos éticos

Em 08/02/2017 foi aberto o Protocolo SISRAD nº222663/2017 em que se fez constar a Informação RH nº011/2017, de 08/03/2017, da Gerência de Recursos Humanos, atestando conformidade do projeto “com os procedimentos éticos que envolvem a pesquisa” e encaminhando o processo para autorização da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

Confirmado o disposto na Resolução CNS nº510/2016 e normas complementares, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 11/05/2018 e aprovado em 14/06/2018 conforme Ofício CEP-EERP/USP nº129/2018 (**ANEXO A**). O CAIS-β confirmou autorização para a coleta de dados em 13/08/2018.

Os participantes foram previamente informados e esclarecidos sobre o estudo tendo lhes sido permitido acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**). Fez-se ressaltar o caráter voluntário da participação e a possibilidade de interrompê-la a

qualquer momento, assim como da autonomia para não responder a assuntos indesejáveis, do respeito ao sigilo e da ausência de danos e riscos em sua participação. Também foram descritos os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Quando diante do pesquisador, antes da entrevista propriamente dita, foi realizada leitura em voz alta do TCLE, garantindo o consentimento expresso através de assinatura em duas vias, sendo uma guardada com o participante. Também foram informados telefone de contato do pesquisador orientador responsável e do CEP da EERP/USP, bem como o endereço e os horários de atendimento deste.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização amostral

Participaram da pesquisa um total de vinte profissionais. No que diz respeito aos dados de sexo, função exercida e formação escolar, obteve-se a seguinte configuração: sete enfermeiras e um enfermeiro, sendo dois deles com pós-graduação (um com *lato* e outro *stricto sensu*); três técnicas em enfermagem e um técnico em enfermagem, todos com nível médio/técnico de formação; uma técnica em enfermagem com formação superior em serviço social; uma técnica em enfermagem com formação superior em administração de empresas; uma auxiliar em enfermagem e um auxiliar em enfermagem, ambos com formação de nível médio e sem curso técnico; uma auxiliar em enfermagem com formação de nível médio e curso técnico; uma profissional que alega estar enquadrada tanto nas funções de auxiliar como nas de técnica em enfermagem, com nível médio e curso técnico; uma auxiliar em enfermagem com formação superior em enfermagem; e uma auxiliar em enfermagem com formação superior em fisioterapia.

Quanto à religião, a caracterização encontrada foi a seguinte: onze participantes exclusivamente católicos, sendo que dois complementaram-se como “não-praticante” e um como “praticante”; dois participantes ao lado do catolicismo apresentaram outras religiões (um deles o espiritismo e o outro a umbanda e o espiritismo); quatro evangélicos (sendo eu um deles especificou ser da Igreja Batista e outro da Congregação Cristã); um espírita kardecista; dois participantes sem religião, sendo que um dele complementa-se como “espiritualizado/a”.

Considerando-se estas dados acrescidos dos de idade, tempo de atuação na Saúde Mental e na Saúde e local de trabalho, elaboraram-se os seguintes gráficos:

Gráfico 9 – Participantes da pesquisa segundo função.

Fonte: elaborado pela autor

Gráfico 10 – Participantes da pesquisa segundo nível de instrução.

Fonte: elaborado pela autor

Gráfico 11 – Participantes da pesquisa segundo religião.

Fonte: elaborado pela autor

Gráfico 12 – Participantes da pesquisa segundo sexo.

Fonte: elaborado pela autor

Gráfico 13 – Participantes da pesquisa segundo idade e sexo.

Fonte: elaborado pela autor

Gráfico 14 – Participantes da pesquisa segundo anos de atuação na Saúde Mental.

Fonte: elaborado pela autor

Gráfico 15 – Participantes da pesquisa segundo anos de atuação na Saúde.

Fonte: elaborado pela autor

Gráfico 16 – Participantes da pesquisa segundo setor de trabalho.

Fonte: elaborado pela autor

4.2. Pré-análise

Para as leituras flutuantes, as vinte transcrições das entrevistas foram impressas de forma que pudessem ser estudadas e acompanhadas com régua e lápis. Foram criadas linhas horizontais separando a parte da entrevista relativa aos dados de caracterização da amostra e a parte contendo as outras seis perguntas do questionário. Uma coluna ao lado direito foi reservada para anotações surgidas nos momentos de leitura.

Em meio ao processo, o confronto das anotações com as transcrições permitiram os primeiros lampejos a respeito do inventário, uma das etapas exigidas de uma Análise de Conteúdo Categórica (ACC) e que consiste na transformação dos elementos textuais brutos (ETB) em elementos representativos de conteúdo (ERC).

Dos ERC, definiu-se sua estrutura como sendo um segmento textual com sentido completo, ou seja, uma frase. Por sintetizar determinada fala, não sendo uma transcrição exata,

convencionou-se chamar os elementos de “frases-síntese de conteúdo” ou, simplesmente, “frases-síntese”.

Levando-se em conta o “clareamento dos objetivos” e as possibilidades de enumeração, as questões da entrevista semiestruturada foram divididas em dois grupos mais a questão 12 que, por seu caráter mais aberto, pode envolver ambos os objetivos com conteúdos variados:

- i) Grupo A: questões 7, 8 e 9 (objetivo 1: integralidade para os profissionais);
- ii) Grupo B: questões 10 e 11 (objetivo 2: interlocuções com Rohden);
- iii) Questão 12 (conteúdos variados).

4.3. Exploração

A etapa de exploração dos dados subdivide-se em dois momentos. O primeiro trata do processo de inventariação ou organização classificatória e enumerativa dos dados. O segundo evidencia um retorno aos dados brutos, conforme originalmente transcritos.

4.3.1. Inventário, categorização, codificação e enumeração

A operação exploratória do conteúdo iniciou-se com os esforços para a efetivação do inventário, com o levantamento e organização das frases-síntese (os ERC). A partir de um longo movimento de idas e vindas, confrontando anotações, pensamentos e as transcrições das entrevistas, os ERC foram sendo definidos e devidamente dispostos em “quadros de frases-síntese”.

Durante o processo, fez-se relevante distinguir alguns elementos além daqueles que compunham o centro das respostas. Tratam-se de verbalizações observadas que se convencionou chamar “manifestações tergiversantes”. Por estas falas pode-se reconhecer um sentido de “rodeios” ou “evasivas”, trazendo à tona dificuldades em responder ou compreender, expectativas em relação ao certo/errado e claro/confuso, adjetivações acerca da pergunta ou das ideias expostas, etc.

A seguir, seguem seis quadros criados (Quadros 4 a 9), um para cada pergunta do instrumento de coleta de dados e cada qual composto por vinte caixas (uma para cada entrevista). As frases-síntese foram enumeradas, com exceção das manifestações tergiversantes. Estas foram dispostas na parte inferior de cada caixa, separadas por um espaço e indicadas com um marcador na forma de hífen.

Quadro 4 – ERC (frases-síntese) da questão 7. Grupo A: integralidade para os profissionais.

E02	E03	E04
<p>1. Integralidade é o inteiro, o todo.</p> <p>2. Integralidade é o cuidado como um todo.</p> <p>3. Integralidade é ver o ser humano como pessoa, na questão da doença e na questão psíquica e emocional.</p> <p>- Uma dificuldade: saber o que é, mas não saber explicar.</p>	<p>1. Integralidade é estar integrado com o outro (serviço, colegas e pacientes).</p> <p>2. Integralidade é saber lidar com as situações de mudança.</p> <p>3. Integralidade é perceber e respeitar o outro empaticamente, integrando-se a seus sentimentos e questões.</p> <p>- É uma difícil questão.</p> <p>- Talvez tenha faltado clareza na resposta.</p>	<p>1. Pergunta: integralidade na saúde?</p> <p>2. Integralidade é prestar assistência em todos os aspectos.</p> <p>3. Integralidade está atenta ao físico, psíquico, social, religioso, cultural, à saúde e à doença.</p> <p>4. Integralidade é trabalho multiprofissional (diferentes “trabalhos de núcleo” com suas técnicas específicas).</p> <p>5. Integralidade é “trabalho de campo” (participação das equipes de referência) aberto a aspectos para além do núcleo de especialidade profissional; “dar conta de tudo”: um equívoco.</p> <p>- Talvez não fosse isso que o entrevistador queria ouvir.</p>
E05	E06	E07
<p>1. Pergunta: integralidade no trabalho, na rotina, dentro ou fora das funções?</p> <p>2. Integralidade é assumir várias funções no serviço de psiquiatria.</p> <p>3. Integralidade é um cuidado diferenciado com o paciente.</p> <p>- Há uma dificuldade na compreensão do título da pesquisa.</p> <p>- Há uma abertura excessiva na pergunta.</p> <p>- Não se sabe se o comunicado é o certo.</p>	<p>1. Integralidade é inserir os pacientes na realidade social.</p> <p>2. A integralidade se dá a partir de um consenso.</p>	<p>1. Pergunta: integralidade na assistência?</p> <p>2. Integralidade é assistir plenamente o paciente.</p> <p>3. Integralidade é olhar para vários aspectos: físico, mental, parte psíquica e parte religiosa.</p>
E10	E11	E12
<p>1. Integralidade é algo que compõe, que integra e que completa.</p> <p>- Expressa não saber (dificuldade).</p>	<p>1. Integralidade é ter dedicação e garra ao cuidado.</p> <p>2. Pergunta: integralidade na rotina do trabalho?</p>	<p>1. Pergunta: integralidade na saúde?</p> <p>2. Integralidade é construção coletiva.</p> <p>3. Integralidade é ver o sujeito em vários aspectos: parte visível/examinável e invisível; físico, mental, emocional e espiritual, principalmente a espiritual.</p> <p>4. Integralidade é prática do cuidado ampliado (que enxerga o todo).</p>

continua

Quadro 4 – ERC (frases-síntese) da questão 7. Grupo A: integralidade para os profissionais.

continuação

E13	E14	E15
<p>1. Integralidade é união melhorada entre as pessoas, que vai além do trabalho concreto e solitário do curativo (próprio da enfermagem).</p> <p>2. Integralidade é um todo.</p> <p>3. Integralidade é ver o paciente como um todo.</p> <p>4. Integralidade é cuidado que vê o outro como um todo.</p>	<p>1. Integralidade é um/o tudo.</p> <p>2. Integralidade é um modo de trabalho e de viver que une ou integra pessoas, serviços e ações.</p>	<p>1. Integralidade é ver o ser humano como um todo (físico, mental e religioso).</p> <p>- Não se sabe se o que foi dito está correto.</p>
E16	E17	E18
<p>1. Pergunta: integralidade na saúde?</p> <p>2. Integralidade é olhar para a pessoa como um todo (saúde física, mental e espiritual) e para as situações (pontos positivos e negativos).</p> <p>3. Integralidade é cuidar do ser humano em sua totalidade.</p>	<p>1. Integralidade é cuidar do indivíduo de forma integral.</p> <p>2. Integralidade é atender em aspectos variados: físicos, psicológicos, crença religiosa, vontades, ocupacional.</p> <p>- Não se sabe se o que foi dito está correto.</p>	<p>1. Pergunta: integralidade na saúde?</p> <p>2. Integralidade é o atendimento ou assistência que se presta ao paciente.</p> <p>3. Integralidade é ir além do “problema de cabeça”, visualizando a totalidade (parte social, clínica, psíquica, etc).</p> <p>4. Integralidade está relacionada à Reforma Psiquiátrica.</p> <p>5. Integralidade está associada à equipe multidisciplinar: enfermeiro, assistente social, TO, psicólogo, médico clínico, médico psiquiatra.</p>
E19	E21	E22
<p>1. Integralidade é acolhimento ampliado.</p> <p>2. Integralidade é ver a pessoa como um todo.</p> <p>3. Pergunta: integralidade na saúde mental?</p> <p>4. Integralidade é tratar com humanização.</p> <p>5. Integralidade é ação multidisciplinar: assistente social, TO, psicólogo, psiquiatra.</p> <p>6. Integralidade é trabalho em rede – CAPS, Postos de Saúde, etc: a partir de fala sobre a falta de integralidade externa e o problema da institucionalização por recorrentes retornos.</p> <p>- Não se sabe se o que foi dito está correto.</p>	<p>1. Integralidade é da assistência.</p> <p>2. Integralidade é algo pensado no âmbito de uma equipe multiprofissional.</p> <p>3. Integralidade é integralidade do ser humano, que está atenta a vários aspectos: bio-psíquico, social, biológico, espiritual e físico).</p>	<p>1. Integralidade é integrar-se ao todo.</p> <p>2. Integralidade é integrar-se no serviço com equipe e moradores.</p>
E23	E24	
<p>1. Integralidade é um cuidado especial de 24h.</p> <p>2. Integralidade é um olhar que vai além do “paciente”.</p>	<p>1. Integralidade é atenção ao paciente.</p> <p>2. Integralidade envolve ver o paciente além de suas partes, como estômago, intestino, etc.</p>	

Fonte: elaborado pelo autor. Nota: manifestações tergiversantes sem numeração, na parte inferior de cada caixa.

Quadro 5 – ERC (frases-síntese) da questão 8. Grupo A: integralidade para os profissionais.

E02	E03	E04
<p>4. Consideração da desestruturação familiar, superando rótulo do “drogado”: algo corrente no dia-a-dia de funcionamento do setor ou Núcleo (NAD).</p> <p>- Não vai existir um caso isolado.</p>	<p>4. Quando o profissional atinge um bom estado relacional com o paciente: o paciente não tem medo, sente que vai ser entendido e que terá sua situação resolvida.</p> <p>5. Quando o profissional ajuda (ao invés de julgar).</p> <p>6. Quando o profissional faz julgamentos: casos de desacordo.</p> <p>7. Quando o profissional se coloca na postura do cuidado.</p>	<p>6. Quando se tenta cumprir e fazer funcionar a missão do Serviço.</p> <p>7. Caso da paciente (20 anos e filha de 2 anos) em que ficaram explícitos tanto casos de acordo (trabalho coletivo dos enfermeiros, com disposição à trabalhos de campo e de núcleo, consideração aos determinantes sociais, aspectos jurídico-sociais, sintomas físicos de abstinência, atenção às necessidades psicológicas, conversas e tentativas de viabilizar condições de trabalho) como de desacordo (ausência de vagas de trabalho ou cursos profissionalizantes pelo CRAS, rejeição familiar e dificuldade para agendamentos com médicos e psicólogos).</p> <p>8. Trabalha-se com um número de funcionários inferior ao ideal para processos otimizados de trabalho: um desacordo com a integralidade.</p> <p>9. Na saúde mental há muita bagunça entre as funções de núcleo e de campo: desacordo.</p> <p>10. Há descontinuidade do atendimento integral realizado durante a internação.</p>
E05	E06	E07
<p>4. Ir além do clínico-assistencial e auxílio nas terapias, exercícios, caminhadas: algo presente na rotina diária do NAD.</p> <p>- Exemplos estarão corretos se o que foi considerado como sendo integralidade estiver correto.</p>	<p>3. Práticas originadas em projeto implantado há um ano no CAIS.</p> <p>4. Caso da paciente há 40 anos no CAIS: afinidade com a equipe e integração àquele meio social.</p> <p>- Há dificuldade em se relatar ou descrever algo.</p>	<p>4. Implantação de prática de cuidado com um mesmo grupo de pacientes durante todo o plantão.</p> <p>5. Rotina no CAIS há 7 anos: cuidado fragmentado – divisão das tarefas mecânicas: banho, comida, remédio: desacordo.</p> <p>- Não se sabe se o que foi relatado é correto enquanto exemplo.</p>
E10	E11	E12
<p>2. A rotina diária de funcionamento das equipes no setor em ajuda mútua: engrenagens.</p>	<p>3. Quando há harmonia no cuidado e dedicação conjunta da equipe.</p> <p>4. Casos de atenção a pacientes mais necessitados (problemas mais sérios) – destaque na dedicação.</p> <p>- Não se sabe se o que foi relatado serve de exemplo.</p>	<p>5. Caso do paciente da Unidade 4: elevada debilitação física, mental e social trabalhada; em 6-7 meses foi da total dependência à autonomia; trabalho coletivo e multiprofissional (psicólogo, assistente social, enfermeiros, auxiliares, médicos).</p>

continua

Quadro 5 – ERC (frases-síntese) da questão 8. Grupo A: integralidade para os profissionais.

continuação

E13	E14	E15
<p>5. Lógica do passado – orientação de não envolvimento com o paciente e de olhar apenas para a doença na “cabeça”: desacordo.</p> <p>6. Caso do morador que precisava ter alta: equipe integrada (psicologia, serviço social, nutrição); observação às necessidades de saúde; atenção como um todo; atenção ao núcleo e ao campo; forma ampla de olhar o patológico.</p> <p>- Há muitos casos que poderiam ser relatados.</p>	<p>3. Tanto núcleo, como CAPS: cuidado multiprofissional e ampliado ao aspecto familiar.</p> <p>4. No CAIS: todos os setores são integrados e voltados ao bem comum do paciente.</p> <p>5. Caso da senhora sem documentos: como exigência pra passar em consulta, ao fazer o cartão do SUS, foi identificada sua origem 40 anos depois.</p> <p>6. Trabalho de grupos de família com visita domiciliar à pacientes: auxílio na mudança de juízos sobre o doente mental e sua inclusão no meio social.</p>	<p>2. Pavilhão em que trabalhava: cuidado carinhoso.</p> <p>3. Caso do paciente da Unidade 1: afeto e apego familiar mútuo entre o entrevistado (auxiliar) e paciente; cuidado como um todo; como se já se conhecessem de algum lugar.</p> <p>- Há muitos casos que poderiam ser relatados.</p>
E16	E17	E18
<p>4. CAPS: cuidado em diferentes aspectos – físico, restituição social, condução para uma religião escolhida pelos pacientes; “trabalho total”.</p> <p>5. Caso do paciente do HC-Ribeirão Preto no NCP: de um estado de total dependência para a alta – trabalho coletivo e olhar ampliado.</p>	<p>3. Quando com os pacientes portadores de doenças mentais, atendimento com olhar ampliado para parte medicamentosa, crenças religiosas e suporte nas Atividades de Vida Diária (AVDs).</p> <p>4. Caso da paciente com úlceras: cuidado de curativos, manutenção da hemodinâmica (hidratação), reza conjunta, ligações para familiares (um irmão) virem, atenção às vontades, tristezas, atividades ocupacionais (TV, canto, outras), percepção integral das necessidades.</p>	<p>6. Mudanças no CAIS: trabalho por referência (divisões de equipes em grupos de pacientes) melhorou o cuidado, que passou a permitir olhar para o paciente como um todo (medicação, parte social, psiquiátrica, clínica).</p> <p>7. Caso da “ignorada 21” na Santa Casa (antigo trabalho) – paciente que ia fazer uma cirurgia de abdômen sem nome; “isso doía muito na gente”: um desacordo.</p> <p>8. Mudanças: sistema de informações CADWEB – facilidade na procura dos familiares favorecendo trabalho dos grupos de orientação familiar.</p> <p>9. BPC (Benefício de Prestação Continuada): da despersonalização para a personalização (por exemplo, escolha das roupas).</p> <p>- Não há um caso específico.</p>

continua

Quadro 5 – ERC (frases-síntese) da questão 8. Grupo A: integralidade para os profissionais.

continuação

E19	E21	E22
<p>7. No setor: equipe multiprofissional atuando no cuidado.</p> <p>8. Quando o paciente sai do CAIS, há descontinuidade na rede: desacordo.</p>	<p>4. Caso da paciente com esquizofrenia paranóide: muitos delírios, mas muito funcional; escuta diferenciada; acordos acerca de licença terapêutica para trabalhos religiosos junto ao Candomblé; reconhecimento das angústias, sonhos e necessidades no espaço dos delírios; olhar para o histórico familiar.</p> <p>5. Condutas de escuta e auxílio na quebra do estigma do paciente psiquiátrico e usuário de droga (ir além do CID): “eles têm sempre que estar provando que são seres humanos”.</p> <p>- Há muitos casos.</p>	<p>3. Coleguismo e união dos profissionais no Pavilhão 3 (onde trabalhava há cerca de 7 anos atrás).</p>
E23	E24	
<p>3. Constantes escutas aos desabafos de vários pacientes, para além da assistência clínica.</p>	<p>3. Quando há cuidado do paciente como um todo (para além das fragmentações de núcleo).</p> <p>4. Caso da paciente-referência por 23 anos: procurar e ser parte da família, acompanhamento das dores físicas, psíquicas e espirituais, acompanhamento por 8h e horas extas, ser porta-voz junto à equipe multiprofissional.</p> <p>- Há muitos casos.</p>	

Fonte: elaborado pelo autor. Nota: manifestações tergiversantes sem numeração, na parte inferior de cada caixa.

Quadro 6 – ERC (frases-síntese) da questão 9. Grupo A: integralidade para os profissionais.

E02	E03	E04
<p>5. Quando há desencontro entre unidades do CAIS (de internação e ambulatório): sem atenção familiar (visita domiciliar).</p> <p>6. CAPS e ambulatórios sem psiquiatra.</p> <p>7. Falta de suporte externo ao CAIS.</p>	<p>8. Quando se finge que não se vê o outro que não está bem (virar as costas para a situação que está florindo ali e “você não está percebendo”).</p> <p>- Não se sabe como responder a questão.</p>	<p>11. Caso da paciente de 20 anos: falta de continuidade, interrupção do PTS; sucesso do cuidado restrito ao aspecto físico (desintoxicação).</p> <p>12. Casos de reincidências de pacientes (cada vez piores).</p>
E05	E06	E07
<p>5. Quando o funcionário realiza apenas o rol de atividades prescrito (núcleo).</p>	<p>- Não se sabe como responder a questão.</p>	<p>6. Caso do funcionário que verificava a pressão: não informou a hipertensão ao responsável pela medicação.</p> <p>7. Não fazer os registros das evoluções corretamente para a sequência de plantões: possível relação com rotatividade de pacientes da Unidade 1 (em comparação ao NAD) e o derivado comodismo em achar que não precisa anotar tudo.</p> <p>8. Caso da paciente com escoriação na perna: a decisão médica de que o curativo deveria ficar 3 dias não foi repassada.</p> <p>- Não se sabe como responder a questão.</p>
E10	E11	E12
<p>3. Medidas institucionais a partir do COREN-SP (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo) acabam por contrariar a vivência dos profissionais (dever institucional vs. “a melhor coisa”).</p> <p>4. Ordens para o trabalho com grupos de pacientes: “poderia ser feito de outra forma”.</p> <p>- Não se sabe se o que foi relatado serve de exemplo.</p>	<p>5. Falta de solidariedade: dedicação exclusiva ao seu grupo, sem atenção às intercorrências de outras referências (“vou cuidar dos meus e ele que se vira”); acabar as tarefas e não ajudar os outros.</p>	<p>6. Condutas não padronizadas (fazer do jeito que acha correto): desrespeito às orientações revistas mensalmente do SAE (Sistematização da Assistência em Enfermagem).</p>
E13	E14	E15
<p>7. Falta da continuidade da rede de apoio externa ao CAIS.</p> <p>8. Caso do paciente preso por agressão algum tempo após ter alta – visão fragmentada fora do CAIS.</p> <p>- Há muitos casos.</p>	<p>7. Caso do paciente falecido: recusa da família em relação ao enterro (“pode jogar no rio”).</p> <p>8. Casos de exclusão familiar no setor ambulatorial (“não aguento mais”, “eu não quero mais saber”).</p>	<p>4. Casos de internações por 40 anos: não tem a “integralidade de família”.</p> <p>- Não se sabe se o que foi relatado serve de exemplo.</p> <p>- São perguntas muito complexas.</p>

continua

Quadro 6 – ERC (frases-síntese) da questão 9. Grupo A: integralidade para os profissionais.

continuação

E16	E17	E18
<p>6. Quando serviços fecham a porta para outros: surgindo limitações por falta de enquadramento.</p> <p>7. Quando não há trabalho em conjunto (falta de conversa/falta de acordo): equipe desarranjada.</p> <p>- É difícil descrever ou relatar um caso de desacordo.</p> <p>- Não se sabe se o que foi relatado serve de exemplo</p>	<p>5. Caso do leito vizinho: caso pessoal quando o pai enfartou; desrespeito a situação singular do paciente ao lado em virtude de uma rigidez de regra – “não é hora de trocar a fralda”.</p>	<p>10. Quando o foco é em apenas uma parte do paciente (da “cabeça”, por exemplo).</p> <p>11. Fechamento manicomial do passado sem inclusão social</p> <p>12. Após a Reforma Psiquiátrica, sempre trabalhamos para olhar o paciente como um todo: acordo.</p> <p>- Há muitos anos sem trabalho direto com a assistência.</p> <p>- Dadas as circunstâncias, não seria possível falar de um caso específico, mas apenas geral.</p>
E19	E21	E22
<p>9. Falta de continuidade na rede externa ao CAIS.</p> <p>10. Descaso governamental para a saúde mental enquanto problema de saúde pública.</p> <p>- Não se sabe se o que foi dito está certo.</p>	<p>6. Caso da paciente de 54 anos: confusões mentais, porém o problema mais urgente era hipertensão e edema pulmonar agudo; falta de olhar para as necessidades reais.</p> <p>7. Caso do desmaio: falta de pensar em outras dimensões do acontecimento (“chama o SAMU”); haviam aspectos emocionais e familiares (câncer da nora).</p> <p>8. Quando a atenção é exclusiva aos sintomas imediatos, ignorando eventos importantes.</p> <p>- Há muitos casos.</p> <p>- Há medo por não conseguir narrar corretamente e a impressão de que se está confundindo.</p>	<p>4. Quando falta integração e troca de ideias entre diferentes tarefas e serviços.</p> <p>5. Casos de decisões de mudanças sem consideração das opiniões dos funcionários do setor e dos moradores (que acabam sofrendo muito).</p>
E23	E24	
<p>- Nunca foi presenciado um caso de desacordo nos três anos de atuação no CAIS.</p>	<p>5. Anterior à clínica ampliada: sem apropriação da família/vontade/desejos e necessidades de saúde; cuidado recortado, meramente técnico.</p> <p>- Há vários casos.</p>	

Fonte: elaborado pelo autor. Nota: manifestações tergiversantes sem numeração, na parte inferior de cada caixa.

Quadro 7 – ERC (frases-síntese) da questão 10. Grupo B: interlocuções com Rohden.

E02	E03	E04
<p>8. O ser integral é o ser “totalmente saudável”, envolvendo a alma, o social, o físico, o mental, o financeiro e o educacional.</p> <p>9. É provável que a filantropia também fale do ser integral como um todo (alma e o social).</p> <p>- Há dificuldade para comentar.</p> <p>- É difícil comentar sobre ideias de filósofos.</p> <p>- As ideias expostas não definem, são amplas, generalistas e soltas.</p>	<p>9. O indivíduo humano está na Terra para cumprir uma missão, aprender e evoluir como pessoa.</p> <p>10. Acredita-se pessoalmente na ressurreição e em “outro plano”.</p> <p>11. O ser humano deve ser coerente, ser quem é em qualquer lugar ou função.</p> <p>- Há preocupação com uma possível falta de clareza.</p>	<p>13. Deus está em tudo.</p> <p>14. A crença em Deus auxilia no enfrentamento às dificuldades do trabalho.</p> <p>15. Crê-se pessoalmente muito em Deus e em Jesus.</p>
E05	E06	E07
<p>6. O ser integral está totalmente aberto à novas experiências.</p> <p>7. A profissão de enfermagem é cética, liga-se apenas aos aspectos clínicos, distanciando-se de algo além da visão ou de um “mundo espiritual”.</p> <p>8. Os casos na psiquiatria abrem margens para pensar os limites da clínica, o que é de sua alçada e o que está além.</p> <p>- As ideias expostas são profundas.</p> <p>- Há dificuldade de compreensão.</p>	<p>5. Acredita-se (pessoalmente) em um Deus que criou tudo.</p> <p>6. Quando o ser humano possui fé em tudo, no todo, tem-se a integralidade.</p> <p>- Acredita-se no que foi lido.</p>	<p>9. Há pessoas que tem consciência (do “inominável”) e outras não (comunicado que talvez seja o caso de quem diz a frase).</p> <p>- Opinar sobre isto é muito difícil.</p> <p>- Concorda-se com a ideia que foi exposta do filósofo.</p> <p>- Há dúvida se algo mais deve ser expresso além do que foi dito.</p>
E10	E11	E12
<p>5. Vive-se uma busca.</p> <p>6. A imagem apresentada do homem integral é “meio subjetiva”, difícil de ser atingida, mas pode orientar o olhar de quem a pensa na revisão e na reforma dos próprios erros.</p> <p>7. Ter (consciência de) Deus vai além do pensar, passando pelo agir (atitudes) e pelo falar.</p> <p>8. Pensar em Deus favorece a capacidade de domar/controlar o ser humano que se é.</p> <p>- O exposto assemelha-se a ideias de religião.</p> <p>- Há dificuldade em opinar sobre as ideias em questão.</p>	<p>6. O ser humano deve ter a presença de Deus em tudo que faz.</p> <p>- Concorda-se com o filósofo.</p>	<p>7. Na vida há coisas que o ser humano pode controlar e outras não (quando entra o destino).</p> <p>8. O equilíbrio físico-mental-espiritual e a percepção das possibilidades de escolhas permitem lidar com situações inesperadas (destino).</p> <p>9. Deus pode ser uma ficção para dar força ou uma realidade, a depender da crença, que deve ser respeitada.</p> <p>10. A crença religiosa faz bem àquele que acredita, colocando-o em movimento para produzir, fazer e ser.</p> <p>11. Diante do Planeta, os indivíduos são “nada”.</p> <p>- Há dificuldade para opinar sobre as ideias em questão.</p> <p>- Há dúvida se o que foi dito tem a concordância do entrevistador.</p>

continua

Quadro 7 – ERC (frases-síntese) da questão 10. Grupo B: interlocuções com Rohden.

continuação

E13	E14	E15
<p>9. Dizer que o ser integral é aquele que tem consciência de Deus está distante do campo da Saúde Mental, porque o paciente mental muitas vezes não tem consciência nem do próprio corpo, muito menos do invisível, do impalpável e de Deus como não-pacientes têm.</p> <p>10. Na enfermagem o trabalho se distancia do abstrato – próximo ao fictício – lidando mais com diagnósticos e prognósticos concretos e com pacientes que têm cabeça, corpo, coração e sentimento: a integralidade é mais do que consciência e crença em Deus.</p> <p>11. Os cuidadores aproximados à espiritualidade tentam cultivar esta dimensão junto aos pacientes, por vezes, associando reações/sintomas psiquiátricos ao espiritual.</p> <p>12. Acredita-se pessoalmente em Deus, no Infinito.</p> <p>13. Milagres acontecem, como atestam experiências pessoais na família.</p> <p>- As ideias expostas parecem desconhecer a realidade da Saúde Mental.</p>	<p>9. O ser integral é aquele que acredita no tudo, na realidade do tudo, no Deus que é o tudo, que gerou tudo.</p> <p>10. A integralidade é o tudo ou é a base de tudo.</p> <p>- Há o reconhecimento de dificuldade para se expressar.</p>	<p>5. O ser integral é aquele que crê em Deus e o coloca no centro de sua vida, porém é possível ser integral sem ter Deus como foco.</p> <p>- Em Filosofia não se tem religião.</p> <p>- Há dificuldade no opinar sobre a questão.</p> <p>- A filosofia é uma espécie de “viagem” (sentido pejorativo).</p>
E16	E17	E18
<p>8. O ser humano é integral quando está na presença de Deus e tem consciência de que ele é o centro, o caminho e de que é cuidado por ele.</p> <p>9. Mesmo entendendo que há diferentes formas de se nomear, o nome correto é Deus, pois outros nomes conduzem o pensamento a lugares indevidos.</p> <p>- Não se sabe se teria que ter sido dito mais algo ou se o entrevistador concorda com o que foi dito.</p> <p>- Há dificuldade em expressar-se a partir das colocações.</p>	<p>6. Quando o homem tem consciência da presença de Deus passa a ter empatia pelo outro.</p> <p>7. O cuidado integral implantado nas unidades fez com que um mesmo paciente pudesse ser cuidado por um mesmo profissional durante todo seu plantão, ampliando o vínculo e a empatia: um trabalho mais humano e menos mecânico.</p> <p>8. A crença religiosa faz com que a ideia de Deus esteja presente, favorecendo a empatia e o reconhecimento do outro como um ser humano.</p> <p>- Concorda-se que há um sentido de verdade na ideia mencionada.</p> <p>- Há dúvida se o que foi respondido está correto.</p>	<p>13. É preciso pensar sobre “Deus”, etc (todos os nomes que foram ditos) e, quando isso não ocorre, podemos receber o auxílio das religiões.</p> <p>14. No CAIS-SR, diferentes religiões institucionalizadas já atuaram e atuam (catolicismo, protestantismo e espiritismo) junto aos pacientes.</p> <p>- Há concordância com a ideia exposta.</p> <p>- As ideias expostas são extremamente filosóficas.</p> <p>- Indica-se não entender de filosofia.</p> <p>- Há dificuldades em acompanhar o raciocínio exposto.</p>

continua

Quadro 7 – ERC (frases-síntese) da questão 10. Grupo B: interlocuções com Rohden.

continuação

E19	E21	E22
<p>11. O ser humano pode ser nada ou tudo.</p> <p>12. É necessário crer mais em Deus.</p> <p>13. Tentamos descrever o outro que não conhecemos, mas isto não é possível em exatidão.</p> <p>- Há dificuldade em entender o que foi dito, não sabendo o que a frase quis dizer.</p>	<p>9. Há outras proteções além de Deus, como uma santa querida ou o Espírito Santo.</p> <p>10. Remete-se ao ocorrido conforto de um paciente em seu leito de morte, rezando e dizendo do cumprimento de sua missão.</p> <p>11. Deus, o Todo Poderoso, a Força Maior está sempre presente.</p> <p>12. A fé e a religião que cultivam a ideia de um infinito e de um propósito acalenta no momento da partida.</p> <p>13. Lembra-se de terços, rezas e benzedeadas.</p> <p>14. O homem integral, que tem a consciência de Deus, é o homem que transcende, que percebe, sente e vive a plenitude em verdade e intensidade.</p>	<p>6. Pode ser que exista um ser humano integral, porém não acredito, pois não existem pessoas perfeitas.</p>
E23	E24	
<p>- Há dificuldades, não sabendo como responder à questão.</p>	<p>15. A saúde mental dá “voz e vez para as pessoas”: pacientes que sinalizam buscar um sentido ou a transcendência (sua integralidade) podem ser auxiliados pelos profissionais, ainda que o tecnicismo e o mecanicismo para os quais o mundo caminhou dificulte.</p> <p>- Realizaram-se leituras prévias de Rohden em virtude de curiosidade motivada pelo convite à pesquisa.</p> <p>- Há curiosidade em relação à condução futura da pesquisa.</p> <p>- Comunica-se uma dificuldade: a sensação de “estar perdido”.</p>	<p>6. Ser integral é perceber-se parte de Deus (o arquiteto do Universo) e sentir sua presença, como também ensina a maçonaria.</p>

Fonte: elaborado pelo autor. Nota: manifestações tergiversantes sem numeração, na parte inferior de cada caixa.

Quadro 8 – ERC (frases-síntese) da questão 11. Grupo B: interlocuções com Rohden.

E02	E03	E04
<p>10. Mesmo se isolados do mundo humano, estaremos na dependência de outros seres (como chuva, árvore, insetos, plantas, etc).</p> <p>11. As frases do museu (eu sendo outro / silêncio barulhento) remetem à psiquiatria e ao mistério do cérebro.</p> <p>12. Pensa-se na pergunta: quem é normal e quem é o louco?</p> <p>13. A pessoa (louco) presa dentro do próprio mundo pode ser quem ela quiser.</p> <p>14. Pensa-se que a pessoa que fala muito mal do outro é porque deseja ser este outro.</p> <p>15. Dependemos de outras pessoas para nascer.</p> <p>- Não se sabe se há clareza ou confusão na resposta.</p>	<p>12. Nunca se faz algo totalmente sozinho, sendo preciso alguém para se chegar a algum lugar: o ser humano está sempre a procurar por outro ser humano.</p> <p>13. Acredita-se, pessoalmente, na promoção de comunidades, como na passagem bíblica: onde dois ou mais estiverem reunidos em meu nome, ali estarei.</p>	<p>16. Ninguém está sozinho: os seres humanos precisam da ajuda uns dos outros.</p> <p>17. Há também uma sustentação e uma ajuda maior, divina, de Deus.</p>
E05	E06	E07
<p>9. As frases do museu (“eu sendo outro”) podem contar de uma pessoa observando outra.</p> <p>10. Existe a ligação entre todos e tudo, um destino já traçado.</p> <p>11. Recorda-se de um salvamento da morte de uma pessoa, que morreria alguns meses depois de uma causa inexplicada, como se o destino da morte próxima atuasse.</p> <p>- A pesquisa trata de um tema complexo, que precisa ser estudado profundamente.</p>	<p>8. Os seres humanos dependem uns dos outros para que as coisas possam dar certo.</p> <p>9. A criação inteira está interligada.</p>	<p>10. Os seres humanos não são sozinhos, mas interdependentes e inter-relacionados.</p> <p>- Há dificuldades para opinar sobre o exposto.</p>

continua

Quadro 8 – ERC (frases-síntese) da questão 11. Grupo B: interlocuções com Rohden.

continuação

E10	E11	E12
<p>9. Muitas vezes o ser humano demonstra silêncio, mas por dentro está um turbilhão de anseios, desejos, sonhos, etc.</p> <p>10. Talvez, os seres façam parte de uma mesma massa e energia.</p> <p>11. As pessoas compõem-se umas às outras.</p> <p>12. A pessoa é o outro quando se coloca a sentir ou a pensar como se estivesse no lugar deste outro.</p> <p>- As ideias expostas parecem “conversa de louco”.</p> <p>- A pergunta é complexa.</p>	<p>7. Deve-se ser o outro quando o outro precisa de nós e vice-versa.</p> <p>8. Há seres isolados visivelmente, porém nunca espiritualmente, pois há uma presença sempre positiva e nunca negativa que rege o Universo: “os olhos do criador”.</p> <p>9. Principalmente na psiquiatria, há pacientes que gostam de ficar isolados.</p> <p>10. Espiritualmente é que não há isolamento: a morte do corpo é a libertação do espírito, que retorna à Deus (mencionando o texto bíblico do Eclesiastes).</p> <p>- Assumindo que a opinião estava relacionada a um texto bíblico, assume-se preocupação com o fato de não poder mencioná-lo.</p>	<p>12. Sem a relação entre seres humanos, não se vive, nem sobrevive.</p> <p>13. Não há seres totalmente diferentes, pois sempre temos um pouco de cada pessoa.</p> <p>14. A sanidade e a insanidade convivem lado a lado, em um momento pessoas dependem de nós, noutro nós é quem dependemos delas: não sabemos o dia de amanhã.</p> <p>15. Acredita-se que as situações não são novidades, que elas já existiram e se repetem, talvez com uma forma diferente.</p>

continua

Quadro 8 – ERC (frases-síntese) da questão 11. Grupo B: interlocuções com Rohden.

continuação

E13	E14	E15
<p>14. Muitas vezes, o paciente psiquiátrico se vê fragmentado.</p> <p>15. Várias vezes pacientes disseram que estavam no outro e que o outro era ele e ele era o outro, além de também alguns apresentarem a ideia de estarem interligados à nós.</p> <p>16. A interligação entre os seres humanos talvez se dê através do pensamento, da parte espiritual (pensamento premeditado por Deus) ou de um fio imaginário (lembra-se de uma série de televisão – provavelmente, “Sense 8”).</p> <p>17. Em talvez relação com a interligação, ocorrem sensações de “deja vú” e sentimentos de ligação inexplicáveis com pacientes (pessoalmente e com colegas).</p> <p>18. Menção ao reconhecimento de alguns antigos pacientes nas fotos que carregam as frases.</p> <p>19. Pacientes falavam da interligação, mas não eram ouvidos geralmente sendo chamados de volta para a realidade, justamente por serem os loucos.</p> <p>20. Os profissionais lidam muito com o concreto, sem tempo para o abstrato: recorda-se de um amigo filósofo, trabalhador no CAIS-SR, que propõe ir do “automático” e “robotizado” para o pensamento).</p> <p>21. Alega-se eventual chateação com conversas mais filosóficas.</p> <p>22. Acredita-se “piamente” que não existe o acaso, mas sim o destino ou coisas premeditadas por Deus.</p>	<p>11. Ninguém é sozinho, pois mesmo que assumamos vários papéis (esposa, filha, dona de casa, profissional), estamos sempre precisando e dependendo uns dos outros, ajudando e sendo ajudado.</p> <p>12. Tudo está relacionado e tudo é energia, incluindo as boas e as ruins (que participam do equilíbrio para uma vida melhor).</p> <p>13. A interdependência expressa-se no cuidado recíproco entre profissionais e pacientes que, por vezes, ensinam os primeiros à dar valor à coisas simples da vida esquecidas pela velocidade da rotina.</p> <p>14. Os pacientes, “vivendo fora da realidade”, nomeada de normal, sabem e sentem mais que a gente.</p> <p>15. Há casos tanto de profissionais como de pacientes que, pelas energias do universo, podem sentir a qualidade da energia das pessoas.</p> <p>16. A interdependência vai além de pais, irmãos e família, envolvendo a valorização do outro e de seu espaço.</p> <p>17. Os barulhos da mente no silêncio indicam necessidades de conversa com um outro.</p>	<p>6. O ser humano pode estar em silêncio, mas “como na psiquiatria”, por dentro estar barulho, bagunça e a cabeça maquinando.</p> <p>7. Os pacientes veem ou falam coisas a depender de sua patologia.</p> <p>8. Mesmo quando sozinhos, os seres humanos continuam a precisar uns dos outros.</p> <p>9. Sempre há ligação: com outro ser, outra pessoa, outra crença.</p> <p>- Concorda-se com as ideias de Rohden (estão certas e fazem sentido).</p> <p>- Há dificuldades para compreender as ideias expostas.</p> <p>- Diz-se que não se entende nada de filosofia.</p>

continua

Quadro 8 – ERC (frases-síntese) da questão 11. Grupo B: interlocuções com Rohden.

continuação

E16	E17	E18
<p>10. Há pessoas isoladas, tristes e com poucas conversas, na medida em que não conseguem ser elas mesmas, vendo a si próprias como se fossem outras.</p> <p>11. Às vezes, há muito barulho ao redor, mas a alma e o coração estão em silêncio.</p> <p>- Comunicação de que não consegue entender filosofia (“essas coisas não entram na cabeça”).</p>	<p>9. Silêncios barulhentos são como alucinações e sintomas psiquiátricos.</p> <p>- Há dificuldade em se compreender as ideias expressas.</p> <p>- Há pessoal interesse em conhecer melhor as ideias do filósofo.</p> <p>- Há dúvidas se a resposta estaria correta.</p> <p>- As ideias apresentadas são confusas.</p>	<p>15. Ao se considerar o universal não há seres isolados e há intercomunicação de todos, mas no particular há isolamento, como as pessoas em condições sociais de miséria e pobreza.</p>
E19	E21	E22
<p>14. Há pacientes calados que, mesmo repletos de sentimentos, não conseguem se expressar, sendo por vezes ignorados e deixados sem conversa.</p> <p>15. Deve-se, como faz a enfermagem, respeitar as diferentes individualidades, maneiras de ser e verdades subjetivas.</p> <p>- Há dificuldades com a abstração e em se pensar a questão.</p>	<p>16. O “barulho” do silêncio representa as interligações e interferências mais diversas (fases da lua, marés, nascimentos, etc).</p> <p>17. A interligação do Universo e o estar na integralidade e conectado sustentam-se nas energias, em uma força maior, na religiosidade e na espiritualidade.</p> <p>18. Manifestar-se no dia-a-dia sobre estes assuntos é bem difícil, sendo mais fácil não se envolver à respeito.</p> <p>- Há dificuldades no expressar a questão.</p>	<p>- Concorde-se com o enunciado na questão de que há seres interligados.</p>
E23	E24	
<p>5. Talvez as frases (do “eu” sendo “outro” e dos “silêncios barulhentos”) comuniquem desabafos do pacientes na época em que a psiquiatria não os olhava como um todo e eram discriminados.</p> <p>- Há dificuldades: assunto muito complicado.</p>	<p>7. As frases citadas foram colocadas em uma época que se buscava trazer a Filosofia e a ternura para o CAIS-SR.</p> <p>8. Lembra-se de um afastamento de saúde por 3 anos, motivado pelo convívio com um clima de barbárie, eletrochoque, supermedicalização e desprezo pelo próximo.</p> <p>9. Lembra-se de participação em equipe que denunciou a situação do hospital na Secretaria da Saúde e implantação do trabalho humanizado (processo da Reforma Psiquiátrica).</p> <p>10. Todos estão interligados, desde uma formiga, somos um só.</p>	

Fonte: elaborado pelo autor. Nota: manifestações tergiversantes sem numeração, na parte inferior de cada caixa.

Quadro 9 – ERC (frases-síntese) da questão 12. Conteúdos variados.

E02	E03	E04
<p>16. A integralidade da saúde deve perceber que às vezes o necessário olhar para os cuidados com o profissional da saúde acaba sendo esquecido.</p> <p>- Há preocupação com a possível expressão confusa.</p>	<p>14. O cuidado do profissional da saúde supera o centrimento na doença, centrando-se na pessoa como um todo e como ser histórico.</p>	<p>18. Não se está conseguindo implantar o cuidado ou assistência integral devido às dificuldades geradas pela excessiva fragmentação da saúde como um todo.</p>
E05	E06	E07
<p>12. Imaginava-se a integralidade como algo mais concreto, ligado à rotina diária, mas a pesquisa apontou para algo mais abstrato e espiritual, muito presente na psiquiatria, mas que não se presta muita atenção.</p> <p>13. A integralidade como foi apresentada não é fácil de ser compreendida, pois não há elementos ou estudos que nos garantam sua existência.</p> <p>14. Relato de caso de uma paciente da Unidade 1 que se transformava em uma pessoa totalmente diferente durante as crises, levando os profissionais a conversarem sobre possíveis presenças espirituais.</p> <p>- Trata-se de um tema que assusta.</p>	<p>-</p>	<p>11. A integralidade é importante em toda ação, pois ela une e transforma permitindo o funcionamento sequencial, integrado e engrenado das coisas.</p> <p>- Atribui à figura do filósofo em geral alguém com cuja discussão se faz difícil.</p>
E10	E11	E12
<p>- Trata-se de tema curioso, legal, interessante, diferente e complexo.</p> <p>- As perguntas são apresentadas como “bem completas”.</p>	<p>11. A integralidade envolve manter o máximo de harmonia na equipe de trabalho, respeitando opiniões, perdendo e procurando compreender falhas, diferenças de formação, circunstâncias e estados de humor variados.</p> <p>12. Relato geral de casos do clima desagradável em intermediar a falta de diálogo, a exclusão nas redes virtuais e o comportamento do “estar de mal”.</p> <p>- Comunica-se preocupação se as respostas foram corretas.</p>	<p>16. Em qualquer situação, dentro e fora do trabalho, é importante colocar-se no lugar do outro, perceber que o problema não é conosco (não temos esta força toda), buscando compreender as necessidades que o levam a estados desagradáveis (xingamento, irritação, respostas ríspidas, etc) e, quem sabe, ajudá-lo.</p> <p>17. Colocar-se no lugar do outro tem sido algo cada vez mais escasso, um tanto em virtude do excesso de egocentrismo (querer, gostar e fazer pra mim e que a outra pessoa se sujeite a mim).</p>

continua

Quadro 9 – ERC (frases-síntese) da questão 12. Conteúdos variados.

continuação

E13	E14	E15
<p>23. Parte-se de uma integralidade concreta e chegamos até uma integralidade da consciência, algo mais abstrato.</p> <p>24. Na psiquiatria não se lida com pessoas com “consciência pensante”, abstrata, ou que estabeleçam acordos pelo pensamento verbal, mas sim com pessoas que se comunicam pelo olhar, pelo gestual, pelo vivido e pelo sentido.</p> <p>25. Os pacientes psiquiátricos despertam dúvidas sobre quem seja “o ser humano por inteiro” escondido atrás da doença, trazendo a fragmentação pronunciada de não ser ela mesma.</p> <p>26. A psiquiatria é menos concreta que um hospital clínico, pois é sempre instigante mexendo com o consciente, o subconsciente, etc.</p> <p>27. Integralidade é ver a pessoa como um todo, por dentro e por fora.</p>	<p>18. Atualmente, o mundo é o mundo do “eu sozinho” ou “eu no meu mundinho”, distanciando as pessoas de viver o universal, o integral e o humano.</p> <p>19. As pessoas amargas, mais voltadas para o próprio umbigo, deveriam passar um dia no hospital como lição de empatia pelo outro e para poderem viver melhor.</p>	<p>10. A integralidade é um todo no sentido de tudo estar interligado.</p> <p>- Tratam-se de tema e pesquisa interessantes.</p>
E16	E17	E18
-	<p>10. A integralidade é um princípio importante para o cuidado integral do ser humano, que deve abranger suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, etc.</p> <p>11. Em muitas instituições o cuidado não é integral, mas parcial.</p>	<p>16. Algo muito importante que poderia ser considerado hoje é o olhar para as classes menos favorecidas no Brasil e no mundo.</p> <p>17. A solidariedade e o olhar para o mais próximo estão se perdendo nos tempos atuais.</p> <p>18. Há um lado ótimo da tecnologia, mas também um lado que engessa a dimensão do sentimento, do humano e do amor.</p> <p>19. Há pessoas que não tem um olhar para o outro, que são “menos coração” e “mais matemática” (tudo determinado, agendado).</p> <p>- Relatos de histórias pessoais: hospital da cidade como mercado de trabalho para a pequena cidade e vários familiares; paixão pela psiquiatria e curso de especialização na USP.</p> <p>- Há desejo de estudar a integralidade que é abordada na pesquisa.</p> <p>- Pede-se desculpas caso não tenha sido dito o que se esperava.</p>

continua

Quadro 9 – ERC (frases-síntese) da questão 12. Conteúdos variados.

continuação

E19	E21	E22
<p>16. Para a integralidade na Saúde Mental são necessárias políticas e investimentos para contratação de mais profissionais e melhorias na continuidade dos tratamentos e acolhida singular dos indivíduos.</p> <p>17. Há casos em que repetidas internações judiciais – pela falta de inserção social do paciente – contrapõem-se à lógica da desinstitucionalização.</p> <p>- Há dificuldades para se compreender as ideias colocadas.</p>	<p>19. O ser humano não é silencioso, é repleto de um barulho simbólico, do mundo, completo, constituído por todas as forças que o envolvem.</p> <p>20. Integralidade é o ser humano com toda sua carga de cosmo, alma, energia, heranças genéticas, culturas, influências do Universo e da força maior.</p> <p>21. Por ser da religião católica, a força maior é “Deus”.</p> <p>22. Momentos de espiritualidade e religiosidade são muito importantes, como nos casos das pessoas em seus leitos de morte que demonstram esperar este conforto.</p>	<p>7. Por vezes, no trabalho, a integração é dificultada por tratamentos excludentes, ofensivos e autoritários vindos de posições hierárquicas superiores, que se acham “donas da verdade”.</p> <p>8. Há entre os profissionais de níveis hierárquicos diferentes da enfermagem, distintas visões da integração e do cuidado com os pacientes, assim como tempos de trabalho com pacientes específicos, que deveriam ser respeitadas.</p> <p>9. A integração com profissionais médicos é melhor que entre a equipe de enfermagem.</p> <p>10. Há profissionais da psicologia que não fazem jus à profissão.</p>
E23	E24	
<p>- Trabalha-se há poucos anos, ainda com poucas vivências da integralidade.</p>	<p>11. A integralidade no cuidado chegou como uma forma de reflexão acerca do lugar de cada um no Universo enquanto seres humanos.</p> <p>12. Na psiquiatria, as reflexões da integralidade no cuidado resgatam as almas dos seres apartados e ignorados, que eram considerados excluídos da raça humana.</p> <p>13. A integralidade foi uma forma de realizar-se enquanto ser humano.</p> <p>- Aproxima-se da aposentadoria em cerca de um mês.</p>	

Fonte: elaborado pelo autor. Nota: manifestações tergiversantes sem numeração, na parte inferior de cada caixa.

Após a inventariação dos ERC, iniciaram-se os movimentos da etapa de categorização e codificação (classificação e organização). A saber:

- i) criação das URT a partir da identificação de temas que podem servir de continente aos conteúdos registrados nas ERC;
- ii) atribuição de códigos e descritivos a cada URT, organizando-as em quadros;
- iii) conversão dos quadros de frases síntese em quadros de códigos, permitindo a associação de cada ERC às URT correspondentes.

Apresentam-se, a seguir, os quadros descritivos criados referentes às URT identificadas para as manifestações tergiversantes e para as respostas dos Grupos A e B e Questão 12.

Quadro 10 – URT: Grupo A (integralidade para os profissionais)

CÓDIGO	URT	DESCRIPTIVO
ASP: aspectos do olhar	A integralidade e os aspectos do olhar humanizado	A integralidade é relacionada a um olhar para o complexo do humano: físico, bio-psíquico-social, biológico, psíquico, psicológico, religioso, espiritual, mental, social, cultural, emprego, família, dívidas, saúde, doença, emocional, vontades, ocupacional, clínico, pontos positivos e negativos, além do “paciente”, além das partes físicas, centrado no ser humano, na pessoa ou no paciente, etc.
COLE: coletivo	A integralidade como realidade coletiva	A integralidade é integração ou união coletiva, seja entre profissionais de um mesmo setor, entre trabalhadores e familiares, entre pessoas ou entre diferentes setores e instâncias (noção de continuidade e longitudinalidade).
CUID: cuidado	A integralidade do cuidado	A integralidade é explicitamente tratada como ligada à atenção, cuidado, acolhimento ou assistência especial ou diferenciada.
DISP: disposição	A integralidade como disposição a várias funções	A integralidade como disposição profissional à mudança e no assumir diferentes funções. Associa-se, por exemplo, à complementação entre trabalho de campo (mais amplo) e de núcleo (referente à formação técnica); “dar conta de tudo”.
EMPA: empatia	A integralidade como empatia e sentimento	A integralidade aparece ligada à empatia e/ou ao respeito e integração com o sentir do outro.
EQP: equipe	A integralidade como multiprofissionalismo.	A integralidade aparece explicitamente relacionada à existência de equipes profissionais compostas por diferentes especialidades: enfermeiras, médicos clínicos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos.
INC: inclusão	A integralidade enquanto inclusão social	A integralidade aparece como inserção ou inclusão social do paciente na sociedade ou no próprio CAIS.
INF: informação	A integralidade como informação compartilhada	A integralidade está no trânsito e na partilha de informações sobre os pacientes, seja constante em sistemas, seja na troca de plantões de um mesmo setor.
INST: institucional	A integralidade como normativa institucional	A integralidade aparece vinculada à normativas, regras, programas ou missão institucional.
PLU: plural	Integralidades: no plural	Com uma pergunta, o entrevistado indica que pode haver mais de um tipo de integralidade, por exemplo, dentro e fora do universo profissional da saúde.
REF: reforma psiquiátrica	A integralidade da Reforma	A integralidade aparece relacionada ao movimento da Reforma Psiquiátrica.
VAG: vago	Integralidade: palavra vaga e imprecisa	A integralidade aparece como uma abstração vaga: “o todo”, “um todo”, “o tudo”, “um tudo”, “o inteiro”, “que compõe”, “que completa”, “que integra”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 11 – URT: Grupo B (interloquções com Rohden).

CÓDIGO	URT	DESCRIPTIVO
INHU: interdependência não-humana	Interdependência com o não humano	A “interdependência dos seres do Cosmos”, conforme apresentada no enunciado da questão 11, é mencionada como sendo uma ligação que ultrapassa o humano.
BIB: bíblia	Menções à bíblia	São apresentadas ideias colocadas em relação ao texto bíblico.
COE: coerência	Coerência e integridade: ser quem se é	Fala-se de uma necessária coerência e integridade do homem, independente das circunstâncias.
CONS: consciências	Consciências de Deus: possibilidades, consequências e identificações	A consciência de Deus aparece como sendo possível de estar presente ou ausente ou, então, apresentam-se consequências (por ex., a empatia pelo outro ou ir além do pensar) ou identificações ao sentir, perceber ou viver em plenitude, verdade, transcendência, centralidade, sentido ou cuidado divino.
CRE: crença em Deus	Crença e fé em Deus	Comunica-se algo da crença em Deus, seja afirmando a própria fé, reforçando a mesma enquanto um imperativo necessário, ou identificando a mesma como condição para o ser integral ou como um imperativo às ações humanas.
DEST: destino	Destino, busca e missão	Levantam-se ideias sobre o determinismo dos acontecimentos (destino, busca ou missão), assim como o espaço para se pensar a liberdade humana.
DOG: dogmas	Dogmas e práticas do catolicismo	São mencionadas práticas ou dogmas do catolicismo, a saber: a ressurreição, o culto e a comunhão dos santos, o espírito santo e as práticas benzedoras.
ENF: enfermagem	A enfermagem: ceticismo e olhar para o concreto	A enfermagem é apontada como área que cultiva a dúvida ou tem dificuldades diante de aspectos abstratos.
ETRE: eterno retorno	O eterno retorno	Anuncia-se a crença na repetição de situações ao longo do tempo (ideia do eterno retorno).
EXP: experiências	Abertura à novas experiências	A imagem do ser integral apresentada é associada à abertura à novas experiências.
HIST: história	História local	São apresentadas lembranças relacionadas ao local de pesquisa motivadas pela apresentação das frases no museu da psiquiatria.
HOM: homem	Homem: pequenez e imensidão	Fala-se da grandeza ou da pequenez do homem em sua relação com o mundo.
IHU: interdependência humana	Interdependência entre humanos	A “interdependência dos seres do Cosmos”, conforme apresentada no enunciado da questão 11, é mencionada como sendo algo eminentemente uma ligação entre humanos.
INT: integral	Ser integral: perfeição e utopia	O homem integral é apontado como uma perfeição inatingível ou, então, como um horizonte subjetivo que inspira mudanças pessoais.
ISO: isolamento	Afirmção do isolamento	Em certa oposição ao enunciado da questão, que diz não haver “no mundo seres isolados”, pronuncia-se acerca de um tipo existente de isolamento, seja o social, seja o individual psicológico.

continua

Quadro 11 – URT: Grupo B (interlocuções com Rohden).

continuação

LGG: linguagem	Linguagem e Deus	São comunicadas ideias relacionadas a multiplicidade de nomes para Deus.
ONI: onipresente	O Deus onipresente	Comunica-se a ideia de um ser sempre presente ou que está em tudo.
OUT: outro	O eu e o outro	Aparece a relação com o outro, na observação, no dever do respeito, no modelo a ser seguido, na atenção às necessidades, na empatia, na filantropia, etc.
POAC: pouca aceitação	Conversas de pouca aceitação	Diz-se da pouca aceitação ou da chateação no dia-a-dia em relação à assuntos ou conversas mais abstratas.
PSI: psiquiatria	O serviço psiquiátrico	São levantadas considerações acerca de especificidades dos serviços psiquiátricos e/ou serviços de saúde mental, suas questões e características típicas de seus pacientes e profissionais.
RELI: religião	O auxílio da religião, religiosidade e espiritualidade	As religiões, a crença religiosa, a religiosidade/espiritualidade ou o pensar sobre Deus aparecem como acessórios que se auxiliam ou que atuam em melhorias para si ou para o outro.
SILI: silêncio interior	O silêncio interior	Ao contrário da ideia de um barulho interior, afirma-se o barulho exterior e o silêncio do coração e da alma.
SING: singularidades	Singularidades existenciais	São levantadas experiências singulares com fenômenos raros, como sensações de “ <i>déjà vu</i> ” ou percepção da qualidade das energias das pessoas.
SUBST: substância	Substância da interdependência	Da interdependência sugere-se a substância, ou seja, do que é feita ou se constitui como, por exemplo, de energia, espírito, pensamento ou um “fio imaginário”.
TURB: turbilhão	O turbilhão interior	A frase dos “silêncios barulhentos” impulsiona exemplos de momentos onde o silêncio exterior é confrontado com o “barulho” de pensamentos e emoções.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 12 – URT: manifestações tergiversantes.

CÓDIGO	URT	DESCRIPTIVO
CIR: circunstâncias	Circunstâncias pessoais	Falas sobre o tempo de trabalho, sobre proximidade da aposentadoria, mudança de setor, etc.
CONC: concordância	Concordância comunicada	Expressa concordância ou diz que acredita no que foi dito, sem acrescentar algo novo.
DIF: dificuldade	Dificuldades	Fala que não sabe, não consegue, está perdido, é ruim (para falar sobre aquele assunto), tem dificuldade em responder, explicar, descrever, narrar ou compreender.
DIF-EX: dificuldade com exemplos	Dificuldade com exemplos	Diante da solicitação por exemplos, ainda que fosse apresentado algo, aparecem falas esquivas, representando possíveis dificuldades, ainda que momentâneas, sobre a quantidade de casos ou a impossibilidade de se falar em algum caso específico.
EXPC: expectativa	Expectativas em relação à resposta dada.	Expressa preocupação em relação ao: certo/errado, claro/confuso, falar mais/falar menos, etc.
FIL: filosofia	Relação com a Filosofia.	Expressa relação com a filosofia ou com os filósofos em geral: falando do pouco conhecimento, emitindo juízos ou impressões.
INTE: interesse	Interesse no referencial teórico	Expressa interesse em conhecer melhor as ideias do referencial ou comunica leitura prévia motivada pelo convite à participação.
JVL-ID: juízos de valor (ideias)	Juízos de valor acerca das ideias.	Comunica qualificação ou adjetivação acerca das ideias propostas para reflexão (filosóficas, profundas, complexas, soltas, generalistas, “conversa de louco”, ideias de religião, etc).
PER: pergunta	Qualificações sobre a pergunta	Qualificam-se as perguntas como excessivamente abertas ou muito complexas.
PES: pesquisa	Considerações sobre a pesquisa	Comunica adjetivações para a pesquisa ou tema da pesquisa (interessante, diferente, complexa, assustadora, curioso, etc).

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 13 – URT: Questão 12 (conteúdos variados).

CÓDIGO	URT	DESCRIPTIVO
DUAS: duas	Duas integralidades	É apontada a constatação de duas integralidades distintas: uma mais concreta e outra mais abstrata.
EVD: evidências	Falta de evidências científicas	É destacada a falta de elementos ou estudos que garantam a existência da integralidade conforme as ideias de Rohden.
SBJ: subjetivo	Integralidade subjetiva	A integralidade é apontada com o sentido de uma pessoal realização profissional.
TEC: tecnologia	O lado negativo da tecnologia	São apontados problemas vinculados à tecnologia, como o engessamento dos sentimentos e comportamentos nas redes sociais.

Fonte: elaborado pelo autor.

Como movimento de organização, cada ERC apresentado nos Quadros 4 ao 9 foi convertido em uma ou mais URT.

A seguir, demonstram-se linhas de raciocínio que justificam o processo de conversão dos ERC do Grupo A (questões 7, 8 e 9 e quadros 4, 5 e 6). A lógica envolvida pode ser generalizada para as outras conversões (das respostas referentes aos grupos B, questão 12 e das manifestações tergiversantes). Sendo assim, logo em seguida apresenta-se o quadro de códigos obtido da conversão de todos os ERC.

Entrevistado E02

- 1. VAG:** a frase-síntese identifica a integralidade com um conceito vago (o inteiro, o todo).
- 2. CUID:** há explícita menção ao cuidado.
- 3. ASP:** a frase representa um conteúdo claramente vinculado a um olhar mais expandido.
- 4. ASP + CUID:** a superação do rótulo ou estigma do “drogado” direciona para o tema dos diferentes aspectos do olhar ou dimensões da saúde, assim como do cuidado dele derivado.
- 5. COLE + ASP:** o apontado desencontro entre os setores de internação e os setores ambulatoriais situa a frase-síntese no tema da construção coletiva do cuidado (no caso, verificam-se carências nesta construção); quando se aponta um possível exemplo deste desencontro como relacionado às visitas domiciliares enquanto atenção familiar (realizadas pelos profissionais dos setores de internação e não pelos ambulatoriais) pode-se considerar o tema dos diferentes aspectos ou dimensões da saúde (há uma dimensão social sendo ignorada no ambulatório).
- 6. EQP:** ao mencionar a falta de psiquiatras o primeiro tema que aflora é o da integralidade como atuação multiprofissional em equipe.
- 7. COLE:** a falta de suporte externo aponta para a carência de união no trabalho coletivo entre redes de serviço.

Entrevistado E03

- 1. COLE:** a integração com o outro, sejam colegas, pacientes ou até outros serviços indica a dimensão da construção coletiva da integralidade.
- 2. DISP:** a frase-síntese aponta um saber lidar com situações de mudança.
- 3. EMPA:** o respeito ao outro aparece como integração de sentimentos e empatia.
- 4. CUID + EMPA:** a frase-síntese expressa a ideia de uma boa relação profissional/paciente e ainda nos direciona para aspectos emocionais, como não ter

medo ou sentir-se compreendido e confiante; enquanto a qualidade da relação comunicada direciona o pensamento para uma ética do cuidado (tema da “integralidade do cuidado”), a menção aos sentimentos permite relações com o tema da integralidade como sentimento e empatia.

5. CUID: a postura de ajudar os pacientes em superação ao julgamento que deles possa ser feito, parece-me enquadrada em um tipo de cuidado diferenciado e mais acolhedor.

6. CUID: a frase-síntese aponta para um desacordo com a integralidade relacionada a frequentes posturas de julgamento por parte de profissionais do CAPS; dado o contexto do qual participa a frase anterior, também atrelada à noção do julgamento, faz-se pertinente associar ao código do tema do cuidado.

7. CUID: a frase-síntese é explícita em relação a uma postura de cuidado.

8. EMPA: a frase-síntese remete-nos ao profissional que ignora o “não estar bem” do paciente, uma situação em que falta empatia.

Entrevistado E04

1. PLU: trata-se de frase-síntese característica da temática das integralidades no plural.

2. CUID: há menção explícita à assistência.

3. ASP: a atenção às diversas dimensões identifica-se ao olhar multivariado.

4. EQP: a menção ao multiprofissionalismo é explícita.

5. DISP: faz-se referência ao movimento entre trabalhos de núcleo e de campo, além de apresentar a ideia da disposição em seu extremo (“dar conta de tudo”).

6. INST: a frase-síntese remete ao funcionamento do serviço via cumprimento da missão institucional.

7. CUID + ASP + EQP + COLE: a frase-síntese expõe o caso singular de uma paciente e o acolhimento que recebeu; além da relação com o tema do cuidado (que aparece explícito na questão 7), é possível pensar em associações com o tema dos diferentes aspectos do olhar (sociais, jurídicos, psicológicos, etc), do trabalho multiprofissional (vide menção à enfermeiros, médicos e psicólogos) e problemas na construção coletiva da integralidade (seja pela rejeição familiar, seja pelas dificuldades encontradas na rede de saúde e na rede de assistência social).

8. COLE + EQP: a frase-síntese da falta de funcionários indica a impressão de um quadro de recursos humanos reduzido, prejudicando a integralidade ou enquanto equipe multiprofissional ou enquanto construção coletiva; o fato de ambos os temas se encontrarem presentes na frase-síntese anterior reforça a possibilidade de indicar ambos os códigos.

9. DISP: a citada bagunça na saúde mental é expressa como relacionada às diferenças entre trabalhos de núcleo e de campo; por este motivo, identificamos a temática da integralidade enquanto disposição à funções variadas.

10. COLE: a apontada descontinuidade dos serviços denota problemas no coletivo de serviços da rede de atenção à saúde.

11. COLE + EQP + ASP + CUID: dada a unidade de contexto da entrevista, o problema da descontinuidade do Plano Terapêutico Singular pode remeter tanto à temática da construção coletiva, quanto à temática do multiprofissionalismo; além disso aparece o “aspecto físico” da desintoxicação como o talvez único sucesso no cuidado.

12. COLE: o problema das internações reincidentes pode relacionar-se à descontinuidade da assistência, que situamos na categoria da integralidade como realidade coletiva.

Entrevistado E05

1. PLU: pergunta característica desta temática.

2. DISP: está explícita a menção à disposição no sentido de assumir variadas funções.

3. CUID: o cuidado aparece claramente na frase-síntese.

4. DISP + CUID: a frase-síntese aponta para posturas profissionais comuns no setor do entrevistado, de não ater-se somente ao atendimento clínico-assistencial, mas também ao envolvimento com outras atividades como terapias, exercícios e caminhadas; abrir-se à mais de um tipo de função no trabalho nos direciona à temática da disposição e também ao sentido de um “cuidado diferenciado”, conforme o próprio entrevistado apresenta a integralidade em sua resposta da questão 7.

5. DISP: a frase-síntese trata de um negativo fechamento às atividades profissionais do núcleo profissional, claramente associando-se à temática da integralidade enquanto disposição a outras funções.

Entrevistado E06

1. INC: a frase é quase o próprio descritivo desta URT.

2. COLE: a ideia de consenso remete a ideia de um acordo coletivo.

3. INST: a frase-síntese comunica acerca de ações ilustrativas da integralidade vinculadas à um projeto institucional.

4. INC: no caso singular relatado, aparece uma paciente há 40 anos habitando o espaço do CAIS, com sentimentos de afinidade às pessoas daquele meio; trata-se da temática da integralidade enquanto inclusão no meio.

Entrevistado E07

1. **PLU**: trata-se de pergunta que abre margens a pensar em mais de uma forma de integralidade.
2. **CUID**: fala-se de uma assistência plena ao paciente.
3. **ASP**: a frase-síntese não deixa dúvidas quanto às diferentes formas ou aspectos do olhar.
4. **CUID + INST**: menciona-se a implantação de uma regra no setor, a partir da qual o profissional deve cuidar, durante todo o plantão, de um mesmo grupo de pacientes; Ambas as temáticas estão explícitas.
5. **CUID**: fala-se explicitamente do cuidado, embora fragmentado.
6. **INF**: a frase-síntese indica um caso singular em que houve carência de compartilhamento de informação sobre um paciente.
7. **INF**: remonta-se ao problema do compartilhamento de informações entre diferentes plantões.
8. **INF**: assim como as outras duas frases-sínteses anteriores, trata-se de caso de problemas no compartilhamento de informações; a menção à decisão médica poderia ser encarada como próxima à temática da integralidade enquanto multiprofissionalismo, porém, dado a unidade de contexto das respostas do objetivo 1, não vimos sentido em registrar o código “EQP”.

Entrevistado E10

1. **VAG**: algo que compõe, integra ou completa são definições pouco precisas.
2. **COLE**: a frase-síntese aponta para a metáfora das engrenagens ilustrando o funcionamento do setor; apesar do termo “equipes” ser mencionado na entrevista (e registrado na frase-síntese), retornos à entrevista como um todo não forneceram elementos objetivos para a noção da multiprofissionalidade (“EQP”).
3. **INST**: medidas institucionais são apontadas como empecilhos à integralidade.
4. **INST**: a frase-síntese aponta para uma ordem de trabalhos com grupos de pacientes, também comentada por outros entrevistados, como por exemplo em E07; pensamos em referenciar o código relativo à temática do cuidado (“CUID”), como na lógica em E07; entretanto, como em toda a entrevista de E10 não há em nenhum momento a utilização do termo “cuidado”, optamos pela utilização exclusiva do código INST.

Entrevistado E11

1. **CUID**: faz-se menção direta ao cuidado.

2. PLU: quando se pergunta se é a integralidade na rotina, abre-se margem para pensar que se cogita a ideia de uma outra integralidade fora do cotidiano.

3. CUID + COLE: tanto o termo do cuidado como a dedicação harmônica do coletivo são referenciados.

4. CUID: a frase-síntese explicita uma dedicação diferenciada a pacientes mais necessitados.

5. COLE + DISP: é comunicada tanto a falta de disposição em atender outros grupos, como também uma certa desatenção ao trabalho coletivo (falta de solidariedade).

Entrevistado E12

1. PLU: a frase-síntese abre a possibilidade de se pensar numa distinção entre uma integralidade dentro e outra fora da saúde.

2. COLE + CUID: as menções ao trabalho coletivo e ao cuidado são explícitas.

3. ASP: idem em relação aos diferentes aspectos do olhar.

4. CUID: fala-se em termo de cuidado ampliado.

5. ASP + EQP + COLE: trata-se de caso singular de paciente onde é mencionada distinção terminológica de aspectos físicos, mentais e sociais; o trabalho multiprofissional e coletivo aparece em destaque.

6. INST: a frase-síntese aponta para problemas de desobediência à orientações institucionais.

Entrevistado E13

1. COLE: faz-se menção a união entre pessoas.

2. VAG: “um todo” soa vago e impreciso.

3. ASP: o todo do olhar parece direcionar à busca por diferentes formas se ver.

4. CUID + ASP: o cuidado é explicitamente mencionado, assim como o olhar ao todo.

5. ASP + CUID: a frase-síntese aponta para um olhar focado unicamente “na cabeça” e uma moral do passado que recomendava o não envolvimento com os pacientes; a menção à “cabeça” parece apontar para o aspecto do mental em distinção ao físico (que se evidencia quando o entrevistado fala de seu conceito de integralidade na questão anterior); o não envolvimento indica um tipo de cuidado mais distanciado em oposição ao cuidado mais acolhedor e diferenciado.

6. EQP + CUID + ASP: o caso singular apresentado evidencia a temática do cuidado quando da ideia de atenção ampliada e também menção à ocupação com as necessidades de saúde do paciente; também estão presentes os temas do multiprofissionalismo e a noção de diferentes aspectos do olhar sobre o patológico.

7. COLE: o problema da falta de continuidade com a rede de apoio externa pode ser debatido à luz da temática da construção coletiva da integralidade.

8. COLE: o caso singular do paciente que foi preso algum tempo após ter alta ilustra, no contexto, a falta de eficiência coletiva entre o CAIS, a sociedade e os serviços externos.

Entrevistado E14

1. VAG: a frase-síntese expressa um sentido vago.

2. COLE: a integração entre serviços e pessoas remete à ideia de construção coletiva.

3. EQP + CUID + ASP: a existência de trabalho multiprofissional é mencionada, assim como a ampliação do atendimento ou cuidado rumo ao aspecto familiar.

4. COLE: é citada uma integração entre todos os setores do CAIS, permitindo a discussão acerca da temática da construção coletiva.

5. INF: o caso singular mencionado aponta para o acesso à informação compartilhada como elemento da integralidade.

6. ASP + INC: a frase-síntese aponta para o trabalho com as famílias (aspecto familiar) e a dimensão da inclusão social dos pacientes.

7. COLE: a frase-síntese apresenta o caso singular de um paciente falecido, cuja responsabilidade pelo enterro do corpo era recusada pela família; o desacordo com a integralidade aparece como um desacordo à construção coletiva junto aos familiares.

8. COLE: segue-se a mesma linha de raciocínio da frase-síntese anterior.

Entrevistado E15

1. ASP: aparece o olhar para o todo como a junção de diferentes aspectos (físico, mental, religioso).

2. CUID + EMPA: a frase-síntese remete ao cuidado e a dimensão afetiva dos sentimentos.

3. CUID + EMPA: trata-se de caso singular em que são destacados um “cuidado como um todo” com afeto e “apego” familiar.

4. COLE: a frase aponta para casos de internações que duram muitos anos, relacionando-os à falta de acolhimento da família; conforme vamos considerando, é possível associar à temática da integralidade enquanto construção coletiva junto aos familiares.

Entrevistado E16

1. PLU: trata-se do mesmo raciocínio comunicado em E12 (frase-síntese idêntica).

2. ASP: são levantados os diferentes aspectos tanto das pessoas quanto das situações.

3. **CUID**: há menção explícita ao cuidado.
4. **CUID + ASP**: a frase-síntese aponta para o cuidado e suas várias dimensões ou aspectos.
5. **ASP + COLE**: o caso singular indicado aponta explicitamente para as temáticas dos diferentes aspectos do olhar e do trabalho coletivo da equipe.
6. **COLE**: a falta de enquadramento e fechamento de portas entre serviços aponta para a falta de continuidade, um problema de construção coletiva.
7. **COLE**: a equipe desarranjada por falta de conversa e acordo apontam para problemas na construção coletiva.

Entrevistado E17

1. **CUID**: o cuidado figura como a principal ideia da frase.
2. **ASP**: fala-se nomeadamente em aspectos variados.
3. **CUID + ASP**: a frase-síntese remete ao cuidado ou atendimento com olhar ampliado aos diferentes aspectos da saúde-doença.
4. **CUID + ASP**: o caso singular apontado indica claras relações com o cuidado e os diferentes aspectos do olhar.
5. **INST + CUID**: a frase-síntese aponta para um caso singular onde o cuidado diferenciado supera o excesso de rigidez de uma regra institucional; nota-se que, mesmo que a frase-síntese e as palavras do contexto da resposta não tragam o termo do cuidado, o contexto mais geral da entrevista aponta esta noção de integralidade.

Entrevistado E18

1. **PLU**: aplica-se a mesma lógica de outros pensamentos para esta unidade temática.
2. **CUID**: há menção ao atendimento ou assistência.
3. **ASP**: são indicadas diferentes dimensões do humano para além do “problema de cabeça”.
4. **REF**: explícita menção à Reforma Psiquiátrica.
5. **EQP**: diferentes profissões são mencionadas como parte de um equipe multidisciplinar.
6. **CUID + ASP + EQP + INST**: é explícita a menção ao cuidado melhorado via a ampliação do olhar para diferentes aspectos da saúde-doença dos pacientes, além do trabalho em equipe por diferentes referências (uma implantação institucional).
7. **CUID + ASP**: trata-se de caso singular em que o entrevistado comunica desconforto pelo fato do paciente ser tratado como um número (sem nome); dado o contexto de

resposta do entrevistado à pergunta 7, pode-se vislumbrar o desacordo com a integralidade enquanto carência de cuidado diferenciado e olhar ampliado.

8. INF + ASP: a menção ao Sistema de Informações CADWEB pode ser tratada no tema da integração da informação; seu atrelamento aos grupos de orientação familiar desperta para o sentido dos diferentes aspectos do olhar.

9. CUID + INST + ASP: a frase-síntese aponta para o Benefício de Prestação Continuada (BPC) como sendo uma iniciativa que reduziu a uniformização dos pacientes; os temas do cuidado diferenciado (dado a unidade de contexto da entrevista), da institucionalização construção coletiva – por se tratar de um benefício firmado em Lei Orgânica da Assistência Social – e do olhar ampliado ou humanizado podem ser considerados.

10. ASP: a frase-síntese aponta para um olhar fragmentado, focado apenas no problema na “cabeça” do paciente.

11. REF + INC: dado o contexto de resposta à pergunta 7, a menção ao fechamento manicomial do passado pode ser associada à temática da integralidade como vinculada à transformação ocasionada pela reforma psiquiátrica; faz-se explícita menção à ideia de inclusão social dos pacientes.

12. REF + ASP: a reforma psiquiátrica aparece como um dado divisório para um olhar ampliado.

Entrevistado E19

1. CUID + ASP: compreende-se acolhimento enquanto cuidado, assim como a relação entre o adjetivo “ampliado” e os diferentes aspectos do olhar.

2. ASP: olhar a pessoa como um todo remete às diferentes dimensões do olhar.

3. PLU: ao se perguntar se a integralidade é a da saúde mental, abrem-se margens para o pensamento sobre outras possíveis integralidades.

4. ASP: o tratar com humanização foi associado ao olhar ampliado que vê a pessoa como um ser complexo e multidimensional.

5. EQP: é explícita a menção ao multiprofissionalismo.

6. COLE: o trabalho em rede remete ao trabalho coletivo.

7. EQP: a frase-síntese destaca o trabalho multiprofissional.

8. COLE: é apontada descontinuidade de serviços, podendo ser trabalhada a temática da construção coletiva no sentido da continuidade do trabalho em saúde.

9. COLE: a falta de continuidade externa vem sendo compreendida atrelada ao código da integralidade enquanto construção coletiva.

10. COLE: idem para o descaso governamental em relação à saúde mental, conforme indica a frase-síntese.

Entrevistado E21

1. CUID: faz-se menção direta à assistência.

2. EQP: na frase-síntese anuncia-se o âmbito de uma equipe multiprofissional.

3. ASP: coloca-se o ser humano como multi-dimensional: psíquico, social, biológico, espiritual e físico.

4. CUID + ASP: a frase-síntese aponta para um caso singular onde aparece a prática de um cuidado diferenciado, com escuta e abertura para os diferentes aspectos de necessidades do paciente.

5. CUID + ASP: as condutas de escuta e o auxílio na quebra do estigma apontam para um cuidado diferenciado; a citação da frase do entrevistado, de que os estigmatizados estão sempre tendo que provar que são seres humanos parece favorecer reflexões sob a temática do olhar humanizado.

6.ASP + CUID: menciona-se o caso singular de uma paciente que apresentava confusões mentais, mas cujo problema central era hipertensão e edema pulmonar; o caso pode ser discutido à luz da temática da falta de observação dos vários aspectos da saúde-doença e/ou da carência de um cuidado diferenciado.

7. ASP + CUID: trata-se de caso singular que expressa falta de atenção à aspectos do olhar e de um cuidado que vá além do físico, chegando ao emocional e familiar.

8. CUID + ASP: a Unidade de Registro indica um caso geral de desacordo, quando apenas sintomas imediatos são considerados; falta abertura a um cuidado diferenciado e aberto à outros aspectos ou eventos importantes.

Entrevistado E22

1. VAG: sem complementações, falar de integração ao todo soa vago e impreciso.

2. COLE: a integração com os outros profissionais e com os internos remete à uma construção coletiva.

3. COLE: a frase-síntese aponta para um eficiente e harmônico trabalho coletivo.

4. COLE: a falta de integração mencionada aponta problemas na construção coletiva da assistência ao paciente.

5. COLE: idem.

Entrevistado E23

1. CUID: é registrado de forma explícita um cuidado especial.

2. ASP: fala-se em termos de um olhar que “vai além”, ou seja, que é ampliado.

3. CUID: a frase-síntese aponta para um cuidado diferenciado baseado na escuta.

Entrevistado E24

1. CUID: há menção à atenção que se volta ao paciente.

2. ASP: menciona-se explicitamente um olhar que vai além das partes.

3. CUID + ASP: a frase-síntese aponta para o cuidado e para os diferentes aspectos do olhar.

4. CUID + ASP + EQP: o caso singular ilustrado permite aproximações aos temas do cuidado diferenciado, da abertura aos diferentes aspectos do olhar e à existência de um trabalho multiprofissional.

5. ASP + CUID: é mencionada à ideia de “clínica ampliada”, remetendo-nos ao tema da abertura aos diferentes aspectos do olhar e ao cuidado diferenciado.

Terminado o exercício de justificação, segue-se quadro de códigos obtido para todas as questões e todas as entrevistas.

Quadro 14 – Códigos das URT dos Quadros 10 a 13 à partir das ERC (Quadros 4 a 9).

E02	E03	E04	E05	E06
QUESTÃO 7 1. VAG 2. CUID 3. ASP TGV: DIF	QUESTÃO 7 1. COLE 2. DISP 3. EMPA TGV: DIF+EXPC	QUESTÃO 7 1. PLU 2. CUID 3. ASP 4. EQP 5. DISP TGV: EXPC	QUESTÃO 7 1. PLU 2. DISP 3. CUID TGV: DIF + PER + EXPC	QUESTÃO 7 1. INC 2. COLE TGV: -
QUESTÃO 8 4. ASP + CUID TGV: DIF-EX	QUESTÃO 8 4. CUID+EMPA 5. CUID 6. CUID 7. CUID TGV: -	QUESTÃO 8 6. INST 7. CUID + ASP + EQP + COLE 8. COLE+EQP 9. DISP 10. COLE TGV: -	QUESTÃO 8 4. DISP+CUID TGV: EXPC	QUESTÃO 8 3. INST 4. INC TGV: DIF
QUESTÃO 9 5. COLE + ASP 6. EQP 7. COLE TGV: -	QUESTÃO 9 8. EMPA TGV: DIF	QUESTÃO 9 11. COLE+EQP+ASP + CUID 12. COLE TGV: -	QUESTÃO 9 5. DISP TGV: -	QUESTÃO 9 - TGV: DIF
QUESTÃO 10 8. ASP 9. OUT TGV: JVL-ID + DIF + FIL	QUESTÃO 10 9. DEST 10. DOG 11. COE TGV: EXPC	QUESTÃO 10 13. ONI 14. CRE 15. CRE TGV: -	QUESTÃO 10 6. EXP 7. ENF 8. PSI TGV: JVL-ID + DIF	QUESTÃO 10 5. CRE 6. CRE TGV: CONC
QUESTÃO 11 10. INHU 11. PSI 12. PSI 13. ISO 14. OUT 15. IHU TGV: EXPC	QUESTÃO 11 12. IHU 13. BIB TGV: -	QUESTÃO 11 16. IHU 17. INHU TGV: -	QUESTÃO 11 9. OUT 10. DEST 11. DEST TGV: PES	QUESTÃO 11 8. IHU 9. INHU TGV: -
QUESTÃO 12 16. ASP+CUID TGV: EXPC	QUESTÃO 12 14. ASP+CUID TGV: -	QUESTÃO 12 18. CUID+COLE TGV: -	QUESTÃO 12 12. DUAS 13. EVD 14. SING + PSI TGV: PES	QUESTÃO 12 - TGV: -
E07	E10	E11	E12	E13
QUESTÃO 7 1. PLU 2. CUID 3. ASP TGV: -	QUESTÃO 7 1. VAG TGV: EXPC	QUESTÃO 7 1. CUID 2. PLU TGV: -	QUESTÃO 7 1. PLU 2. COLE + CUID 3. ASP 4. CUID TGV: -	QUESTÃO 7 1. COLE 2. VAG 3. ASP 4. CUID + ASP TGV: -
QUESTÃO 8 4. CUID+INST 5. CUID TGV: EXPC	QUESTÃO 8 2. COLE TGV: -	QUESTÃO 8 3. CUID+COLE 4. CUID TGV: EXPC	QUESTÃO 8 5. ASP+EQP+COLE TGV: -	QUESTÃO 8 5. ASP+CUID 6. EQP+CUID + ASP TGV: DIF-EX
QUESTÃO 9 6. INF 7. INF 8. INF TGV: DIF	QUESTÃO 9 3. INST 4. INST TGV: EXPC	QUESTÃO 9 5. COLE+DISP TGV: -	QUESTÃO 9 6. INST TGV: -	QUESTÃO 9 7. COLE 8. COLE TGV: DIF-EX
QUESTÃO 10 9. CONS TGV: DIF + CONC + EXPC	QUESTÃO 10 5. DEST 6. INT 7. CONS 8. RELI TGV: JVL-ID + DIF	QUESTÃO 10 6. CRE TGV: CONC	QUESTÃO 10 7. DEST 8. DEST 9. CRE 10. RELI 11. HOM TGV: DIF + EXPC	QUESTÃO 10 9. CONS+PSI 10. ENF 11. PSI 12. CRE 13. SING TGV: JVL-ID
QUESTÃO 11 10. IHU TGV: DIF	QUESTÃO 11 9. TURB 10. SUBST 11. IHU 12. OUT+EMPA TGV: JVL-ID + PER	QUESTÃO 11 7. OUT 8. ISO+SUBST 9. ISO+PSI 10. ISO+SUBST+BIB TGV: EXPC	QUESTÃO 11 12. IHU 13. IHU 14. IHU 15. ETRE TGV: -	QUESTÃO 11 14. PSI 15. PSI 16. SUBST+DEST 17. SING 18. HIST 19. PSI 20. ENF 21. POAC 22. DEST TGV: -
QUESTÃO 12 11. COLE TGV: FIL	QUESTÃO 12 - TGV: PES+PER	QUESTÃO 12 11. COLE + OUT + EMPA 12. TEC+OUT TGV: EXPC	QUESTÃO 12 16. OUT+EMPA 17. OUT+EMPA TGV: -	QUESTÃO 12 23. DUAS 24. PSI 25. ASP + PSI 26. PSI 27. ASP TGV: -

continua

Quadro 14 – Códigos das URT dos Quadros 10 a 13 à partir dos ERC (Quadros 4 a 9).

continuação

E14	E15	E16	E17	E18
QUESTÃO 7 1. VAG 2. COLE TGV: -	QUESTÃO 7 1. ASP TGV: EXPC	QUESTÃO 7 1. PLU 2. ASP 3. CUID TGV: -	QUESTÃO 7 1. PLU 2. CUID 3. ASP 4. REF 5. EQP TGV: -	QUESTÃO 7 1. CUID 2. ASP TGV: EXPC
QUESTÃO 8 3. EQP+CUID+ASP 4. COLE 5. INF 6. ASP+INC TGV: -	QUESTÃO 8 2. CUID+EMPA 3. CUID+EMPA TGV: DIF-EX	QUESTÃO 8 4. CUID + ASP 5. ASP + COLE TGV: -	QUESTÃO 8 3. CUID+ASP 4. CUID+ASP TGV: -	QUESTÃO 8 6. CUID + ASP + EQP + INST 7. CUID+ASP 8. INF+ASP 9. CUID+INST+ASP TGV: DIF-EX
QUESTÃO 9 7. COLE 8. COLE TGV: -	QUESTÃO 9 4. COLE TGV: EXPC + PER	QUESTÃO 9 6. COLE 7. COLE TGV: DIF + EXPC	QUESTÃO 9 5. INST+CUID TGV: -	QUESTÃO 9 10. ASP 11. REF+INC 12. REF+ASP TGV:CIR+DIF-EX
QUESTÃO 10 9. CRE 10. VAG TGV: DIF	QUESTÃO 10 5. CRE TGV: FIL + DIF + FIL	QUESTÃO 10 8. CONS 9. LOGG TGV: EXPC + DIF	QUESTÃO 10 6. CONS+OUT+EMPA 7. INST+CUID+EMPA 8. RELI+OUT+EMPA TGV: CONC + EXPC	QUESTÃO 10 13. RELI 14. RELI TGV: CONC+JVL-ID+ DIF + FIL
QUESTÃO 11 11. IHU 12. SUBST 13. IHU 14. PSI 15. SING 16. IHU 17. TURB TGV: -	QUESTÃO 11 6. TURB+PSI 7. PSI 8. IHU 9. IHU+INHU TGV: CONC + DIF + FIL	QUESTÃO 11 10. ISO 11. SILI TGV: FIL	QUESTÃO 11 9. PSI TGV: DIF + INTE + EXPC + JVL-ID	QUESTÃO 11 15. ISO TGV: -
QUESTÃO 12 18. OUT+EMPA 19. OUT+EMPA TGV: -	QUESTÃO 12 10. VAG TGV: PES	QUESTÃO 12 - TGV: -	QUESTÃO 12 10. ASP 11. ASP TGV: -	QUESTÃO 12 16. ASP+INC+OUT 17. OUT+EMPA 18.TEC+ASP 19. OUT+EMPA TGV: CIR + INTE + EXPC
E19	E21	E22	E23	E24
QUESTÃO 7 1. CUID + ASP 2. ASP 3. PLU 4. ASP 5. EQP 6. COLE TGV: EXPC	QUESTÃO 7 1. CUID 2. EQP 3. ASP TGV: -	QUESTÃO 7 1. VAG 2. COLE TGV: -	QUESTÃO 7 1. CUID 2. ASP TGV: -	QUESTÃO 7 1. CUID 2. ASP TGV: -
QUESTÃO 8 7. EQP 8. COLE TGV: -	QUESTÃO 8 4. CUID+ASP 5. CUID+ASP TGV: DIF-EX	QUESTÃO 8 3. COLE TGV: -	QUESTÃO 8 3. CUID TGV: -	QUESTÃO 8 3. CUID+ASP 4. CUID+ASP+EQP TGV: DIF-EX
QUESTÃO 9 9. COLE 10. COLE TGV: EXPC	QUESTÃO 9 6. ASP+CUID 7. ASP+CUID 8. ASP+CUID TGV: DIF-EX+EXPC	QUESTÃO 9 4. COLE 5. COLE TGV: -	QUESTÃO 9 - TGV: -	QUESTÃO 9 5. ASP+CUID TGV: DIF-EX
QUESTÃO 10 11. HOM 12. CRE 13. OUT TGV: DIF	QUESTÃO 10 9. DOG 10. DEST 11. ONI 12. RELI 13. DOG 14. CONS 15. DEST+PSI TGV: INTE + PES + DIF	QUESTÃO 10 6. INT TGV: -	QUESTÃO 10 - TGV:DIF	QUESTÃO 10 6. CONS TGV: -
QUESTÃO 11 14. PSI 15. OUT TGV: DIF	QUESTÃO 11 16. INHU+TURB 17. SUBST 18. POAC TGV: DIF	QUESTÃO 11 - TGV: CONC	QUESTÃO 11 4. PSI TGV: DIF	QUESTÃO 11 7. HIST 8. HIST 9. HIST + REF 10. INHU TGV:-

continua

Quadro 14 – Códigos das URT dos Quadros 10 a 13 à partir das ERC (Quadros 4 a 9).

continuação

QUESTÃO 12	QUESTÃO 12	QUESTÃO 12	QUESTÃO 12	QUESTÃO 12
16. COLE 17. COLE TGV: DIF	19. TURB+SUBST 20. ASP+SUBST 21. LGG 22. RELI TGV: -	7. COLE 8. CUID+EQP+ COLE 9. EQP 10. EQP TGV: -	- TGV: CIR	11. ASP+CUID+SBJ 12. ASP+PSI 13. SBJ TGV: CIR

Fonte: elaborado pelo autor. Notas: URT correspondentes às manifestações tergiversantes estão indicadas por TGV; o hífen (-) registra ausência.

Na sequência, operou-se à elaboração do quadro de ocorrência unitária das URT por entrevista, eliminando-se a distinção entre questões e a repetição das URT:

Quadro 15 – Códigos das URT dos Quadros 10 a 13. Registro de ocorrência unitária.

E02	E03	E04	E05	E06	E07	E10	E11	E12	E13
VAG CUID ASP COLE EQP OUT INHU PSI ISO IHU <i>DIF</i> <i>DIF-EX</i> <i>FIL</i> <i>JVL-ID</i> <i>EXPC</i>	COLE DISP EMPA CUID DEST DOG COE IHU BIB ASP <i>DIF</i> <i>EXPC</i>	PLU CUID ASP EQP DISP INST COLE ONI CRE IHU INHU <i>DIF</i> <i>PER</i> <i>EXPC</i> <i>JVL-ID</i> <i>PES</i>	PLU DISP CUID EXP ENF PSI OUT DEST DUAS EVD SING <i>DIF</i> <i>PER</i> <i>EXPC</i> <i>JVL-ID</i> <i>PES</i>	INC COLE INST CRE IHU INHU <i>DIF</i> <i>CONC</i>	PLU CUID ASP INST COLE INF CONS IHU <i>EXPC</i> <i>DIF</i> <i>CONC</i> <i>FIL</i>	VAG INST DEST INT CONS RELI TURB SUBST IHU OUT EMPA <i>EXPC</i> <i>COLE</i> <i>JVL-ID</i> <i>DIF</i> <i>PER</i> <i>PES</i>	CUID PLU COLE DISP CRE OUT ISO SUBST PSI BIB TEC EMPA <i>EXPC</i> <i>CONC</i>	PLU COLE ASP CUID EQP INST DEST CRE HOM IHU ETRE OUT EMPA IND <i>DIF</i> <i>EXPC</i>	COLE EQP VAG ASP CUID CONS PSI ENF CRE SING SUBST DEST HIST POAC DUAS <i>DIF-EX</i> <i>JVL-ID</i>
E14	E15	E16	E17	E18	E19	E21	E22	E23	E24
VAG COLE EQP CUID ASP INF INC CRE IHU SUBST PSI SING TURB IND OUT EMPA <i>DIF</i>	ASP CUID EMPA COLE CRE TURB PSI IHU INHU VAG <i>EXPC</i> <i>DIF-EX</i> <i>PER</i> <i>FIL</i> <i>DIF</i> <i>CONC</i> <i>PES</i>	PLU ASP CUID COLE CONS LGG ISO SILI <i>DIF</i> <i>EXPC</i> <i>FIL</i>	CUID ASP INST CONS OUT EMPA RELI PSI <i>EXPC</i> <i>CONC</i> <i>DIF</i> <i>INTE</i> <i>JVL-ID</i>	PLU CUID ASP REF INC EQP EMPA INF INST RELI ISO OUT IND TEC <i>DIF-EX</i> <i>CIR</i> <i>CONC</i> <i>JVL-ID</i> <i>DIF</i> <i>FIL</i> <i>INTE</i> <i>EXPC</i>	CUID VAG PLU ASP EQP COLE HOM CRE OUT PSI <i>EXPC</i> <i>DIF</i>	CUID EQP ASP DOG DEST ONI RELI CONS PSI INHU TURB SUBST POAC LGG <i>DIF-EX</i> <i>EXPC</i> <i>INTE</i> <i>PES</i> <i>DIF</i>	VAG COLE INT CUID EQP <i>CONC</i>	CUID ASP PSI <i>DIF</i> <i>CIR</i>	CUID ASP EQP CONS HIST REF INHU SBJ PSI <i>DIF-EX</i> <i>CIR</i>

Fonte: autor. Nota: manifestações tergiversantes em itálico no canto inferior de cada caixa.

A partir dos quadros 14 e 15, inicia-se a etapa de enumeração. Serão apresentadas variadas tabelas que indicam a contagem de ocorrências de presença das URT e a porcentagem equivalente considerando-se o universo das vinte entrevistas. A ocorrência de presença depende da unidade de contexto eleita, que pode ser: questão específica, grupo de questões e entrevista como um todo.

Como exemplo, pode-se verificar o Quadro 14, questão 10, entrevistado E15. Ali as manifestações tergiversantes apresentam o código FIL duas vezes. Ainda na mesma caixa, na questão 11, o código IHU também aparece duas vezes, registrado nos itens 8 e 9 e o código FIL aparece mais uma vez no espaço das manifestações tergiversantes. Se a unidade de contexto considerada for as questões do Grupo B (10 e 11), as três ocorrências de FIL convertem-se em ocorrência unitária ou ocorrência de presença. O mesmo se aplica para as duas ocorrências de IHU. Se a unidade de contexto fosse a questão 10, IHU teria ocorrência de presença igual à “zero” e FIL igual à “um”. Ao se considerar a questão 11, tanto FIL quanto IHU têm presença unitária registrada.

Tabela 5 – Ocorrências de presença das URT do Quadro 10 nas respostas às questões do Grupo A.

Unidade de contexto: Grupo A (questões 7, 8 e 9)		
	n	%*
CUID	17	85%
COLE	14	70%
ASP	14	70%
EQP	9	45%
PLU	8	40%
INST	7	35%
VAG	5	25%
DISP	4	20%
INF	3	15%
EMPA	2	10%
INC	3	15%
REF	1	5%

Fonte: elaborada pelo autor.

* Para o cálculo da porcentagem considera-se o conjunto das vinte entrevistas.

A partir das próximas tabelas, passam a ser registradas ocorrências das URT não somente atreladas ao próprio grupo. Por exemplo, em respostas à questão 10, alguns entrevistados como E17 (vide Quadro 15), apresentam respostas atreladas aos códigos CUID e/ou EMPA, unidades temáticas criadas a partir das perguntas sobre a integralidade para os profissionais. Sendo assim, resolve-se fazer esta distinção indicando os quadros das URT no próprio corpo das tabelas.

Tabela 6 – Ocorrências de presença das URT dos Quadros 10 e 11 nas respostas às questões do Grupo B.

Unidade de contexto: Grupo B (questões 10 e 11)		
	n	%*
URT: Quadro 11		
EMPA	2	10%
ASP	1	5%
CUID	1	5%
INST	1	5%
REF	1	5%
VAG	1	5%
URT: Quadro 12		
PSI	10	50%
IHU	9	45%
CRE	8	40%
CONS	7	35%
DEST	6	30%
INHU	6	30%
OUT	6	30%
RELI	5	25%
SUBST	5	25%
ISSO	4	20%
TURB	4	20%
BIB	2	10%
DOG	2	10%
ENF	2	10%
HIST	2	10%
HOM	2	10%
INT	2	10%
ONI	2	10%
POAC	2	10%
SING	2	10%
COE	1	5%
ETRE	1	5%
EXP	1	5%
LGG	1	5%
SILI	1	5%

Fonte: elaborada pelo autor.

* Para o cálculo da porcentagem considera-se o conjunto das vinte entrevistas.

Tabela 7 – Ocorrências de presença das URT do Quadro 12 nas respostas às questões dos Grupos A e B.

Unidade de contexto: Grupo A (questões 7, 8 e 9)		
	n	% *
EXPC	11	55%
DIF	7	35%
DIF-EX	6	30%
PER	2	10%
CIR	1	5%
Unidade de contexto: Grupo B (questões 10 e 11)		
	n	% *
DIF	13	65%
CONC	7	35%
EXPC	7	35%
JVL-ID	6	30%
FIL	4	20%
INTE	2	10%
PES	2	10%
PER	1	5%

Fonte: elaborada pelo autor.

* Para o cálculo da porcentagem considera-se o conjunto das vinte entrevistas.

Tabela 8 – Ocorrências de presença das URT dos Quadros 10 a 13 nas respostas à questão 12.

Unidade de contexto: Questão 12		
	n	%*
URT: Quadro 10		
ASP	6	30%
COLE	5	25%
CUID	4	20%
EMPA	4	20%
EQP	1	5%
VAG	1	5%
URT: Quadro 11		
OUT	4	20%
PSI	3	15%
SING	1	5%
LGG	1	5%
RELI	1	5%
SUBST	1	5%
TURB	1	5%
URT: Quadro 12		
CIR	3	15%
PES	3	15%
EXPC	3	15%
FIL	1	5%
INTE	1	5%
PER	1	5%
URT: Quadro 13		
DUAS	2	10%
TEC	2	10%
EVD	1	5%
SBJ	1	5%

Fonte: elaborada pelo autor.

* Para o cálculo da porcentagem considera-se o conjunto das vinte entrevistas.

Tabela 9 – Ocorrências de presença das URT dos Quadros 10 a 13 nas entrevistas completas.

Unidade de contexto: entrevista completa		
	n	% *
URT: Quadro 10		
CUID	18	90%
ASP	15	75%
COLE	14	70%
EQP	10	50%
EMPA	8	40%
PLU	8	40%
INST	7	35%
VAG	7	35%
DISP	4	20%
INF	3	15%
INC	3	15%
REF	2	10%
URT: Quadro 11		
PSI	11	55%
OUT	9	45%
IHU	9	45%
CRE	8	40%
CONS	7	35%
DEST	6	30%
INHU	6	30%
RELI	5	25%
SUBST	5	25%
ISO	4	20%
TURB	4	20%
SING	3	15%
DOG	2	10%
ENF	2	10%
HOM	2	10%
INT	2	10%
LGG	2	10%
ONI	2	10%
POAC	2	10%
BIB	2	10%
HIST	2	10%
COE	1	5%
EXP	1	5%
ETRE	1	5%
SILI	1	5%
URT: Quadro 10		
DIF	15	75%
EXPC	14	70%
CONC	7	35%
DIF-EX	6	30%
JVL-ID	6	30%
FIL	5	25%
PES	4	20%
CIR	3	15%
INTE	3	15%
PER	3	15%
URT: Quadro 13		
DUAS	2	10%
TEC	2	10%
EVD	1	5%
SBJ	1	5%

Fonte: elaborada pelo autor.

* Para o cálculo da porcentagem considera-se o conjunto das vinte entrevistas.

Considerando-se a exploração dos dados até aqui, foram identificadas cinquenta e uma URT: dez vinculadas às manifestações tergiversantes; doze ao objetivo 1; vinte e cinco ao objetivo 2; e quatro aos conteúdos variados da questão 12.

Com a atenção voltada para a organização do tratamento e interpretação dos dados, a maioria destas unidades (quarenta e seis) puderam ser pensadas como subcategorias de outra categoria mais abrangente, chegando-se a um total de dezoito categorias. Destas, cinco estão ligadas às questões do Grupo A, sete às questões do Grupo B, três às manifestações tergiversantes e três à questão 12. Apresentam-se, a seguir, quatro quadros com os códigos e descritivos destes grupos mais abrangentes denominados de Categorias Temáticas (CT):

Quadro 16 – CT: Grupo A (integralidade para os profissionais).

CÓDIGO	CT	DESCRITIVO
HUM: humanizado	O cuidado e o olhar humanizados	Tematiza-se uma integralidade que necessariamente passa pelo outro enquanto ser dotado de complexidade humana. Está na pessoa o centro de um cuidado permeado por vínculos empáticos e de inclusão. A reforma psiquiátrica, quando aparece como conteúdo, localiza-se enquanto um movimento histórico de atuação neste sentido. Esta CT envolve as seguintes URT: CUID, ASP, INC, REF e EMPA.
MTP: multiprofissional	Trabalho multiprofissional e coletivo	A integralidade identifica-se com um trabalho em saúde que necessariamente envolve um multivariado coletivo de atores. Serviços e setores internos e externos à saúde, profissionais, usuários, familiares, etc. Quando não há coesão ou falta continuidade neste trabalho, também falta a integralidade. Esta CT envolve as seguintes URT: EQP e COLE.
TRA: trabalho	Trabalho institucional: regras, multitarefas e informação	A integralidade é tematizada como sendo algo da instituição em que se trabalha. Ela se manifesta em regras, protocolos e condutas esperadas no dia-a-dia profissional. A relação com os pares e com os usuários se dá em uma teia de informações das quais se faz preciso estar atento. Esta CT envolve as seguintes URT: INST, DISP, INF.
PLU: plural	Integralidades: no plural	A integralidade aparece aberta aos variados pronomes interrogativos: como, quem, onde, quando, qual, quando, o quê, etc. Desta abertura estimulada pela curiosidade surgem oportunidades para a construção de sentidos plurais.
VAG: vago	Integralidade: palavra vaga e imprecisa	A integralidade aparece como uma abstração vaga e imprecisa: “o todo”, “um todo”, “o tudo”, “um tudo”, “o inteiro”, “que compõe”, “que completa”, “que integra”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 17 – CT: Grupo B (interlocuções com Rohden).

CÓDIGO	CT	DESCRIPTIVO
IDAL: identidade e alteridade	Identidade e alteridade	Tematiza-se a relação entre a identidade e a alteridade ou, dito de forma mais simplificada, entre o “eu” (ou “ego”) e tudo aquilo que difere deste “eu”. Há uma série de grandes problemas filosóficos e psicológicos aqui. Quem é o “eu” e quem é o “outro”? Como, quando e sob quais medidas o “eu” se relaciona com o “outro” e o “outro” com o “eu”? Quem sou quando não sou “eu mesmo”? Esta CT envolve as seguintes URT: OUT, IHU, INHU, SUBST, ISO e COE.
DEHR: Deus, homem, religião	Deus, o homem e a religião	Diante das afirmações de Rohden, tematiza-se o sagrado e a relação possível com o ser humano. Esta CT envolve as seguintes URT: CRE, CONS, RELI, DOG, HOM, INT, LGG, ONI e BIB
DDVN: determinismo divino	Determinismo divino	É feito destaque o assunto do livre arbítrio e do destino humanos, em meio a conceitos como os de busca ou missão. Esta CT envolve as seguintes URT: DEST e ETRE
CET: cético	O olhar cético e o incomum	A filosofia, a metafísica e o pensamento sobre questões abstratas são discutidos como assuntos pouco usuais e de baixa aceitação. Esta CT envolve as seguintes URT: ENF, SING, POAC e EXP
SILB: silêncio, barulho	O silêncio e o barulho	Tematiza-se a relação entre o silêncio exterior e o barulho de dentro, assim como o barulho externo e o silêncio de dentro. Esta CT envolve as seguintes URT: TURB e SILI
PSI: psiquiatria	O serviço psiquiátrico	São levantadas considerações acerca de especificidades dos serviços psiquiátricos e/ou serviços de saúde mental, suas questões e características típicas de seus pacientes.
HIST: história	História local	São apresentadas lembranças relacionadas ao local de pesquisa motivadas pela apresentação das frases no museu da psiquiatria.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 18 – CT: manifestações tergiversantes.

CÓDIGO	CT	DESCRIPTIVO
TGVG: tergiversação geral	Tergiversações gerais: dificuldades, expectativas e circunstâncias	Tergiversações encontradas em todas os grupos de questões. Esta CT envolve as seguintes URT: DIF, EXPC, PER e CIR
TGVB: tergiversação B	Tergiversações do Grupo B: Rohden, a pesquisa e a filosofia	Tergiversações encontradas em relação às perguntas do Grupo B. Esta CT envolve as seguintes URT: CONC, JVL-ID, FIL, INTE e PES
DIF-EX: dificuldade com exemplos	Dificuldades com exemplos.	Tergiversações referentes a dificuldade em falar sobre exemplos da própria prática. Tergiversações exclusivas do grupo A.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 19 – CT: Questão 12 (conteúdos variados).

CÓDIGO	CT	DESCRIPTIVO
TEC: tecnologia	O lado negativo da tecnologia	São apontados problemas vinculados à tecnologia, como o engessamento dos sentimentos e comportamentos nas redes sociais.
SBJ: subjetivo	Integralidade subjetiva	A integralidade é apontada com o sentido de uma pessoal realização profissional.
VSV: visível	O visível e o invisível	Tematiza-se a integralidade na relação entre a evidência visível e o invisível. Esta CT envolve as seguintes URT: DUAS e EVD.

Fonte: elaborado pelo autor.

Na sequência, apresentam-se os quadros de códigos das CT identificadas. Organizam-se conforme os quadros de ERC (Quadros 4 a 9) em correspondência ao Quadro 13 e ao Quadro 14 (neste, em ocorrências unitárias, por entrevista):

Quadro 20 – Códigos de CT dos Quadros 16 a 19 à partir dos ERC (Quadros 4 a 9).

E02	E03	E04	E05	E06
QUESTÃO 7 1. VAG 2. HUM 3. HUM TGVG	QUESTÃO 7 1. MTP 2. TRA 3. HUM TGVG	QUESTÃO 7 1. PLU 2. HUM 3. HUM 4. MTP 5. TRA TGVG	QUESTÃO 7 1. PLU 2. TRA 3. HUM TGVG	QUESTÃO 7 1. HUM 2. MTP -
QUESTÃO 8 4. HUM DIF-EX	QUESTÃO 8 4. HUM 5. HUM 6. HUM 7. HUM -	QUESTÃO 8 6. TRA 7. HUM + MTP 8. MTP 9. TRA 10. MTP -	QUESTÃO 8 4. TRA+HUM TGVG	QUESTÃO 8 3. TRA 4. HUM TGVG
QUESTÃO 9 5. MTP + HUM 6. MTP 7. MTP -	QUESTÃO 9 8. HUM TGVG	QUESTÃO 9 11. MTP + HUM 12. MTP -	QUESTÃO 9 5. TRA -	QUESTÃO 9 - TGVG
QUESTÃO 10 8. HUM 9. IDAL TGVB + TGVG	QUESTÃO 10 9. DDVN 10. DEHR 11. IDAL TGVG	QUESTÃO 10 13. DEHR 14. DEHR 15. DEHR -	QUESTÃO 10 6. CET 7. CET 8. PSI TGVB + TGVG	QUESTÃO 10 5. DEHR 6. DEHR TGVB
QUESTÃO 11 10. IDAL 11. PSI 12. PSI 13. IDAL 14. IDAL 15. IDAL TGVG	QUESTÃO 11 12. IDAL 13. DEHR -	QUESTÃO 11 16. IDAL 17. IDAL -	QUESTÃO 11 9. IDAL 10. DDVN 11. DDVN TGVB	QUESTÃO 11 8. IDAL 9. IDAL -
QUESTÃO 12 16. HUM TGVG	QUESTÃO 12 14. HUM -	QUESTÃO 12 18. HUM+MTP -	QUESTÃO 12 12. VSV 13. VSV 14. CET + PSI TGVB	QUESTÃO 12 -

continua

Quadro 20 – Códigos de CT dos Quadros 16 a 19 à partir dos ERC (Quadros 4 a 9).

continuação

E07	E10	E11	E12	E13
QUESTÃO 7 1. PLU 2. HUM 3. HUM -	QUESTÃO 7 1. VAG TGVG	QUESTÃO 7 1. HUM 2. PLU -	QUESTÃO 7 1. PLU 2. MTP 3. HUM 4. HUM -	QUESTÃO 7 1. MTP 2. VAG 3. HUM 4. HUM -
QUESTÃO 8 4. HUM+TRA 5. HUM TGVG	QUESTÃO 8 2. MTP -	QUESTÃO 8 3. HUM+MTP 4. HUM TGVG	QUESTÃO 8 5. HUM+MTP -	QUESTÃO 8 5. HUM 6. MTP + HUM DIF-EX
QUESTÃO 9 6. TRA 7. TRA 8. TRA TGVG	QUESTÃO 9 3. TRA 4. TRA TGVG	QUESTÃO 9 5. MTP+TRA -	QUESTÃO 9 6. TRA -	QUESTÃO 9 7. MTP 8. MTP DIF-EX
QUESTÃO 10 9. DEHR TGVG + TGVG	QUESTÃO 10 5. DDVN 6. DEHR 7. DEHR 8. DEHR TGVG + TGVG	QUESTÃO 10 6. DEHR TGVG	QUESTÃO 10 7. DDVN 8. DDVN 9. DEHR 10. DEHR 11. DEHR TGVG	QUESTÃO 10 9. DEHR+PSI 10. CET 11. PSI 12. DEHR 13. CET TGVG
QUESTÃO 11 10. IDAL TGVG	QUESTÃO 11 9. SILB 10. IDAL 11. IDAL 12. IDAL+HUM TGVG + TGVG	QUESTÃO 11 7. IDAL 8. IDAL 9. IDAL+PSI 10. IDAL+DEHR TGVG	QUESTÃO 11 12. IDAL 13. IDAL 14. IDAL 15. DDVN -	QUESTÃO 11 14. PSI 15. PSI 16. IDAL+DDVN 17. CET 18. HIST 19. PSI 20. CET 21. CET 22. DDVN
QUESTÃO 12 11. MTP TGVG	QUESTÃO 12 - TGVG+TGVG	QUESTÃO 12 11. HUM+MTP+IDAL 12. TEC+IDAL TGVG	QUESTÃO 12 16. IDAL+HUM 17. IDAL+HUM -	QUESTÃO 12 23. VSV 24. PSI 25. PSI +HUM 26. PSI 27. HUM
E14	E15	E16	E17	E18
QUESTÃO 7 1. VAG 2. MTP -	QUESTÃO 7 1. HUM TGVG	QUESTÃO 7 1. PLU 2. HUM 3. HUM -	QUESTÃO 7 1. HUM 2. HUM TGVG	QUESTÃO 7 1. PLU 2. HUM 3. HUM 4. HUM 5. MTP -
QUESTÃO 8 3. MTP+HUM 4. MTP 5. TRA 6. HUM -	QUESTÃO 8 2. HUM 3. HUM DIF-EX	QUESTÃO 8 4. HUM 5. HUM + MTP -	QUESTÃO 8 3. HUM 4. HUM -	QUESTÃO 8 6. HUM+MTP 7. HUM 8. TRA+HUM 9. HUM+TRA DIF-EX
QUESTÃO 9 7. MTP 8. MTP -	QUESTÃO 9 4. MTP TGVG	QUESTÃO 9 6. MTP 7. MTP TGVG	QUESTÃO 9 5. TRA+HUM -	QUESTÃO 9 10. HUM 11. HUM 12. HUM TGVG+DIF-EX
QUESTÃO 10 9. DEHR 10. VAG TGVG	QUESTÃO 10 5. DEHR TGVG + TGVG	QUESTÃO 10 8. DEHR 9. DEHR TGVG	QUESTÃO 10 6. DEHR+IDAL+HUM 7. TRA+HUM 8. DEHR+IDAL+HUM TGVG + TGVG	QUESTÃO 10 13. DEHR 14. DEHR TGVG + TGVG
QUESTÃO 11 11. IDAL 12. IDAL 13. IDAL 14. PSI 15. CET 16. IDAL 17. SILB -	QUESTÃO 11 6. SILB+PSI 7. PSI 8. IDAL 9. IDAL TGVG + TGVG	QUESTÃO 11 10. IDAL 11. SILB TGVG	QUESTÃO 11 9. PSI TGVG + TGVG	QUESTÃO 11 15. IDAL -
QUESTÃO 12 18. HUM+IDAL 19. HUM+IDAL -	QUESTÃO 12 10. VAG TGVG	QUESTÃO 12 - -	QUESTÃO 12 10. HUM 11. HUM -	QUESTÃO 12 16. HUM+IDAL 17. HUM+IDAL 18. TEC+HUM 19. HUM+IDAL TGVG + TGVG

continua

Quadro 20 – Códigos de CT dos Quadros 16 a 19 à partir dos ERC (Quadros 4 a 9).

continuação

E19	E21	E22	E23	E24
QUESTÃO 7 1. HUM 2. HUM 3. PLU 4. HUM 5. MTP 6. MTP TGVG	QUESTÃO 7 1. HUM 2. MTP 3. HUM -	QUESTÃO 7 1. VAG 2. MTP -	QUESTÃO 7 1. HUM 2. HUM -	QUESTÃO 7 1. HUM 2. HUM -
QUESTÃO 8 7. MTP 8. MTP -	QUESTÃO 8 4. HUM 5. HUM DIF-EX	QUESTÃO 8 3. MTP -	QUESTÃO 8 3. HUM -	QUESTÃO 8 3. HUM 4. HUM+MTP DIF-EX
QUESTÃO 9 9. MTP 10. MTP TGVG	QUESTÃO 9 6. HUM 7. HUM 8. HUM DIF-EX+TGVG	QUESTÃO 9 4. MTP 5. MTP -	QUESTÃO 9 - -	QUESTÃO 9 5. HUM DIF-EX
QUESTÃO 10 11. DEHR 12. DEHR 13. IDAL TGVG	QUESTÃO 10 9. DEHR 10. DDVN 11. DEHR 12. DEHR 13. DEHR 14. DEHR 15. DDVN+PSI TGVG + TGVG	QUESTÃO 10 6. DEHR -	QUESTÃO 10 - TGVG	QUESTÃO 10 6. DEHR -
QUESTÃO 11 14. PSI 15. IDAL TGVG	QUESTÃO 11 16. IDAL+SILB 17. IDAL 18. CET TGVG	QUESTÃO 11 - TGVG	QUESTÃO 11 4. PSI TGVG	QUESTÃO 11 7. HIST 8. HIST 9. HIST + HUM 10. IDAL -
QUESTÃO 12 16. MTP 17. MTP TGVG	QUESTÃO 12 19. SILB+IDAL 20. HUM+IDAL 21. DEHR 22. DEHR -	QUESTÃO 12 7. MTP 8. HUM+MTP 9. MTP 10. MTP -	QUESTÃO 12 - TGVG	QUESTÃO 12 11. HUM+SBJ 12. HUM+PSI 13. SBJ TGVG

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 21 – Códigos de CT dos Quadros 16 a 19. Registro de ocorrência unitária.

E02	E03	E04	E05	E06	E07	E10	E11	E12	E13
VAG HUM MTP IDAL PSI OLH TGVG DIF-EX TGVB	MTP TRA HUM DDVN DEHR IDAL TGVG	PLU HUM MTP TRA DEHR IDAL TGVG	PLU TRA HUM CET PSI IDAL DDVN VSV TGVG TGVB	HUM MTP TRA DEHR IDAL TGVG TGVB	PLU HUM TRA MTP DEHR IDAL TGVG TGVB	VAG TRA DDVN DEHR SILB IDAL HUM MTP TGVG TGVB	HUM PLU MTP TRA DEHR IDAL PSI TEC TGVG TGVB	PLU MTP HUM TRA DDVN DEHR IDAL TGVG	MTP VAG HUM DEHR PSI CET IDAL DDVN HIST VSV DIF-EX TGVB
E14	E15	E16	E17	E18	E19	E21	E22	E23	E24
VAG MTP HUM TRA DEHR IDAL PSI CET SILB TGVG	HUM MTP DEHR SILB PSI IDAL VAG TGVG DIF-EX TGVB	PLU HUM MTP DEHR IDAL SILB TGVG TGVB	HUM TRA DEHR IDAL PSI TGVG TGVB	PLU HUM MTP TRA DEHR IDAL TEC DIF-EX TGVB TGVG	HUM PLU MTP DEHR IDAL PSI TGVG	HUM MTP DEHR DDVN DEHR PSI IDAL SILB CET DIF-EX TGVG TGVB	VAG MTP DEHR HUM TGVB	HUM PSI TGVG	HUM MTP DEHR HIST IDAL PSI SBJ DIF-EX TGVG

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 10 – Ocorrências de presença das CT dos Quadros 16 a 19 nas entrevistas completas.

Unidade de contexto: entrevista completa		
CT: Quadro 16		
	n	% *
HUM	20	100%
MTP	17	85%
TRA	11	55%
PLU	8	40%
VAG	6	30%
CT: Quadro 17		
IDAL	18	90%
DEHR	18	90%
PSI	11	55%
DDVN	6	30%
CET	4	20%
SILB	5	25%
HIST	2	10%
CT: Quadro 18		
TGVG	18	90%
TGVB	13	65%
DIF-EX	6	30%
CT: Quadro 19		
TEC	2	10%
VSV	2	10%
SBJ	1	5%

Fonte: elaborada pelo autor.

* Para o cálculo da porcentagem considera-se o conjunto das vinte entrevistas.

4.3.2. Retorno aos elementos textuais brutos

Diante da classificação temática proposta, dos quadros e das tabelas enumerativas passa-se a operar um movimento de retorno aos ETB. Os resultados serão evidenciados em subtópicos organizados conforme os objetivos, as “manifestações tergiversantes” e os conteúdos variados (associados à questão 12). Sendo assim, apresentam-se como: 4.3.2.1. Objetivo 1: identificando a integralidade dos profissionais; 4.3.2.2. Objetivo 2: propondo possibilidades de diálogo com Huberto Rohden; 4.3.2.3. Manifestações tergiversantes; e 4.3.2.4. Conteúdos variados.

4.3.2.1. Objetivo 1: identificando a integralidade dos profissionais

São doze as URT inicialmente obtidas para o tratamento dos conteúdos diretamente relacionados ao Objetivo 1. A partir de movimentos organizativos, dez delas incluíram-se como subcategorias de unidades categoriais maiores ou mais abrangentes, totalizando para o tratamento interpretativo cinco CT. São elas:

- i) O cuidado e o olhar humanizados (HUM);
- ii) Trabalho multiprofissional e coletivo (MTP);

- iii) Trabalho institucional: regras, multitarefas e informação (TRA);
- iv) Integralidades: no plural (PLU);
- v) Integralidade: palavra vaga e imprecisa (VAG).

Nos tópicos subordinados abaixo apresentam-se os resultados com os ETB referentes a cada uma delas.

4.3.2.1.1. O cuidado e o olhar humanizados (HUM)

A interpretação dos dados por esta categoria temática permite abranger a totalidade das entrevistas (100%). Todas apresentam, em algum momento, conteúdos sobre a integralidade que podem ser identificados e tratados sob o tema do cuidado e do olhar humanizados conduzindo à consciência da centralidade da pessoa e prática de vínculos empáticos, dignos e inclusivos. Compõem o grupo cinco subcategorias: a integralidade do cuidado (CUID); a integralidade e os aspectos do olhar humanizado (ASP); a integralidade como empatia e sentimento (EMPA); a integralidade enquanto inclusão social (INC); a integralidade da Reforma (REF). Estas representam, respectivamente, uma frequência de 90% (CUID), 70% (ASP), 40% (EMPA), 15% (INC) e 10% (REF).

O subgrupo CUID foi pensado determinantemente tendo a mensagem enquanto polo de atração. Foram consideradas todas as frases-síntese ou URT que trouxeram explicitamente a relação da integralidade com os termos “cuidado”, “atenção”, “atendimento”, “assistência” e/ou “acolhimento”. Por exemplo, na fala da questão 12, E22 reivindica diferentes visões “com relação ao cuidar, à integração com eles [os pacientes]” (E22, questão 12). Mesmo que não tenha anteriormente explicitado o sentido da integralidade enquanto cuidado, nesta breve construção discursiva promove esta aproximação.

Já na questão 7 identificam-se conteúdos enquadrados nesta subcategoria em catorze das vinte respostas. Na questão 8, quando são solicitados exemplos da integralidade no dia-a-dia profissional, outros três participantes que não haviam comunicado conteúdos da integralidade do cuidado comunicam algo neste sentido. O entrevistado citado, E22, em suas considerações finais na questão 12, junta-se ao grupo, perfazendo o total de dezoito entrevistas (90%) que apresentam mensagens com a integralidade ligada aos termos do cuidado.

Em referência às catorze respostas à questão 7, registram-se as seguintes mensagens:

- E02: “Ai, como eu vou explicar? Igual, integralidade do cuidado, né? É o cuidado como um todo mesmo” (E02, questão 7);

- E04: “É você prestar, por exemplo, uma assistência em todos os aspectos praquele indivíduo” (E04, questão 7);
- E05: “Pelo que a gente vive aqui é de uma forma geral todo um cuidado diferenciado, né, com os pacientes” (E05, questão 7);
- E07: “Em relação aos cuidados de enfermagem, (...) a gente pensa em integralidade da assistência, que é você chegar, atender o paciente e olhar ele de uma forma geral, não só a parte da saúde-doença” (E07, questão 7);
- E11: “É me integrar (...) de garra mesmo ao cuidado (...). É me dedicar, me integrar, né, com garra” (E11, questão 7);
- E12: “Integralidade eu penso que seja uma construção coletiva, (...) uma coletividade de pessoas que constrói o cuidar o todo daquele que depende” (E12, questão 7);
- E13: “Porque na enfermagem (...) é o cuidar concreto. A pessoa estar doente e eu vou cuidar daquela doença (...). [Mas, com a integralidade], tem que ser uma coisa em que você vê o outro como um todo” (E13, questão 7);
- E16: “[É quando] você tá olhando, cuidando (...) da pessoa no todo. (...) Eu acho que é cuidar do ser humano no total dele” (E16, questão 7);
- E17: “Pra mim, integralidade é cuidar do indivíduo de forma integral, atendendo ele em todos os aspectos” (E17, questão 7);
- E18: “[É o] atendimento que eu prestaria ao paciente. E eu vejo o atendimento como um todo (...). O paciente como um todo” (E18, questão 7);
- E19: “Acho que integralidade é o acolhimento ou ver a pessoa como um todo. (...) O acolhimento, o acolher ele, o cuidar dele (...), mas tratar ele com uma humanização. (...) Olhar ele como um todo” (E19, questão 7);
- E21: “É a integralidade da assistência, que a gente fala muito, né? São as várias vertentes que a gente vai trabalhar com quem nos procura” (E21, questão 7);
- E23: “É um cuidado 24 horas com um paciente. É um cuidado especial, 24 horas, que tem que ter com ele” (E23, questão 7);
- E24: “Integralidade, na atenção ao paciente, é vê-lo como um todo” (E24, questão 7).

Em relação às respostas para as questões 8 e 9 – que solicitavam exemplos de acordo e desacordo com a integralidade na saúde mental – também há evidências da integralidade vinculada aos termos do cuidado/atenção/atendimento/assistência. Na maioria delas, a subcategoria CUID aparece ao lado de outras, tanto representativas da categoria maior que aqui está em foco (“O cuidado e o olhar humanizados”), quanto de outras que serão analisadas mais à frente (MTP e TRA).

É o que se registra da resposta de E03. Dizendo de sua experiência baseada em trabalhos junto ao CAPS, cita como exemplo de acordo à integralidade situações hipotéticas e gerais, que acontecem quando os profissionais se colocam em uma condição de “estar ali pro cuidado” (E03, questão 8).

O participante E11 exemplifica de forma geral a “garra” ao cuidado mencionada em sua resposta à questão 7, como momentos de especial dedicação aos pacientes mais necessitados, “com um problema mais sério” (E11, questão 8). E23 exemplifica a integralidade também na forma de situações hipotéticas. Diz que nas unidades do CAIS, mesmo havendo um cuidado restrito à “parte clínica”, há espaços para um cuidado diferenciado, com escuta aos usuários. “A gente tinha que fazer um apanhado (...). Não somente cuidar [da parte clínica]. Muitas vezes eles vinham e desabafavam” (E23, questão 8).

Este sentido de um cuidado especial – e não apenas um cuidado usual ou “clínico” – também aparece na entrevista de E03. Ele diferencia o cuidado integral como sendo uma atenção prestada sem julgamentos. Isto em um contexto de um CAPS onde, segundo ele, “tem muito essa coisa de julgamento” (E03, questão 8).

A maior parte dos exemplos de integralidade como cuidado aparecem ao lado da subcategoria ASP, que tematiza um olhar ampliado para o usuário dos serviços de saúde: cuida-se integralmente de um ser humano, uma pessoa complexa e multidimensional.

Nota-se que dos trechos selecionados nas respostas subcategorizadas acima, destacara-se seis momentos de fala sobre o cuidado também como olhar ou ver: “de uma forma geral, não só a parte da saúde-doença” (E07); “o outro como um todo” (E13); a “pessoa no todo” (E16); “o atendimento” e “o paciente como um todo” (E18); “a pessoa como um todo” (E19); o paciente “como um todo” (E24). Trata-se do olhar aberto aos diferentes e variados aspectos do humano.

Para a distinção da subcategoria ASP o principal critério foi o uso de termos vinculados ao olhar/ver ou, então, apresentando diferentes aspectos ou um destaque para o centramento no humano ou na pessoa. Treze ocorrências já se pronunciaram nas respostas à questão 7:

- E02: “É o cuidado como um todo mesmo. Ver o ser humano enquanto pessoa, enquanto doença, a questão psíquica, emocional” (E02, questão 7);
- E04: “É você enxergar o sujeito em todos os aspectos (...). O aspecto físico, né? Na saúde mesmo, né? Na doença, no aspecto social, no aspecto psíquico (...), religioso, cultural. Em todos os aspectos mesmo” (E04, questão 7);
- E07: “É você ver o paciente na sua plenitude. Saúde psíquica, mental, saúde física... O bem estar geral (...). Olhar ele de uma forma geral, não só a parte da saúde-doença (...).

É entender a outra parte, a parte psíquica, a parte religiosa, essas coisas” (E07, questão 7).

- E12: “Essa prática [do cuidado integral] seria vista como um todo. A sua parte física (...) que é a que você vê, a parte mental, que é a que você não vê. Você não consegue identificar, é, através de exames, mas você sabe que existe uma alteração aí, mental, emocional e a espiritual, né? Do sujeito. Então, eu penso isso, eu acho que é as três coisas, né? A física, a mental e a espiritual, principalmente a espiritual” (E12, questão 7);

- E13: “(...) ver a pessoa como um todo (...), tem que ser uma coisa em que você vê o outro como um todo” (E13, questão 7);

- E15: “Eu acho que é ver, assim, o ser humano como um todo, né? (...) Tanto na parte física, mental, religiosa (...). Tem que ver a pessoa como um todo” (E15, questão 7);

- E16: “É você olhar para a pessoa como um todo (...). Na saúde física, mental, espiritual. (...) ou, numa situação, é você olhar a situação como um todo. Nos pontos negativos, positivos, (...) conseguir ver tudo, ter uma visão aberta praquela situação” (E16, questão 7);

- E17: “É cuidar do indivíduo (...) atendendo ele em todos os aspectos: físicos, psicológicos, religiosos. (...) Em todos os aspectos” (E17, questão 7);

- E18: “Eu vejo o atendimento na parte social, (...) na parte clínica, na parte psíquica (...). O paciente como um todo. (...) olhar no paciente como um todo, não só como aquele doente que tá ali, a cabeça dele que tá doente que precisa ser tratada. Seria vendo o paciente como um todo” (E18, questão 7);

- E19: “(...) ver a pessoa como um todo. (...) ver o paciente como um todo. (...) O ver como ele é. (...) Não olhar o que ele fez, o que ele é, mas tratar ele com, com uma humanização” (E19, questão 7);

- E21: “Vem praquela conceito do ser humano mesmo, que diferencia um ser humano. Que é a composição dele no seu campo biológico, espiritual e físico, né? (...) Essa questão do ser humano nessa esfera bio-psíquica, social e espiritual” (E21, questão 7);

- E23: “Tem que ter outros olhos, né? Tem que ver o paciente em (...) um olhar amplo, não só como paciente” (E23, questão 7);

- E24: “Na atenção ao paciente, é vê-lo como um todo. Como um ser humano, não por partes, né? Não como na clínica, que você reparte o indivíduo: estômago, intestino. Não, na integralidade (...) a gente vê ele como um todo” (E24, questão 7).

Nas respostas sobre exemplos de acordo e desacordo com a integralidade, tocando as duas URT (CUID e ASP), E13 menciona uma época em que se estimulava o afastamento da integralidade do cuidado e do olhar humanizado:

Mudou muito, a lógica de trabalho mudou bastante. Eu vejo que dentro da universidade isso já muda. Eu venho de uma formação onde, assim, os meus professores diziam o que pra mim? Você não pode (...) se envolver com o paciente. Você vai cuidar dele, mas você não tem que saber quem ele é, de onde ele veio, quais são as suas necessidades. Você vai cuidar daquela doença dele, só isso. E com o passar do tempo, né, a própria formação foi mudando quanto a isso, né? As pessoas foram enxergando os outros de uma forma diferente, dentro da própria universidade começou a acontecer isso. (...) Você tem um problema neurológico? Vou só olhar a cabeça (...), não me interessa seus braços ou suas pernas, o que você pensa, a sua vida social, o que você come, não me interessa, eu quero só saber da sua cabeça, a patologia que você tem na sua cabeça, né? Então, hoje mudou bastante (E13, questão 8).

Voltando-se a um caso específico, E13 continua no sentido da integralidade enquanto ampliação do olhar e cuidado:

Então, aqui hoje, a gente tem, por exemplo, (...) um morador que ele precisa, pra ele ter alta daqui, que toda uma equipe cuidasse disso, dele como um todo. (...) a gente começou enxergar o paciente como um todo, quais são as suas reais necessidades, né? (...) Quais são suas maiores necessidades? Ele tem uma necessidade hoje social? O que a gente pode ajudar o serviço social a melhorar isso, pra ele poder ir pra casa, né? Ah, ele tem uma necessidade que é um paciente que tem como base a doença neurológica. O que nós vamos poder fazer pra que isso melhore? (...) É, então, eu sinto isso, que a coisa mudou muito. Eu já venho de uma outra época, aonde o ser humano era visto de uma forma diferente dentro do meu trabalho (E13, questão 8).

E17, ao exemplificar com a integralidade tematizada em CUID e ASP começa em uma particularização para depois chegar a um exemplo propriamente singular:

Temos pacientes que são portadores de doença mental (...) que têm doenças clínicas, têm crenças religiosas. (...) a gente tem que fornecer um atendimento, não só cuidar da parte mental, [mas também] do ajuste medicamentoso, dar o suporte nas AVDs, as atividades de vida diária. A gente também tem que fornecer aquele suporte da parte Clínica. A gente tem que manter os exames estáveis. Por exemplo, nós temos uma paciente que ela é psiquiátrica, mas ela tem várias úlceras por pressão (...), a gente cuida das lesões, (...) fazemos os curativos, mas tem toda a parte hemodinâmica dela e, então, a gente tem que manter os exames dela em ordem, de vez em quando os exames oscilam, né? (...) De vez em quando, tem que hidratar, porque ela desidrata, já é uma idosa. Ela tem a questão da crença religiosa, que de vez em quando ela pede para rezar junto. Ela pede por visita de familiares, então de vez em quando a gente faz contatos com familiar. Pede visita, né? Tem um irmão dela que mora em outra cidade, então a gente pede pra que os familiares venham, né? Então, eu acredito que seja isso, né? (...) Ter a percepção de forma integral das necessidades dela, né? Se a gente vê que ela tá mais calada, alguma coisa pode ser que esteja acontecendo. Se ela tá triste pode ser que alguma coisa, né, ela esteja precisando de alguma coisa. Então, do meu ponto de vista é um caso que elucida bem esta parte, né? Essa questão da integralidade. (...) Uma paciente psiquiátrica precisa de ajuste medicamentoso, mas tem um problema clínico bem evidente. Tem úlceras por pressões, que a gente tem que ter o cuidado clínico bem direcionado. Mas, também a gente não pode esquecer que ela tem uma família, ela tem uma religião, ela tem uma crença, né? Ela tem as vontades e ela tem, né? Tem a questão também do ocupacional (...). Ela gosta de televisão, ela gosta de cantar, ela gosta de fazer algumas atividades (E17, questão 8).

E16 – como na mensagem de E17 – também começa falando de exemplos particulares sobre o cuidado e o olhar humanizados no CAPS:

Eu acho que quando eu trabalhava no CAPS, que era com os pacientes que tem um transtorno mental, mas que davam conta de algumas pequenas coisas (...), a gente conseguia fazer trabalho cuidando do físico deles, restituindo eles na sociedade, né? É, conseguindo conduzir eles pra uma... Pra religião que eles escolhessem, né? A gente conseguia fazer um trabalho total com ele. É, resgatando algumas coisas que eles tinham perdido (E16, questão 8).

Para depois apresentar um evento singular:

Nós tivemos agora há pouco um caso aqui, um rapaz que (...) veio sem conseguir andar, mal conversando, conseguindo falar direito, com muitas dificuldades nas suas atitudes, no que fazer. É, em cadeira de roda, sendo necessário passar para cama. E a gente conseguiu resgatar isso, olhar ele como um ser humano, um todo e ver que a gente conseguia tirar ele de uma situação que ele estava e melhorar para ele, né? E ele teve alta andando daqui. (...) Ele solicitou religiões, né? (...) Ele conseguiu trazer alguns pensamentos de volta, pra vida social dele. (...) foi o último caso (...) que eu percebi, a gente conseguiu num todo ver ele mesmo (E16, questão 8).

E18, assim como E13 fala dos tempos de universidade, volta-se ao passado na tentativa de exemplificar casos de desacordo. Remete-se a uma época em que os profissionais do CAIS se iniciavam na visão “do paciente como um todo” (E18, questão 8):

Porque até então o paciente não era visto como um todo, como gente. Ele era visto como um número (...) Foi o que me chamou muito a atenção. Eu estava ainda na Santa Casa. Ela entra pra fazer uma cirurgia de abdômen. Qual é o nome? Qual é o nome? Ignorada 21. Então, isso doía muito na gente, né? O paciente era apenas um número (E18, questão 8).

E24 também vai à um passado de circunstanciais desencontros. Fala de uma época em que se “partia o paciente”, quando ainda não existia o “processo de trabalho (...) dessa clínica ampliada” (E24, questão 9):

Há uns 30 anos atrás, chegava aqui às 7 horas, via os pacientes, via as suas dores, suas necessidades, mas não se apropriava nem da sua família, nem das suas vontades, nem dos seus desejos. (...) Eu ia lá e cuidava de uma forma técnica. Olha, que dor cê tem, que que cê tem, então vai tomar isso, isso, isso, isso. Então, o médico prescreveu isso, cê vai tomar isso. Fazia medicação, saía, ia embora. (...) eu não me apropriava dos seus sentimentos, das suas necessidades e das suas dores. Era uma coisa muito superficial. Era uma clínica não ampliada. Era uma clínica fechada. (...) Era tudo recortado o cuidado. Cada um ficava com um pedaço da pessoa (E24, questão 9).

Pensando-se em um período mais recente, ao que menciona ser ao menos desde a década de 1990, faz um relato em oposição à ideia anterior, uma experiência “completamente diferente” (E24, questão 9). É ressaltada uma vivência de acompanhamento e cuidado integral enquanto profissional de referência:

Segui ela desde quando ela tinha os seus 50 anos, até a morte dela. Ela morreu com 73 anos. Então, eu cuidei (...) da inserção dela na sociedade, de todo o trajeto dela aqui dentro enquanto ser humano. O resgate da pessoa enquanto ser humano. Então, todo esse cuidado aí eu fiz. Desde o cuidado de família, procurar a família, ser parte da família dela, das suas necessidades básicas. (...) Eu comprava calcinha pra ela, eu levava ela em supermercado. (...) Todas as dores que ela tinha eu procurava saber se era uma dor física, se era uma dor psíquica, se era uma dor espiritual. (...) Eu vivi com ela 8 horas por dia aqui (...) e fora daqui também (...). Eu levava ela no médico, relatava isso pro médico, relatava isso pra fisioterapeuta, relatava isso pro assistente social. Então, isso pra mim é um cuidado integral (E24, questão 8).

Na resposta à última questão, E24 comunica o sentido de olhar para o complexo do ser humano. Para o participante, a integralidade no cuidado aparece como “forma de refletir a gente como ser humano” (E24, questão 12).

E21, também ilustrando acordos com a integralidade na saúde mental envolvendo o cuidado e o olhar para o complexo, cita um exemplo em que, para além de um reconhecido quadro diagnóstico de perfil delirante, foi considerada a relação singular das emoções do usuário com sua família e as expectativas em torno da prática religiosa:

E ele por um período frequentou a umbanda, e depois ele fixou um pouco mais no candomblé. Aí ele adoeceu depois. Ele já tinha vivência religiosa, né? Mas, a família achava também que não valorizava muito isso (...). E ele sempre (...) [com] essa coisa de cumprir [obrigação religiosa], né? (...) percebia que isso gerava uma angústia nele (...). Eu chamo a família de novo. (...) “_Ah, mas isso é coisa da cabeça dele, que não sei que tem e tal, ele não dá conta nada disso e tal”. Eu falei: “_Mas, mesmo assim, nós vamos ter que lidar com isso”. A partir dessa época, já tem uns três anos pra cá, mais ou menos, eu tenho um acordo com ele. (...) quando ele tem que fazer as obrigações dele, ele tem que se ausentar do CAPS. (...) Então, quando começa a ficar muito forte nele essa questão aí eu combino com a família, discuto isso com a equipe e tudo, eu faço uma licença terapêutica pra ele, né? (...) Ele volta aliviado. Tem uma quebra nessa tensão. (...) a gente acaba dando uma escuta aí um pouco diferente. (...) esse [caso] me chama atenção, porque eu rompo com alguns conceitos até da própria família, né? Que acha que não, que talvez é mais coisa da cabeça dele. Mas, no histórico que a própria família traz, tem presente uma situação que é muito importante pra ele (E21, questão 8).

E21 também destaca o que seria um desacordo com a integralidade, ainda que de forma generalizante. Pronuncia o problema do estigma e da consequente falta de escuta, especialmente com o paciente psiquiátrico, seja o diagnosticado com alguma patologia, seja o usuário de drogas. Para que haja integralidade demanda-se a crítica e a superação de um contexto recheado de julgamentos. Faz-se necessário atuar em vigilância perante os hábitos estigmatizantes:

Paciente de psiquiatria é um paciente que o CID da psiquiatria vai estar sempre na frente. (...) o serviço de saúde já o reconhece como aquele CID, parece que ele não tem direito a ter outros problemas. “_Ah, é psiquiátrico”. (...) Então, é muito fácil eles não terem escuta, né? (...) ele não é aquele ser humano. Ele é da psiquiatria. (...) E se usar droga é pior ainda. “_Ah, aquele lá ó”, né? (...) Eles têm sempre que estar provando que são seres humanos como todos os outros, com todos os problemas que todos os outros seres humanos trazem, né, com toda a complexidade do ser humano. (...) É mais fácil pra nós provar, (...) manifestar nossos desejos, nossas angústias e sonhos e necessidades, do que eles. Parece que quando eles manifestam, “_Ah, olha

um paciente psiquiátrico”. (...) A gente tem que estar sempre com eles pra, pelo o menos, os que estão ali na nossa frente, a gente tem que fazer a diferença na vida deles (E21, questão 8).

Ainda quanto à estigmatização, E02 destaca ser postura corrente no setor onde atua, um núcleo de álcool e drogas. Também indica, em resposta aos exemplos de integralidade, particular esforço para um cuidado de olhar alargado para a dimensão sócio-histórica:

Hoje o setor que eu estou, o menino que é usuário de droga não é só usuário de droga. Ele tem toda uma história, né? Não, não é pura e simplesmente usa droga. Aí ele vem com uma comorbidade psíquica, que geralmente são os transtornos de personalidade. Hora que você conversa mais um pouco, você descobre a família, a estrutura social da família. Muito, quase a maioria é desestruturado. Então, assim, a integralidade, o cuidado tá aí, né? De você ter que cuidar em todas essas, esses níveis de, né, da vida dele. Não só olhar só o uso da droga. Que aí você não vai conseguir cuidar como um todo, né? Vai sair daqui, vai continuar usando. Porque tem toda uma parte social e aí vai. (E02, questão 8).

O aspecto histórico da pessoa também se destaca na resposta à questão 12 dada por E03, em superação de um olhar centrado na doença:

às vezes muita gente entra aqui, ou não aqui – em outros lugares também – que é só, a gente só cuida da doença do indivíduo, né? Mas, não. A gente tem que olhar ele com um olhar como um todo. Porque ele não é só a esquizofrenia, ele não é só o transtorno de personalidade. Ele tem uma história, né? Ele tem uma vida. Eu acho que, assim, é olhar pra pessoa não como o esquizofrênico, né? Olhar pra ele como uma pessoa mesmo, um ser que tem uma história. Que nasceu, foi gerado (E03, questão 12).

Em retorno à entrevista com E21, registram-se mais dois exemplos. Um deles refere-se à um possível desacordo com a integralidade sintetizado em uma postura equivocada e fragmentada de encaminhamento para o CAPS:

Há uns 3 anos atrás, (...) a médica do outro município ligou dizendo que tava mandando uma paciente confusa, surtada (...) pro CAPS aqui (...). Ela viajou mais ou menos 90km. (...) ela tinha uns 54 anos e ela tava muito mal mesmo, bastante confusa. E, parece assim, que ela queria ar. (...) Ela queria respirar, tava junto com o filho, veio de ambulância. E você via que não tinha uma questão de psiquiatria ali. (...) O filho dela me dá todos os indícios que ela tava com situações clínicas muito importantes. (...) Com crises de hipertensão, com muita frequência (...). Quando eu fui ver a pressão dela, ela tava com 24 de pressão arterial, 240, ela tava em edema agudo pulmonar, que é uma situação de risco de morte eminente, inclusive, né? E aí, urgente, ela já foi pra nossa Santa Casa aqui, precisou ser internada, pra reverter o quadro porque ela ia à óbito no momento seguinte, né? E foi um médico clínico que encaminha pra cá. Então, acho que assim, da integralidade, como que ela é pouco vista, né? Pouco vista na questão de outras necessidades. Ele tá meio confuso e o paciente não é escutado. (...) Tá confusa, então vai lá pra psiquiatria, pro CAIS-β, pra ver. E ela tinha outra necessidade (E21, questão 9).

O outro exemplo conta de uma situação ocorrida nas imediações do CAIS, em que E21 foi levada a refletir e a atuar de uma maneira mais aproximada à integralidade do cuidado humanizado, procurando ir além dos sintomas imediatos:

Bem mais recente, uma outra senhora (...) tava caminhando, veio até o portão dos vigilantes e teve um desmaio (...). Aí eles chamaram a gente correndo pra socorrer (...). Levei ela lá pra dentro, vi a pressão dela. Tava um pouco alta. Mas, eu vi que tinha um sofrimento ali, né? Aí chamei SAMU. (...) Eu fiquei pensando assim “o que fez essa senhora ter esse desmaio exatamente ali”, né? Tinha algo mais. Aí eu achava que não era só uma questão de clínica biológica, de uma doença ali se instalando (...). Tinha uma questão ali que ela não tava suportando. Tinha uma questão a mais. Que ela tava pedindo socorro. (...) Eu falei, não, eu vou conversar com ela, vou tentar entender um pouquinho. (...) O que ela me traz? (...) Ela tem algumas coisinhas de saúde, uma pressão um pouquinho alta, mas tava sendo cuidada, acompanhada. (...) a nora dela estava com câncer em estado terminal (...). E ela, a senhora, tava cuidando da nora e da neta. (...) Era isso que tava acontecendo. (...) ela precisa de um apoio ali, numa situação muito pontual (...), de apoio emocional, de suporte familiar (...). Então, eu acho que a gente sempre tem que tomar um cuidado de não ir direto naquele sintoma só, né? (...) diante de um sintoma ou de um sinal que se apresenta tem alguma outra coisa acontecendo, né? (...) E muitas vezes não é uma questão, simplesmente, de uma saúde física (E21, questão 9).

Em resposta à última questão, E17, que trouxe a integralidade eminentemente ligada aos diferentes aspectos do olhar para o cuidado, enfatiza que, embora o ser humano necessite deste cuidado, ele “ainda não existe” em muitas instituições. Estas o oferecem “de forma parcial” (E17, questão 12).

Também nas considerações finais, E02 levanta a necessidade de um aspecto do olhar para além dos pacientes. Sua fala, que soa como um desabafo, demanda que se considere os profissionais da saúde:

Então, só gostaria de deixar registrado pra pesquisa, não sei se mais alguém vai falar, sobre o cuidado com o profissional. Porque o profissional de saúde, ele fica muito isolado, né? Porque ele é da saúde, ele entende mesmo, ele sabe o que tá acontecendo (...). Ele não precisa do cuidado. E aí a gente esquece de olhar o profissional, de cuidar do profissional. E isso acontece até na família. Todo mundo adoece e vai em quem? Quem é o profissional da saúde. Quando, né, eu vou dar o exemplo meu, quando eu adoeço eu sei o que vou fazer comigo? Não, eu quero ser cuidada, né? Então, assim, só pra deixar o registro assim de um desabafo mesmo (...). Quase vinte anos de profissão. Seis dentro da psiquiatria e o resto em Hospital Geral. Mas, aí é esse desabafo mesmo. Da integralidade, a gente vê muito o sujeito, o outro, né, e a gente esquece de ver o profissional. E a gente também é um todo, né? A gente tem as coisas de casa, as coisas do trabalho, a saúde, o dinheiro, o social e por aí vai (E02, questão 12).

Ainda como parte dos resultados de exploração da categoria HUM em relação à CUID e ASP, são identificadas variadas construções terminológicas para expressar o cuidado do “ser humano por inteiro” (E13, questão 12). Por exemplo, fala-se do dentro e do fora (E13, questão 12); do visível/examinável e do invisível (E12, questão 7); da dimensão do sentimento e do amor (E18, questão 12); das influências da alma, do Universo, da “força maior”, das energias, heranças genéticas e culturais (E21, questão 12); do olhar para o profissional (E02, questão 12), etc. Das entrevistas registram-se menções às seguintes dimensões: física, clínica, biológica,

psíquica, psicológica, emocional, volitiva, ocupacional, educacional, financeira, religiosa, espiritual, mental, social, cultural, familiar, da doença, da parte medicamentosa, etc.

Outro subgrupo da categoria HUM refere-se a EMPA. O critério para a localização destes conteúdos esteve na observação de possíveis relações explícitas e implícitas da integralidade com a empatia ou, então, de um respeito ou integração afetiva ao sentir do outro.

Registram-se dois momentos em que as subcategorias CUID e EMPA aparecem presentes em um mesmo exemplo de acordo com a integralidade. Um deles aparece na fala de E15, quando relata uma relação especial de cuidado carinhoso e afetivo com um paciente. Desta relação, diz: “eu cuidava tanto dele, que parecia que eu já conhecia ele, tinha uma afinidade (...), tinha uma integralidade, no sentido assim, de um afeto” (E15, questão 8). E03, na mesma tentativa de exemplificar acordos com a integralidade, passa pelo tema das emoções e sentimentos na relação do cuidado integral. Haveria integralidade quando profissional e usuário se dão bem, “o paciente não tem medo, sente que vai ser entendido” e cuidado (E03, questão 8).

E03 também apresenta o único conteúdo na questão 7 classificado como EMPA. Afirma que integralidade trata de um “se integrar com o sentimento do outro ou com as questões do outro”, “perceber o outro na questão da empatia” (E03, questão 7). Na exemplificação de um desacordo, na questão 9, E03 fala de situações particulares em que o profissional mesmo sentindo e percebendo que o outro não está bem, finge que nada acontece ou vira-lhe as costas.

E12, em suas considerações finais, diz da importância de se colocar no lugar do outro para entendê-lo e ajudá-lo. O profissional deve buscar entender e sentir “o que o outro quer, qual a vontade do outro, porque o outro tá bravo hoje, xingando, porque o outro tá irritado, porque que me deu essa resposta”. É preciso perceber que o problema em geral não é com o profissional (que não teria “essa força toda”), mas “com o outro, o que ele tá vivenciando” (E12, questão 12). Essa disposição, entretanto, parece-lhe que está se esgotando:

A gente consegue entender um pouco do outro, o que o outro tá vivendo ou passando, quando a gente se põe no lugar dele e isso é uma coisa que é cada vez, a cada ano, vejo que tá sendo mais escasso, sabe? Tá se acabando. É muito o egocentrismo, é muito o “eu”, sabe? O que eu quero pra mim, o que eu gosto pra mim, o que eu faço pra mim, aí eu quero pro sujeito, né? A outra pessoa também se sujeita a mim. (...) eu acho que falta muito isso hoje, e a cada ano que passa eu vou sentindo mais essa falta, de você se colocar no lugar da outra pessoa pra poder entendê-la melhor e, quem sabe, ajudá-la, né (E12, questão 12)?

E11 comunica a integralidade possível no dia-a-dia do serviço, na medida em que os profissionais procurem manter um convívio respeitoso e tolerante, de aceitação das falhas e da opinião do outro:

Por exemplo, no serviço (...), a gente que tá ali, uma pessoa fala uma coisa, outra vem com uma patada bem afiada. Então, eu penso assim, eu tenho que respeitar a opinião da pessoa, o estado que ela está aquele dia. Por exemplo, aquele dia ela não tá mil maravilhas (...). Eu tenho que respeitar, perdoar muita coisa, às vezes a pessoa faz uma coisa, te magoa, você tem que perdoar, pra você viver aquela integralidade ali. (...) Uma pessoa, às vezes, fala uma coisa e te ofende. [Se] você fala duas vezes pra ofender mais, depois fica aquele clima horrível. (...) Porque a gente sabe que cada um tem um tipo de educação, teve um tipo de ensino ali no lar (...). Então, a gente não pode querer que todos tenham a mesma opinião que eu tenho. Eu tenho que entender. Eu entendendo a pessoa, eu posso conversar. Se aquilo tiver errado, eu vou falar. Agora, se ela aceitar ou não, não posso brigar pra não criar aquele clima de desavença (...). Porque é tão desagradável... Às vezes, na equipe, a gente sabe que onde existe um grupinho de ser humano, duas, três pessoas, tem discórdia. Então, às vezes, você vê o colega discutindo com o outro e aí você vê aquele clima depois. (...) É muito bom você saber entender o colega e não ter aquela história “estou de mal” (E11, questão 12).

E14, também nas considerações finais, ao falar de um mundo que andaria “sem integralidade” acredita que as pessoas poderiam, para viver melhor, buscar lições “pra sentir a dor do outro, pra ter empatia pelo outro”. Chega a sugerir a realidade dos hospitais como fontes de aprendizado neste sentido:

Acho que o mundo, assim, hoje, tá muito “eu sozinho”, né? Eu no meu mundinho. Tá sem integralidade. No mundo fala-se tanto nos papéis que a gente precisa ser universal, integral e humano, mas muitas pessoas não vivem isso. Acho que essas pessoas, assim, mais amargas, mais voltadas para o próprio umbigo devia passar um dia ou num hospital psiquiátrico ou num hospital geral para saber... Pra sentir a dor do outro, pra ter empatia pelo outro (...) O mundo não gira em torno do umbigo de cada um, né? Que o sol é pra todo mundo (E14, questão 12).

Também em resposta à última questão, E18 diz perceber um contexto de carência no “olhar para o outro” (E18, questão 12).

Menções à subcategoria EMPA também aparecem nas questões do Grupo B (objetivo 2). E17, por exemplo, associa o enunciado da integralidade como consciência da presença de Deus com o vínculo, a empatia e o colocar-se no lugar do outro. O trabalho empático é percebido como oposto ao “trabalho mecânico, fragmentado”. Seria ele “mais humano”, ajudando a “tratar o outro como um ser humano” (E17, questão 10). Já quanto ao enunciado da questão 11 (acerca da ideia do “eu sendo outro”), E10 fala dos momentos em que podemos sentir como se passássemos pelo que o outro está passando.

Conforme se registrou em três entrevistas, a integralidade do cuidado humanizado também passa por INC, o tema da inserção ou inclusão social do usuário.

E14, para exemplificar a integralidade, ressalta o papel de “grupos de família” e de “visita domiciliar” na inclusão do “doente mental” que, diferentemente de “40, 50 anos atrás”, “hoje tem vida normal, trabalha, estuda e vem fazer o tratamento e volta pra casa no fim da tarde” (E14, questão 8).

E06 responde ser a integralidade “inserir o paciente (...) com a gente; interagir, na realidade, dentro de um consenso” (E06, questão 7). Ao falar desta inserção, entretanto, nota-se que não se refere a um ambiente externo, à sociedade de forma ampla, mas sim a um meio reduzido, interno ao próprio CAIS. Em seu exemplo de acordo com a integralidade menciona o caso de uma interna há 40 anos na instituição, que teria encontrado inserção ali, sua casa e seu “meio social” (E06, questão 8).

E18, ao buscar exemplos de desacordo com a integralidade, fala de um passado “manicomial (...), trancado, fechado”, quando os pacientes tinham tolhida sua “liberdade de ir e vir” e não viam “o que acontecia lá fora” (E18, questão 9). A abertura rumo a outros aspectos para além do clínico-psiquiátrico, por exemplo, da dimensão social e familiar, permitiram movimentos rumo a integralidade, identificados como movimentos de ressocialização:

Eles só ficavam aqui. Aí depois começou a ressocializar. Eles têm vida lá fora hoje. (...) Hoje eles têm o dinheirinho deles, hoje eles vão pra cidade, eles vão ao mercado, eles compram o que eles querem comer, eles vão à loja, eles escolhem a roupa, eles escolhem o calçado. (...) Os que (...) tiveram alta depois, que foram para as casinhas, eles compram eletrodomésticos, sabe? Eles têm uma vida normal como de qualquer pessoa (E18, questão 9).

Em resposta à última questão, E18 fala da importância de um olhar para as “classes menos favorecidas” (E18, questão 12), mencionando o problema da pobreza e da miséria:

Não é só no Brasil, não. No mundo (...) Não sei, será que a gente não poderia fazer alguma coisa? (...) Tá certo que envolve muito nuance político, eu não quero nem entrar nessa, nesse mérito. Envolve muito desses políticos. (...) É que hoje, acho que todo mundo tinha que ter esse olhar mais aberto pra tudo (...). Todo mundo ter esse olhar voltado pro irmão mais próximo, ter essa solidariedade, que hoje eu acho que tá se perdendo (E18, questão 12).

A última subcategoria temática relacionada à HUM é REF, presente em duas entrevistas. Seus conteúdos referem-se à proximidades com a Reforma Psiquiátrica.

E18, que há mais de 20 anos trabalha na Saúde Mental, conta que sua chegada ao CAIS coincidiu com os movimentos da reforma psiquiátrica, quando “a gente já começou a tirar aquela coisa manicomial e entrar já com essa visão do paciente como um todo” (E18, questão 7). Verbaliza sobre mudanças culturais e legais a partir da “luta antimanicomial”, “toda aquela reforma, aquele estudo todo que (...) começou na Itália [provável referência à Franco Basaglia e à psiquiatria democrática italiana]” (E18, questão 9).

E24, com mais de 35 anos de atuação no CAIS, conta que cultivou a intenção de acabar com os processos de trabalho em desacordo com a integralidade, que se utilizavam, por exemplo, de eletrochoque e “supermedicalização”. Junto a uma equipe denunciaram a situação

para a Secretaria de Saúde, obtendo “grandes oportunidades de intervenção”. Neste ponto, menciona a chegada ao CAIS daquele “processo da psiquiatria”, a Reforma Psiquiátrica, tornando possível implantar o “processo de trabalho humanizado” (E24, questão 11).

Além desta ocorrência terminológica vinculada à humanização, há apenas mais uma entrevista onde isto acontece. E19 utiliza-se da palavra ao mencionar sua participação em grupo de trabalho de humanização da instituição e também para falar de um dever de ir além dos estigmas e pré-juízos, seja para usuários com esquizofrenia, seja para aqueles que cumprem penas prisionais. É preciso tratá-los, diz, “com uma humanização” (E19, questão 7).

4.3.2.1.2. Trabalho multiprofissional e construção coletiva (MTP)

Esta categoria, que aparece em 85% das entrevistas, reúne duas subcategorias: “A integralidade como realidade coletiva (COLE)” e “A integralidade como multiprofissionalismo (EQP)”. Estas representam, respectivamente, uma frequência de 70% (COLE) e 50% (EQP).

Quando os participantes apresentam conteúdos do trabalho coletivo atrelado ao termo “multiprofissionalismo” ou fazem menção aos diferentes tipos de profissionais atuantes na saúde – enfermeiras, médicos clínicos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, etc – considerou-se o registro EQP. Quando os conteúdos não apresentam estas distinções explicitamente ao falar da integração coletiva, o registro considerado foi COLE.

Observando apenas as respostas à questão 7, encontram-se as seguintes falas representativas:

- E03: “Integralidade? (...) É se integrar mesmo com os outros. Se integrar com o serviço, (...) com os colegas de trabalho (...), até mesmo os pacientes também” (COLE) (E03, questão 7);
- E04: “Então, se a gente tivesse realmente uma equipe multiprofissional, né? Que cada um colaborasse um pouquinho com seu núcleo, né? Talvez a gente conseguiria dar um pouco mais de integralidade (...). Alcançar aí o integral mesmo” (EQP) (E04, questão 7);
- E06: “[Integralidade] é inserir o paciente de modo geral com a gente (...) dentro de um consenso” (COLE) (E06, questão 7);
- E12: “Integralidade eu penso que seja uma construção coletiva, né? De diferentes pessoas, sujeitos” (COLE) (E12, questão 7);

- E13: “[Integralidade é] uma coisa que a gente trabalhou muito aqui, né? Pras pessoas se integrarem melhor entre elas (...) estarem mais presentes uma com as outras. Porque a enfermagem (...) [é] muito aquilo, sozinho. Vou executar aquela tarefa, depende de mim e depois eu não sei como vai ser depois disso. E a gente trabalhava pra que a pessoa enxergasse que aquilo tem uma continuidade” (COLE) (E13, questão 7);
- E14: “Integralidade é (...) unir as pessoas, unir os serviços, unir as ações” (COLE) (E14, questão 7);
- E18: “A gente vem com uma equipe multidisciplinar, (...) formada de enfermeiro, assistente social, TO, psicólogo, médico clínico, médico psiquiatra, tentando dar esse (...) olhar no paciente como um todo” (EQP) (E18, questão 7);
- E19: “Eu acho que a integralidade, vamos supor, que ele tá aqui dentro do CAIS. Aqui tem assistente social, tem psicólogo, tem terapeuta ocupacional. Então, ele é cuidado assim, né?” (EQP) e “Será que os CAPS, os Postos de Saúde cuidam dessas pessoas? (...) a rede lá fora não tá cuidando deles, né? O SUS é muito cheio de gente. (...) Tanto é que eles vão e voltam. Várias internações, né? Então, essa rede de integralidade...” (COLE) (E19, questão 7);
- E21: “É a integralidade da assistência (...). São as várias vertentes que a gente vai trabalhar com quem nos procura, né? Então, (...) a gente pensa sempre no âmbito de uma equipe multidisciplinar” (EQP) (E21, questão 7);
- E22: “Integralidade? É se integrar ao todo, (...) no serviço, com os moradores, (...) com a equipe toda” (COLE) (E22, questão 7);

Diante das proposições acima, volte-se para a de E19, subclassificada em COLE. Diferente das outras, infere-se dela uma identificação para a integralidade a partir do que esta não deve ser: uma rede sem continuidade do cuidado.

Este problema da descontinuidade é retomado pelo entrevistado, tanto na resposta à questão 8 (exemplos onde há integralidade), quanto na questão 9 (desacordos com a integralidade). Na primeira, diz que a “rede lá fora talvez não continue” o que se inicia com o cuidado no CAIS (E19, questão 8). Na segunda, alegando relações com um possível descaso do governo, diz:

Os pacientes ter alta e não continuar lá fora. Não tem rede lá fora pra eles. Tem só o CAPS que sai com agendamento daqui, mas... (...) Acabam voltando pra rua (...). Eu acho que é eles saindo daqui e não ter lá fora. Ainda não tem e ainda ninguém, o governo não enxerga. Que esse monte de gente doente, né? Muita gente doente mesmo, mentalmente, né (E19, questão 9)?

Nos conteúdos variados da questão 12, E19 ainda reivindica a necessidade de maior amparo de políticas e de investimentos para contratação de mais profissionais e melhorias na continuidade dos tratamentos e acolhida dos usuários com olhar diferenciado. Além disso, queixa-se novamente em relação ao problema do descompasso na construção coletiva do cuidado (descontinuidade), destacando as constantes internações de um mesmo usuário, como se já estivessem tornando-se institucionalizados.

E02, que trabalha em um dos núcleos de álcool e drogas, diz do problema da falta de psiquiatras no CAPS e nos ambulatórios, o que provavelmente dificulte a integralidade enquanto construção coletiva e trabalho multiprofissional. Também expressa a falta geral de suporte externo e continuidade que poderia ser obtida, segundo diz, com visitas domiciliares:

Qual que é o desacordo da integralidade? A gente faz todo um trabalho aqui, a hora que eu volto ele pro ambulatório (...) se perde ali. (...) O social não acontece. Muitas vezes aquela visita domiciliar, pra ver (...) o que tá acontecendo, aquela família, (...) não tem, né? Então, é costume dizer no popular, a gente nada, nada e morre na praia. Por conta dessa falta mesmo, desse desacordo entre as unidades de saúde. (...) o que eu acho hoje que, até inclusive me incomoda, é isso. Você fazer um belo de um trabalho, consegue desintoxicar, consegue motivar e a hora que você volta ele lá pra sociedade, pra casa, e aí você não tem um suporte, né (E02, questão 9)?

E04 – que também atua em um núcleo de internação de álcool e drogas – aponta para a falta de integralidade como sendo a descontinuidade em relação aos cuidados durante a internação. Em sua fala reforça-se a existência de casos de reincidência:

E volta, e volta, e volta, e volta, e volta, e volta. E cada vez pior. A gente tem paciente aí que interna cinco, seis vezes, né? (...) Tudo aquilo que a gente pensou, tudo aquilo que realmente a pessoa precisa não dá seguimento, não dá sequência, né? Acaba reinternando novamente e cada vez pior (E04, questão 9).

Como exemplo singular, E04 traz o caso de uma paciente de vinte anos, mãe de uma criança de dois anos e usuária de cocaína, maconha e crack, internada por decisão judicial. No relato ficam explícitos elementos de acordo à integralidade: trabalho coletivo dos enfermeiros com olhar ampliado para determinantes sociais e aspectos jurídicos, físicos, psicológicos, movimentos no sentido de viabilizar condições de trabalho e cuidados com habilidades de escuta e conversa. Ao mesmo tempo, indica elementos contraditórios, que dificultam a integralidade e que guardam relação direta com MTP: ausência de vagas de trabalho ou cursos profissionalizantes pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), rejeição familiar e falta de vagas para agendamentos médicos e psicológicos.

Em sua resposta final, E04 diz achar que os profissionais não estão conseguindo “fazer uma assistência integral” ou “cuidar do outro dentro da integralidade”, por conta da excessiva

fragmentação da “saúde como um todo” (E04, questão 12). Anteriormente, na questão 9, já alertava desta fragmentação ao falar da inoperabilidade dos PTS:

Por exemplo, o projeto terapêutico dessa mocinha (...) A gente fez a desintoxicação dela (...). Desintoxicar, oferecer aí uma melhora da questão social, um suporte social (...). E aí aliviar um pouco das dores psíquicas dela, né? (...) A ação na desintoxicação (...) é oferecer a medicação pra aliviar um pouco da fissura (...) [e] oferecer os cuidados de enfermagem, (...) até dos cuidados pessoais. (...) Da questão social dela, de trabalhar (...), pra ela conseguir se sustentar, né? (...) E tentar aí um acompanhamento psicológico, pra ela continuar se fortalecendo, por conta da baixa estima que ela tinha, de tantos problemas da história da vida dela. E o que que a gente conseguiu? Conseguiu só o primeiro. Desintoxicar. (...) Aí o que acontece? Daqui um mês ela tá na lista de novo pra voltar, né? (E04, questão 9).

E04 também chama atenção sobre o número reduzido de funcionários, que prejudicaria a prestação contínua de serviços na saúde mental:

O Estado, ele tá sem contratação há um bom tempo, né? E as nossas equipes, elas estão (...) pela metade, né? A gente tá trabalhando com um número muito inferior de profissionais do que aquilo que a gente deveria trabalhar, né? (E04, questão 8)

E13 também se volta ao problema da descontinuidade dos cuidados. Exemplifica com casos hipotéticos de alta em sua Unidade. Não sendo mais possível a reinternação prolongada (ou crônica), faz-se imprescindível uma retaguarda profissional. Segundo ela, os serviços de saúde mental externos ao CAIS não conseguem “formar um mínimo de rede de apoio” integral, que mantenha uma visão ampliada: “vão cuidar só da cabeça”, “só da perna, só do braço, onde eles tiverem olhando”; “lá fora” começam “a ver a pessoa fragmentada novamente” (E13, questão 9). Como exemplo singular cita o caso de um paciente que, um tempo após ter alta, acabou sendo preso por agressão.

E14 menciona exemplos de desacordo com a integralidade envolvendo recusa da família em participar da construção coletiva do trabalho em saúde mental. Um dos casos conta de um paciente interno ao CAIS que faleceu, tendo o recebimento de seu corpo recusado pelo único familiar, que teria dito: “_Eu não quero nem saber, pode jogar ele no Rio que eu não quero”. Outro exemplo, desta vez no setor ambulatorial, conta de um parente que abandonou o paciente, dizendo para os profissionais: “_Eu não aguento mais, ele bebe demais, eu não quero mais saber, vocês que se vira” (E14, questão 9).

E15 também exemplifica desacordos com a integralidade direcionando-se à falta de envolvimento e vínculo com familiares. De forma geral fala dos casos de pessoas internadas à décadas no CAIS, o que, por si só, atestaria o “abandono da família” (E15, questão 9).

E16 destaca a importância de trabalhos intersetoriais:

Um serviço não caminha sozinho. (...) Você tem esse serviço que está caminhando, mas a outra porta tá fechada. Então, você não tem como resolver suas questões, (...) não tem como você cuidar desse paciente, porque você tá limitado (...). Então, aí você acaba não chegando num acordo. Por que o que a gente vai fazer? Nós temos paciente aqui pra dar alta, e nós não podemos dar porque ele não se enquadra no outro serviço. (...) acaba sendo uma limitação que não dá pra você continuar. Então, ele vai ficar aqui até (...) conseguir encaixar ele, de alguma maneira, no outro serviço (E16, questão 9).

Ao lado desta não-integralidade identificada, mais uma vez, como ausência de uma linha coordenada de cuidados, E16 também coloca o problema da falta de cooperação em uma equipe local de profissionais. Há desacordo com a integralidade na saúde mental “quando a equipe não consegue (...) trabalhar em conjunto” ou falta “um acordo pra trabalhar com o paciente”; quando “ninguém consegue conversar, falar”. Em suma, quando há “uma equipe desarranjada” (E16, questão 9).

E22, referindo-se ao Serviço de Residências Terapêuticas, também comunica, na forma de um exemplo hipotético, um sentido semelhante de desarranjo entre profissionais:

É a falta de interagir, assim, em termos de se trocar ideias, né? (...) A proposta já vem pronta. Ó, aquele morador vai sair de lá e vai vim pra cá e acabou. (...) a equipe não chega pra gente falando assim, sentar e conversar a respeito da mudança que vai ter. (...) Eles decidem e é aquilo ali e não aceitam outra opinião (E22, questão 9).

Além de alegada falta de consideração ao coletivo dos profissionais, E22 menciona o problema de não se considerar os próprios pacientes/moradores:

Eles também têm sentimentos. Então, eu acho que primeiro tem que se pensar nele (...), ver qual o melhor lugar adequado pra ele. E não chegar e jogar (...). Eles sentem muito isso. (...) Eu acho que com isso os moradores sofrem muito (E22, questão 9).

Na última questão, E22 parece ainda mais enfático quanto ao problema da falta de cooperação local. Refere-se à tratamentos excludentes, ofensivos e autoritários vindos de posições hierárquicas superiores:

Às vezes é difícil a comunicação com as pessoas (...) acima da gente, que talvez se acham muito superiores à gente porque tem um, um diploma a mais. Isso é meu ponto de vista. Então, as pessoas tratam a gente como um, como um lixo, como um qualquer. E eu procuro, às vezes, (...) tá falando com essas pessoas, porque as pessoas ofendem a gente. Por ter um nível maior que a gente, entendeu? (...) Eu acho que não daria pra eu conseguir me integrar com essas pessoas (...) que são donas da verdade. Eu não, eu não sou assim. Eu não sou dona da verdade, eu sou falha, eu sou errada, eu não sou dona de nada. Mas, a gente tem visões, assim, é, amplas. Com muito tempo que você trabalha com um paciente psiquiátrico, com o paciente. Então, você tem uma certa visão que a pessoa acima de você não tem. Mas, ela acha que tem. Ela acha que tem aquela visão. Ela acha que tem e que tem que ser daquele jeito e a gente que tá ali no dia-a-dia, todo dia, a gente não tem essa visão, a gente tem outra visão completamente diferente com relação ao cuidar, à integração com eles, com o paciente (E22, questão 12).

Diante de pergunta se a relação de autoritarismo ocorria também fora do âmbito da enfermagem, envolvendo outras profissões, como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, etc, E22 disse que se tratava de uma constatação centralmente atribuída aos profissionais de enfermagem. Em menção às outras profissões citadas, afirmou boa relação com os médicos:

Com relação a médico aqui, até que é uma integralidade legal. (...) Com os médicos a gente tem mais integralidade do que com a própria pessoa em si que está ali acima da gente, do lado da gente ali que não conhece o serviço da gente (E22, questão 12).

Já em relação aos psicólogos, indicou uma relação problemática:

Tem uns psicólogos aí, que no meu ver não precisava nem ser psicólogo, porque ia morrer de fome se fosse trabalhar como psicólogo. Que te trata lá no ralé do chão mesmo, entendeu (E22, questão 12)?

E07 aproxima-se da categoria temática MTP na última questão, utilizando-se da imagem da engrenagem para anunciar a integralidade: “É integração, né? Tudo funciona de uma forma engrenagem. Então se a coisa não tiver integrada, engrenada, a coisa não roda, não gira” (E07, questão 12).

E10 também faz uso da metáfora da engrenagem. Para ele a integralidade está, “quase todos os dias”, “no funcionamento das equipes”. É, diz, como “um funcionamento da engrenagem”, com os profissionais “um ajudando o outro” (E10, questão 8).

E11 considera que integralidade aparece quando há “harmonia” e dedicação conjunta da equipe no cuidado: “uma equipe que se integra” (E11, questão 8). Nos conteúdos variados (questão 12), volta a falar de “harmonia na equipe”, ao descrever as posturas de convívio empático no serviço (vide citação no item anterior).

No exemplo descrito por E12, ocorrido em uma unidade de reabilitação, a integralidade se identifica tanto com os diferentes aspectos do cuidado-olhar humanizado quanto com a construção coletiva junto à família, ao próprio usuário e à equipe multiprofissional. Trata-se do caso de um paciente que chegou ao CAIS bastante debilitado física e mentalmente, sem qualquer autonomia (banho, alimentação, etc), com família localizada, mas sem conseguir reconhecer nem espaço e nem pessoas:

Ia ser muito difícil a recuperação dele, né? E não só essa parte da saúde dele, como também a parte social, familiar, (...) que não existia muito laço, vínculo. (...) E aí foi um trabalho de toda equipe. Do psicólogo, do assistente social, dos enfermeiros, dos auxiliares. E trabalhar com ele mesmo todo dia. Atenção aos cuidados clínicos, né? Que tinham que ser prestados (...). Foram, eu não tenho certeza, mas acho que foram seis meses, né? Que ele foi aos poucos saindo daquele quadro de dependência e foi tomando autonomia. Então, aos poucos ele conseguia se alimentar, depois tomar o banho, depois andar, fisioterapia também entrou na época pra ajudar o fortalecimento e equilíbrio dele. E todos falando e agindo da mesma forma com ele, né, nessa questão do cuidado. Ele foi conseguindo, acho que em torno de seis-sete meses se recuperar.

E o trabalho conjunto depois com os familiares. E foi tão bacana que ele recebeu alta, né? Ele recebeu alta aqui da instituição, ele é daqui da cidade mesmo (...). Encontrei com ele a semana passada e aí ele “Oi, tudo bem?”, perguntou do pessoal daqui como eles estavam. Então foi um caso bacana de cuidado que a gente teve (E12, questão 8).

E16 aponta outro caso bastante semelhante, porém com usuário de outra cidade, encaminhado por um hospital da região:

Ele veio sem conseguir andar, mal conversando (...), com muitas dificuldades nas suas atitudes, no que fazer. É, [estava] em cadeira de roda, sendo necessário passar para cama. E a gente conseguiu resgatar isso, olhar ele como um ser humano, um todo e ver que a gente conseguia tirar ele de uma situação que ele estava e melhorar (...). E ele teve alta andando daqui. (...) Ele solicitou religiões, né? (...) Ele conseguiu trazer alguns pensamentos de volta, pra vida social dele. (...) Ele tava bem comprometido (...), tanto que ninguém imaginou que ele voltasse a andar, né? E aí ele vinha trazendo as demandas dele. Então, aí nós conseguimos fazer ele tomar banho sozinho, ele andar, ele se trocar. Aí chegou no ponto que ele falava assim “_ah, mas eu não consigo escrever”, e eu escrevia. Nós fizemos um trabalho pra ele voltar a escrever, né? De um jeito que ele conseguisse e que ele desse conta. Não precisava ter letra bonita nada, mas, que ele desse conta de fazer esse, essa atividade. E ele conseguiu, né? E tudo foi no tempo dele, né? Então, eu acho que a equipe, a gente conseguiu olhar ele como um todo. Não, não foi só, ele vai andar, andando tá bom. Não, a gente resgatou muita coisa dele. Então, acho que olhar com o todo é isso, é você conseguir ver e o que que dá pra você tirar dali pra melhorar essa situação (E16, questão 8).

Também o exemplo de E13 conta da integralidade como trabalho coletivo, provavelmente relacionado ao projeto de desinstitucionalização de internos:

Pra ele ter alta daqui [foi preciso] que toda uma equipe cuidasse disso, dele como um todo. Então, hoje a enfermagem, ela tem, ela se integra junto com o serviço social, junto com psicologia, né? Junto com a nutrição, junto com (...) serviços de apoio. Então, todo mundo se uniu em prol de um objetivo que era a alta dessa pessoa, a gente estava preparando essa pessoa pra uma alta. Então, nesse caso em específico, (...) a gente começou a enxergar o paciente X como um todo, quais são as suas reais necessidades, né? (...) Quais são suas maiores necessidades? (...) O que nós vamos poder fazer pra que isso melhore? (...) todo mundo se integrou, se uniu, pra poder oferecer isso pra ele (E13, questão 8).

E14 diz, de forma geral, que há presença da integralidade em “todos os setores do hospital [CAIS]”, tanto nos ambulatoriais quanto nas unidades intensivas, uma vez que “a equipe se volta pelo bem do paciente”. “Todo mundo” – diz – “se uniu para uma qualidade de vida”, “todo mundo faz o bem-estar daquela pessoa”. Em sua fala também o multiprofissionalismo é explicitado, pontuando enfermeiros, técnicos e psicólogos voltados “a um bem comum, que é o paciente que a gente atende, que é o ser humano” (E14, questão 8).

Em resposta à questão 8, E18 identifica a integralidade com a organização do trabalho por equipes. Ela ressalta que cada equipe representa a união de diferentes saberes, cada qual voltado a um aspecto do cuidado: revisão de medicação-clínica, parte social-familiar e “parte psiquiátrica” (E18, questão 8).

E19, quando afirma a integralidade, faz identificando-a com a realidade de “vários profissionais cuidando” de uma mesma pessoa, em especial no núcleo de álcool e drogas onde trabalha (E19, questão 8). Em resposta à última questão comunica preocupação diante da falta de continuidade entre os serviços e as políticas e outras acolhidas profissionais diante dos problemas em tratamento. Comunica o desejo de que o paciente cuidado no CAIS possa ser “visto lá fora”, ser “mais amparado (...) pelas políticas” (E19, questão 12):

Porque se investe milhões e milhões, mas eles voltam (...). Deveria ter mais tratamento lá fora, né? Dos outros profissionais. Mais profissionais. E que eles fossem mais acolhidos. (...) Eles internam aqui várias vezes. (...) Aqui dentro, eles acordam, (...) tem suas atividades, cinco refeições por dia, estão protegidos, né, de problemas. Porque lá fora, se são casados ou se têm família, quando levam o primeiro problema, aí eles voltam (...). Ou voltam a usar droga, ou batem em mãe, ou bate em pai e prefere às vezes estar aqui, preferem voltar pra cá. Aí tem a psiquiatra, que ela começa a perceber isso. Quando é judicial, a psiquiatra começa a perceber esse movimento deles (...). A psiquiatra manda uma carta pra juíza dizendo que eles já tão ficando institucionalizados, né? Porque são várias internações aqui. Então, eles acabam ficando. Preferem ficar aqui dentro. (...) Não conseguem ficar nesse mundo lá fora. Porque o mundo lá fora tem problema (E19, questão 12).

E22 menciona caso de quando trabalhava em outro setor já inexistente. Comunica ter sido aquele o tempo onde “a gente teve mais esse integral”, traduzido por ela como “coleguismo” e “união da equipe” (E22, questão 9).

Por fim, E24 reconhece a integralidade no acompanhamento que realizou, por vinte e três anos, de uma mesma paciente. Neste caso – já explicitado no item HUM – aparece a face do trabalho coletivo e multiprofissional na medida em que se descreve os momentos de diálogo interprofissional: “Eu levava ela no médico, relatava isso pro médico, relatava isso pra fisioterapeuta, relatava isso pro assistente social. Então, isso pra mim é um cuidado integral” (E24, questão 8).

4.3.2.1.3. Trabalho institucional: regras, multitarefas e informação (TRA)

Esta categoria temática está presente em 55% das entrevistas e tem em sua constituição três subcategorias: “A integralidade como disposição a várias funções (DISP)”, “A integralidade como normativa institucional (INST)” e “A integralidade como informação compartilhada (INF)”. Respectivamente, apresentam os seguintes índices de frequência: 20% (DISP), 35% (INST) e 15% (INF).

Quando indagado acerca de sua compreensão da integralidade, E03, em meio a afirmações da integralidade enquanto empatia e olhar para o outro, afirma que a mesma também

é “saber lidar com situações de mudança”. Ou ainda, “saber se colocar” em um ambiente que se transforma constantemente (E03, questão 7).

E04, no contexto de uma resposta que inicia apresentando a integralidade enquanto cuidado de visão ampliada, adentra na explicação da diferença entre trabalho de núcleo e de campo:

Nós na saúde mental, trabalhamos com o campo e o núcleo. O núcleo é a sua formação. É a assistência de enfermagem em si. (...) E o campo, quando a gente faz o atendimento de referência, que é em cima disso que a gente trabalha (E04, questão 7).

A integralidade (ou a falta dela) acaba sendo relacionada à disposição ao trabalho de campo. Segundo E04, espera-se do profissional que dê “conta de tudo”. Ao invés disso, sugere que melhor seria se “tivesse realmente uma equipe multiprofissional”, com cada profissional colaborando com seu próprio núcleo de conhecimento (E04, questão 7). Desta divisão entre campo e núcleo dirá em outra resposta, particularizando na saúde mental, ser “tudo muito bagunçado” (E04, questão 8).

E05, apresentando a integralidade como “um cuidado diferenciado” não restrito ao clínico, também a coloca como um abranger “várias funções da instituição ou do serviço de psiquiatria como um todo” (E05, questão 7). Sua resposta à questão 9, acerca de possíveis desacordos com a integralidade em situações de trabalho, parece reforçar o sentido da disposição a ações de trabalho variadas. Ali, a falta de integralidade aparece no exemplo hipotético de um funcionário que realiza apenas seu “rol de atividades” e “não quer abrir chance de trabalho pra nenhuma outra forma”. Focado “na rotina, no 1-2-3 ali, só faz isso”, deixando “de observar o restante que está ao seu redor” (E05, questão 9).

Como relato onde a integralidade aparece, cita um exemplo particular do que acontece no núcleo de álcool e drogas onde atua. Além do trabalho assistencial-clínico, os profissionais auxiliam “nas terapias, nos exercícios, nas caminhadas, (...) em todos os procedimentos que existem dentro do trabalho, (...) da rotina diária no atendimento” com os usuários (E05, questão 8).

E11 conta, de forma geral, sobre situações que acontecem em uma unidade de reabilitação. Refletindo sobre a forma de trabalho adotada, em que cada profissional deve se responsabilizar por um determinado grupo de pacientes, identifica falta de integralidade com falta de disposição em ajudar. A integralidade aparece no suporte a outros grupos, mesmo que as ações não estejam previstas na alçada programada de responsabilidades:

Na unidade as atividades são divididas em grupos. Por exemplo, hoje eu estou, assim, responsável por sete moradores, sete pacientes. (...) Às vezes, acontece uma

intercorrência, alguma coisa na outra referência. E eu ignorar, falar “_Não, vou cuidar dos meus e ele que se vira”. Então, eu acho isso daí (...): desacordo. Porque se for pra responder, acontecer alguma coisa, (...) vai responder a equipe toda. Então, quando acontece assim de uma referência ali cuidar dos seus e ver o outro necessitando e não ajudar. Porque no caso, agora mesmo, eu tinha sete, a maioria é pra dar comida na boca, então aquele que acaba primeiro o seu grupo vem e me ajuda. Então, às vezes acontece da pessoa que acaba o dela e vai embora. Então, eu acho isso uma “desintegralidade”. E se é equipe tem que ser equipe, né (E11, questão 9)?

Inserindo-se na subcategoria INST, E04, diante da solicitação de um relato de experiências sobre a integralidade, ressalta o esforço dos profissionais em relação à missão do serviço. Diz: “A gente tenta fazer um processo de trabalho (...) pra não prejudicar o paciente. (...) Pra fazer também, realmente, a missão, né, do serviço funcionar” (E04, questão 8).

E06 menciona os casos de vínculo e convívio social com os internos dentro do CAIS. Antes, faz uma menção ao Projeto Terapêutico Institucional implementado em 2017, dizendo que “tem a tendência de não trabalhar mais tanto em psiquiatria”. Diz: “Os casos que a gente tem, na realidade, são dos pacientes que tão aqui no CAIS há 50 anos, né? Que acabaram. A integralidade que eu falo é que eles acabaram” (E06, questão 8). Considerando-se o sentido de inclusão social que E06 apresenta (vide citação em HUM) e a ênfase na desinstitucionalização conforme o Projeto da instituição, a integralidade parece vinculada à institucionalização.

O relato de caso ilustrativo da integralidade apresentado por E07 conta de um processo de implantação de rotina ou regra institucional. Trata-se do cuidado com um mesmo grupo de pacientes, uma transformação da lógica fordista, na qual cada profissional se responsabilizava por uma das etapas do processo de cuidado (banho, remédio, alimentação, etc). Esta modificação, segundo conta, teve grande envolvimento de sua parte em conversas com a gerente do setor e na aplicação, junto aos profissionais, do método de aprendizagem baseado em problemas. Após “três meses de reuniões”, chegou-se ao consenso “de que o cuidado fragmentado era ruim”, por não “atender o paciente em todas as suas necessidades” (E07, questão 8). Assim relata:

A gente mudou totalmente a assistência. Nós pegamos 50 pacientes e criamos grupos de pacientes, equilibrando as dificuldades de cada um. (...) Equilibrando o peso, aquele paciente que você tem que dar comida na boca, pra que todo funcionário assumisse um grupo de pacientes na sua integralidade e não ficasse tão sobrecarregado. E aí, o que que a gente viu? A melhora no cuidado com o paciente. Não deixa algum problema clínico surgir porque você pega o paciente desde o início. Se ele tava sudoréico na hora da troca, por exemplo, você sabe que tem que ver a pressão, porque ele é seu. Então, a gente consegue ver, de uma forma geral, que com esse cuidado integral – onde o funcionário pega o paciente desde o início do seu plantão até o final e ele faz tudo com ele, desde o banho, da troca, da comida, da medicação – ele consegue perceber qualquer sintoma clínico ou mesmo tristeza, mudança de comportamento (...). Então, se a gente fragmenta o cuidado, o funcionário às vezes não percebe isso. E quando você direciona e ele vê o paciente na sua

integralidade, ele consegue perceber mudanças de comportamento e situações clínicas que pode prevenir um agravo futuro (E07, questão 8).

E10, atuante em um núcleo de álcool e drogas, não vê com os mesmos olhos o trabalho com grupos. Em seu depoimento, fala dele como uma determinação institucional, “ordem” atribuída ao COREN-SP (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo), que “poderia ser feita de uma outra forma” (E10, questão 9):

O que acho que vai mais ou menos de contra mão [da integralidade] são as próprias medidas que são tomadas pela instituição, que muitas vezes ela vai vim de contra mão com o que a gente acha e pensa pra um bom funcionamento do serviço. (...) às vezes ela vai de contra mão com o que a gente, que tá ali na lida, vê como que é o funcionamento do serviço. (...) Você acaba tendo que fazer, né? Mas, não quer dizer que isso é a melhor forma de ser feita. (...) Na verdade, a gente achava que aquilo [divisão em grupos de pacientes] não era bacana, que não funcionava. Hoje ele funciona tudo, porque você segue ordens e você tem que fazer. Mas, não é o que a gente acha que deveria ser feito, poderia ser feito de uma outra forma (E10, questão 9).

E12 apresenta a existência de rotinas instituídas pela SAE (Sistematização da Assistência em Enfermagem), reforçando tratar-se de um programa feito somente por profissionais na função de enfermeiros. Para ele, que não desempenha a função de enfermeiro/a, o não cumprimento deste protocolo representa casos de desacordo com a integralidade:

Porque assim, eu ajo de um jeito, você vai agir de outro com o paciente. E aí aquilo não vai funcionar, (...) não vai funcionar bacana. (...) E aí tem caso que o funcionário acaba não seguindo as orientações praquele morador, praquele paciente. Ele faz do jeito dele, do jeito que ele acha que é correto ou o que ele faria pra alguém da casa dele, entendeu? E aí a gente vê os prejuízos disso. É todo fragmentado o cuidado pra esse paciente e você não vê uma evolução do quadro clínico e psiquiátrico dele (E12, questão 9).

E17 registra a única ocorrência da subcategoria INST em perguntas do Grupo B. Diante da solicitação de sua opinião sobre o enunciado da consciência da presença de Deus enquanto forma de integralidade, apresenta conteúdo referente aos protocolos de trabalho com grupos de pacientes, vendo-os como um aumento na qualidade e no processo de humanização:

Tudo que eu tô falando, tô pensando no Cuidado integral, que é o que a gente está tendo, está tentando implantar dentro das unidades, né? (...) quando eu entrei aqui, há oito anos atrás, a gente tinha uma forma de trabalhar, (...) de forma fragmentada. (...) um era escalado pra dar banho, outro era escalado pra dar a medicação, outro era escalado pra fazer sinais vitais (...). E aí a gente começou a instituir o cuidado integral. Cuidado integral era ver o paciente como um todo e aí a gente começou a dividir um grupo de pacientes. A gente começou a dividir por quarto e aqueles determinados funcionários cuidavam do paciente como um todo (...), no sentido de cuidar do período inteiro, do plantão inteiro daquele determinada pessoa. (...) Ficava um trabalho mais humano, (...) com mais qualidade (E17, questão 10).

Acerca dos casos de desacordo com a integralidade, E17 escolhe mencionar uma situação singular ocorrida fora de seu ambiente de trabalho e dos serviços de saúde mental,

atrelado ao universo hospitalar. No exemplo, a rigidez de obediência à uma regra institucional atrapalha ou mesmo impede a perspectiva da integralidade:

Me veio uma situação agora quando o meu pai infartou. (...) ele foi atendido num hospital (...) [em] uma UTI coronariana. E ali a gente tinha os horários de visita e eu me lembro de um paciente ao lado (...) que tinha passado por um procedimento de revascularização do miocárdio (...), que acho que tinha evacuado e pedia a todo momento pela enfermagem para que trocasse a fralda. (...) Ele pedia, ele falava: “_Eu queria que trocasse a fralda porque tá chegando visita e eu estou desconfortável”. E eu me lembro de alguém da enfermagem falando “agora não é hora de trocar fralda, tem o horário certo de trocar fralda”. (...) Não é assim, não tá certo, né? Até pedi para uma outra pessoa. (...) “_Não, não”, a pessoa foi taxativa, “_Agora não é o horário de trocar”. (...) Acho que isso foi uma situação que me lembrou, que fugiu da integralidade (E17, questão 9).

Como relato da presença da integralidade na saúde mental, E18 conta do processo de implementação no CAIS dos BPC (Benefícios de Prestação Continuada), via um programa estatal. Segundo ele, tratava-se de um movimento institucional que permitia aos usuários uma maior personalização diante da padronização imposta, por exemplo, pelo vestuário:

A roupa era um padrão. Era PMG, de uma cor só, um camisolão. Então, de repente, se era o G e você era mais gordinha, ficava legal, mas de repente você era pequeno, mas não tinha mais o P, aí você ia e colocava o G, sabe? (...) Então, acho que nessa época foi muito importante [os BPC]. (...) Aí começou a vir os armários, começaram a comprar os armários, eles começaram a ter roupas sob medida, e eles iam, escolhiam o tecido, escolhiam o modelo do jeito que eles gostavam (E18, questão 8).

Em resposta à questão 9, E18 complementa com mais informações sobre os BPC. Conforme visto no depoimento citado anteriormente junto à subcategoria INST, os usuários passavam a ter “o dinheirinho deles”, podendo escolher alimentos, roupas eletrodomésticos, etc (E18, questão 9). Também no início de sua resposta à questão 8, E18 cita a implantação de trabalhos institucionais com grupos de pacientes, dos quais os profissionais eram a referência.

Quanto à subcategoria INF, E14 relata um caso de acordo à integralidade onde uma usuária, após quarenta anos, teve sua família e verdadeira identificação recuperadas em virtude de movimentos da equipe de assistência social. Os esforços surgiram quando se fizeram necessários ajustes no cartão nacional do SUS para uma consulta na rede municipal (E14, questão 8).

E18, em meio aos relatos de integralidade, quando fala dos benefícios de prestação continuada e do cuidado com olhar ampliado por grupos de referência, menciona o Cadweb, software e ferramenta online do SUS com fins de facilitar o acesso a informação em saúde. A menção se faz junto a um viés comparativo com as dificuldades do passado em se obter informações dos usuários:

Hoje é muito mais fácil. Você entra nessa Cadweb da vida aí, ó, você acha tudo, tudo. Inclusive, agora mesmo nós estávamos procurando o endereço, tentando uma localização de um paciente para uma funcionária de outra unidade. E naquela época não, naquela época não, era muito difícil. Era através de Correios, através de telefone (...). [Hoje] tem as meninas que fazem, elas têm acesso com senha, têm acesso a esse, a esse instrumento onde elas conseguem identificar, ter informações de pessoas, aí elas conseguem. Acha mãe, acha pai, (...) acha filho, acha parente, e aí vai puxando pra gente ver, é... Endereço, telefone (E18, questão 8).

E07 apresenta conteúdos identificando a falta de integralidade à falta de comunicação ou troca de informações em rotinas internas ao serviço:

O funcionário chegou, ele verificou a pressão da paciente (...), não passou pra ninguém. Ela tava hipertensa. Foi outro que foi medicar, ele não tinha a função de verificar o sinal, porque o sinal vital era verificado por outro e ele não deu uma medicação anti-hipertensiva (...). A pessoa ficou hipertensa com risco até de ter um AVC ou um infarto (...). E uma coisa que também dificulta é (...) como são sempre os mesmos pacientes, (...) a gente se habitua a eles. Então, nem tudo que acontece, os funcionários acham que é importante registrar. (...) uma paciente que engasgou, ela teve uma parada, ela foi retirada da cadeira onde ela tava e passada pra cadeira de rodas pra ser levada pra um quarto de intercorrência. Nessa passagem, ela teve uma lesão na perna, que teve uma escoriação. Nós tivemos uma avaliação médica, a conduta dele foi deixar o curativo oclusivo, sem tirar, por três dias e o funcionário não achou que era importante registrar que deveria não mexer por três dias. Eu faço registro na minha evolução e o funcionário não faz na dela. Quando assume o plantão, se essa informação não tá registrada de uma forma correta, o funcionário do plantão seguinte não vai seguir a orientação e fazer alguma coisa errada. Então, acho que atrapalha nesse sentido. É uma falta de integralidade que, quando você não faz um registro corretamente, a sequência é prejudicada, né? Porque aqui a gente, o plantão é um na sequência do outro (E07, questão 9).

4.3.2.1.4. Integralidades: no plural (PLU)

A presente categoria está presente em 40% das entrevistas.

A colocação de E05 é bem representativa do que se tematiza como integralidade identificada como realidade plural:

Integralidade no que, no caso? Seria integralidade no trabalho? (...) Discutindo lá na unidade não chegamos num acordo ainda. Do que seria. Porque a pergunta que surge é: integralidade, mas no que? No serviço, (...) na rotina, dentro das suas funções, fora das suas funções? A gente não entende qual é o verdadeiro significado da palavra, porque é muito aberta (E05, questão 7).

As outras sete ocorrências de conteúdo deste tipo, sempre nas respostas à questão 7 (“o que é integralidade pra você”), aparecem na forma de perguntas:

- E04: “Integralidade (...) quanto à saúde? (...) Na saúde mesmo, né?” (E04, questão 7);
- E07: “Você fala integralidade da assistência ou de?” (E07, questão 7);
- E11: “Agora, não sei, você tá perguntando sobre a integração daqui?” (E11, questão 7);

- E12: “Integralidade... Na saúde?” (E12, questão 7);
- E16: “Na saúde?” (E16, questão 7);
- E18: “Com relação à saúde?” (E18, questão 7);
- E19: “Dentro da saúde mental? No caso nosso, né?” (E19, questão 7).

Na entrevista com E16, diante de sua pergunta se seria a integralidade na saúde, foi feito o questionamento: “_Se não fosse na saúde o que seria”? Diante disto, apresentou a distinção entre uma integralidade da saúde do ser humano e outra das situações. Ambas estariam relacionadas ao olhar ampliado, porém enquanto a primeira consideraria as dimensões multivariadas do complexo humano, a outra estaria relacionada à dualidade entre pontos positivos e negativos das circunstâncias (E16, questão 7).

4.3.2.1.5. Integralidade: palavra vaga e imprecisa (VAG)

Esta categoria aparece em 30% das entrevistas. Depoimento representativo para adentrar no tema é a fala de E14:

É que nem eu acho, que é o tudo, né? Se ele acreditar no tudo, na realidade do tudo, no Deus que é o tudo, que gerou tudo, né... Como que eu vou me expressar? Que a integralidade é o tudo, é o geral, né? É o... Eu não vou conseguir falar o que eu tô pensando. É que é assim... Eu acho que é a base de tudo, é o... A integralidade é o tudo, tudo. É o tudo, é o... Da... Do zero ao cem, da crença que cê tem que acreditar num ser Supremo, que ele que fez tudo... E agora? No geral, né? Integralidade é... E agora, como eu vou por? Porque às vezes vem um pensamento, mas aí para falar é outra coisa. Que nem quando vai pôr no papel, né? Já vai outro pensamento. Mas, eu acho que é o tudo também, né? Da universalidade, integral (E14, questão 10).

Esta foi a resposta dada diante da questão 10, em que se solicita a opinião acerca da relação entre o ser integral e a consciência da presença da Realidade Infinita. Quando questionado sobre o ser da integralidade na questão 7, E14 afirma que “é um tudo” ou “é o tudo” (o que foi dito, se artigo definido ou indefinido, não se mostrou identificável quando da audição da gravação na transcrição). Sua mensagem, na íntegra, assume a seguinte forma:

É “um” (ou “o”) tudo, né? Integrar, integrar as pessoas, integrar as pesso... É, as coisas, é... Com tudo ou o tudo. Fazer uma integração, né? Um... Unir tudo. Como, como, como posso colocar? É... Integralidade é tudo, é unir as pessoas, unir os serviços, unir as ações. A, a... É, unir, unindo tudo e fazer de um modo geral para melhorar alguma coisa. O modo de trabalho, o modo de viver. Eu acho que é isso (E14, questão 7).

Observe-se as respostas à questão 7 de outros quatro participantes:

- E02: “[Integralidade é] o inteiro, o todo. (...) pra mim eu acho que é isso mesmo, é o todo, né? É o cuidado como um todo mesmo. Ver o ser humano enquanto pessoa, enquanto doença, a questão psíquica, emocional” (E02, questão 7);
- E10: “É uma coisa que compõe, que integra, que completa?” (E10, questão 7);
- E13: “É um todo, essa integralidade pra mim é um todo, né? (...) ver a pessoa como um todo” (E13, questão 7);
- E22: “É integrar ao todo, né? Ao todo no serviço, com os moradores, ao todo, com a equipe toda” (E22, questão 7).

Também se registra a fala de E15, na questão final:

Que nem eu já te falei, a integralidade é, assim, é como um todo, é... Como eu vou te dizer? Que nem ele [Rohden] falou “tudo está interligado”. Tem que ter essa integralidade (E15, questão 12).

4.3.2.2. Objetivo 2: propondo possibilidades de diálogo com Huberto Rohden

Foram vinte e cinco as URT inicialmente obtidas para o tratamento dos conteúdos diretamente relacionados ao Objetivo 2. A partir de movimentos organizativos, vinte e três delas incluíram-se como subcategorias de unidades categoriais maiores ou mais abrangentes, totalizando para o tratamento interpretativo sete CT. São elas:

- i) Identidade e alteridade (IDAL);
- ii) Deus, o homem e a religião (DEHR);
- iii) O serviço psiquiátrico (PSI);
- iv) Determinismo divino (DDVN);
- v) O olhar cético e o incomum (CET);
- vi) O silêncio e o barulho (SILB);
- vii) História local (HIST)

Nos tópicos subordinados a seguir apresentam-se os resultados com os ETB referentes a cada uma delas.

4.3.2.2.1. Identidade e alteridade (IDAL)

Esta categoria, com frequência de presença em 90% das entrevistas, apresenta-se como conjunto de seis subcategorias, a saber: “O eu e o outro (OUT)”; “Interdependência entre humanos (IHU)”; “Interdependência com o não humano (INHU)”; “Substância da

interdependência (SUBST)”; “Afirmação do isolamento (ISO)”; e “Coerência e integridade: ser quem se é (COE)”. Respectivamente, considerando-se a entrevista completa como unidade de contexto, encontram-se as seguintes porcentagens de ocorrência nas vinte entrevistas: 45% (OUT), 45% (IHU), 25% (INHU), 25% (SUBST), 20% (ISO) e 5% (COE).

Diante do enunciado da questão 10, que passa pelo ser verdadeiramente integral como consciência do anônimo de mil nomes (ou Deus), três participantes evidenciam a relação com o outro (OUT). E02 é remetido à filantropia, apresentando-a como uma compreensão que integraria a dimensão social e a “alma”. E19 apresenta conteúdo em que o outro é um desconhecido (ou um mistério), do qual não podemos traçar uma descrição que lhe seja exatamente fiel e correspondente. Por fim, E17 relaciona a consciência de Deus com o sentimento de identificação com o outro (empatia):

Eu acho que quando o homem tem consciência da presença de Deus, ele se coloca no lugar do outro, ele tem empatia (...). E aí eu acho que a presença, a crença religiosa, a presença de Deus, né, na integralidade, (...) eu acho que isso tudo ajuda, eu acho que funciona. Isso ajuda na, de tratar o outro como um ser humano de... Eu acredito que auxilia na empatia (...) (E17, questão 10).

A subcategoria OUT também aparece nas considerações complementares sobre a integralidade (questão 12) de quatro participantes (E11, E12, E14 e E18). Nestas, o remeter-se à relação “eu-outro” sempre estão acompanhadas de conteúdos de sentido contemplados por EMPA (HUM). Na resposta de E11, também se observa proximidade com conteúdos tematizados em MTP.

Três participantes mostram especial atenção às frases sobre o “eu sendo outro”. E05, afirmando crer em uma ligação associada ao destino, comunica que não podemos ter certeza se afirmações como a do “eu sendo outro” não seriam apenas simples momentos de observação do outro, donde surgiriam suposições de semelhanças de comportamento (E05, questão 11). E11 coloca a ideia do “eu sendo outro” como uma obrigação moral diante de uma necessidade de ajuda do outro (E11, questão 11). Por fim, E10 fala em termos de colocar-se no lugar no outro, uma relação com a empatia:

Eu não sou eu, às vezes eu estou nos outros, porque quantas vezes a gente se põe no lugar da outra pessoa ou tenta ou pensa em se por... Se sente, porque as vezes um próximo seu tá passando por alguma coisa, você passa por aquilo. Então, muitas vezes eu não sou eu, eu sou você (E10, questão 11).

Também nas respostas à questão 11 reparam-se conteúdos em OUT que tangenciam padrões de época inseridos no bom senso comum. Por exemplo, E02 solicita atenção ao hábito de “falar mal do outro”, supondo que este poderia expressar um desejo de ser como aquele a

quem se critica (E02, questão 11). E19, mencionando ser uma característica da enfermagem, reforça a moral de respeito às diferentes individualidades, exemplificando-a com o assunto da diversidade de gêneros.

As categorias IHU e INHU referem-se colocações que passam pelos tipos de seres que comporiam a interdependência de todos os seres exposta no enunciado da questão 11.

Quando a interdependência é observada com seres não humanos (INHU), são citados como participantes da relação: chuva, árvore, insetos, plantas (E02, questão 11), “a criação inteira” (E06, questão 11), uma sustentação divina (E04, questão 11), “outra crença” (E15, questão 11), fases das lua e as marés (E21, questão 11):

Por mais que eu esteja isolada numa ilha, eu dependo ali. Da fruta, de uma árvore, da chuva que cai por causa da questão da água, da sede. O tempo todo. Então, se a gente considerar ser vivo todos os seres, insetos, plantas, etc, eu nunca vou estar sozinha mesmo (E02, questão 11).

Todos os seres estão interligados, sejam eles de espécie que for. Todos nós somos um só. Desde uma formiga (E24, questão 11).

Quando o foco se dá no humano (IHU) há as seguintes ocorrências: “a gente dependeu de alguém para nascer” (E02, questão 11); “pra eu chegar num determinado lugar, eu vou, em algum momento, eu preciso de alguém” (E03, questão 11); “a gente precisa sempre de ajuda do outro pra gente conseguir fazer o nosso trabalho, né?” (E04, questão 11); “impossível tudo dar certo sem uma ajuda do outro” (E06, questão 11); “acredito sim que a gente é interdependente (...), não somos sozinhos” (E07, questão 11); “a gente não conseguiria nem viver, nem sobreviver, sem se relacionar uns com os outros” (E12, questão 11); “a gente não depende só de pai, mãe, irmãos, a família, mas a gente depende de outras pessoas” (E14, questão 11); “a gente nunca, assim, está sozinho, você sempre precisa de alguém” (E15, questão 11).

Também em IHU, aparecem conteúdos que remetem à relação recíproca e presente do cuidado:

Num momento você tá sã, você tá bem (...), num outro determinado momento isso pode acabar, você pode sofrer um acidente, alguma coisa mais séria acontecer com você e aí? Você vai se tornar o que? Um dependente de outras pessoas (E12, questão 11).

Então, depende do outro. Assim eu acho que é o nosso cuidado aqui com os pacientes. A gente cuida do outro, assim como eles cuidam da gente. Querendo ou não, se preocupam (E14, questão 11).

E10, após falar da participação coletiva em uma “mesma energia” e “mesma massa”, afirma “a gente um compõe o outro” (E10, questão 11). E12 diz que “todo mundo tem um pouco de todos (...), a gente tem um pouco de cada pessoa” (E12, questão 11).

A subcategoria SUBST também guarda especial relação com a questão 11, por remeter-se à substância mesma da interdependência. Conteúdos a ela associados aparecem nas respostas de quatro participantes. E10 fala da possibilidade de todos fazermos parte “da mesma energia, da mesma massa” (E10, questão 11). Também falam em “energia” E14 e E21. Este último associa a energia com “uma força maior”, algo que, segundo afirma, passaria pelas questões da religiosidade e da espiritualidade:

acho que a gente é interligado a tudo mesmo no Universo, a gente sofre todas essas interferências (...) de todas essas interferências no Universo, de todas essas energias do Universo, de toda essa força maior, essa questão da religiosidade, da espiritualidade. (...) o homem é um homem conectado, é um homem que está anexado a tudo isso. (...) tem que estar conectado, você tem que saber que tem outras forças, que tem outras energias, que tem um cosmos aí que tá ali, que está te influenciando (E21, questão 11).

Já E14 pronuncia uma distinção qualitativa entre energias – as boas e as ruins – entendendo a possibilidade de um equilíbrio entre elas para uma vida melhor:

dependemos de outras pessoas, então é tudo relacionado e tudo de energia. Somos feitos de energia. A gente precisa da energia boa e da energia ruim para equilibrar para poder ter uma vida melhor (E14, questão 11).

E11 fala de uma ligação espiritual entre todos, que apresenta como uma “presença espiritual positiva” (nunca negativa), como se estivéssemos todos diante “dos olhos de alguém, do criador” (E11, questão 11). E17 sugere que a interligação entre os seres humanos possa ser constituída de “um fio imaginário” a se manifestar pelo pensamento (E17, questão 11). Por fim, porém desta vez como resposta à questão 12, E21, acerca do barulho do “ser humano barulhento” afirma que se trata de “tudo essas forças que envolve ele” (E21, questão 12).

Outra subcategoria que participa de IDAL é ISO. Em certa oposição ao enunciado da questão, que diz não haver “no mundo seres isolados”, quatro participantes reforçam a existência do isolamento. E11 diz que o isolamento não acontece somente no âmbito espiritual (E11, questão 11) e E18 que não acontece somente na consideração do universal (E18, questão 11).

E02, E11 e E16 falam de um isolamento psicológico: “Ele dentro do mundo dele, preso dentro dele, ele pode ser quem ele quiser” (E02, questão 11); “Esse isolamento aos nossos olhos você vê, principalmente na psiquiatria, você vê uma pessoa que gosta de ficar isolada” (E11, questão 11); “Eu acho que há seres isolados sim. Eu acho que tem sim. (...) As fisionomias tristes, as pessoas quietas, as pessoas isoladas, com poucas conversas, né? (...) Há pessoas isoladas sim” (E16, questão 11). Já E18 fala do isolamento social:

Ele tá vendo o universo como um todo. Eu até acredito. Mas, quando você vê as classes sociais que nós temos, eu acho que é meio complicado você falar que não tem, que nós não temos seres que são isolados. E que, de repente, você não tem ninguém que tem um olhar pra eles. (...) Por que (...) aquela classe social ela tá ali? Numa situação de pobreza extrema, de miséria extrema. Aquilo não é um isolamento (E18, questão 11)?

A única menção atribuída à subcategoria COE aparece em relação ao enunciado da questão 10. Ocorre nas falas de E03, sobre um dever em não “separar aquilo que eu sou aqui, em outro lugar” ou que “a gente tem que ser o que é em todos os ambientes” (E03, questão 10).

4.3.2.2.2. Deus, o homem e a religião (DEHR)

Considerando-se todas as entrevistas, a categoria DEHR aparece em 90% das entrevistas. Destas, sempre há conteúdos atrelados à questão 10, uma ocorrência em resposta à questão 11 e duas em respostas à questão 12. A categoria apresenta-se como conjunto de nove subcategorias, a saber: “Crença e fé em Deus (CRE)”;

“Consciências de Deus: possibilidades, consequências e identificações (CONS)”;

“O auxílio da religião, religiosidade e espiritualidade (RELI)”;

“Dogmas e práticas do catolicismo (DOG)”;

“Homem: pequenez e imensidão (HOM)”;

“Ser integral: perfeição e utopia (INT)”;

“Linguagem e Deus (LGG)”;

“O Deus onipresente (ONI)”;

e “Menções à bíblia (BIB)”. Respectivamente, considerando-se as vinte entrevistas encontramos as seguintes frequências de ocorrência: 40% (CRE), 35% (CONS), 25% (RELI), 10% (DOG), 10% (HOM), 10% (INT), 10% (LGG), 10% (ONI) e 10% (BIB).

Na subcategoria CRE, E04, em meio à emoções com choro, coloca ênfase também nas palavras, incluindo a figura de Jesus: “eu acredito mesmo, acredito em Deus, acredito em Jesus, acredito mesmo” (E04, questão 10). E06, também de forma enfática, fala de sua crença no Deus criador: “Eu acredito em Deus mesmo, né? (...) eu acho que ele criou tudo”. E13, após comunicar a enfermagem enquanto uma área voltada para o concreto, reforça sua crença apesar disso, expondo inclusive a noção de uma “Realidade Infinita” conforme aparece no enunciado como um dos possíveis nomes para Deus:

O abstrato é muito complicado pra enfermagem (...). Acredito em coisas não palpáveis também, como Deus, né? O infinito. Acredito também, né? Que tem o infinito, não é nada finito, é infinito mesmo, acredito nisso também, né? (...) Eu acredito nesse Deus que me dá um monte de subsídios em cima disso (E13, questão 10).

E12, único participante da pesquisa que afirmou não possuir religião ou postura espiritualizada, fala em duas possibilidades: de Deus ser uma ficção ou uma realidade. Completa que, independentemente da opção verdadeira, ambas poderiam atuar positivamente

na vida de quem crê. O conteúdo de sua mensagem enfatiza, neste sentido, a importância do respeito à diversidade de crenças:

Deus (...) pode ser uma criação pra te dar mais força, pra superar as dificuldades. Ou não, pode ser real, aí é o que cada um vai acreditar, né? E acima disso tudo que eu vejo é o respeito um com o outro em relação a essa parte (...), independente do que você pensa ou acredita é aquilo que te move, né? É aquilo que te move para produzir, para fazer, para ser. É aquilo que te move e que te vai fazer bem, enquanto tiver a tua existência nesse planeta (E12, questão 10).

Os participantes E11 e E19 comunicam certo caráter imperativo em relação à crença em Deus. Enquanto o último parece interpretar a afirmação do enunciado como um ter ou “teríamos” “que crer mais em Deus”, como um Deus “acima de tudo” (E19, questão 10), o primeiro comunica a necessidade de nossas ações estarem iluminadas pela presença divina:

tudo que a gente vai fazer tem que ter a presença espiritual aí do que gere o universo, que rege o universo. Então, eu vejo assim, em tudo nós temos que ter a presença espiritual, né (E11, questão 10)?

E06, E14 e E15 apresentam conteúdos voltados à integralidade ou ao ser integral mencionado no enunciado. Neste sentido, ter consciência de Deus é traduzido como ter “fê” no “tudo” (E06, questão 10), “acreditar no tudo, na realidade do tudo, no Deus que é o tudo, que gerou tudo” (E14, questão 10) ou ainda como ter “aquela crença, aquele Deus” (E15, questão 10). E15 levanta a possibilidade de existir o “ser totalmente integral” sem necessariamente Deus estar em foco:

você pode ser totalmente integral, ter essa integralidade e não necessariamente ter como foco o Deus que ele [Rohden] fala (...). Tem pessoas que consegue ver essa integralidade tendo esse Deus como foco e tem pessoas que não é necessário (E15, questão 10).

A positividade dos efeitos da presença e também da crença em Deus no trabalho em saúde é comunicada por E04, o mesmo que chorou quando da afirmação de sua crença:

Eu me emociono porque eu acho que Deus é muito presente no nosso dia-a-dia, né? E pra gente conseguir fazer um trabalho tão difícil e tão frustrante como esse, a gente precisa acreditar muito nele, viu? Muito (E04, questão 10).

Inserido na subcategoria CONS, E07 diz que apenas algumas pessoas conseguem ter consciência de Deus, colocando em dúvida sua própria capacidade: “tem pessoas que conseguem ter essa consciência e tem pessoas que não; eu não sei se eu tenho” (E07, questão 10). E13 comunica esta incapacidade de consciência como sendo uma condição dos pacientes psiquiátricos, que sequer teriam consciência do próprio corpo:

nem a consciência de Deus, que é uma coisa que nós, né, normais citados, normais temos, o paciente com problema mental ele não tem consciência muitas vezes nem disso. Então, tudo que não é palpável pra ele, visível, ele não tem consciência disso. E mesmo palpável e visível ele se vê fragmentado (E13, questão 10).

E10 registra que esta consciência deve envolver atitudes e formas de agir, de pensar e de falar, assim como E14 aponta o homem consciente como alguém que transcende, percebe, sente e vive uma plenitude verdadeira e intensa:

o que eu penso é que é a plenitude mesmo, né? Acho que o homem integral, é quando ele consegue, transcende, ele tem essa plenitude, ele tem essa percepção. Porque a partir do momento que você reconhece, você percebe, você sente, você vive isso. Passa a ser intenso. (...) É verdadeiro (...). Acho que tem que ser verdadeiro, é uma coisa interna, você tem que sentir, é uma questão de sentir (E14, questão 10).

“Sentir a presença” ou perceber-se “parte de Deus” é como E24 traduz a consciência da presença de Deus, que denomina como sendo o arquiteto do Universo, conforme diz ter aprendido enquanto membro da maçonaria (E24, questão 10). Já E16 coloca que a consciência da presença se faz possível quando o ser consciente está “na presença de Deus” percebendo-o como um Deus “que cuida”, “que é o centro, que é o caminho” (E16, questão 10). Como efeito de uma consciência de que Deus está presente, E17 diz que este “se coloca no lugar do outro, (...) tem empatia” (E17, questão 10).

A subcategoria ONI registra conteúdos comunicados por E04 e E21. O primeiro diz achar “que Deus faz parte de tudo” e que “é muito presente” (E04, questão 10). E21 diz que o “Todo Poderoso”, essa “força maior (...) está sempre presente” (E21, questão 10).

Conteúdos registrados como pertencentes à subcategoria INT aparecem nas falas de E10 e E22:

fico imaginando que a gente vive uma busca, né? E quando ele vai ser ou quando ele é, eu acho que é meio... É meio subjetivo, né? Porque acho que é meio difícil você aqui ser humano ser, ser integral. Mas, talvez quando você consegue parar pra pensar, pra discutir isso, pra se rever, pra fazer algumas reformas, ou até mesmo pra se, se sentir chateado por alguma coisa que, que você fez e foge daquilo que talvez seja da, do ser humano integral (E10, questão 10).

não acredito que seja totalmente assim. Eu acho que existe falhas. Existe falhas. Não tem uma pessoa perfeita, que tenha essa consciência assim não. Eu não acredito. Em nenhum. Em nenhum (E22, questão 10).

Dois participantes manifestaram conteúdos registrados pela subcategoria LGG, relacionada à multiplicidade terminológica para nomear “Deus”. E21, em resposta à questão 12, ao falar da influência do “universo” e de uma “força maior” afirma: “Sou católica, então, pra mim é Deus, tá?” (E21, questão 12). E16 comunica explicitamente sua discordância em relação ao uso de vários nomes para Deus:

Não é algo, assim. Algo. É Deus. Não é outros nomes. É Deus, entendeu? Eu sei, eu entendo o pensamento dele, ele dá vários [nomes], né? Mas, pra mim não. Pra mim é Deus, entendeu? (...) quando você coloca outros nomes você abre mais, né? Pra outras coisas, né? O pensamento pode ir pra outros lugares, né? (...) Então, eu acredito que é Deus, não é outro nome (E16, questão 10).

Inseridos na subcategoria RELI, há depoimentos que atestam a crença religiosa como impulsionador de modos de agir e ser no mundo (E12, questão 10). E17 parece identificar a presença de Deus com a presença da crença religiosa, que conduz ao convívio ético, humanizado e empático:

aí eu acho que a presença, a crença religiosa, a presença de Deus, né, na integralidade, eu acho que isso tudo, é, funciona dessa forma, eu acho que isso tudo ajuda, eu acho que funciona. Isso ajuda na, de tratar o outro como um ser humano de... Eu acredito que auxilia na empatia, eu acho que tudo isso ajuda muito (E17, questão 10).

Na fala de E21, a fé e a religião aparecem como um conforto benfazejo em situações-limite de passagem pela morte:

Em todos os casos que eu acompanhei de fim de vida, de missão concluída teve, a pessoa teve um conforto quando a última palavra foi a fé dela, a religião, o saber que algo de infinito acontece e que depois dessa, ela, tem um propósito essa partida, né? Isso a gente percebe também no alívio, no conforto até de quem a gente tá cuidando (E21, questão 10).

Dois participantes mencionam o pensar sobre Deus como uma atitude que auxilia na melhoria pessoal. Um deles é E10, que fala da oportunidade de aproximação da própria crença e do desenvolvimento de uma habilidade para “domar” a si mesmo (E10, questão 10). O outro é E18, apresentando o papel instrutor ou mediador das religiões como instituições sociais que podem proporcionar espaços para o cultivo de pensamentos sobre Deus junto aos usuários:

É, a gente precisa ter esse pensamento de tudo aí que você falou [os vários nomes de Deus]. (...) Mas, eu acho que se você não tem, tem que ter alguém que te proporcione isso. (...) até das religiões. (...) tem um grupo de evangélico que vem (...). Ou, às vezes vinha até ali pra levá-los pra Igreja ou vinha fazer as orações aqui. Católico vinha fazer oração aqui e, bem lá atrás, tinha até o espiritismo (...) que fazia as orientações (E18, questão 10).

Dois participantes reforçam dogmas ou práticas do catolicismo, inserindo-se na URT DOG. E03 afirma duas vezes sua crença na ressurreição (de Cristo e/ou dos mortos) e na existência de “um outro plano” (em que há vida após a morte) (E03, questão 10). Já E21 fala do Espírito Santo (em provável relação com o dogma da Santíssima Trindade), de sua crença destacada em uma santa e destaca lembranças e relatos de convívio com terços, rezas e práticas de benzeção:

Eu, eu sou uma católica, né, de poucos santos. (...) Eu acho que assim, a questão de Deus e uma proteção além de Deus, de uma santa muito querida, de uma única santa que anda comigo (...). Então, é de berço, a minha cultura é, a nossa religião é católica, então a gente sempre alimentou essa questão (...) da importância de Deus, Espírito Santo, né? E que também isso era alimentado mesmo. (...) Eu lembro assim da minha mãe, quando a gente era pequeno, a minha mãe levava a gente (...) pros terços. Tinha as rezas, as benzedeiras, que tinha que curar (E21, questão 10).

Quanto à BIB, E03 faz menção à passagem do evangelho de Mateus (Mt 18, 20) onde, conforme tradução de Rohden, lê-se: “pois, onde quer que dois ou três se acharem reunidos em meu nome, ali estou eu no meio deles”. A fala se dá em resposta ao enunciado da questão 11, acompanhando os conteúdos da interdependência enquanto ajuda social ou comunitária:

acredito muito que a gente tem que ser promotor de, de comunidade em, em vários ambientes que a gente atua, que a gente tá, assim, né? Porque a gente não consegue mesmo atuar sozinho. Eu sou muito religiosa (...), eu penso assim, né? Como diz na Bíblia, né? Onde dois ou mais estiverem reunidos em meu nome, eu ali estarei. Eu acho que é assim mesmo a vida, entendeu? A gente não consegue chegar em nenhum lugar sozinho. É sempre juntos ali, unidos, lado a lado, (...) em todas as frentes (E03, questão 11).

Também nesta subcategoria, E11 cita passagem do Eclesiastes⁷⁷ (um dos livros bíblicos sapienciais do antigo testamento) sobre a “morte do corpo” e o retorno à Deus: “e o pó volte a terra donde saiu, e o espírito volte para Deus que o deu”.

não há ser isolado (...) espiritualmente não existe. (...) tem uma presença espiritual positiva do que rege o universo (...) creio, né, que existe em cada ser humano, (...) o espírito. Até tem uma frase, um versículo bíblico (...): “O pó volta à terra e o espírito volta à Deus que o deu”. Então, eu creio na bíblia (E11, questão 11).

Registrados em HOM há os conteúdos comunicados por E12 e E19. Enquanto o primeiro reconhece que o indivíduo humano assemelha-se a um “nada” diante do Planeta (E12, questão 10), E19 assume esta possibilidade, mas acrescentando outra: a de que ele possa ser “tudo”: “a gente não é nada ou é tudo” (E19, questão 10).

4.3.2.2.3. O serviço psiquiátrico (PSI)

Sobretudo, nas opiniões acerca do enunciado da questão 11 (40% dos participantes), mas também presente nas respostas à questão 10 (15% dos participantes) e à questão 12 (15% dos participantes), registram-se conteúdos classificados na categoria temática “O serviço psiquiátrico (PSI)”. Ao se considerar as entrevistas como um todo, sem distinção de questões, verifica-se que 55% dos participantes comunicam conteúdos deste tema, levantando

⁷⁷ Ecl 12: 7.

considerações acerca de especificidades dos serviços psiquiátricos e o que seriam características típicas de seus pacientes e profissionais.

O enunciado da questão 10 anuncia possibilidade de aproximação da integralidade ou do “ser integral” ao mistério de Deus. Em suas manifestações de opinião, dois participantes, E05 e E13, apresentaram conteúdos contextualizados a um certo ceticismo ou olhar para o concreto da enfermagem, indicando que a realidade do profissional psiquiátrico seria um estímulo a repensar e a modificar esta característica.

E05, por exemplo, coloca que são observados “muitos casos” em que surge a dúvida do “que é clínico [mais do concreto] ou não [mais do abstrato]”. Destas vivências, acredita que “a psiquiatria” dê uma “margem de pensamento” para o espiritual (E05, questão 10). Mais adiante, em suas considerações gerais sobre a integralidade, cita um caso de singularidade existencial em que um paciente se mostrava uma pessoa totalmente diferente, possibilitando aos profissionais da psiquiatria pensarem e discutirem sobre o fenômeno chamado por alguns de incorporação espiritual (E05, questão 12). E13, também na resposta à questão 12, levanta que a psiquiatria tem características que a tornam mais abstrata, instigando os profissionais a questionarem-se sobre conceitos como consciente, subconsciente e ego.

Em resposta à questão 10, E13 diz que os pacientes psiquiátricos se veem fragmentados e sem consciência adequada do próprio corpo. Esta condição significaria – como explicita na resposta à questão final – a falta de uma “consciência pensante” e abstrata (E13, questão 12). Por este motivo, afirma que a ideia rohdeniana de “ser integral” mostraria que Rohden “desconhecia a saúde mental” (E13, questão 10).

Também E13 fala de “muitas reações psiquiátricas” comumente associadas à dimensão espiritual. Estas relações seriam feitas por profissionais que, como E13, trariam uma “parte espiritual” tanto de crença quanto de prática. Como consequência, estes tenderiam a direcionamentos do cuidado levando em consideração a dimensão espiritual (E13, questão 10).

E21, no contexto em que coloca o homem integral como aquele que consegue transcender e viver a verdade, diz acreditar que é principalmente na saúde mental onde o profissional “tem que transcender”, dando “voz e vez” aos pacientes que “sinalizam” buscar sua própria integralidade como uma força que tem sentido. Nestes casos, o profissional deve auxiliar as pessoas atendidas a “transparecer” ou “aflorar” aquilo “que é verdadeiro dela”. Este trabalho deve, ainda, atentar-se por superar um contexto de exagerado tecnicismo, mecanicidade e centralidade na patologia e no medicamento, que chama de uma “guerra de laboratório” (E21, questão 10).

Em resposta à questão 11, E02 diz:

Em relação às coisas que estão escritas no museu, eu acho que aí é dentro da psiquiatria mesmo. Porque assim, o cérebro ele ainda é mistério. Por mais que o psiquiatra consiga desvendar algumas coisas, mas ainda é um mistério. Então, quem que é normal, quem que é o louco, né? (...) É, assim, bem, bem, é interessante, eu gosto muito de psiquiatria, né (E02, questão 11)?

Este mistério do cérebro e os limites entre o normal e o patológico são colocados ao lado da afirmação da ocorrência, entre os pacientes psiquiátricos, de pessoas isoladas nelas mesmas; um ser “dentro do mundo dele, preso dentro dele” que “pode ser quem ele quiser” (E02, questão 11). Neste sentido, E11 coloca que é principalmente na psiquiatria onde se vê “pessoa que gosta de ficar isolada” (E11, questão 11). E14 afirma que muitos pacientes “vivendo fora da realidade” saberiam e sentiriam mais que muitos dos ditos normais:

A gente cuida do outro, assim como eles cuidam da gente. Querendo ou não, se preocupam. Vivendo fora da realidade que a gente coloca como normal, eles sabem mais do que a gente, sente mais o que a gente (E14, questão 11).

E13, insistindo na ideia do paciente psiquiátrico observando-se ou vivenciando-se fragmentado (em continuidade à sua resposta na questão 10), induz uma associação entre esta percepção, o dizer-se estar e ser um outro e a interligação dos seres.

É, muitas vezes o paciente psiquiátrico (...) ele se vê fragmentado, né? E muitas vezes eu ouvi vários deles dizerem que ele estava em mim, eu sou você, você é eu, entendeu? É, tipo assim, nós estamos interligados de algum jeito, né? (...) E quando um deles vinha com essa história, ah, porque a gente tá interligado, né, isso me cutucava um pouquinho, sabe (E13, questão 11)?

Essa percepção de uma ligação entre todos, em geral, não seria ouvida, uma vez que os profissionais da psiquiatria precisam “trazê-los para a realidade”:

(...) isso é muito abstrato, então a gente não tinha muito tempo pro abstrato, a gente queria inclusive usar a seguinte frase “Vou te trazer pra realidade”, isso que você tá falando não tem sentido, então vou te trazer pra realidade. Ó, nós estamos aqui, conversando eu e você, você é assim, assim assado, eu sou eu, assim, assado, eu sou eu, você é você, entendeu? Muitas vezes a gente trazia, falando que ele tinha que voltar pra realidade que aquilo que ele estava vivendo era irreal, né, uma coisa irreal (E13, questão 11).

E19 fala dos pacientes psiquiátricos repletos de sentimentos, mas que seriam obrigados a se calar, por serem ignorados e deixados sem conversa (E19, questão 11). Em consideração à possibilidade de diálogo com os pacientes, E13 ressalta a falta de uma “consciência pensante”, sendo necessários acordos diferentes do pensamento verbal: pelo olhar, o gestual e o sentimento (E13, questão 12). Dos pacientes psiquiátricos, diz que

se expressam através de olhares, muitas vezes só. As pessoas que tem dificuldade de olhar no olho do outro, ela não consegue trabalhar na psiquiatria, porque você se

comunica com o olhar aqui, né? Nem sempre é verbal. Usa-se algumas vezes o gestual, né? (...) é uma coisa que, que tem que ser vivida, sentida (E13, questão 12).

Também comunica dúvida diante da inteireza do paciente psiquiátrico, supondo que devem haver coisas para além do conhecimento técnico das academias:

E uma das dúvidas que a gente tem, e eu tenho vinte e cinco anos de psiquiatria e nove pós-graduações nisso, que talvez a gente ainda tenha muitas dúvidas à respeito de quem é esse ser humano por de trás dessa doença, entendeu? Então, eu ainda tenho essa visão de que ele é um ser humano por inteiro. E muitas vezes ele nos traz que ele não é essa pessoa inteira, entendeu? Que muitas vezes ele não é ele, ele sou eu. A gente já ouviu isso muitas vezes aqui, né? Então, talvez, existam coisas além do que a própria área acadêmica nos treina, que sejam coisas que ficam pra gente pensar, né (E13, questão 12)?

E23 supõe que as frases no Museu comunicam desabafos de pacientes diante da discriminação em alguma época do desenvolvimento da psiquiatria. Ou seja, seriam palavras representativas de expressividades abafadas pela falta de um olhar integral ou humanizado na psiquiatria (E23, questão 11).

E24 acrescenta a importância das reflexões psiquiátricas sobre a integralidade:

Quando a gente faz isso na psiquiatria, a gente resgata todos esses seres que foram considerados não pertencentes à raça humana. Isso é um grande absurdo. Quando vem a integralidade, ela resgata todas essas almas todas. Todos esses seres que nunca foram apartados e simplesmente foram ignorados por outras pessoas (E24, questão 12).

E15 e E17 manifestam um olhar para o patológico e a sintomatologia de pacientes psiquiátricos. Os silêncios barulhentos aparecem como possíveis alucinações (E17, questão 11) ou como bagunça e maquinações típicas do estado de saúde que demanda atenção psiquiátrica (E15, questão 11). Visões e palavras destoantes também seriam provocadas pelo estado patológico (E15, questão 11).

4.3.2.2.4. Determinismo divino (DDVN)

Esta categoria representa a frequência total de 30%. Compõe-se de duas subcategorias: “Destino, busca e missão (DEST)”, que ocorre em 30% das entrevistas; e “O eterno retorno (ETRE)”, presente em 5%.

Ao opinar sobre o enunciado que passa pelos muitos nomes de Deus e a consciência do homem integral, E10 diz ficar “imaginando que a gente vive uma busca” (E10, questão 10). E21, situando seu trabalho na saúde mental, apresenta a ideia de busca nesta direção, tanto do profissional quanto da pessoa atendida:

penso que a gente tem que transcender (...), principalmente, na saúde mental. Eu acho que a saúde mental a gente dá voz e vez para as pessoas. (...) [Tenta trazer] o que é verdadeiro dela[s]. (...) Quais as forças que movem ela[s] (...) esses que nos sinalizam, a gente tem o dever de ajudá-lo a se manifestar mais, a expressar essa, essas necessidades, porque (...) acho que ele tá buscando, ele tem noção da integralidade dele (...), que tem essa força que ele busca, que tem um sentido pra ele (E21, questão 10).

E03 diz crer que os indivíduos estariam designados à uma “missão”, envolvendo processos de ensinamentos, aprendizados e situações predestinadas:

acredito sim que a gente tá aqui nessa, nessa Terra... Que a gente tem uma missão (...) Que a gente não tá aqui à toa. Se passa por isso – alguma situação na vida – não é à toa. Eu acho que algum ensinamento a gente leva pra essa vida (E03, questão 10).

Novamente E21, remetendo-se a um episódio ocorrido no início de seus mais de trinta anos de experiência profissional na saúde, também menciona a ideia de uma “missão”:

fazia uns 3 dias que tava num pré-coma, não tinha assim muito mais recursos pra ele, era um prognóstico ruim, fechado. Teve um dado momento, que me tocou muito, e eu me aproximei da cama. Eu entendi que eu tinha que rezar com esse rapaz. (...) E uma das coisas que eu disse pra ele foi (...) que ele tinha essa questão do todo, (...) que ele tinha uma missão (...) e que essa missão ele concluiu (...) No decorrer da nossa oração (...) ele me tocou, eu percebi que ele se emociona (...) e dez minutos depois ele encerra mesmo a vida dele aqui (E21, questão 10).

E12 comunica a ideia de uma relação entre o destino e o domínio de determinadas situações:

A vida ou destino, a gente tem controle sobre algumas coisas, a gente tem consciência sobre algumas coisas e a gente pode controlar, querer, não querer, fazer, não fazer. Acho que a gente é meio dono disso. E outras acontecem inesperadamente, mas é a gente que vai conseguir sair ou se afundar, dependendo da situação. Eu quero dizer assim: a gente tem domínio sobre algumas situações da nossa vida, sobre escolhas. Mas, o que vai acontecer, a gente nunca sabe. O que vai acontecer, mas que a gente é capaz de lidar e de resolver, sim, a partir do momento que a gente tem a consciência e a gente tem o equilíbrio, como eu te disse no começo, das três partes [física-mental-espiritual]. A partir do momento que você perde uma delas, você não consegue mais nem responder por você (E12, questão 10).

Em resposta à questão 11, E05 coloca a inter-relação e interdependência, “essa ligação entre todos e tudo”, como se fosse “um destino traçado”. Como complemento, conta um episódio de sua vida que considera ser um exemplo desta constatação:

Cortei a corda, consegui salvar a vida dele. Naquele momento eu acho que ele tinha que ter morrido. Não sei se foi três ou quatro meses depois, ele morreu de uma morte, assim, inexplicada. (...) Assim, vamos parar pra pensar no destino. Será que o destino não era pra ele ter morrido naquele dia, no rio afogado. Será que não tá tudo interligado (E05, questão 11)?

E13 também fala em destino e predeterminação divina:

com o passar dos anos, jovem, eu não acreditava, agora eu acredito piamente. Que (...) nada acontece ao acaso. E se não acontece ao acaso, tem dois nomes ou é destino, né, ou é alguma coisa já (...) premeditada, que fosse acontecer. Esse momento que estamos vivenciando agora (...) ele ia acontecer. Eu acredito nisso, por várias experiências de vida que eu já tive, entendeu? Deus faz isso acontecer, né? Pode ser, pode ser que essa interligação esteja interligada assim dessa forma (E13, questão 11).

E12, no contexto da interconexão dos seres, registra o único conteúdo catalogado na subcategoria ETRE:

acho que as coisas já, de certa forma, elas, elas existem. Não é novidade, não é criado. Eu acho que existiu muitos anos atrás, muitas situações já aconteceram há décadas atrás e se repetem hoje, mas de uma outra forma talvez. Entendeu (E12, questão 11)?

4.3.2.2.5. O olhar cético e o incomum (CET)

A categoria como um todo representa frequência de 20%. Reúne quatro subcategorias: “A enfermagem: ceticismo e olhar para o concreto (ENF)”, “Singularidades existenciais (SING)”, “Conversas de pouco aceitação (POAC)” e “Abertura à novas experiências (EXP)”. Respectivamente, encontramos as seguintes porcentagens ou frequência de ocorrência nas vinte entrevistas: 10% (ENF), 10% (POAC), 15% (SING) e 5% (EXP).

Dois participantes registram conteúdos em ENF, associando a natureza da área de enfermagem à movimentos de dúvida e afastamento em relação ao abstrato. E05 ressalta: “pra nossa profissão (...) a gente é mais cético, né? A gente tá só ligado no clínico, no dia-a-dia, na patologia, acho que foge um pouco do espiritual” (E05, questão 10).

E13, em resposta à questão 10, fala de um possível universo ficcional para a enfermagem, supondo que evidências da dificuldade com assuntos abstratos seriam percebidas em muitas das entrevistas:

Então, assim, dentro da enfermagem, isso é uma coisa meio fictícia. Porque a gente trabalha com algo concreto, né? Integral pra mim é o P, que tem uma cabeça, um corpo, tem um sentimento, tem um coração, entendeu? Não tem o fictício (...) Então, assim, dentro da enfermagem, dentro dessa profissão... Não é que a gente não acreditaria nisso, mas é uma coisa que teria que ser mais concreta. O abstrato é muito complicado pra enfermagem, isso você vai coletar de muitas pessoas, que o abstrato é muito complicado pra gente visualizar. Aquilo que não é palpável (E13, questão 10).

Em resposta à questão 11, no contexto das frases acerca do “eu sendo o outro” e do “eu sendo todos nós”, comenta de conversas com um profissional do CAIS que tem formação em filosofia, que permitiam uma maior aproximação do pensamento (em contraposição ao “robotizado” e ao usual “concreto”):

Até tenho um amigo filósofo que a gente conversa muito (...) Então, a gente conversa muito, ele fala muito isso, né? Porque ele gosta muito, ele mexe muito com a gente, com isso, quando cê conversa com ele, sabe? Ele puxa muito isso pra gente e ele fala assim, “vem cá vamo pensar um pouco”. Tipo assim, a gente fica tanto no concreto, que a gente não pensa, vira automático, né, tudo robotizado. Então ele fala, “vamo pensar um pouquinho”? É... Só é um pouco chato, porque tudo ele joga pra filosofia, aí qualquer conversa que você tem com ele, ele leva pra esse lado, né? Até a política agora ele levou tudo pra esse lado também, né? Ficou até chato, “você tá chato”, falei pra ele (E13, questão 11).

Nota-se que E13 também levanta o elemento da “chateação”, aproximando o conteúdo exposto da URT POAC. E21, ao falar da verdade que reconhece na influência das “forças” e “energias” do cosmos” e de sua pessoal satisfação ao conversar ou pensar sobre estes assuntos, comunica certa dificuldade em colocar estas coisas no dia-a-dia:

Você tem que saber que tem outras forças, que tem outras energias, que tem um cosmos aí, que tá ali, que está te influenciando, né? Ai, eu gosto desse lado. (...) é verdadeiro pra mim isso. É muito verdadeiro. E é difícil manifestar no dia-a-dia também. É difícil, não é? É difícil. É mais fácil ser mais imparcial, não se envolver muito. Mas, é, quando é verdadeiro a gente enfrenta (E21, questão 11).

Inserido na subcategoria SING, E13 – o mesmo participante que levantou o problema da visão para o concreto na área da enfermagem – menciona que vivenciou experiências em sua família e na profissão que atestam a veracidade de milagres:

Tenho experiência dentro da minha família e dentro da minha profissão de coisas que acontecem que, se eu for dar um nome, vou dizer, olha isso que aconteceu realmente é um milagre, porque não acontece isso nesse mundo. Não aconteceria. Porque, como eu te falei, área da medicina, (...) enfermagem (...), ela é muito concreta. Você tem um tumor de pâncreas que vai acontecer isso, isso e isso. Eu tenho uma série de exames que te comprovem isso e eu sei pra onde você vai caminhar, qual é o seu prognóstico concreto. E, de repente, você tá com esse diagnóstico, né, e você (...) fez dois, três, quatro, dez exames que comprovaram isso. Aí você, passa um tempinho, vai fazer esse exame de novo e não tem mais nada. Desapareceu isso. Do nada, né? Não sei, um milagre? Então, eu tenho isso que, que essas coisas possam acontecer sim. Eu acredito que aconteçam (E13, questão 10).

Em resposta à questão 11, ao tratar da interdependência e inter-relação dos seres, E13 fala de experiências de *déjà vu* e sentimentos de ligação inexplicáveis com usuários psiquiátricos.

O que eu vi e senti muito aqui, que muitas vezes eu chegava em algum lugar com algum paciente, eu sentia: eu já estive aqui, eu já estive com você, nós já tivemos essa conversa. Então, eu senti muito isso aqui. E quando um deles vinha com essa história “_ah, porque a gente tá interligado”, isso me cutucava um pouquinho, sabe? (...) uma coisa que sempre mexeu muito comigo. (...) Então, o que eu acho disso? Eu acho que é possível, porque eu já experimentei isso. Agora, se você me disser, “_ah, mas, assim, você sabe o que é?”, eu vou falar que não. Eu sinto que parece que a gente está interligado de alguma forma, né, mas eu não sei te explicar como. E quando eu perguntava pra um dos pacientes, me explica isso que você tá dizendo, ele não sabia explicar também, entendeu? Ele também não sabia, ele falava que era uma coisa que ele tava sentindo, entendeu? E ele estava sentindo aquilo, mas ele não sabia me explicar o que era e eu não sabia explicar também o que tava acontecendo. Não sei se

você já vivenciou essa experiência, porque tem muitas pessoas (...), todos tinham essas experiências também. Aqui, especificamente, né? (...) eu já tive experiências aqui sim (...). Desse sentimento mesmo, sabe? Já tive. Não foram poucas não. Foram muitas, muitas, muitas.

Após falar da interligação dos seres constituída de “*energias do universo*”, E14 relata casos tanto de profissionais como de usuários que podem sentir a qualidade da energia das pessoas:

Então, a gente é um ligado ao outro. (...) Pelas energias do universo que a gente vai encontrando. Por isso que eu acho que quando a gente chega perto de uma pessoa que não tem uma energia boa, a gente não se sente bem. Assim são os pacientes que tem, que é mais sensíveis, né? Não gosto de tal pessoa, ela é ruim. Mas, ele nunca viu, nunca... Como sabe que é ruim? Nunca nem chegou perto (E14, questão 11).

Como resposta à questão 12, E05 comunica que a partir das questões 10 e 11 percebeu duas ideias de integralidade, sendo uma delas mais espiritual, diferente da que definira na questão 7. Diante disto, perguntou-se a ele se poderia citar algum exemplo desta integralidade no seu histórico profissional na saúde mental. Em resposta, contou de uma usuária de quando trabalhava em outra Unidade do CAIS, que apresentava profundas alterações somáticas e de comportamento:

no começo eu trabalhei na psiquiatria (...). E mesmo você trabalhando, indo lá só pra exercer sua função, que é cuidar do clínico do paciente, você fica observando os pacientes (...). E aí você passa a observar. Mas, o que será que essa pessoa tem? Por que ela é diferente? Por que ela não tá no mesmo hemisfério, ou na mesma realidade que a gente? Tem, tem casos ali da X, que é uma paciente aqui do CAIS (...). Que ela, dentro da crise, ela se transformava numa pessoa totalmente diferente. Chegava entre os companheiros até comentar “_será que tem um espírito que tá nessa menina”? Porque ela se transformava da água pro vinho. Era algo, assim, inexplicável. Não só nas atitudes, mas na força, no jeito de falar, no jeito de agir. Complicado (E05, questão 12).

Classificada como conteúdo da subcategoria EXP encontra-se a pergunta que E05 faz em relação a afirmação do ser integral como alguém consciente do Divino: “_Pra atingir a integralidade, então, teria que ser uma pessoa, assim, aberta à totalmente novas experiências, no caso” (E05, questão 10)?

4.3.2.2.6. O silêncio e o barulho (SILB)

Esta categoria tem a frequência total de 25%. Reúne as subcategorias: “O turbilhão interior (TURB)” e “O silêncio interior (SILI)”, que representam, respectivamente, ocorrência em 20% e 5%. Todas as ocorrências aparecem relacionadas ao enunciado da questão 11, em

especial, à menção do trecho de Guimarães Rosa acerca do universo e seus silêncios barulhentos.

E10, E14, E15 e E21 apresentam conteúdos que falam do barulho interior:

O silêncio, né, às vezes você parece tão quieto e é um turbilhão, é barulhento por dentro. É inquieto. Com anseios, com desejos, com sonhos. É barulhento. De uma certa forma você é silencioso, parece silencioso, mas é barulhento (E10, questão 11).

No silêncio tem muito barulho. Quanto mais a gente fica em silêncio mais a nossa mente produz barulhos e a gente tem... Precisa do outro para conversar, desabafar. E precisa sempre de alguém (E14, questão 11).

Então, eu posso estar em silêncio, mas dentro de mim ou minha consciência, eu não sei, o meu eu, às vezes posso estar um eterno barulho, uma bagunça, que nem a psiquiatria, né? (...) Eu tô quieta, mas eu posso estar pensando, que nem o barulho, né? Estou pensando, a cabeça tá “ó”, maquinando, tá outra coisa (E15, questão 11).

Nossa. Esse silêncio barulhento do mundo ele dói até, né? (...) A questão das marés, né? A lua, a terra, a interferência na maré, né? (...) lembro que quando eu trabalhava na maternidade, tinha uma lua, que quando mudava a lua, coincidência ou não, tinha mais partos, acontecia mais nascimento, né? Então, eu acho que esse silêncio do universo é um silêncio barulhento nesse sentido, né? (...) a gente é interligado a tudo mesmo no Universo, a gente sofre todas essas interferências (...). Eu sempre penso que o homem é um homem conectado, é um homem que está anexado a tudo isso (E21, questão 11).

o ser humano ele não é silencioso. O ser humano é barulhento. E esse barulho, esse barulho é simbólico. (...) é tudo essas forças que envolve ele (...) com toda carga que ele traz, com a alma, com (...) [o] cosmo, essa energia. Acho que é tudo isso mesmo. (...) é um barulho do mundo, um barulho completo (...). Desde o meu eu, das cargas que eu trago, das minhas heranças genéticas, das minhas culturas, das culturas. De toda essa influência do Universo, com a influência dessa força maior, né? (...) E vou sair daqui com muitos barulhos hoje (E21, questão 12).

E16 inverte a ideia de um barulho interior para a de um barulho exterior:

às vezes você tá no meio de tanto barulho, mas a sua alma tá em silêncio, né? Seu coração tá em silêncio. Você precisa desse silêncio, né? Mas, à sua volta tá tudo normal, rodando (E16, questão 11).

4.3.2.2.7. História Local (HIST)

Considerando-se as vinte entrevistas, a categoria apresenta frequência de 10%, com ocorrências relacionadas exclusivamente às respostas da questão 11. E13 e E24 – um com mais de 20 e outro com mais de 30 anos de atuação na Saúde Mental – comunicam lembranças motivadas pelas frases de Zé Ramalho e João Guimarães Rosa, extraídas de *banners* dispostos no museu da psiquiatria adjacente ao CAIS.

E13 mencionou recordar-se das pessoas que apareciam nas fotos junto às frases (Figuras 3 à 5), de situações vivenciadas com elas e de que algumas já haviam falecido. Já E24 comunica

acerca da origem dos *banners*, relatando que fizeram parte de uma demanda coletiva por filosofia e ternura em um contexto de denúncia formal à uma realidade, então presente, de adoecimento profissional e desumanização:

Essas 3 frases, é, a gente colocou lá, foi uma época em que a gente precisava aqui dentro trazer a filosofia aqui pra dentro. Trazer a ternura aqui pra dentro, né? A gente dava com esses irmãos da gente de uma forma, é, completamente errada. E, quando eu entrei aqui eu achei isso uma barbárie. E eu fiquei doente, acho que 3 anos eu fiquei doente. Eu tive que me afastar daqui porque eu não suportava esse clima aqui dentro. Quando eu vim pra cá, eu vim com a intenção de destruir isso aqui. De destruir todo esse, esse processo de trabalho, que... O eletrochoque, a supermedicalização, o, o completo desprezo com o nosso irmão. E eu consegui. Então, eu fiz parte de uma equipe que a gente saiu pra denunciar isso, é, na secretaria. Foi quando a gente conseguiu dar pra secretaria, é, grandes oportunidades de intervenção aqui. Era a época da reabilitação, né? Então, a gente conseguiu que todo esse processo da psiquiatria viesse pra cá, fizesse essa intervenção e a gente, de fato, conseguisse implantar aqui um processo de trabalho humanizado (E24, questão 11).

4.3.2.3. Manifestações tergiversantes

Foram dez as URT obtidas para o tratamento dos conteúdos relacionados às manifestações tergiversantes. A partir de movimentos organizativos elas foram agrupadas em três CT. São elas:

- i) Tergiversações gerais: dificuldades, expectativas e circunstâncias (TGVG);
- ii) Tergiversações do Grupo B: Rohden, a pesquisa e a filosofia (TGVB);
- iii) Dificuldades com exemplos (DIF-EX).

Nos tópicos subordinados abaixo apresentam-se os resultados com os ETB referentes a cada uma delas.

4.3.2.3.1. Tergiversações gerais (TGVG)

Esta categoria acolhe as “Dificuldades (DIF)”, “Expectativas em relação à resposta dada (EXPC)”, “Qualificações sobre a pergunta (PER)” e “Circunstâncias pessoais (CIR)”. Respectivamente, considerando-se a entrevista completa como unidade de contexto, DIF ocorre em 75% das entrevistas, EXPC em 70%, PER em 15% e CIR em 15%. A categoria como um todo aparece em 90% das entrevistas.

Segundo se observa nas enumerações da exploração, conteúdos em DIF são explicitados em 65% das questões que tocam aspectos da filosofia de Rohden (Grupo B). Já nas solicitações de exemplos ou do entendimento pessoal acerca da integralidade, este número cai para 35% (Grupo A).

Seguem alguns exemplos de transcrições classificadas nesta subcategoria:

- “Difícil assim ser pego, né? Aquela coisa, a gente sabe, mas não sabe explicar, né? (...) ai, como eu vou explicar” (E02, questão 7)?
- “Ai, e agora, hein? É difícil, hein? Meu Deus do céu. Eu não sei nem como é que eu vou responder isso” (E03, questão 9).
- “Menino do céu, complicado isso, hein? (...) É que nem aquela ‘sei que nada sei’, né? O que eu vou te falar? Eu não sei o que te falar” (E12, questão 10);
- “E agora, como eu vou pôr? Porque às vezes vem um pensamento, mas aí pra falar é outra coisa. Que nem quando vai pôr no papel” (E14, questão 10).
- “É, não sei. (...) Ai, meu Deus, é muito viajante. Ai, não sei. (...) eu não sei” (E15, questão 10).
- “Eu não sei, né? (...) Nossa, eu sou ruim nisso daí” (E16, questão 10).
- “Assim, eu sou muito, como é que se diz? Eu não consigo falar sobre essas coisas aí” (E07, questão 11).
- “Precisaria de um tempo pra digerir isso. Você desculpa, estou com um pouco de enxaqueca” (E17, questão 11).
- “Eu sou do signo de Virgens, sou muito pé no chão (...). Não consigo esse abstrato. (...) eu acho que, não sei (E19, questão 11).
- “Não sei. (...) Sei lá. Não vou falar mais não. Vai pra próxima, senão eu me perco” (E21, questão 11).
- “Ai, é tão complicado isso, né? Nem sei o que te falar, porque... Ao mesmo tempo eu acho que, não sei (...). Não sei. (...) Sei lá. (...) Não sei. (...), eu não sei. (...) Ai, não sei. Às vezes, eles, vamos dizer assim, ai, não sei. (...) Não sei. (...) Ai, é complicado. Eu não sei nem o que te falar. Não sei” (E23, questão 11).

Para os conteúdos em EXPC, verifica-se maior ocorrência nas respostas às questões do Grupo A em relação às do Grupo B: 55% e 35%, respectivamente.

EXPC aparece em expressões como “não sei se é isso” (E04, E05, E15, E17, questão 7; E17, questão 10; E17, questão 11), “não sei se eu posso falar” (E11, questão 11). Também estão registradas no uso do verbo “achar” nas expressões como “acho que é isso” (E15, E19, questão 9; E03, questão 10).

Vejam-se alguns exemplos:

- “Não sei se é isso que você queria ouvir” (E04, questão 7);
- “Agora eu não sei qual que eu falei, qual que é o certo e qual é o errado” (E19, questão 7);

- “Eu falo muito, né? E rápido. Não sei se isso serve de um exemplo, porque foi uma forma geral, né? Não foi um caso específico” (E07, questão 8);
- “Agora, eu não sei se é nesse sentido que você tá perguntando que eu tô meio nervosa” (E11, questão 8);
- “Ai meu Deus. É que são muitos casos e eu tenho medo de não conseguir te narrar certinho. Eu preciso pensar bem. (...) Ai, acho que eu tô confundindo, né?” (E21, questão 9);
- “Penso assim. Não é? Você concorda?” (E12, questão 10);
- “Até tem uma frase, um versículo bíblico, não sei se eu posso falar” (E11, questão 11)
- “Não sei se seria isso. Você desculpa, não sei se é isso” (E17, questão 11);
- “Ajudei a contribuir? Não sei se foi muito confusa” (E02, questão 12);
- “Desculpa se eu não falei o que você precisava ouvir” (E18, questão 12).

A subcategoria PER registra-se na qualificação das perguntas como “*complexas*” (E15, questão 9; E10, questão 11), “*completas*” (E10, questão 12) ou excessivamente abertas (E05, questão 7).

Por fim, inseridas na subcategoria CIR, na resposta à questão 12, tanto E18, quanto E24 mencionam suas proximidades da aposentadoria. O primeiro também relata histórias familiares envolvendo a cidade do local de pesquisa, paixão pela psiquiatria e de quando fez um curso de especialização na instituição do pesquisador: “Vim e me apaixonei pela psiquiatria. E queria a psiquiatria, a psiquiatria mesmo. (...) fui fazer o curso de especialização na USP aqui em Ribeirão” (E18, questão 12). Também diante da última questão, E23 coloca: “trabalhei pouco, né, com essa integralidade aqui 3 anos, que acho que eu tenho que... Sei lá, vivenciar mais coisas” (E23, questão 12)

Na resposta à questão dos exemplos de desacordo com a integralidade, registra-se de E18: “já faz muito tempo que eu estou fora da assistência (...), não me lembro o que poderia estar fora” (E18, questão 9).

4.3.2.3.2. Tergiversações do Grupo B (TGVB)

Conteúdos desta categoria aparece em 65% das entrevistas. Ela é composta pelas seguintes subcategorias: “Concordância comunicada (CONC)”; “Juízos de valor acerca das ideias (JVL-ID)”; “Relação com a filosofia (FIL)”; “Considerações sobre a pesquisa (PES)”; e “Interesse no referencial teórico (INTE)”. Respectivamente, considerando-se a entrevista

completa como unidade de contexto, registram-se as percentagens: 35% (CONC), 30% (JVL-ID), 25% (FIL), 20% (PES) e 15% (INTE).

Da subcategoria CONC registram-se falas como: “acredito nessa parte que você leu pra mim” (E06, questão 10); “concordo com o que ele fala” (E07, questão 10); “concordo com o filósofo” (E11, questão 10); “acho que tem a ver mesmo” (E17, questão 10), “acho que é como você falou” (E18, questão 10), “acho que ele tá certo (...), acho que faz sentido” (E15, questão 11); e “acho que sim, que existem seres interligados” (E22, questão 11).

Inseridas na subcategoria FIL há os seguintes ETB:

- “Ele fala bem genérico assim, bem amplo, fica difícil fazer algum comentário. Ainda mais filósofo, né?” (E02, questão 10);
- “Você é formado em filosofia, eu não entendo, mas... Filosofia não tem aquela coisa de religião, né? (...) É filosofia... Eu não sei te falar assim, ao certo. É viagem. É viagem, mas eu não consigo viajar não”. (E15, questão 10);
- “É extremamente filosófico tudo isso aí. Então, eu de filosofia... (...) Acho extremamente filosófico e eu não consigo acompanhar o raciocínio dele pra diluir esse, isso tudo que ele fala, não.” (E18, questão 10);
- “Não entendo de filosofia nada, mas eu acho que faz sentido.” (E15, questão 11);
- “Eu não consigo entender muito bem essa parte de filosofia não, viu? Não me entra muito na cabeça essas coisas não” (E16, questão 11).
- “Qual que é a sua formação? (...) Ah, Deus é pai discutir com filósofo! Ih, eu não sou... Nó!” (E07, questão 12).

Como conteúdos pertencentes à JVL-ID, quando referentes à questão 10, aparecem adjetivações como: “bem genérico”, “bem generalizado”, “solto”, “bem amplo” (E02, questão 10), “profundo” (E05, questão 10) e “extremamente filosófico” (E18, questão 10). Também há uma associação da pergunta como sendo “quase uma pergunta de religião” (E10, questão 10) e uma atribuição do compreendido do enunciado a um possível desconhecimento de Rohden à saúde mental (E13, questão 10). Do enunciado da questão 11, aparecem qualificações como “bem confuso” (E17, questão 11) e “conversa de louco” (E10, questão 11). Nota-se que, desta última adjetivação, pode haver relação com os usuários do CAIS, uma vez que E10 se refere às proposições do enunciado como “*frases dos nossos pacientes*” (E10, questão 11).

Três profissionais tergiversam apresentando conteúdos em INTE. E17 comenta que ficou “até interessada nessa literatura” e que depois gostaria de “pegar o nome do autor e ler algo a respeito” (E17, questão 11). E18 diz que, voltando a estudar, gostaria de “ter maior conhecimento à respeito” da integralidade conforme apresentada por Rohden (E18, questão 12).

E21, além de contar de seus movimentos de procura pela obra do autor, indica compartilhar da curiosidade pelo trabalho e futuro da pesquisa:

Fiquei curiosa do teu trabalho. Gente, vai ser muito interessante, como é que você vai conduzir o teu trabalho. Eu acabei lendo um pouquinho sobre esse autor e vi que ele tem livros, né? Eu nunca li livros dele, tá, só saber um pouquinho quem é, o que que se trata (...). E eu vi que ele trabalha com essa questão, dessa força, dessa infinitude, né (E21, questão 10)?

Esta última resposta também participa de PES, assim como as seguintes:

- “Mas, é um tema muito complexo, viu? Isso tem que ser estudado profundamente mesmo” (E05, questão 11).
- “Me assusta. É um tema assim que (...) é algo totalmente desconhecido (...). É algo a ser estudado ainda e compreendido, né? (...) é bacana, um tema muito bom” (E05, questão 12).
- “Achei muito curioso. Eu achei muito curioso, achei legal, interessante (...). Diferente, nunca tinha lidado assim com essas ideias” (E10, questão 12).
- “Eu acho que é legal essa pesquisa, (...) é legal o seu tema” (E15, questão 12).

4.3.2.3.3. Dificuldade com exemplos (DIF-EX)

Esta categoria, presente em 30% das entrevistas, aparece como consequência das questões que solicitam exemplos de acordo e desacordo com a integralidade no dia-a-dia dos serviços de saúde mental.

São encontrados os seguintes ETB:

- “É, na verdade, eu acredito que ela tá no dia-a-dia mesmo, assim. Um caso isolado não vai ter porque, assim, a gente precisa tratar o ser humano como um todo mesmo” (E02, questão 8);
- “Olha, tem muitos casos que hoje a gente tem nisso, aqui” (E13, questão 8);
- “Olha, um caso, é que tem mui... Nós tivemos muitos casos aqui, né? Então, assim ó... (...) Então, isso acontece bastante, não é um caso só não, tá?” (E13, questão 9);
- “Ah... Deixa eu ver... Nossa, são tantas coisas que acontecem, vamos ver uma coisa que me marcou” (E15, questão 8);
- “Assim, não teria assim um caso específico, porque nós trabalhávamos na época, nós tínhamos cinquenta e tantos, chegou até uns 56 pacientes” (E18, questão 8);
- “Eu acho que no dia a dia, a gente vê muita coisa, mas assim... Não sei, não saberia explicar pra você um caso, assim, específico que eu me lembre” (E18, questão 9);

- “Olha, é, eu acho que tem vários casos que poderia citar” (E21, questão 8);
- “Ai meu Deus. É que são muitos casos e eu tenho medo de não conseguir te narrar certinho. Eu preciso pensar bem” (E21, questão 9);
- Olha, é, tem vários casos, né? Que eu trabalhei tanto na área... (E24, questão 8);
- “Com a integralidade? Ah, nós temos vários desacordos, né?” (E24, questão 9).

Segundo se verifica nos ETB que contextualizam cada frase acima registrada, dos seis profissionais que registraram conteúdos desta categoria tergiversante, cinco efetivamente citam exemplos de casos singulares (E13, E15, E18, E21 e E24), ainda que alguns, como E18, mencione muito brevemente e E24 apresente apenas uma construção mais geral (quando em resposta à questão 9). E02 e E18 (ambos na questão 8) apresentam apenas construções generalizadas.

4.3.2.4. Conteúdos variados

Foram quatro as URT encontradas para o tratamento dos conteúdos variados atrelados a questão 12. A partir de movimentos organizativos elas foram agrupadas em três CT. A saber:

- i) O lado negativo da tecnologia (TEC);
- ii) O visível e o invisível (VSV);
- iii) Integralidade subjetiva (SBJ)

Nos tópicos abaixo apresentam-se os resultados com ETB referentes a cada uma delas.

4.3.2.4.1. O lado negativo da tecnologia (TEC)

Esta categoria abriga conteúdos de duas entrevistas (10%). Delas são extraídos os seguintes ETB:

A tecnologia é bom? É ótima. Tem muita coisa importante que veio com a tecnologia? Tem. Mas, as pessoas ficaram muito engessadas naquilo. Você pega, você vai num lugar (...). Senta num restaurante, num lugar, pra ver se tem muita gente. Principalmente, mais entre jovens. Se tem gente conversando assim, batendo um papo. Tá tudo ali com seu celularzinho, ó. Então, hoje as coisas acontecem, você não fala mais com pessoas, você fala com máquina. Daqui há pouco, eu não sei. Daqui há pouco vai ser tudo. Porque você vai até... Eu tava vendo, no Japão, até em restaurante tem... Vem lá os robosinhos com a bandejinha que vai te servir. No avião, é robô que vai te servir. Você vai falar com máquina. E onde fica o seu coração? Né? A coisa humana, que te traz sentimento, que te traz amor. Porque senão não vira nada. Não vira. E o que que a gente vai ter? São essas guerras que acontecem lá nesses países, né? Que estão destruindo tudo. (...) Tudo determinado, tudo agendado, tudo, é muito matemático, né? Então, eu já sou mais coração (E18, questão 12).

Porque é tão desagradável, às vezes, na equipe, a gente sabe que onde existe um grupinho de ser humano, duas, três pessoas, tem discórdia. Então, às vezes, você vê o colega discutindo com o outro e aí você vê aquele clima depois. Um não quer falar com outro, um exclui do “face”. Você fica tão... Parece que você vira até o intermediário entre eles ali. Então, isso é desagradável. É muito bom você saber entender o colega e não ter aquela história “estou de mal” (E11, questão 12).

4.3.2.4.2. O visível e o invisível (VSV)

Esta CT constrói-se sobre duas entrevistas (10%) abrangendo as seguintes subcategorias: “Duas integralidades (DUAS)” e “Falta de evidências científicas (EVD)”.

Em relação à DUAS, há as seguintes ocorrências:

Eu imaginava que a integralidade era outra coisa. Puxava mais pro lado profissional (...), a rotina diária. (...) Mas, depois entendendo um pouco sobre o assunto (...), é algo totalmente desconhecido, é algo que a gente aqui vive demais, na psiquiatria, apesar de não focar e nem prestar muito atenção nos fatores que estão ao redor. Mas, existe. E... É algo a ser estudado ainda e compreendido, né? Não tá bem claro ainda (E05, questão 12).

Eu começo dizendo de uma coisa bem concreta, que é a integralidade pra mim e você leva prum lado mais do abstrato, né? Da consciência tal, né? (...) Então, talvez, existe coisas além do que a própria área acadêmica nos treina que sejam coisas que ficam pra gente pensar (E13, questão 12).

Há outros conteúdos de E05, desta vez relacionados à EVD:

Pelo o menos no meu ponto de vista ele não é um tema, assim, muito fácil de ser compreendido porque não tenho ainda fatores ou até estudos (...) que nos garanta que tal coisa exista. (...) Por mais que eu vou discutir (...) não vou chegar numa conclusão. Por falta de, de provas, de conteúdo (E05, questão 12).

4.3.2.4.3. Integralidade subjetiva (SBJ)

Registra-se uma ocorrência (5%) nesta categoria temática. Trata-se da fala de E24:

acho que a integralidade ela veio pra gente, no cuidado, como forma de refletir a gente como ser humano. Onde a gente tá colocado no Universo, né? (...) Eu acho que a integralidade foi uma forma de me realizar enquanto profissional. E ser humano (E24, questão 12).

5. DISCUSSÃO

5. Discussão

Neste capítulo, a partir dos resultados obtidos envolvendo categorização, processos enumerativos e retorno aos ETB, apresentam-se pensamentos, relações, inferências e interpretações, em geral, a partir de literaturas apresentadas na introdução.

Para os conteúdos associados às categorias temáticas que auxiliam no sentido do Objetivo 1 – da identificação da integralidade para os profissionais – são propostas relações com as várias formas da integralidade em saúde sintetizadas no Quadro 2 e com as conclusões de alguns dos artigos científicos obtidos na revisão sistemática exposta em 1.1.16.

Em relação ao Objetivo 2 – da busca por interlocuções com o pensamento de Huberto Rohden – são retomados pontos específicos da vida e obra do autor, colocando-os em conversação com os conteúdos analisados. Especialmente, buscando atender as possibilidades de diálogo com a integralidade de viés metafísico, são propostas atividades pedagógicas a serem desenvolvidas com profissionais da saúde. Imagina-se que poderão ser melhor fundamentadas, planejadas e testadas em práticas futuras, inclusive com profissionais da mesma instituição de pesquisa, como forma de contribuição e retorno do pesquisador.

Das manifestações tergiversantes e dos conteúdos variados são propostas inferências, reflexões e suposições baseadas nos resultados observados e suas possíveis relações com os objetivos. Quando cabível foram apresentados elementos diversos da literatura para fomentar a discussão.

5.1. Objetivo 1: identificando a integralidade dos profissionais

A identificação da integralidade para os profissionais valeu-se, basicamente, das três perguntas iniciais, ainda que as outras questões, por virem posteriormente, também tenham trazido elementos para o cumprimento do objetivo. As questões foram as seguintes: “7) Pra você, o que é Integralidade?”; “8) Descreva ou relate um caso em seu histórico profissional na saúde mental onde acha que a Integralidade aparece?”; “9) Descreva ou relate um caso que acha que exemplifica um desacordo com a Integralidade na Saúde?”.

Cada categoria temática sugerida permite a construção de interpretações acerca de como a integralidade aparece para os profissionais de saúde entrevistados.

5.1.1. O cuidado e o olhar humanizados (HUM)

Os resultados da análise temática por esta categoria indicam que os profissionais de enfermagem reconhecem o conceito de integralidade inseparável da prática do cuidado. Além disso, o ato de cuidar ou prestar assistência aproxima-se de colocações que trazem a noção do humano e da humanidade inserido na complexidade e diversidade, tocando em aspectos da inclusão social e da empatia. Desta forma, percebe-se que no meio profissional da enfermagem em saúde mental não há sentido falar em integralidade sem considerar uma relação intrínseca com o cuidado.

Esta constatação é coincidente com o que aparece refletido na síntese da exploração introdutória sobre o conceito de integralidade apresentada no Quadro 2. Basta verificar que em todas as perguntas que apoiam as oito formas de integralidade identificadas está presente o termo “cuidado integral”. No contexto em discussão destaca-se do quadro o item 6, “Integralidade nuclear”, cuja resposta à pergunta que o acompanha coloca a pessoa humana como centro ou núcleo do cuidado.

Infere-se a percepção da integralidade em saúde participando da ideia filosófica que acompanha tanto a alegoria de Higino (AYRES, 2004) quanto as reflexões de Leonardo Boff (apud SILVA et al., 2005). Estas trazem o cuidado como realização existencial do humano no mundo ou, dito de outra forma, apresentam o processo de humanização radicalmente sustentado em atitudes de curadoria, conservação e cuidado.

A centralidade da pessoa associada à integralidade resulta em respeito à dignidade, às diferenças e aos direitos humanos. A análise de conteúdo apresentou depoimentos em que os profissionais apontam desvios desta atitude na medida em que reforçam estigmatizações e classificações psiquiátricas. Neste sentido, embora se refira à uma recordação do passado, é ilustrativa a comunicação de uma participante acerca da denominação “ignorada 21” para se nomear uma usuária dos serviços de saúde. No presente, tanto no CAPS quanto nos núcleos de internação, fala-se de estigmas em relação aos usuários de drogas e portadores de transtornos mentais graves como a esquizofrenia.

Também ilustrativo é a fala de outra participante de que o “CID da psiquiatria vai estar sempre na frente”, resultando em um cuidado incompleto que ignora o “direito a ter outros problemas”, sejam os de aspectos sociais, sejam os relacionados à comorbidades.

Este problema da fragilidade da integralidade da atenção evidenciada na generalização e objetificação dos usuários pelos profissionais e na desqualificação da singularidade dos usuários aparece em Schimith et al. (2013). Os resultados do estudo apontam, inclusive, que há

participação de enfermeiros neste processo, exigindo-se aprofundamento da reflexão sobre a prática da profissão, situada em um padrão de relacionamento que denomina de colonialista, no qual nem trabalhador e tampouco usuário são reconhecidos como sujeitos.

A postura de pré-julgamentos aparece relacionada a um horizonte limitado e parcial que conduz à não escuta das histórias do usuário. Neste sentido, a integralidade identificada nos depoimentos aproximam-se das denominadas integralidades das habilidades e dispositivos (item 5 do Quadro 2). Embora não pronunciados explicitamente, tanto a habilidade da escuta qualificada – ligada ao saber ouvir, sentir e aproximar-se – quanto os dispositivos de humanização – a clínica ampliada, a anamnese ampliada ou história clínica ou *psi* – são elementos encontrados na literatura que podem conversar com estes conteúdos.

Especificamente na área de enfermagem, a consulta de enfermagem ampliada, como visto no estudo consultado de Machado et al. (2013), mostra-se como tecnologia leve que possibilita o acesso a situações de vida dos usuários dificilmente reveladas na consulta tradicional. Neste ponto, a integralidade toca o assunto das tecnologias do cuidado (MERHY, 2020). No Quadro 2, conversam com as integralidades da totalidade-complexo, em especial as do item 1.7, que respondem como abrangência total os tipos de tecnologia em saúde, dentre as quais aparecem as leves ou relacionais.

O artigo reflexivo e exploratório de Galvis López (2015) também pode participar desta conversa. O trabalho aponta a enfermagem psiquiátrica como articuladora de valores que enfatizam o humano no processo de cuidado. Neste contexto, sugerem-se variadas teorias e modelos especialmente trabalhados e utilizados na área que podem inspirar os profissionais na valorização de habilidades como a escuta ativa, acompanhada da valorização do silêncio, do compromisso emocional e da presença autêntica.

Os resultados da análise apontam como obstáculo à escuta e à consideração da historicidade – consequentemente, à integralidade – um olhar centrado na patologia. Uma das participantes que apresenta conteúdos neste sentido remete-se à lembranças de sua formação universitária há mais de vinte anos, afirmando que era a tônica uma orientação para o não envolvimento do profissional de enfermagem com aspectos para além da doença diagnosticada. Em contrapartida, ela e outros participantes da pesquisa remetem à avanços na ampliação deste olhar.

A percepção destes avanços coaduna com o que coloca Galvis Lopez (2015) de que, na atualidade, ainda que o olhar em saúde mental siga centrado em patologias cerebrais ou do sistema nervoso, a enfermagem psiquiátrica enriquece-se pelos aportes da psicologia, da sociologia e da própria enfermagem. O trabalho mencionado também apresenta que é no século

XX que surgem novas teorias sobre as relações interpessoais, ambientais e emocionais como dimensões da enfermidade mental, impulsionando tratamentos acolhedores do singular do comportamento humano.

A ênfase na centralidade da patologia guarda relação direta com a racionalidade biomédica e sua perspectiva anátomo-funcional e planificadora. Esta, segundo apontam estudos como os de Magalhães e Alvim (2013) e Veliz-Rojas et al. (2017), encontra contrapontos na “visão holística” e na dimensão humanista que supera a técnica e a atenção planificada, características apresentadas como inseparáveis da enfermagem. Os trabalhos também sugerem uma relação da área com posturas e atitudes fundamentais presentes nas PICS. Ainda que nenhum dos participantes tenham se referido diretamente à este tipo de práticas, convém trazê-las para a conversa na medida em que a sugestão de suas aplicações aparecerá como elemento crucial no encontro de um sentido aplicável para este trabalho de pesquisa.

Em relação ao que se pronuncia como falta de escuta, a análise dos conteúdos permite traduzi-la também como carência de escuta às necessidades de saúde ou, então, como falta de empatia. Inversamente, a presença destas características é integralidade para os profissionais: em conformidade ao sintetizado no Quadro 2: no item 1.1, das integralidades da totalidade-complexo (quando todas as necessidades de saúde são atendidas); e no item 5.2, das integralidades das habilidades do cuidado (prática da empatia).

Alguns profissionais entrevistados mencionam ações do tipo: perceber “de forma integral as necessidades” ou enxergar as “reais necessidades” dos pacientes. Ainda que não se possa afirmar com certeza, suspeita-se que o uso desta terminologia, de alguma forma, remete ao conceito de “necessidades de saúde”, cuja teoria se desenvolve a partir da década de 1990, com os médicos sanitaristas Emerson Elias Merhy e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. Como ilustração da possível força e presença do conceito, Fonseca Viegas e De Mattos Penna (2015) evidenciaram que subjacente a todos os sentidos da integralidade nas falas apresentadas por profissionais de saúde de equipes de ESF aparecia o princípio de direito universal de atendimento às necessidades de saúde.

Como visto no capítulo introdutório desta dissertação e reproduzido no Quadro 2, a noção de necessidades em saúde constrói-se em quatro grupos principais, com a intenção de servirem de guias práticos para a ampliação do olhar e da escuta dos profissionais de saúde: i) boas condições de vida; ii) tecnologias de melhoramento e prolongamento da vida; iii) vínculos afetivos confiantes e duradouros com profissionais da saúde; iv) crescente autonomia na construção de sentidos para a vida. De todos os grupos, procura-se avançar da mera

compreensão de uma falta de algo para se fazer uso, rumo à ideia de problemas sinceramente vividos por organismos desejantes para existir e ser parte do mundo.

A empatia, noção que aparece em quase metade das entrevistas com os profissionais, é identificada como característica da integralidade. Além de uma atitude de colocar-se no lugar do outro, fala-se de um trabalho “mais humano”, que possibilite “tratar o outro como um ser humano”. Trabalhos de tradução de escalas de mensuração de empatia, como o de Scarpelini et al. (2014), apresentam elementos para diálogo possivelmente valiosos. Isto é assim na medida em que permitem observar, via distinção classificatória, comportamentos que seriam reconhecidamente empáticos e quais não seriam. No trabalho citado, por exemplo, dez ações são nomeadas, indo desde deixar o outro contar sua história, até ser positivo ou explicar claramente sem ser vago.

Muito da integralidade identificada como cuidado humanizado aparece na forma de críticas à falta dela ocasionada, sobretudo, por elementos que a prejudicam. Isto pode ser justificado pelo fato de uma das questões da entrevista estimular os participantes a pensarem em casos de desencontro. Em artigo que se propôs a refletir sobre a integralidade no contexto da enfermagem, Fontoura e Mayer (2006), a partir de entrevistas com catorze enfermeiros atuantes no nível primário de atenção obtiveram que os profissionais, mesmo diante de dificuldades, tentam aplicar a integralidade, construindo práticas cotidianas de acolhimento e humanização. O mesmo pode ser constatado na presente análise de conteúdo.

Variados profissionais entrevistados apresentaram situações de cuidado onde o acolhimento e olhar ampliado à complexidade humana, às singularidades e às necessidades fizeram-se presentes. A integralidade identificada enquanto olhar para o todo ou cuidado do todo avança da pura abstração para casos concretos de assistência. Neste sentido, pronunciam-se cuidados oferecidos durante tempo integral em que o profissional assume postura de referência contínua do usuário. Este tipo de atenção aparece como oposta à posturas do passado, quando cada profissional responsabilizava-se por uma parte do cuidado. Conteúdos das entrevistas também passam por práticas de atenção à úlceras e lesões ao mesmo tempo que cuidam de gostos, vontades e emoções pessoais, contato com familiares e demandas por religião. Em relação ao Quadro 2, pode-se identificar tanto a integralidade que passa pela consideração total das dimensões do humano (item 1.3), quanto aquela ligada aos dispositivos de saúde ampliada que envolve a ideia das equipes de referência (item 5.1).

Esta postura cotidiana, na qual os profissionais de enfermagem identificam a integralidade, harmoniza-se com o estudo reflexivo e de análise crítica de literatura de Salviano et al. (2016) sobre o cuidado em enfermagem. Este, além de uma base biológica – afirma o

estudo – possui bases históricas, teóricas, filosóficas, espirituais e sociais da profissão. O cuidado oferecido pelo profissional de enfermagem aparece já conceitualmente como uma assistência humanizada e integral de compreensão ampliada.

Nos conteúdos comunicados pelos profissionais sobre este horizonte ampliado da integralidade há, além dos exemplos, falas mais teóricas, conceituais ou classificatórias. A terminologia é variada: fala-se no considerar do dentro/fora, do visível/invisível, do sentimento, do amor, das influências da alma, das energias, das heranças genéticas, dos traços culturais, da doença, da parte medicamentosa e das dimensões física, clínica, biológica, psíquica, psicológica, emocional, volitiva, ocupacional, educacional, financeira, religiosa, espiritual, mental, social, cultural, familiar, etc.

Toda esta variedade terminológica que aparece – e que renderia possibilidades variadas de conversações filosóficas ou, ao menos, etimológicas – relaciona-se à humanização do cuidado identificada com a integralidade. Neste âmbito da utilização das palavras, os resultados da exploração dos dados das entrevistas indicaram baixa ocorrência das terminologias vinculadas à humanização: apenas duas entrevistas. Pode-se interpretar que, ainda que o tema seja de grande força na integralidade identificada junto aos profissionais, o uso do termo e a possível construção de pensamentos com o conceito de humanização são escassos. Dada a existência de grupo de trabalho na instituição de pesquisa, infere-se que talvez existam poucas discussões a relacionar os conceitos ou, então, pouca repercussão dos temas ali estudados e trabalhados em meio aos profissionais.

Também foi observado que falas de associação da integralidade à Reforma Psiquiátrica são raras, ainda que os participantes da pesquisa atuem em um serviço psiquiátrico diretamente afetado pela Reforma. O resgate histórico se deu em meio a dois profissionais. Um deles chegou no início da transição legalmente decretada em 1999, quando da alteração da denominação de Hospital Psiquiátrico para Centro de Atenção Integral à Saúde. O outro apresentou-se como tendo papel ativo nesta transição. Pode-se inferir que tenham faltado estímulos e discussões junto aos profissionais no sentido de apresentar a integralidade também enquanto uma importante reivindicação do movimento da Reforma Psiquiátrica.

A integralidade do cuidado humanizado também aparece como inclusão social do usuário. Junto à síntese proposta no Quadro 2, percebe-se que tal inclusão dialoga com as integralidades da organização, em especial as que consideram as estratégias atentas ao território e à família (2.1). Também conversam com as integralidades do usuário, que resgatam para este seu papel de participação social, seja em decisões que influenciam sobre seu próprio processo de saúde-doença (com graus de empoderamento e autonomia), seja em relação ao seu

pertencimento social nas comunidades (7.1). Neste último aspecto, há uma direção coincidente no estudo de Ely et al. (2017). A partir de investigação com usuários que passaram pela fase aguda em uma unidade de internação psiquiátrica de um Hospital, sugere-se o envolvimento dos profissionais da saúde mental com a promoção de ações de integralidade voltadas à corresponsabilização, empoderamento, autocuidado, prevenção de crises, reconhecimentos da sintomatologia e significados singulares.

Dos depoimentos da integralidade como inclusão social, um dos entrevistados situou o pertencimento nos limites da própria instituição. Em um sentido aparentemente inverso do usual, chega a citar a recomendação de desinstitucionalização colocada no projeto terapêutico do CAIS como uma ameaça à esta integralidade. A presença deste direcionamento contraditório com os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial permite perceber a existência de discussões singulares. Podem existir casos de usuários que estejam mais socialmente incluídos, em integralidade, dentro de muros do que fora deles – tanto na afetividade, quanto no empoderamento. Como justificativas participam especialmente argumentos de muitos anos de internação e mesmo a impossibilidade de reestabelecimento de laços familiares. No caso específico levantado pela participante da pesquisa cita-se uma usuária há mais de quarenta anos institucionalizada, que teria encontrado sua casa e seu meio social.

A integralidade do cuidado humanizado voltada para os profissionais aparece diretamente em apenas uma das entrevistas, na forma de uma reivindicação. Apesar da presença unitária, a relevância de sua ocorrência pode ser relacionada à depoimentos que tocam as integralidades do trabalho transversal (item 4 do Quadro 2). Se há cuidado integral do profissional de saúde deve haver cuidado integral em seu ambiente de trabalho e nas relações ali estabelecidas e cultivadas.

5.1.2. Trabalho multiprofissional e construção coletiva (MTP)

A consideração deste tema coloca a integralidade para os profissionais identificada ao trabalho em saúde desenvolvido como um coletivo. Esta coletividade é composta tanto por equipes locais de trabalhadores quanto por diferentes serviços e setores, internos e externos. Também a compõem usuários, familiares e os diferentes ramos de atuação e de conhecimento. Pode-se afirmar que a integralidade está aqui identificada como o funcionamento ótimo desta coletividade, com união e cooperação coesa e contínua.

Dos resultados obtidos, destacam-se críticas à falta de continuidade do cuidado. A fala de um dos participantes traz à tona expressão que bem ilustra este sentido crítico: nada-se, nada-

se e morre-se na praia. Alegam-se carências de pontos de retaguarda profissional e de uma rede de apoio externo, sinais de fragmentação dentro e fora dos serviços de saúde. Tais falas induzem a pensar o problema encontrado por Silva et al. (2015), em relação à implantação da ESF, da existência concomitante de modelos individualistas e integrais, tornando os serviços concorrentes e fragmentados.

A carência de continuidade também aparece associada ao problema das reduzidas contratações na saúde mental ou da falta de profissionais em setores específicos, como nos CAPS. Tais queixas coadunam-se com os problemas de carência na rede da ESF (WETZEL et al., 2014) e a escassez de profissionais da APS (JORGE et al., 2014).

Arelado a descontinuidade dos serviços, há participantes que apontam a falta de visitas domiciliares aos usuários – uma importante ferramenta ou dispositivo da integralidade (BRITO et al., 2013; DA SILVA et al., 2011; COIMBRA et al., 2011). Também são apontadas como sinais de desacordo com a integralidade a falta de vagas de trabalho ou cursos profissionalizantes nos CRAS, além da falta de vagas para agendamentos médicos e psicológicos externos ao CAIS.

Em sintonia com o levantado por Medeiros et al. (2016), de que a promoção da integralidade e da humanização na gestão do cuidado em enfermagem envolve a inter-relação entre serviços de apoio, recursos materiais, profissionais, usuários e familiares, a rejeição familiar aparece como ponto que contribui para a falta de integralidade. Citam-se casos em que a família delega à instituição, de forma agressiva e intolerante, desde aspectos relacionados ao alcoolismo dos parentes usuários, até mesmo o velamento e enterro dos corpos dos parentes que vieram à óbito.

Outro ponto que aparece em destaque refere-se às recorrentes e repetidas internações de usuários, em especial nos núcleos de álcool e drogas. Trata-se de uma ocorrência que poderia ser caracterizada, conforme dito por um dos profissionais, como um tipo de institucionalização que chega, inclusive, a ser comunicada ao Poder Judiciário. Como causas deste problema, alegam-se a falta de suporte social externo ou, então, aspectos morais e psicológicos, de que os usuários se movimentariam em busca de cuidados institucionalizados diante dos problemas e dificuldades de uma vida não institucionalizada.

Revisão integrativa de Silva et al. (2014), que explorou as concepções de integralidade na APS, encontrou a intersetorialidade, a corresponsabilização e a longitudinalidade entre os aspectos de consolidação do conceito. Esta última mistura-se à integralidade, ainda que figure como diretriz distinta do SUS na PNAB. Nesta Política, define-se como sendo a “continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização (...) ao longo do tempo

e de modo permanente e consistente”, prezando pelas informações do histórico de saúde da pessoa e a manutenção de referências para um cuidado organizado e coordenado (BRASIL, 2017f).

Diante do Quadro 2, há ao menos duas integralidades da totalidade-complexo que conversam com a integralidade enquanto longitudinalidade e continuidade. No item 1.8 tem-se que todos os setores responsáveis por direitos sociais participam do cuidado: sistemas de saúde, de educação, de assistência social, organizações comunitárias, equipamentos de lazer, mobilidade, alimentação, trabalho, moradia, segurança, etc. E no item 1.9 participam todos os níveis, esferas de governo e tipos de serviços: três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), três esferas de governo (municipal, estadual e federal), serviços do SUS e serviços de saúde suplementar (planos de saúde e serviços privados).

Para que o cuidado integral receba acolhida possível em todos estes setores e esferas, deve apresentar uma continuidade, ou seja, contato entre os componentes e passagem de um ao outro. Para tanto, necessita-se de uma comunicação aprimorada. Sendo assim, aproximam-se da conversa as integralidades de comunicação, especialmente as traduzidas em posturas voltadas à articulação integrada de diferentes focos de trabalho, o apoio mútuo nas limitações, a co-responsabilização sobre usuários, etc (item 3.2, no Quadro 2).

A organização é uma das ideias-chave da comunicação na integralidade. Ela ajuda a definir outro importante grupo de integralidades: da organização. Na literatura em saúde encontramos tentativas de resposta à pergunta sobre como devem se organizar as redes de cuidado integral. Uma delas caracteriza o item 2.1 do Quadro 2, enfatizando a APS como sede organizativa, atuando pelos conceitos de território, família, condições crônicas e o par “equipe de referência / apoio matricial”.

Deste par – cujo apoio matricial se mostra como importante investimento para a continuidade na linha de cuidado em saúde mental (ELY et al., 2017) – a ideia de referência é a que aparece nas entrevistas. Ainda que originalmente pensada na APS, a realidade de ser um profissional de referência, acompanhando um usuário ou um grupo de usuários, aparece em meio aos profissionais do CAIS. Ser referência, idealmente e desde a atenção primária, é transformar-se numa espécie de “segundo usuário” (BRASIL, 2010a, p.38), acompanhando sua acolhida e cuidados nos variados pontos e serviços.

As equipes de referência e o apoio matricial também figuram como dispositivos de saúde ampliada e de humanização ao lado da clínica ampliada, das PICS e do PTS. Todos aparecem como constituintes das integralidades das habilidades dispositivos evidenciadas no Quadro 2 (item 5.1). Especialmente no que diz respeito ao PTS, há menção à sua

inoperabilidade em virtude da descontinuidade. Diante de várias necessidades de saúde levantadas, tendo em conta a falta de acolhimento externo, o projeto acaba por conseguir realizar apenas uma mínima parte. É o que acontece no caso mencionado do projeto de uma usuária do núcleo de álcool e drogas, onde apenas o aspecto físico-biológico da desintoxicação foi contemplado e ainda com grandes riscos de retorno do problema.

Os participantes da pesquisa não dizem de equipes de referência. Porém, assim como falam isoladamente da referência, pronunciam-se à respeito das equipes como constituintes da integralidade. Contam de casos de sucesso no cuidado derivados da harmonia, coleguismo e união coletiva na equipe de profissionais. Alguns participantes colocam o conceito de engrenagem, um deles identificando a equipe integrada como uma equipe “engrenada”.

A imagem da engrenagem pode limitar a compreensão exclusiva de um funcionamento mecânico e previsível. Talvez seja valioso o contato dos profissionais com o conceito de trabalho vivo em saúde (MERHY, 1997; CECÍLIO; MERHY, 2007), por apontar possibilidades de operações mais orgânicas e criativas. O trabalho integrado também pode ser um espaço de constante diálogo entre as prescrições mecânicas (engrenadas) e as atualizações-criações de novas, originais e singulares formas de se trabalhar (BRASIL, 2009b, p.12).

A integralidade enquanto trabalho multiprofissional e construção coletiva também aparece em meio aos relatos de desacordo. Nas entrevistas encontram-se críticas às equipes desarranjadas, em que não há acordos e predomina dificuldade de comunicação. Significativo quanto à esta realidade, uma das entrevistadas relata problemas de excessiva relação vertical, com decisões prontas e autoritarismo. Este último é destacado como sendo característica específica de profissionais enfermeiros, em contraste com uma apontada boa relação com os médicos psiquiatras.

O problema das relações interpessoais no trabalho em saúde está documentado na literatura científica como um de seu objetos de estudo. Colimóide et al. (2017), no contexto da ESF, verificou que os profissionais da enfermagem apresentam a integralidade relacionada à condutas da ética pessoal e interpessoal. Pensando a metodologia do apoio matricial e da equipe de referência para o trabalho interdisciplinar em saúde, Campos e Domitti (2007) evidenciam as barreiras subjetivo-psicológicas e culturais do trabalho em grupo. O estudo também supõe um modo predominante de funcionamento nas instituições contemporâneas, incluindo as da saúde, a reverberar ambientes de elevada concorrência.

Leonello e Oliveira (2010) afirmam a integralidade do cuidado como competência fundamental a ser desenvolvida na formação inicial em Enfermagem. Reconhecem que atrelado à necessária recusa ao reducionismo e objetificação do sujeito, faz-se consequência abrir-se ao

diálogo e a um “saber fazer integrado”. Sugere-se, neste sentido, compatibilidade com um modo democrático de atuar, semelhante à perspectiva de Paulo Freire. Viegas e Penna (2013), investigando o cotidiano de equipes de ESF, concluem a interdisciplinaridade como valor necessário, apesar de ainda não ser uma prática cotidiana. Identificou-se a necessidade de uma maior interação, além de uma percepção hegemônica por parte dos trabalhadores de que o trabalho em equipe torna possível potencializar as ações em saúde.

Na síntese do Quadro 2, a relação integral entre os profissionais aparece nas integralidades do trabalho transversal. Além de identificar-se à transdisciplinaridade e trabalho multiprofissional (item 4.1 do Quadro 2), a integralidade aparece como transversalidade no trabalho (item 4.2 do Quadro 2). Esta significa trânsito melhorado de comunicação, troca de saberes, afetos e corresponsabilidades em um mesmo grupo ou entre grupos de trabalhadores (BRASIL, 2008a, p.28). Fala-se em ampliação da cidadania do cuidado, processos de descentralização e relações horizontalizadas, melhor distribuição de poderes e saberes, abertura à alteridade, ao diálogo e à cooperação e processos de educação permanente.

Em retorno aos resultados que revelam problemas interpessoais, interpreta-se que parte dos problemas do desarranjo entre profissionais talvez indique carência, em alguns setores, de movimentos no CAIS que reforcem sentidos de pertencimento participativo, como por exemplo, comunidades ampliadas de pesquisa tal como sugere a PNH (BRASIL, 2011b).

Esperidião et al. (2004), investigando a formação de acadêmicos de enfermagem, identificou distanciamento entre a formação dos profissionais e o princípio da integralidade. O estudo acaba sugerindo relações mais humanizadas e transversalizadas entre docentes e estudantes. Este tipo de relacionamento pedagógico mais humanizado aproxima-se do que Lima et al. (2017) chamou de modelo do circuito duplo, em que predominam posturas abertas ao diálogo e à reflexão. Ele está contraposto ao modelo do circuito único, onde predominam posturas pedagógicas autodefensivas.

Percebe-se que problemas de desacordo com a integralidade, no que diz respeito às relações interpessoais, podem acompanhar o profissional de saúde desde sua formação acadêmica. Neste sentido, aparecem para a conversa as integralidades da educação em saúde, item 8 do Quadro 2. A educação profissional para o cuidado integral deve passar pelo ensino coletivo-participativo (item 8.1), ensino integrado aos contextos sociais (item 8.2) e integração curricular (item 8.3) com dispositivos como a educação interprofissional, quando duas ou mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, tendo a colaboração como princípio orientador (FREIRE FILHO, 2019).

5.1.3. Trabalho institucional: regras, multitarefas e informação (TRA)

Os conteúdos dispostos neste tema referem-se à integralidade identificada como uma prática adotada pela instituição em que se trabalha. Ela está institucionalizada, manifesta em regras, protocolos ou condutas acordadas como necessárias na rotina profissional. Além disso, para que estes acordos de ações sejam desempenhados exige-se atenção à uma rede de informações sobre os usuários.

Alguns entrevistados situam a prática institucionalizada da integralidade em uma regra específica que determina o trabalho com grupo de pacientes. O local de pesquisa passou por um processo de mudança na lógica dos trabalhos de cuidado. Antes, era feito de forma fragmentada, aos moldes de uma linha fordista ou taylorista de produção, com cada profissional cuidando de vários usuários, concentrando-se em um foco de atenção (por exemplo, ou banho ou medicação ou verificar sinais vitais, etc). Também aparece como exemplo de integralidade as rotinas SAE e a própria missão institucional (pontuada de maneira muito breve, sem detalhamentos).

Observa-se que, quanto à regra de trabalho com grupos de pacientes, um dos depoimentos não apresenta juízos de valor, apenas apresentando o procedimento como um exemplo de integralidade. Outros três participantes, entretanto, situam-se valorativamente em relação a forma de trabalho, sendo que dois deles colocam a mudança como positiva e um como negativa. Dos dois primeiros, ambos na função de enfermeiro/a, um relata participação ativa nas decisões que levaram à implantação da regra e o outro se coloca em termos de uma aplicação em primeira pessoa do plural. O participante que vê a regra como um contrassenso da integralidade, situado na função de auxiliar em enfermagem, assim a coloca dizendo do viés impositivo de sua implantação. Segundo apresenta, a regra de trabalho com grupo de usuários não respeitou a opinião de profissionais que não concordavam que a regra pudesse de fato melhorar o funcionamento do serviço.

Pode-se supor que a permanência de um desacordo diante do procedimento indique problema de compartilhamento consensual, com acessos desiguais às discussões e tomadas de decisões talvez vinculados à diferença hierárquica entre as funções de enfermagem. Essa discussão remete ao tópico anterior, em MTP, especialmente em relação às integralidades do trabalho transversal (item 4.2 do Quadro 2).

Outra forma para a integralidade como realidade institucional que aparece é a disposição em assumir funções ou desempenhar ações que ultrapassem o plano previsto de atividades. Neste sentido, os profissionais associam a integralidade a um saber adaptar-se às mudanças e à um saber alternar entre as competências do núcleo técnico e as do campo amplo da saúde. A

integralidade é flexibilidade e flexibilização no trabalho. Os desacordos assumem o teor de crítica à posturas de profissionais que não se dispõem a auxiliar. Há também entre os depoimentos outro sentido crítico, o de que o profissional acabe sendo sobrecarregado, como se pudesse substituir o papel de uma equipe multiprofissional.

Neste ponto, de uma perspectiva histórica-dialética, deve existir um olhar atento à possíveis causas ideológicas, políticas ou superestruturais derivadas do capitalismo contemporâneo. Há casos em que a flexibilização pode contribuir para um cenário de precarização dos direitos e garantias trabalhistas reforçando, em alguma medida, argumentos neoliberais relacionados à disposição em ocupar funções variadas. Há de se notar que a insatisfação comunicada sobre o possível sobrecarregamento é acompanhada de queixas sobre falta de contratações e número reduzido de trabalhadores.

Em contrapartida, supondo-se outra lente além da perspectiva do conceito de ideologia conforme orientação marxista, a disposição multitarefas pode, em casos específicos, vincular-se a fatores éticos e do bom convívio. Neste sentido, princípios como, por exemplo, o da ajuda ao próximo, com abertura ao diálogo e à cooperação, podem ser reforçados no estímulo à uma integralidade do trabalho transversal (item 4.2 do Quadro 2).

A integralidade como trânsito e compartilhamento de dados também aparece nesta categoria temática. Esta opção encontra justificativa na medida em que o manejo de informações, além de ser necessário para o cumprimento da integralidade do cuidado institucional, apresenta um aspecto institucionalizado. Neste ponto, aparecem nas entrevistas menções ao cartão nacional do SUS e ao sistema Cadweb SUS.

A continuidade informacional é reconhecida como um mecanismo de gestão atenta à integralidade (BRITO et al., 2013). Sua aplicabilidade não está somente restrita ao campo macro, mas também ao campo micro do dia-a-dia institucional. Problemas de registro entre diferentes plantões profissionais (noturno e diurno) – como aparece em meio aos depoimentos coletados – podem refletir falta de espaços sistemáticos de conversa e falta de rigor nos registros das intervenções em prontuários de circulação de informações (MORORÓ et al., 2011). Neste sentido, do Quadro 2, entre as integralidades da comunicação há aspectos voltados à organização que se relacionam com a otimização das formas de registro interno da informação (item 3.2). Também participam da conversa – desta vez no campo mais macro – o assunto das TICs, com destaque para a e-saúde, os prontuários eletrônicos e os SIS (item 3.3).

5.1.4. Integralidades: no plural (PLU)

A categoria PLU identifica a percepção da integralidade enquanto palavra de significados variados, a depender do contexto de sua utilização. Em todos os depoimentos relacionados, este sentido aparece na forma de pergunta. Ainda que se aponte um significado, há outros possíveis.

Na saúde, o conceito de integralidade, como se vê no capítulo introdutório, assume aspecto diverso. Assim como no título da categoria, a síntese apresentada no Quadro 2 coloca o termo no plural: integralidades. Pode-se interpretar que é justamente esta realidade polissêmica que impulsionaria os profissionais a questionarem: mas, de qual integralidade se fala? Integralidade como, de quem, onde, quando, qual, quando, no que?

O perguntar pode também ter referência às dificuldades de articulação do conceito nos cursos de formação dos profissionais da saúde, conforme apresentam Taroco et al. (2017), Lima et al. (2017) e Teixeira et al. (2013). Ou ainda, a disposição no questionamento pode apontar a presença da curiosidade, elemento afirmativo para discussões pedagógicas e aplicadas.

Um dos entrevistados comenta que, de posse do convite para a participação na pesquisa, conversou com colegas de trabalho sobre a integralidade. Nestes diálogos não teria existido um acordo acerca do conceito. Pode-se dizer, entretanto, que tenha existido um acordo: de que há abertura semântica ou pluralidade de sentidos e significados.

5.1.5. Integralidade: palavra vaga e imprecisa (VAG)

Nesta categoria, a integralidade é identificada como algo vago ou tendendo ao vazio e à imprecisão, sem comunicar algo palpável ou com aplicabilidade.

O todo e o tudo aparecem como termos centrais para situar a maioria dos depoimentos classificados nesta categoria. Neste sentido, pode-se conversar com o que traz o Quadro 2, das integralidades da totalidade-complexo da assistência. Vê-se que é possível aproximar os termos de algo mais concreto, como ilustram os vários itens ali colocados. O tudo, o todo ou a totalidade pode ser: todas as necessidades de saúde (item 1.1); todas as complicações de saúde (item 1.2); todas as dimensões do humano (item 1.3); todas as racionalidades em saúde (item 1.4); todo tipo de atendimento (item 1.5); todos os tipo de abordagem: individual ou coletivo (item 1.6); todos os tipos de tecnologia em saúde (item 1.7); todos os setores responsáveis por direitos sociais (item 1.8); todos os níveis, esferas de governo e tipos de serviços de saúde (item 1.9).

Nota-se que a maioria dos depoimentos inseridos em VAG não param no abstrato. Vão adiante tateando algo que se aproxime do concreto ou observável, ainda que permaneçam mais ou menos em generalidades. Por exemplo, há respostas que identificam a integralidade com o todo, mas que em seguida mencionam o “cuidado como um todo”, o “ver a pessoa como um todo” ou o “ver o ser humano enquanto pessoa”. Há ainda uma fala em que o integrar “ao todo” passa a ser “ao todo no serviço”, “com a equipe toda”, aproximando-se das integralidades do trabalho transversal (item 4 do Quadro 2). Há falas, entretanto, que iniciam e finalizam de forma abstrata como a que diz do conceito ser uma coisa que compõe, que integra e que completa ou a que coloca ser um todo em que tudo está interligado.

Não é o simples fato de adotar palavras inovadoras que preenche aquele que as pronuncia de sentidos e significados inovadores (MERHY, 2005). Como diz Merhy (2005), no dia-a-dia dos serviços de saúde, são muitos os que falam em integralidade sem que isso seja transformado em protagonismo de novas práticas de saúde. Ao contrário, o conceito acaba sendo geralmente capturado por modelos de produção do cuidado em saúde tradicionais e fragmentados. Pode ser que parte das afirmações esvaziadas ou imprecisas participem desta realidade, assim como as já comentadas dificuldades de articulação dos vários sentidos da integralidade nos cursos de formação em saúde (TAROCO et al., 2017; LIMA et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2013).

5.2. Objetivo 2: propondo possibilidades de diálogo com Huberto Rohden

A busca por interlocuções com o pensamento de Huberto Rohden opera, sobretudo, junto às respostas dadas às questões 10 e 11. Delas originaram-se categorias temáticas específicas, permitindo organizar os conteúdos comunicados em grupos de sentido.

Neste tópico, cada tema e os conteúdos que o acompanham são colocados em discussão com o pensamento de Huberto Rohden. Deste discutir cabe se fazer notar que se aproxima mais de uma sugestão de conversações ou diálogos imaginados possíveis, do que um confronto de pontos de vista contrários. Em geral, a partir de elementos coletados dos resultados, estabelecem-se relações para a retomada de pensamentos presentes na obra de Rohden.

Em relação à CT HIST, como se refere a conteúdos diretamente relacionados ao contexto histórico dos *banners* que inspiraram o enunciado da questão 11, foram feitas breves interpretações no tópico a seguir, que contextualiza a formulação das questões do Grupo B.

Para todas as outras categorias são propostas atividades pedagógicas. Pretende-se, no futuro, organizá-las em planejamentos didáticos estruturados com clareamento de conteúdos,

fundamentação metodológica, objetivos, formas de avaliação, etc. Pretende-se aplicar uma ou duas delas junto aos profissionais da instituição em que foi realizada a pesquisa como forma de contribuição e retorno do pesquisador.

5.2.1. Das questões 10 e 11 e História Local (HIST)

As questões 10 e 11 solicitavam ao participante da pesquisa que colocasse sua opinião acerca de enunciados que comunicavam alguma proximidade ao pensamento de Huberto Rohden. É importante esclarecer como esta referência foi construída, ou seja, como se deu a leitura e interlocução com a obra do filósofo.

Ainda que estejam presentes elementos da leitura de outras obras, o enunciado da questão 10 foi construído especialmente a partir de um trecho do livro “Educação do homem integral” (ROHDEN, 2005a). A passagem, que está no capítulo “É possível a educação do homem integral?”, é a seguinte:

O homem cósmico, que é o homem integral, firma-se no centro, e desta base parte rumo às periferias, plenificando-as com a luz e força do centro.
No plano espiritual, o centro é a consciência da presença de Deus, e desse centro místico o homem permeia de vivência ética todas as periferias da sua vida.
O centro é a fonte, as periferias são os canais. Ninguém pode tirar água de canais sem fonte, mas podemos haurir água de uma fonte sem canal. O homem integral, porém, descobriu a arte de canalizar a fonte do Eu pelos canais do ego (ROHDEN, 2005a, p.41)

Do processo de formulação e sobre a citação, podemos identificar ao menos quatro movimentos intencionais:

- i) denominou-se o “homem” como “ser humano”, considerando ser esta uma opção mais coerente às circunstâncias culturais de nosso tempo;
- ii) o advérbio “verdadeiramente” foi incluído em inspiração no primeiro volume da história da filosofia ou filosofia da história⁷⁸ de Rohden que, ao falar do nascimento da Filosofia e enfatizar seu “realismo”, diz ser a metafísica “mais real que a física” (ROHDEN, 2009, p.26). Neste sentido, considerou-se que o advérbio funcionaria como um recurso de ênfase na distinção de um “integral” metafísico “mais real”;

⁷⁸ Rohden escreveu que o teor de seus três volumes sobre “o drama milenar do homem em busca da verdade integral” não trata da história da filosofia, mas da “filosofia da história”. Esta busca “descobrir as linhas-mestras através da (...) multiplicidade de sistemas e correntes” (ROHDEN, 2009, p.21). Tais volumes seguiriam “antes uma ordem lógica do que cronológica (...) expondo a evolução do pensamento humano por afinidade de elementos internos, e não apenas por sequência externa” (ROHDEN, 2009, p.18).

iii) apresenta-se a “consciência da presença” – identificada por Rohden como o “centro” no qual se “firma” o “homem integral” “no plano espiritual” – na forma da proposição “quando tem, de alguma forma, consciência da presença”. Ainda que a consciência, em Rohden, não seja propriamente algo que se possa possuir ou “ter”, mas sim individualmente experimentar por participação, optou-se pela força de um uso aparentemente comum na linguagem atual, acrescentando ainda uma ideia de condição necessária via conjunção “quando”;

iv) ao longo das leituras de Rohden, observaram-se mais de uma expressão como sinônimo do termo “Deus”, resolvendo-se por acrescentar outras sete.

Desta forma, assim apresentou-se o enunciado:

o ser humano é verdadeiramente integral quando tem, de alguma forma, consciência da presença da “Realidade Infinita”, “Alma do Universo”, “Ser sem nome”, “Inominável”, “Um e Tudo”, “grande Anônimo de mil nomes”, “Centro Espiritual do Universo” ou de “Deus” (Questão 10).

Assim como na questão anterior, a questão 11 encontrou inspiração em uma passagem singular. Desta vez ela aparece na autobiografia do filósofo e é a seguinte:

O Universo material-espiritual é um todo orgânico. Não há no mundo seres isolados, como às vezes nos parece. Todos os seres do Cosmos estão inter-relacionados e interdependentes (ROHDEN, 1962b, p.69).

A partir da observação de *banners* afixados nas paredes do Museu da Psiquiatria, nas dependências da instituição onde foi realizada a pesquisa, percebi certa relação possível com as ideias expostas na passagem acima. As frases de João Guimarães Rosa e do cantor popular Zé Ramalho pareceram-me interessantes para uma interlocução.

Figura 3 - Banner 1. “Eu via que a gente era outros”.

Fonte: foto de Marcelo Zanzarini.

Figura 4 - Banner 2. "Eu não sou eu, eu sou você, eu sou todos

Fonte: foto de Marcelo Zanzarini.

Figura 5 - Banner 3. "O universo é cheio de silêncios barulhentos".

Fonte: foto de Marcelo Zanzarini.

De Guimarães Rosa, a frase “Eu via que a gente era outros” aparece no conto “Pirlimpisquice”, do livro “Primeiras Estórias”. A “estória” conta-nos de um grupo de crianças de um colégio interno selecionado para atuar em um drama teatral organizado em cinco atos chamado “Os filhos do Dr. Famoso”. Em meio a uma série de circunstâncias, acaba que no dia da encenação tudo “dá errado” e os meninos se veem em meio à gargalhadas e vaias de reprovação da plateia. Desta situação, entretanto, uma nova reviravolta: surgem lembranças de um outro roteiro que vinham inventando para tentar esconder a narrativa planejada dos curiosos da escola. Falas desta história outra misturam-se à improvisos e imprevistos e o teatro se enche de surpresa, aplausos e encantamento.

Palavras de outro ar. Eu mesmo não sabia o que ia dizer, dizendo, e dito – tudo tão bem – sem sair do tom. Sei, de, mais tarde, me dizerem: que tudo tinha e tomava o forte, belo sentido, esse drama do agora, desconhecido, estúrdio, de todos o mais bonito, que nunca houve, ninguém escreveu, não se podendo representar outra vez, e nunca mais. (...) **Eu via – que a gente era outros – cada um de nós, transformado.** (...) O que: aquilo nunca parava, não tinha começo nem fim? Não havia tempo decorrido. E como ajuizado terminar, então? Precisava. E fiz uma força, comigo, para me soltar do encantamento. Não podia, não me conseguia – para fora do corrido, contínuo, do incessar. Sempre batiam, um ror, novas palmas. Entendi. Cada um de nós se esquecera de seu mesmo, e estávamos transvivendo, sobre-crentes, disto: que era o verdadeiro viver? E era bom demais, bonito - o milmaravilhoso - a gente voava, num amor, nas palavras: no que se ouvia dos outros e no nosso próprio falar. E como terminar”? (ROSA, 1978, grifos nossos).

Os acontecimentos da ultrapassagem do planejamento intelectual (o primeiro roteiro da peça) e da visão de sermos mais que uma individualidade isolada pareceram-me compartilhar o sentido da citação de Rohden do “todo orgânico” integrado e inter-relacionado. Além disso, as ideias do contexto, da percepção das “palavras de outro ar”, do “transviver” e do “esquecimento de seu mesmo”, remetem – ao que vemos agora – à ideias presentes na filosofia de Rohden. É possível enxergarmos, por exemplo, tanto a ideia da metafísica “mais real que a física” como a noção de uma experiência intuitiva ou racional da pleniconsciência, um nível mais abrangente que a ego-consciência. Como se lê:

quem está disposto a perder (supostamente) o seu ego hominal, a fim de ganhar o Todo Cósmico, verifica, com exultante surpresa que, ganhando o Todo Cósmico, ganhou também o ego hominal que estava disposto a perder. De fato, ninguém pode perder a parte se salvar o Todo (ROHDEN, 2009, p.47).

As frases do cantor Zé Ramalho aparecem na letra da canção “Falido Transatlântico”, de seu disco “Eu sou todos nós”, de 1998. A ideia de ser algo além de um “eu mesmo” também está presente:

Eu não sou eu.
Eu sou você.
Eu sou todos nós.
 Hoje eu mais nada faço,
 eu somente falo pela tua voz.
 Hoje durante um segundo,
 eu fiquei a sós,
 S.O.S. com o mundo.
 Hoje eu encontrei no fundo
 do poço o meu rosto.
 E agora eu posso saber,
 que milhões, milhões, milhões, milhões
 milhões, milhões, milhões
 milhões, milhões, milhões somos na verdade
 milhões de transatlânticos falidos
 em pleno, em pleno mar
 da tranquilidade.
 De uma tranquila idade (RAMALHO, 1998, grifos nossos).

A outra proposição de João Guimarães Rosa, “o universo é cheio de silêncios barulhentos”, aparece no prefácio de seu livro “Tutameia: Terceiras Estórias”.

Nem é nada excepcionalmente maluco o gaio descobrimento do paciente que, com ternura, Manuel Bandeira nos diz em seu livro “Andorinha, Andorinha”: “Quando o visitante do Hospício de Alienados atravessava uma sala, viu um louquinho de ouvido colado à parede, muito atento. Uma hora depois, passando na mesma sala, lá estava o homem na mesma posição. Acercou-se dele e perguntou: ‘Que é que você está ouvindo?’ O louquinho virou-se e disse: ‘Encoste a cabeça e escute.’ O outro colocou o ouvido à parede, não ouviu nada: ‘Não estou ouvindo nada’. Então o louquinho explicou intrigado: ‘Está assim há cinco horas’”. Afinal de contas, **a parede são vertiginosos átomos**, soem ser. (...) **O universo é cheio de silêncios barulhentos**. O maluquinho podia tanto ser um cientista amador quanto um profeta aguardando se completasse séria revelação. Apenas, nós é que estamos acostumados com que as paredes é que tenham ouvidos, e não os maluquinhos (ROSA, 1967, grifos nossos).

Algo dos “vertiginosos átomos” em Rohden está no seu poema mencionado na introdução, “Do círculo à elipse”: “E eis que das profundezas do microcosmo dos átomos / E das alturas do macrocosmo dos astros ecoam vozes!... / Vozes em grande silêncio... / (...) Era o cântico dos elétrons e dos planetas / A girar em torno dos seus prótons e dos seus sóis” (ROHDEN, 1963, p.36).

A palavra “barulho” tem a mesma origem etimológica de embrulho, tendo seu significado relacionado à dobra, enrolamento, confusão e embaraço (BARULHO, 2010), usualmente remetendo-se à conotações de incômodo e mal-estar (ainda mais explícito no adjetivo “barulhento”). O significado denotativo é de “som estrepitoso”, “estrondo”, “agitação barulhenta”, “algazarra”, “falta de arrumação”, “mistura de coisas” (BARULHO, 2009). O termo silêncio se coloca em uma evidente oposição de sentido, fazendo com que a expressão “silêncio barulhento” seja um paradoxo.

Para a eleição desta passagem como parte do enunciado, além do fato de estar disposta no mesmo espaço ao lado das outras seleções, considerou-se o pressuposto da possibilidade do participante experimentar aquele paradoxo, podendo aproximar-se do conceito do silêncio na obra de Rohden. Ao recordar de suas meditações na Cordilheira do Himalaia, no Tibet, o filósofo fala de um “silêncio trovejante” que “parecia a própria alma do Universo” (ROHDEN, 1971, p.71). É ponto importante de sua obra este paradoxo do silêncio, ainda que o expresse em termos conotativamente mais agradáveis: “silêncio-plenitude” ou “silêncio-presença” (ROHDEN, 1971, p.39). Em outros de seus poemas, “Anseio do silêncio”, recita: “O ruído é dos homens / O silêncio é de Deus” (ROHDEN, 1961, p.23).

O contato com a Unidade integral do Eu e a consequente percepção da inter-relação e inter-dependência dos seres depende, para Rohden, de um estado de meditação ou oração meditativa. A experiência do “Todo orgânico” acontece na passividade receptiva de ser invadido pelo Infinito, no denominado “silêncio-plenitude” ou “silêncio-presença”. Este é diferente do “silêncio-ausência” ou “silêncio-vacuidade”, que é quando pausam as sensações, pensamentos, emoções e vontades do ego e do instinto (ROHDEN, 1971, p.39).

Assim ficou constituído o enunciado da questão 11:

Huberto Rohden também escreveu que “não há no mundo seres isolados, como às vezes nos parece” e que “todos os seres do Cosmos estão inter-relacionados e interdependentes”. No espaço do antigo refeitório, no Museu da Psiquiatria (...), há cartazes com fotos de pacientes contendo algumas frases de autoria do escritor Guimarães Rosa e do cantor Zé Ramalho. “O universo é cheio de silêncios barulhentos”; “Eu via que a gente era outros”; “Eu não sou eu, eu sou você, eu sou todos nós” (Questão 11).

Como visto nos resultados relacionados à CT HIST, dois profissionais apresentaram lembranças associadas aos *banners* utilizados para a elaboração da questão 11. Além de reminiscências das pessoas ali fotografadas, os conteúdos revelaram que as frases impressas e dispostas no Museu surgiram no contexto dos processos de humanização do cuidado inspirados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica (vide discussão em HUM). Nota-se que ao lado da procura pelo trabalho humanizado, aparece a busca pelo arranjo no espaço de trabalho de elementos que pudessem comunicar ternura e Filosofia. Infere-se que a reapresentação das frases durante as entrevistas e a participação delas no desenvolvimento deste trabalho de pesquisa dialogam positivamente com aquela expectativa.

5.2.2. Identidade e alteridade (IDAL)

Esta categoria temática coloca em evidência a relação entre a identidade e a alteridade ou, dito de forma mais simplificada, entre o “eu” (ou “ego”) e tudo aquilo que difere deste “eu”. Há uma série de grandes problemas filosóficos e psicológicos aqui. Quem é o “eu” e quem é o “outro”? Como, quando e sob quais medidas o “eu” se relaciona com o “outro” e o “outro” com o “eu”? Como deve ser esta relação? Há momentos em que não sou “eu mesmo”? Quem sou?

Ainda que a elaboração deste tema presente em quase todas as entrevistas tenha sido fundamentada nas respostas dos profissionais às questões referentes ao pensamento de Rohden (Grupo B), parece evidente que a temática não se restringe à este autor e nem mesmo à Filosofia. A integralidade identificada como cuidado humanizado, trabalho coletivo e multiprofissional e também como trabalho institucional passam necessariamente pelo outro e pela alteridade. Os resultados apontam depoimentos sobretudo relacionados às duas primeiras – com destaque para os conteúdos ligados à URT da empatia (EMPA).

Ainda assim, deve-se fazer notar na presente discussão a origem desta tematização. Ela tem sua gênese na solicitação da opinião dos profissionais acerca das ideias do ser verdadeiramente integral como ser consciente de Deus (questão 10), da interligação entre todos os seres do Universo e do eu sendo outro e todos nós (questão 11).

Dentre os depoimentos inseridos no tema da alteridade aparece a filantropia. Ainda que seja difícil aprofundar na rede ou campo semântico que levou o participante a se utilizar do termo, o significado de filantropia remete à ideia de um “profundo amor à humanidade” e do amor da “caridade” (FILANTROPIA, 2009). Talvez, a consciência de Deus presente no enunciado possa ter estimulado associações com o amor das escrituras do Novo Testamento. Diferenciando-se de *Eros* (o amor erótico) e *Filia* (o amor filial), o *Ágape* da tradição cristã aproxima-se do amor que os homens divinamente receberam, vivenciado quando “‘devolvido’ a Deus e compartilhado entre os homens, especialmente, pela caridade” (QUADROS, p.170)

Envolver-se com pensamentos sobre Deus, como propõe a questão 10, parece remeter à noção de alteridade. Como mencionado no capítulo introdutório, nos dizeres de Mircea Eliade (apud GONÇALVES; IUNSKOVSKI, 2009) Deus é o *ganz andere*, o “totalmente outro”. A rede semântica parece aproximar este “grande outro” do “outro humano”, para quem e onde, afinal, são sentidas e produzidas as ações empáticas, filantrópicas e caridosas, que aparecem nos dados coletados nas falas dos profissionais. Talvez por isso, este outro humanizado também apareça em meio às entrevistas aos moldes do outro divino, indescritível, uma espécie de

“anônimo de mil nomes”. Também a ideia presente na questão 11, do eu sendo outro e todos nós, parece fazer surgir colocações que dizem ser preciso ir além da observação do outro. Deve-se, conforme profissionais entrevistados, adotar uma postura de ajuda e de se colocar no lugar do outro.

Há falas situadas nesta categoria que se aproximam de um bom senso comum. Uma delas é a suposição psicológica de que o falar mal do outro indicaria o desejo de ser este outro. A outra refere-se à uma afirmação de respeito ao outro como característica da própria enfermagem, envolvendo o acolhimento da individualidade em sua diversidade de gênero. Nota-se que assuntos variados podem ser estimulados, mesmo sem relação direta com a filosofia que inspirou os questionamentos. A ideia do eu como outro acaba adquirindo sentido, segundo os dados coletados, no desejo de ser o outro ou no debate contemporâneo sobre os gêneros.

Parte dos depoimentos em IDAL referem-se especificamente à ideia de interdependência entre os seres, tal qual expõe o enunciado da questão 11. Vê-se, conforme categorizado em duas URTs diferentes, que esta ligação aparece tanto como sendo entre seres humanos como entre humanos e não humanos. Deste últimos, citam-se árvores, insetos, formigas, plantas, as chuvas, as marés e as fases da lua e elementos mais subjetivos como uma crença ou abstratos como a sustentação divina ou a criação inteira.

Da interdependência entre humanos os resultados, em sua maioria, priorizam visões mais concretas, voltadas aos aspectos de cooperação esperados da vida em sociedade, de cuidado recíproco entre profissional e usuário e de ligações genealógicas entre pais e filhos. Aspectos mais abstratos e outros mais abertos à conjecturas, também aparecem. Por exemplo, a imagem da interdependência serve para destacar a incerteza diante de acidentes que transformem o papel de um cuidador para alguém que precisa de cuidados. Ou, então, aparecem depoimentos que falam de forma geral sobre elos em comum entre os homens (todos tem um pouco de cada um) ou de uma composição mútua entre eles (uns compondo os outros).

Pensando-se no objetivo de propor proximidades e distanciamentos com Rohden, pode-se colocar que depoimentos do último tipo favoreçam aproximações. Assuntos de ordem metafísica, como aqueles trabalhados no capítulo introdutório, parecem exigir graus de abstração ou, que sejam, níveis de curiosidade acerca de conceitos universais ou mesmo generalidades. Neste sentido, pode-se aproveitar detalhes como a própria semântica envolvida no verbo “compor” – quando da ideia dos homens compondo-se a si mesmos – para diálogos sobre a ideia de composição atômica, chegando à apresentações sobre o monismo cósmico e ao

conceito de átomo metafísico (ROHDEN, 2005c). Termos levantados como sustentação divina, criação inteira ou o pouco de todos também podem servir de material para esta conversa.

Deste assunto participariam também muitas das falas que supõem alguma substância para a interdependência comentada. Vários profissionais mencionam a ideia de energia. A utilização deste termo soa como via de aproximação possível à aspectos centrais do trabalho filosófico de Rohden. Este fala da “energia primordial” (ROHDEN, [20--?]e, p.02) como uma “luz cósmica e invisível” (ROHDEN, [20--?]h, p.55) que passa por transformações rumo à uma “energia astral” e, posteriormente, à matéria (ROHDEN, 2005c, p.90). Também apresenta uma reflexão etimológica para o termo como *en ergon*, que significaria “atividade interna” (ROHDEN, 2005c, p.90). Este interior em atividade é identificado pelo filósofo como sendo a suprema Mente ou Mentalidade Cósmica, um tipo de pensamento com “criatividade ilimitada” (ROHDEN, 2005c, p.95). Em meio a esta terminologias, nota-se que podem participar da conversa também os conteúdos que se pronunciam sobre uma presença espiritual unicamente positiva, de um fio imaginário (ou invisível) a se manifestar pelo pensamento e de forças envolventes como possíveis substâncias da conexão entre os seres.

O aspecto social, em um sentido crítico-materialista ou histórico-dialético, não aparece na obra de Rohden, cuja maior ênfase parece estar no eu do homem enquanto indivíduo espiritual, “indiviso e indivisível” (ROHDEN, 1962a, p.34). A sociedade é transformada na medida em que este indivíduo caminha rumo à sua integração com o Todo (ROHDEN, 1962a, p.34), sua auto-realização (ROHDEN, 2012b, p.103) e sua experiência místico-individual de Deus (ROHDEN, [20--?]h, p.06). É diante destes movimentos individuais que a organização social recebe, “por osmose ou indução vital” (ROHDEN, 2005b, p.74), a “irresistivelmente transbordante e difusora” “mística verdadeira e plena”, na forma de um bem social (ROHDEN, [20--?]h, p.06).

Quando um dos profissionais, ao tocar o tema da alteridade, menciona o problema da pobreza e da miséria, podem aparecer demandas por leituras crítico-materialistas. Neste ponto, aprofundamentos em relação aos aspectos sistêmicos da economia capitalista como causas importantes da injustiça e desigualdade sociais podem afastar – por questões de prioridade e de objetivos de atuação, mas também por desconfiança e/ou desinteresse – as propostas de reflexão metafísica. Nas discussões sobre as tergiversações do Grupo B (item 5.3.2) este ponto também é comentado.

Assim como no caso acima, outros tantos conteúdos apresentados colocaram-se no sentido de se contraporem à ideia rohdeniana de que não haveriam no mundo seres isolados. O isolamento reivindicado pela maioria, entretanto, não foi o social, mas o psicológico, conforme

se alega da realidade dos usuários psiquiátricos. Neste ponto, de fato, não parecem haver correspondências diretas na obra de Rohden.

Um último conteúdo presente no tema da alteridade e identidade aparece na fala do profissional que, diante do enunciado do ser integral como consciente de Deus, apresenta um dever ser o que se é em qualquer lugar ou condição. Ainda que se possa conversar com a diferenciação trabalhada por Rohden, entre o Eu essencial e o ego existencial (ROHDEN, [20--?]c, p.134; ROHDEN, 2004a, p.42-44; ROHDEN, 2011b, p.182), atenta-se para um certo apelo por uma unificação da personalidade no sentido moral ou mesmo moralista, como se existisse um “eu único”, sem a diversificação e o dinamismo dos “muitos versos”, “efeitos múltiplos” da Unidade (ROHDEN, 2009b, p.70).

Neste caso, a afirmação pode ignorar ou diminuir a importância de olhares para a multiplicidade existencial do indivíduo. Diversidade esta que aparece, por exemplo, em um exame dos múltiplos estados e imagens mentais que uma pessoa pode apresentar, por exemplo: ao longo de sua historicidade; em momentos impulsionados por paixões, substâncias químicas ou fenômenos singulares considerados como canalização de entidades; em diferentes ambientes e com pessoas diversas; em momentos de empoderamento estético; etc (PELIZZOLI, 2020, p.04).

Esta crença da personalidade unificada (PELIZZOLI, 2020, p.04) pode, ao ver interpretativo que aqui se desenrola, distanciar aquele que a cultiva de outra ideia trabalhada por Rohden, da oposição entre o “homem realmente bom” (ROHDEN, 2013a, p.91) e o homem a quem comumente a sociedade considera religioso. Este último acredita que se entende com um Deus ideal (2013a, p.92), esquecendo-se das “mil e uma linhas tortas dos homens” ou, nas palavras de Viktor Frankl – uma das grandes referências de Huberto Rohden – dos “dez mil mandamentos relacionados às dez mil situações singulares” de uma vida (FRANKL, 2011, p.84).

Movimentos de problematização e desconstrução da idealidade de um ser humano fixo e unitário talvez possam oferecer vias de aproximação com variados aspectos da obra de Rohden. Podem ser propostos diálogos sobre os mencionados conceitos de Eu essencial e ego existencial (ROHDEN, [20--?]c, p.134; ROHDEN, 2004a, p.42-44; ROHDEN, 2011b, p.182), avançando rumo ao dinamismo dos “muitos versos” caracterizados como “efeitos múltiplos” da Unidade (ROHDEN, 2009b, p.70). Neste sentido, adentra-se na distinção rohdeniana fundamental entre o Uno da Essência e o Verso das Existências (ROHDEN, [20--?]f., p.59; ROHDEN, 2009b, p.36), além de sua teoria da evolução metafísica/cosmológica do homem (ROHDEN, 2009b, p.82). Também podem participar dos diálogos o conceito do homem ético

e bom (ROHDEN, 2013a, p.91) e o trabalho de exercício meditativo (ROHDEN, 2012e, p.22) que pode conduzir à “benevolência universal” pautada pela experiência da alma universal (ROHDEN, 2012e, p.23).

Atividade pedagógica

A partir da discussão estabelecida no tema da identidade e da alteridade, propõe-se a seguinte atividade a ser realizada com profissionais da saúde mental.

Em uma roda de conversa com conteúdos dirigidos, o mediador-expositor trabalha as seguintes frases e perguntas disparadoras:

- A saudação oriental “namastê” pode ser traduzida como “o Deus que está em mim saúda o Deus que está em você”. Em que medida acham que Deus está em nós, em você e nos outros?
- “O bom discernimento vem da experiência e a experiência vem do mau discernimento”. O que acham dessa frase? Um ser humano que sempre tenha “andado em linha reta” está em melhores condições de aproximar-se de Deus?
- Vamos supor que todos somos feitos de energia. A origem da palavra vem de “*en ergon*”, atividade ou movimento interno. O que acham que pode ser esse “interno” ou “interior”?

Das conversas originadas, o mediador busca espaços para expor pontos do pensamento de Rohden, por exemplo: i) o monismo cósmico e o Deus imanente e transcendente; ii) a “unidade na diversidade” e a “identidade com alteridade”; iii) a evolução metafísica/cosmológica do homem, especialmente a ideia da “glória muito maior” simbolizada na parábola do filho pródigo e da luta evolutiva; e iii) o homem bom e o trabalho de auto-realização via cosmo-meditação como fonte de bem individual e social. Como fechamento da atividade, propõe-se a promoção de uma atividade de cosmo-meditação sob orientação do mediador.

5.2.3. Deus, o homem e a religião (DEHR)

Não é de se surpreender que esta categoria apareça associada à conteúdos de dezoito das vinte entrevistas realizadas. O tema do sagrado e do divino é central na proposta do referencial teórico da pesquisa. Além do mais, o enunciado da questão 10 é explícito quanto à uma relação

entre o homem integral e Deus que, por sua vez, acaba por encaminhar relações com o conceito de religião.

Em vários depoimentos registram-se conteúdos sobre a crença ou fé em Deus. Estas comunicações, que às vezes ocorreram com uma ênfase destacada ou acompanhadas de choro, passam pelas imagens de Jesus, de um Deus criador, de uma Realidade Infinita e do Tudo. Um dos depoimentos, do único participante que afirmou não possuir religião ou postura espiritualizada, levanta-se, além da necessidade do respeito às diferentes crenças, a possibilidade de Deus ser uma ficção.

A crença também aparece em vieses imperativos, no sentido de um dever crer mais ou de se manter Deus acima de tudo. Em meio a estas mesmas falas imperativas comenta-se da crença na presença espiritual e divina nas ações do dia-a-dia, inclusive como força de enfrentamento às dificuldades e frustrações do trabalho em saúde. Um dos profissionais aproxima o ato de crer à consciência da presença de Deus, que a questão 10 apresenta como sendo necessária ao ser verdadeiramente integral. Faz isso, entretanto, apresentando a possibilidade de um ser integral que não teria “esse Deus” como foco.

A figura de Jesus certamente é uma aproximação possível à obra de Rohden. Ainda que receptivo e estudioso das diferentes culturas religiosas, o pensador consolidou sua formação em ambiente jesuítico tendo, inclusive, como se viu na introdução, escrito um ensaio biográfico em dois volumes sobre Jesus (HUBERTO, [19--?], p.126). Seu pensamento, entretanto, estabelece distinção entre o homem de Nazaré e o Cristo. Este último seria um avatar (termo que adotou do sânscrito) encarnado no primeiro (ROHDEN, [20--?]h, p.14). Inspirado em Teilhard de Chardin, em São Paulo e em tradições como a dos essênios (ROHDEN, 2011a), Rohden professa o cristianismo cósmico, compreensão sintetizada na obra “Que vos parece do Cristo?” (ROHDEN, [20--?]h). O Cristo é, conforme Rohden, a “primeira de todas as criaturas” (ROHDEN, s.d., p.20), o canal-mestre do mar da Divindade”, de onde saem outros canais diretamente ligados à ele e “indiretamente ao mar da Divindade” (ROHDEN, [20--?]h, p.68).

A noção de Infinito também pode favorecer trabalhos com o pensamento rohdeniano. Nele associa-se Deus e Infinito. Negando um Deus pessoal e limitado, modelado à imagem dos homens, Rohden afirma ser infinito o “Deus verdadeiro, que não tem limitação no tempo e no espaço” (ROHDEN, 2013c, p.17). Deus – diz – é “um oceano sem praias nem fundo, (...) um cosmos de absoluta e universal infinitude” (ROHDEN, 2013a, p.74).

A ideia de um ente divino criador de tudo merece atenção especial. Na proposta terminológica de Rohden – conforme consta como advertência na maioria das edições de suas obras – a palavra de origem latina “crear” é associada à dinamicidade ou atividade máxima da

Essência ou Mentalidade Cósmica manifestando-se na existência, inclusive entre “os homens gênios criadores”. Já o “criar” relaciona-se à transição ou transformação de uma forma de existência a outra forma de existência (ROHDEN, 1971; ROHDEN, 1979; ROHDEN, 1996; ROHDEN, 2001; ROHDEN, 2004ab; ROHDEN, 2005bcd; ROHDEN, 2007ab; ROHDEN, 2008ab; ROHDEN, 2009ab; ROHDEN, 2010; ROHDEN, 2011ab; ROHDEN, 2012de; ROHDEN, 2013abc; ROHDEN, [20--?]abcdefg). Conforme Rohden, fazendeiros criam gado, ambos criados por Deus (ROHDEN, 2009b, p.11). Na natureza, “diariamente se criam coisas novas, mas nada de novo se crea” (ROHDEN, 2005c, p.93).

Quando a crença em Deus é colocada como crença no Tudo ou na Totalidade, abrem-se mais oportunidades de conversas. Segundo Rohden explica, para a compreensão hegemônica das teologias e instituições religiosas ocidentais – o dualismo – homem e mundo seriam criações *ex nihilo*, ou seja, originam-se de uma ação de Deus sobre o nada. A matéria do mundo, sendo originada desta vacuidade absoluta ou ausência de realidade, torna-se algo negativo, não divino. “Sendo Deus o Tudo ou o Sumo Bem, o mundo é o nada ou o Sumo Mal. O mundo, portanto, é mau por natureza, porque nasceu do mal”. Sendo assim, quem almeja Deus não pode almejar o mundo e “tanto mais espiritual é o homem quanto menos contato tem com o mundo, e vice-versa” (ROHDEN, 2008b, p. 114). O homem separado de Deus e feito do nada, acha-se como tendo “que fugir de si para encontrar Deus” (ROHDEN, 1978, s.n.).

Para o monismo cósmico, entretanto, a compreensão dos “representantes mais avançados da cultura espiritual da humanidade” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.14), o mundo não teria “sido criado por Deus do nada”, mas sim “criado, não somente por Deus, mas também de Deus”. O mundo seria de substância divina, emanado da “íntima natureza e essência da Divindade” (ROHDEN, 2008c, p.113). Desta forma, o homem que quer encontrar Deus não foge de si, mas “tem que encontrar Deus dentro de si” (ROHDEN, 1978).

O simples uso da expressão “ter fé” pelos profissionais também traz possibilidades de diálogo com Rohden. Segundo o filósofo, fé, em grego, é *pistis*. E “ter *pistis*”, em grego, expressa-se pelo verbo *pisteuein*, que pode ser traduzido como ter fidelidade, estar harmonizado, estar sintonizado ou estar ajustado (ROHDEN, 1996, p.304). Em latim, a palavra foi transformada em “*fides*”, que diferentemente do grego não tem um verbo correspondente, levando os tradutores latinos a recorrer a um verbo de outro radical para expressar o “ter fé”. “O verbo latino que substituiu o grego *pisteuein* é *credere*” (ROHDEN, 2007a, p.103), que em português resultou em “crer” – verbo relacionado ao incerto, duvidoso, vago, nebuloso. Neste Além do português, pelo o menos o espanhol, o italiano, o francês e o romeno também precisaram recorrer a um verbo derivado de *credere* (ROHDEN, 2007a, p.104). Deste modo, a

crença diferencia-se da fé: enquanto a primeira estaria mais próxima de uma postura incerta e vaga em relação ao Divino, a última estaria vinculada à uma experiência certa de sintonização com Deus.

A ideia de um deus ficcional pode dialogar com as reflexões de Rohden sobre o ateísmo. Para ele, o ateísmo é produto do cristianismo teológico. Os ateus com pensamentos esclarecidos jamais negariam o Deus verdadeiro, mas sim rejeitariam, por sinceridade consigo mesmos, uma caricatura de Deus desenhada por teólogos (ROHDEN, 2013c, p.38). Trata-se de “um pseudo-deus, um não-deus, um fantasma criado pelo ego e nutrido pela sugestão do ambiente” (ROHDEN, 2013a, p.90). “Há muitos ateus à flor dos lábios” – diz – mas, “não há ateu no fundo da alma” (ROHDEN, 2013a, p.88). Rohden chega a afirmar que aqueles tornados ateus diante das atitudes dos “teístas protocolares”, que têm atitudes com o Deus do homem bom, seriam verdadeiros “peregrinos do Absoluto” (ROHDEN, 2013a, p.93).

Quando se afirma a crença de Deus acima de tudo, talvez seja interessante manter a conversa no sentido deste Deus do homem bom. Por vezes, em nome de lemas como este do “Deus acima de tudo” ou acima de todos, são impulsionadas condutas mais preocupadas com o que Rohden chama de “abundância dogmática” e atos cultuais e burocráticos do que com a bondade amorosa e ética (ROHDEN, 2013a, p.94). É nesta direção que o filósofo afirma que não são poucos os que se sentem dispensados de serem bons pelo fato de serem “religiosos”. Tornam-se “capitalistas da religiosidade” e “indigentes da bondade”, que abrem falência diante de Deus (ROHDEN, 2013, p.93).

Quando os profissionais mencionam a presença diária de Deus nas rotinas do dia-a-dia, inclusive servindo-lhes de força diante das dificuldades, abre-se espaço para interlocuções com a ideia da meditação-atitude. Trata-se da possibilidade de se estar constante ou permanentemente na presença da “Alma do Universo” (ROHDEN, 2008b, p.36). Rohden distingue entre as “meditações-ato” e a “meditação-atitude”. Esta última, no singular, remete ao ensinamento no evangelho de Lucas (Lc, 18:01): “Orai [meditai] sempre, e nunca deixeis de orar [meditar]” (ROHDEN, 2012d, p.17). Trata-se de uma “atitude vital”, “respiração da alma”, “uma atitude permanente” e “um modo-de-ser da alma” comparável à planta que volta suas folhas ao sol para ser vitalizada (ROHDEN, 2012d, p.18).

A meditação-atitude, também denominada “meditação permanente” (ROHDEN, 2012d, p.104), aparece na obra de Rohden como condição para a realização de si, “auto-realização” (ROHDEN, 2012b, p.103) ou auto-educação do homem integral (ROHDEN, 2005b, p.15). Trata-se de um estado compatível com qualquer ocupação, possível de acontecer em qualquer lugar e hora (ROHDEN, 2012d, p.17). O homem que se exercita em exercícios prolongados e

assíduos de meditações-ato tende à atitude permanente, constatando que orar e viver guardam compatibilidade entre si. Em acordo ao ensinamento de Jesus no evangelho acima mencionado, o trabalho exterior é beneficiado pela meditação permanente. Rohden escreve que “coisas, outrora prosaicas, são aureoladas de um halo de suave poesia, e as ocupações antipáticas se tornam simpáticas” (ROHDEN, 2012d, p.18).

Sobre o conteúdo apresentado por um dos profissionais, de que seria possível um ser integral sem Deus no centro, há considerável afastamento da compreensão de Rohden. Em sua filosofia, é Deus o centro e a fonte donde partem todos os canais. Não é possível tirar água de canais sem fonte. O homem integral – diz Rohden – é aquele que “descobriu a arte de canalizar a fonte do Eu pelos canais do ego” (ROHDEN, 2005a, p.41).

A contrariedade pode servir de mote ao diálogo. Poder-se-ia perguntar ao entrevistado – que se declarou como pertencente à três distintas religiões distintas – o que desejou de fato expressar dizendo de pessoas verdadeiramente integrais que o foco em Deus não se faz necessário. Estaria remetendo-se aos “canais” de entidades consideradas sagradas ou elevadas como santos, orixás ou bons espíritos? Ou, quando na entrevista pronunciou o “Deus que ele [Rohden] fala”, expressava lógica semelhante ao que coloca a própria obra do filósofo de que nenhuma formulação intelectual-verbal pode ser suficiente para expressar o “Inominável de mil nomes”? Neste sentido os seres integrais sem “esse Deus” no foco seriam aquelas integradas com o verdadeiro Deus para além dos discursos? Vê-se que, a depender das respostas, há diferentes rumos para o diálogo.

Há conteúdos que se pronunciam especialmente em relação à consciência da presença de Deus, tal qual aparece no enunciado da questão 10. Nesta direção, há profissionais que trazem o problema da capacidade individual de se atingir esta consciência. Um deles, inclusive, falará da incapacidade intrínseca aos pacientes psiquiátricos que, afinal, segundo pensa, além de não terem uma consciência verbal de Deus, não teriam consciência da própria individualidade corporal. Também aparece a noção de que atrelado à consciência estão atitudes do pensar e do agir. Surgem identificações do homem consciente e integral como alguém que transcende e percebe, sente e vive a plenitude, alguém que se percebe parte de Deus. Desta percepção, há depoimentos que dizem surgir um Deus que cuida, que é centro e caminho. Além disso, um profissional associa a empatia ao ato de conscientização de Deus.

O assunto da consciência constitui-se como importante pilar na obra de Rohden. Em sua teoria dos três planos de consciência ou três níveis do universo existencial, apresentam-se o nível da senso-consciência no plano inconsciente, o nível da ego-consciência no plano semiconsciente e o nível da cosmo-consciência no plano pleniconsciente (ROHDEN, 2009b,

p.55). A consciência da presença de Deus acontece no terceiro nível existencial, via “faculdade ultra-intelectiva” (ROHDEN, 2009b, p. 31) ou “faculdade intuitiva” (ROHDEN, 2008b, p. 115). Esta faculdade identifica-se com o *logos* dos gregos e com a *ratio* dos romanos (ROHDEN, 2009b, p. 31). É ela que possibilita ao homem atingir o “zênite da meditação”, a contemplação ou experiência de sintonização plena “com a Razão Cósmica” (ROHDEN, 2009b, p.116).

Dizer da consciência ou cosmo-consciência de Deus envolve, ainda, afirmar que Sua Realidade Infinita se faz presente no homem em forma finita (ROHDEN, 2009b, p.50). É então que aparece o conceito de *Lógos* (iniciado em letra maiúscula), também denominado como “Deus imanente”, espírito de Deus no homem, o Cristo interno (ROHDEN, 2009b, p.111) e o Cristo Cósmico (ROHDEN, [20--?]h, p.66). Tal Realidade identifica-se com o Verbo, conforme aparece na tradução do evangelho de João⁷⁹ (ROHDEN, [20--?]h, p.11).

A ideia de um Deus imanente ou imanado no homem serve de material para um diálogo com os conteúdos que apresentam a consciência como transcendência. Conforme ensina Rohden, enquanto o dualismo entende que a relação do homem com Deus envolve apenas transcendência sem imanência, o monismo defenderá que “há ao mesmo tempo imanência e transcendência” (ROHDEN, 2009b, p.23).

A Divindade puramente transcendente não é objeto do conhecimento, não pode ser compreendida (ROHDEN, [20--?]h, p.11). Já sua primeira criação, o “proto-Deus da Divindade” ou “o Unigênito do Pai”, sim (ROHDEN, [20--?]h, p.21). Trata-se, justamente, do *Lógos* ou Cristo Cósmico, o Deus imanente transcendente ou transcendente imanente (ROHDEN, 2014, p.77). É esta Realidade que se pode compreender. Porém, esta compreensão não se refere ao que Rohden diferencia como “entendimento”. Entender, diz, “é um ato mental, mas compreender é uma atitude vital; entender mentalmente é uma função parcial, unilateral do nosso ego humano – compreender é uma vivência total” (ROHDEN, 2012e, p.21). Para além do inteligir, a consciência de Deus é “uma vivência íntima” ou “um saborear direto e imediato” da Plenitude (ROHDEN, 2012e, p.15). Neste ponto há coincidência com o conteúdo levantado por um dos profissionais.

Também há coincidência na ideia que associa esta vivência ou sentimento à percepção de um Deus que é central, que cuida e que é caminho. Em Rohden, Deus é a Fonte, o centro (ROHDEN, 2005a, p.41). Na medida em que se reconheça o cuidado como ternura, cordialidade e amor (BOFF, 1999, p.65), Deus é um ser que cuida na imanência enchendo-nos de “suave

⁷⁹ Jo 1:1: E no princípio era o Verbo [*Lógos*], e o Verbo estava com Deus, e o Verbo era Deus. Cf. tradução de Huberto Rohden.

amor”, ainda que na transcendência nos encha “de reverente assombro” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.74). Na obra de Rohden, o Deus imanado do Cristo também se identifica ao caminho. Trata-se de compreensão que compartilha com o dito de Jesus sobre seu Cristo interior, no Evangelho de João:

“Senhor”, disse-lhe Tomé, “não sabemos aonde vais; e como podemos conhecer o caminho?” Respondeu-lhe Jesus: “Eu sou o caminho, a verdade e a vida; ninguém vai ao Pai senão por mim. Se me conhecêsseis a mim, também conheceríeis a meu Pai. Doravante o conhecereis, pois que o vistes”⁸⁰.

Do depoimento que coloca sobre a percepção de se fazer parte de Deus, podem ser sugeridos diálogos com a “linguagem rigorosamente monista” (ROHDEN, 2011a, p.31) presente nas palavras que Rohden derivou também (Jo 10:27-30; Jo 10:38; Jo 14:10,11)⁸¹: “Eu e o Pai somos um; eu estou no Pai e o Pai está em mim – mas o Pai é maior do que eu” (ROHDEN, 2007a, p.19) e “O Pai também está em vós, e vós estais no Pai” (ROHDEN, 2011a, p.31). Estas proposições expressariam correspondência lógica com a afirmação de que a parte está no todo e o todo está na parte, mas o todo é maior que a parte. Sentir-se parte de Deus é sentir-se, conforme ensina Rohden, identificado com Ele, ainda que se reconheça nossa condição de sermos infinitamente menores.

Segundo Rohden, a faculdade ultra-intelectiva da intuição que permite a cosmo-consciência de Deus está presente na “íntima essência da natureza humana de qualquer pessoa”. O homem intuitivo não seria “um homem diferente do comum dos mortais”, sendo “porém, um homem que ultrapassou certa fronteira que outros ainda não ultrapassaram, mas podem ultrapassar”. Ele “não é anormal, nem propriamente supranormal”, mas sim “plenamente normal” ou natural, visto que “a plenitude da natureza humana consiste no completo desenvolvimento dessa faculdade intuitiva, ainda muito embrionária na maior parte dos homens da presente época” (ROHDEN, 2008a, p.140).

As afirmações do último parágrafo permitem estabelecer conexão com alegadas incapacidades individuais. Ao profissional que, por exemplo, afirmou duvidar de sua capacidade em ter a consciência de Deus, poder-se-ia dizer-lhe que esta é a condição da maioria

⁸⁰ Jo, 14:5-7 cf. tradução de Huberto Rohden.

⁸¹ **Jo 10:27,30**: “As minhas ovelhas prestam ouvido à minha voz; eu as conheço e elas me seguem; dou-lhes a vida eterna, e não se perderão eternamente e ninguém as arrebatará da minha mão. Meu Pai que me deu é mais poderoso que todos e ninguém as pode arrebatar das mãos de meu Pai. Eu e o Pai somos um”. **Jo 10:38**: “Se não faço as obras de meu Pai, não me deis crédito; mas se as faço, e não quiserdes ter fé em mim, tende fé nas obras para que vejais e conheçais que o Pai está em mim e eu no Pai”. **Jo, 14:10,11**: Não crês então que eu estou no Pai, e que o Pai está em mim? As palavras que vos digo não digo de mim mesmo; e as obras, quem as faz é o Pai, que permanece em mim. Crede que estou no Pai e que o Pai está em mim; crede ao menos em atenção às obras”. Cf. tradução de Huberto Rohden.

dos homens, segundo afirmava Rohden. Entretanto, acrescentar-se-ia que o mesmo Rohden fala da possibilidade de um desenvolvimento neste sentido via prática da cosmo-meditação, ainda que se requeira “exercício intenso, assíduo e prolongado” (ROHDEN, 2012e, p.22).

Esta Verdade é o *Lógos*, o Verbo ou o Cristo, a creatura unigênita que representa a máxima atividade creativa no Universo: criação e dinamicidade ilimitadas. O indivíduo humano experimenta a Verdade quando participa desta criatividade. Esta participação ou experiência se dá em três níveis de consciência e em quatro esferas de evolução. A primeira esfera é a material, núcleo do desenvolvimento. Seguem-se a vitalidade da biosfera, a intelectualidade da noosfera e a racionalidade da logosfera. A cada uma destas três últimas corresponde uma possibilidade de consciência.

Do problema da consciência afetada por patologias psiquiátricas que inviabilizariam a consciência, imagina-se que se possa conversar com Rohden em algumas direções. Inspirado em Teilhard de Chardin, o filósofo apresenta a teoria de quatro esferas de envolvimento ou evolução na natureza: a material (hilosfera), a vital (biosfera), a intelectual (noosfera) e a racional (logosfera) (ROHDEN, 2005a). As duas primeiras esferas, da qual o homem também participa, contemplam a senso-consciência, onde existe harmonia com o Divino, ainda que mecânica e automática (ROHDEN, 2009b, p. 55), de natureza “inconscientemente cósmica” (ROHDEN, 2009b, p. 26). Seria possível negar a possibilidade do homem cujas estruturas fisiológicas impedem acesso à ego-consciência sintonizar-se ou conscientizar-se da presença de Deus por estas vias?

A consciência da presença de Deus, segundo Rohden, não é da natureza do ego analítico e verbal, já que esta é, ao invés, equivalente à “zona penumbral” (ROHDEN, 2009b, p. 56) “centrífuga e discordante” (ROHDEN, 1979, p.99). Neste sentido, como afirmar que não possa existir algum tipo de consciência do Divino naqueles que não tem um tipo de organização analítica ajustada à normalidade? Se é possível afirmar com certa probabilidade de certeza sobre mecanismos cerebrais e fisiológicos inoperantes, qual a probabilidade de afirmação certa sobre o funcionamento espiritual do indivíduo? Rohden reconhecia que o “não saber é um oceano” (ROHDEN, 1962b, p.87) e que “nosso saber é uma fração infinitesimal do nosso não-saber” (ROHDEN, 1962b, p.49).

Dos conteúdos que relacionam a consciência de Deus com formas de agir, pensar, falar, sentir e viver, inclusive com a empatia em relação ao próximo, há convergência para a distinção que Rohden estabelece – ao falar da postura de Gandhi na biografia que dele escreveu – entre uma “crença vaga de um Deus longínquo e póstumo” e uma “experiência dinâmica de um Deus presente, aqui e agora” (ROHDEN, 2001, p.77). Desta experiência viva de Deus, que Rohden

também chamará de “profunda mística vertical” deriva, segundo coloca, a “vasta ética horizontal da fraternidade universal dos homens” (ROHDEN, 2001, p.77).

Diferente do que Rohden entende por misticismo, quando não há “efeito radical sobre a vida”, a mística coloca o homem radicalmente ao “serviço ativo da ética” (ROHDEN, 2013b, p.137). Trata-se, dito de outra forma, do “primeiro e maior de todos os mandamentos, o amor de Deus”, impulsionando ao “segundo mandamento”, da “ética”, do “amor de nossos semelhantes” (ROHDEN, 2012e, p.13). O homem cósmico ou integral, depois de identificar-se com Deus ou “seu centro real”, de pois de implodir-se misticamente passa a manifestar uma “vasta explosão ética, transbordando a sua experiência divina em vivência humana”. Da consciência de Deus, o homem “está em condições de realizar a vivência da fraternidade universal dos homens”. E neste sentido, afirma Rohden, não se trata de “apenas moralidade, que pode existir mesmo sem a experiência mística”, mas um “espontâneo transbordamento” (ROHDEN, 2001, p.14). A “mística verdadeira e plena”, faz-se “irresistivelmente transbordante e difusora” (ROHDEN, [20--?]h, p.06).

Esta conversa pode ser conduzida até os exercícios meditativos periódicos propostos por Rohden, como caminho à experiência de Deus. Além das técnicas intermitentes praticadas, como característica mais importante e necessária, o filósofo coloca a “permanente atitude interna de querer servir (...) espontânea e gratuitamente a todos”, diminuindo “gradualmente o egoísmo unilateral e exclusivista” e aumentando a “solidariedade unilateral e inclusivista”, “amor”, “altruísmo” e “benevolência universal”. Abrem-se as portas para um “viver de cada dia inteiramente pautado” pela consciência da presença de Deus (ROHDEN, 2012e, p.23).

Na categoria temática em discussão, há conteúdos que explicitam a ideia de Deus como uma realidade onipresente, que está em tudo. Neste aspecto pode-se atentar a uma possível associação que se possa fazer com o panteísmo. Esta concepção teológica, segundo Rohden, que significa “tudo-Deus, ou seja, tudo-é-Deus”, remete à ideia de que “cada indivíduo (pedra, planta, animal, homem) seja Deus, ou que a soma total desses indivíduos seja Deus” (ROHDEN, 2008b, p.198). Tudo passa a ser Deus e Deus passa a ser tudo (ROHDEN in GOLDSMITH, 2012, p.18). Neste sentido, a onipresença passa a ser interpretada como se o Infinito de Deus fosse igual a som dos finitos (ROHDEN, 2011b, p.74).

Para Rohden, esta concepção pode ser identificada ao politeísmo, sendo possível adorar tantos deuses quanto fenômenos existentes (ROHDEN, 1978, s.n.), e também a um tipo de ateísmo que nega uma Causa Primeira infinita e transcendente. Conforme o filósofo, deve-se alertar, ainda, para o perigo subjacente à esta concepção, de que sendo Deus tudo que existe, então seria também Dele a responsabilidade pelo atos bons e maus. Instaure-se, deste modo,

um problema de ordem espiritual e moral, excluindo-se ideias como as de livre-arbítrio e responsabilidade moral (ROHDEN, 2008a, p.63).

Alternativamente ao panteísmo, há o panenteísmo que remete ao sentido de que “o Tudo absoluto é Deus” (ROHDEN, 2008b, p.198). Também chamado de monismo ou monismo cósmico esta concepção teológica – já mencionada anteriormente como sendo a compreensão dos grandes mestres espirituais da humanidade (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.14) – coloca além da “transcendência absoluta de Deus”, “a imanência íntima dessa Causa divina em cada um dos seus efeitos”. Há simultaneamente imanência e transcendência (ROHDEN, 2009b, p.23), mas o transcendente é maior que o imanente. A alma universal nos habita, mas é nela que todos habitamos, como disse Paulo de Tarso aos homens cultos de Atenas (At 17: 28)⁸². Trata-se do “Ser no qual vivemos, nos movemos e temos a nossa existência” (ROHDEN, 2013c, p.17).

A compreensão panenteísta ou monista aproxima-se, como ensina Rohden, da ideia do “átomo metafísico” de Demócrito, aquele “que nenhum homem pode dividir nem destruir, o átomo indimensional, puramente qualitativo, que é o verdadeiro alicerce do Cosmos” (ROHDEN, 2005c, p.53). Neste sentido, a onipresença de Deus pode ser traduzida como o átomo de Deus, que estaria imanado em múltiplas pequenas partes de um corpo existente. Trata-se de compreensão semelhante a ideia de holograma na teoria da complexidade de Edgard Morin. O átomo divino estaria presente em cada ponto de qualquer parte do existente, assim como cada ponto de um holograma contém individualmente a informação do todo de que faz parte (MORIN; KERN, 2003, p.35). Quando se fala em um caráter hologramático, não somente as partes se encontram no todo, mas também o todo se encontra no interior das partes (MORIN; KERN, 2003, p.160).

Retornando aos conteúdos registrados nas entrevistas, observam-se agora aqueles que apontam a ideia de ser humano integral como algo subjetivo ou impossível. Da subjetividade comunicada verifica-se a identificação do conceito com uma espécie de modelo ideal a ser seguido, que serve de análise e revisão de condutas pessoais. Da impossibilidade há também proximidade com a ideia de um modelo ideal e perfeito, mas ao invés de uma acomodação subjetiva, o depoimento do profissional fica na negação da ideia, afirmando a inexistência de uma pessoa perfeita com a consciência alegada.

⁸² No segundo livro bíblico atribuído à Lucas, “Atos dos apóstolos”, capítulo 17, versículos 22 a 34, encontra-se a passagem em que Paulo de Tarso discursa em um ambiente de Atenas: ²³ Percorrendo a vossa cidade e examinando os vossos monumentos sagrados, até encontrei um altar com esta inscrição: Ao Deus desconhecido. Pois bem! O que venerais sem conhecer, é o que vos anuncio. (...) ²⁸ É nele, realmente, que vivemos, nos movemos e existimos, como também o disseram alguns dos vossos poetas: “Pois nós somos também da sua estirpe”.

Em capítulo intitulado “A cura das facticidades pela realidade”, no livro “Cosmoterapia (...)”, Rohden defende a relação entre a Saúde e a Felicidade e a “consciência ou conscientização da presença de Deus”. “Todo homem”, diz, “é, potencialmente, a ‘luz do mundo’, perfeita vida, saúde e felicidade”. Toda e qualquer enfermidade, ainda que existam dentro da onipresença divina, não existem na consciência harmonizada desta presença (ROHDEN, 2009b, p.98). Aquele que descobre esta fonte divina em si e a conscientiza como harmoniosamente ajustada “as facticidades múltiplas em todos os canais” é o homem integral e cosmificado, saudável e feliz. Este homem não busca somente o reino de Deus (atributo dos homens espirituais), mas “busca o reino de Deus e sua harmonia” (ROHDEN, 2009b, p.100).

Segundo acreditava Rohden, o único homem perfeitamente ajustado a esta imagem, que teria não apenas buscado, mas realizado “plenamente o reino de Deus e sua harmonia” teria sido Jesus de Nazaré. Por isso afirmará, no final do capítulo citado, que o homem integral aparecera “uma única vez sobre a face da terra”, o “único homem perfeito na alma e no corpo – em santidade e sanidade” (ROHDEN, 2009b, p.100).

Além de apresentar este modelo de plenitude perfeita, o filósofo indica outras personalidades que dele teriam se aproximado. De Einstein, dizia ser “um sábio e um santo; um homem bom; um homem humanitário; um homem cósmico (ROHDEN, 2005c). Do que se depreende da leitura de alguns de seus escritos, há ainda outros homens que poderiam, por aproximação, ser denominados de homem integral – como diz “homens raríssimos” (ROHDEN, 2001, p.14): Moisés, Paulo de Tarso, Agostinho, Tolstói, Albert Schweitzer, Maria Madalena, Mahatma Gandhi (ROHDEN, 2013c). Deste último – em biografia que dele escreveu – disse ter sido um homem cósmico que equilibrou extremos e sintetizou antíteses aparentemente inconciliáveis (ROHDEN, 2001, p.10), alguém como os homens de vastíssimos “espaços internos; onde todo um sistema planetário pode girar livremente, sem colisões nem catástrofes, em torno de um único sol, que tudo ilumina e vitaliza” (ROHDEN, 2001, p.09).

Em sua última entrevista concedida em vida, Rohden, em relação à educação do homem integral ou educação da consciência, dizia que há uma minoria de “indivíduos isolados, esporádicos” que estariam nesta esfera de educação (ROHDEN, 2005a, p.130). A grande maioria, como se pode depreender de outro de seus escritos, compõe a massa de homens vivendo na “alucinação coletiva” de que é o ego humano

que realiza grandes coisas no mundo; que é a sua inteligência e astúcia, o seu dinheiro, o seu jeito, a sua erudição, a sua incessante lufa-lufa [agitação; corre-corre] social, comercial, industrial, política, diplomática, que estes fatores sejam a causa real e última das coisas que ele realiza ou tenta realizar sobre a face da terra. E se alguém lhe disser que, por detrás de todos esses elementos ponderáveis e palpáveis da sua

ruidosa atividade, há um elemento imponderável e intangível que, em última análise, é a fonte inicial e profunda de tudo quanto de realmente grande acontece em sua vida – então esse homem dinâmico meneia a cabeça, incrédulo, e considera poeta, filósofo ou místico, ou pelo menos imprático, o homem que tão estranhas coisas profere. (...) Não tem consciência do imenso reservatório de forças cósmicas, esse invisível oceano que se alarga, incomensurável, misterioso e infinito, para além de todos os horizontes da percepção físico-mental. Para ele só existem os pequeninos arroios e regatos que dimanam do seu conhecido ego, correndo não se sabe para onde (ROHDEN, 2001, p.10-11).

Em meio a esta conversa, o homem integral na obra de Rohden afigura-se como modelo pedagógico ideal e de difícil acesso. Ainda que seja “um convite para o homem se transmentalizar e entrar numa nova dimensão de consciência, inédita e inaudita” (ROHDEN, 2012e, p.11) é também um convite para “se deitar sobre a mesa de operação e sofrer uma intervenção cirúrgica, sem anestesia de espécie alguma, suportando todas as dores necessárias para que o novo homem crístico possa nascer” (ROHDEN, 2012e, p.15). Neste sentido é que Rohden se mostra contrário a qualquer tentativa para transformar a “porta estreita e caminho apertado” da auto-realização – a harmonia Divina dentro do homem (ROHDEN, 2011b, p.54) – na suposta cômoda ingestão de “comprimidos de ‘magia mental’ ou ‘ritualismo esotérico’” (ROHDEN, 2012e, p.15).

Faz-se necessário, nas palavras de Rohden, “um doloroso egocídio” que, “embora pareça morte real, é, de fato, uma ressurreição, o início de uma vida maior” (ROHDEN, 1962a, p.121). É uma “morte voluntária” ou “espontânea integração do pequeno ego consciente no grande Eu superconsciente” (ROHDEN, 1962a, p.78). Para Rohden, esse Eu plenificado do homem integral ou cósmico, em uma perspectiva para além da existência terrestre, torna-se um indivíduo imortal nem separado do Todo e nem identificado ou dissolvido com o Todo, mas integrado no Todo (ROHDEN, 1962a, p.34). A realização desta integração – longa jornada – parece (auto)realizar-se pela mística e pela ética (ROHDEN, 1962a, p.78), da qual se aproxima o homem disposto ao “exercício intenso, assíduo e prolongado” das “meditações-ato” que precedem a “meditação permanente” (ROHDEN, 2012e, p.22).

As formas de se nomear Deus pela linguagem verbal aparece como um possível problema no depoimento de alguns profissionais. Tal postura pode indicar apego aumentado em relação aos significantes, com diminuição da importância dos significados e referentes. Esta característica funciona como uma espécie de barreira à atitude do filosofar (um ser possível pensar em) e à conversas que giram em torno de questões filosóficas e metafísicas. Em contrapartida, em meio aos conteúdos deste tipo aparece uma espécie de “alerta compreensivo”, apresentando que, ao lado da confusão de sentidos e significados, aparece abertura à interlocuções com variadas associações e campos semânticos, culturais e subjetivos.

Seja da “barreira” ou do “alerta”, criam-se espaços para diálogos que reflitam a linguagem e seus limites, em especial, a verbal. Disto pode-se introduzir a já mencionada teoria de Rohden dos três planos de consciência e dos três níveis do universo existencial, com destaque para o nível da ego-consciência no plano semiconsciente (ROHDEN, 2009b, p.55), onde atua o ego intelectual-verbal, o “homem-intelecto” (ROHDEN, 2009b, p.31), “homem intelectual” (ROHDEN, 2009b, p.32) ou “homem intelectual” (ROHDEN, 2008b, p.50), alguém guiado “pelos ditames da inteligência” (ROHDEN, 2009b, p. 31).

Outro caminho de conversa se dá via a tese da impossibilidade de definir o Deus infinito, conforme apresenta Huberto Rohden. Uma vez que “todo o finito em demanda do Infinito está sempre a uma distância infinita” (ROHDEN, 2013a, p.21), não somente nomes ou definições, mas nenhuma experiência ou vivência de um ser finito poderia expressar a “absoluta infinitude” por ela mesma (ROHDEN, 2013a, p.20). Trata-se de compreensão muito semelhante ao primeiro poema do Tao Te Ching, obra traduzida por Rohden e qualificada por ele como um dos “três livros máximos da humanidade”, ao lado dos Evangelhos e do Bhagavad Gita (ROHDEN in LAO-TSÉ, 2013, p.09).

Deus é, segundo escreveu Rohden no primeiro volume de sua história da Filosofia, “o único Ser sem nome, anônimo e inominável”. “Nomear, denominar, definir o Ser Infinito” – continua – “seria desinfinetizá-lo, privá-lo de sua vasta infinitude e reduzi-lo à angustia da finitude. Um Deus definido é um não-Deus”. Todos os nomes possíveis e inventados nada mais seriam do que “heróicas tentativas de nominar o inominável, de colher o infinito em um receptáculo finito” (ROHDEN, 2008b, p.36).

Ainda que apresente a característica da impossibilidade, seja de uma nomeação ou de uma definição, Rohden responde à pergunta “Que é Deus?” em seu “Catecismo da Filosofia (...)” como sendo “a Causa única e Infinita do universo, que se manifesta em vários efeitos finitos” (ROHDEN, 2009a, p.19). Ou, então, amparando-se em citações de Paulo de Tarso apresenta-o como “aquele Ser no qual vivemos, nos movemos e temos a nossa existência” (ROHDEN, 2013c, p.17).

Estas tentativas de exprimir Deus demonstram que a não-possibilidade, situada no nível do intelecto analítico-descritivo, não significa a impossibilidade de vivência desta realidade no nível do universo existencial da cosmo-consciência humana. O Infinito manifesta “sua absoluta infinitude segundo a medida do recipiente relativo das finitudes, em que se manifesta parcial e imperfeitamente” (ROHDEN, 2013a, p.20). Dizer de uma natureza indefinível de “Deus” significa falar que a compreensão analítica da “Divindade” nunca será nem a experiência

intuitiva do Infinito nos moldes do finito e nem a “Divindade” Ela mesma “O Deus compreendido pelos homens será sempre mais humano que divino” (ROHDEN, 2013a, p.139).

Há conteúdos de entrevistados que apontam para falas sobre a religião, tanto na dimensão de instituições socialmente atuantes, quanto em uma dimensão mais pessoal de crença e pensamento sobre o sagrado. Há menções à dogmas e crenças da igreja como a ressurreição (não fica claro se de Cristo ou dos mortos ou as duas), vida após a morte e práticas como terços, rezas, santos e práticas de benção. Também passagens da Bíblia são citadas, do evangelho de Mateus (sobre a reunião de dois ou três e a presença de Cristo na correção fraterna) e do livro do Eclesiastes (sobre o retorno do espírito à Deus). Observa-se a ausência de registros críticos, elementos que, se presentes, por si só já aproximariam os participantes da pesquisa dos posicionamentos de Rohden diante das teologias e religiões institucionalizadas, conforme se passa a discorrer.

Rohden não ignora a possibilidade de “elementos genuínos” de bondade, verdadeira religiosidade, catolicidade e filosofia univérsica em um “sacerdote católico”, um “ministro evangélico” ou “outra pessoa qualquer” que possa ser chamada de “religiosa”. Porém, o critério para este reconhecimento não é “teológico, dogmático, escolástico, eclesiástico” (ROHDEN, 1962b, p.110). Pistas dos critérios adotados encontram-se na afirmação do líder indiano Radhan Krishnan, citado por Rohden de que “a religião da humanidade do futuro será a mística” (ROHDEN, [20--?]h, p.06). No contexto da citação, esta nova religião é aprofundada como

uma experiência estritamente individual, que, quando organizada socialmente, deixa de existir, assim como vida encaixotada não é vida, luz engarrafada não é luz. É da íntima essência da experiência mística ser individual, o que todavia não impede que essa verticalidade individual se desdobre em horizontalidade social; mas esse desdobramento ou transbordamento só acontece quando a experiência vertical atinge o zênite da sua plenitude (ROHDEN, [20--?]h, p.06).

Para Rohden, a natureza das religiões institucionalizadas – expressa tanto no catolicismo romano, quando no “cristianismo teológico” em geral – as coloca “em permanente e secreto namoro com os totalitarismos”. Por isso, todas acabariam por participar do sacrilégio “contra a inviolabilidade do indivíduo humano, do Eu divino no homem, da alma”. Acaba por instaurar-se uma “ditadura das almas”, obrigando-as “a servir como meio de algum fim considerado superior à própria individualidade do Eu”. A religião institucionalizada obrigaria os indivíduos para “que creiam de olhos fechados, sem pensar, sem discutir, sem discordar” (ROHDEN, 2011b, p.131).

Neste sentido, Rohden provoca questionando qual seria a teologia dita cristã que não exige de seus adeptos “que creiam de olhos fechados, sem pensar, sem discutir e sem discordar”.

Também pergunta se existiriam católicos que possam questionar a infalibilidade do Papa, protestantes que tenham a liberdade de duvidar da infalibilidade da Bíblia e espíritas que deem a alternativa de um irmão aceitar ou não a reencarnação (ROHDEN, 2011b, p.131-132). Bastante significativo no sentido crítico proposto, Rohden cita o médico Albert Schweitzer em sua comparação das teologias como vacinas contra o próprio Cristo. Dizia: “Nós injetamos nos homens o soro da nossa teologia, e quem é vacinado com o nosso cristianismo está imunizado contra o espírito do Cristo” (ROHDEN, [20--?]h, p.05).

Da “presença e atividade do espírito de Deus”, Rohden dirá não estar na dependência nem da Bíblia e nem de hierarquia eclesiástica (ROHDEN, 2013c, p.94-95). A verdadeira igreja crística é a invisível e interior, que estaria traduzida no conceito de “reino de Deus” conforme o Evangelho de Lucas⁸³ (Lc 17:20,21). Não se pode apontar o reino, ele está dentro de nós. Confrontando as traduções existentes “está dentro de vós” e “está entre vós”, Rohden destaca que esta última, como se o reino de Deus fosse apenas um fenômeno social, estaria errada. Tanto “o texto grego do primeiro século como o texto latino posterior” registrariam o “está dentro de vós”, indicando o “interior da alma humana”. A boa nova do texto traria a negação das organizações sociais em prol da existência potencial de Deus “em toda a creatura humana” (ROHDEN, [20--?]h, p.51).

Rohden mostra-se convencido de que o sentido ou fim ético e místico-cristão da realização espiritual não pode jamais, em boa lógica, ser confundido com organizações-meio. Estas, quaisquer que sejam, são necessariamente “filha[s] do egoísmo” (ROHDEN, 2005d, p.64) e tendentes ao “intolerante sectarismo” (ROHDEN, 2011b, p.133). São produtos do ego, que, por natureza, é “egocêntrico, e por isso anti-crístico” (ROHDEN, [20--?]h, p.05).

Em uma análise histórica, Rohden se remete aos primeiros anos de institucionalização do cristianismo, identificando ali um caráter oriental, com predominância de ideias platônicas e neoplatônicas, de filósofos como Plotino e Orígenes. Próxima à compreensão da “igreja invisível” ou “reino de Deus” interior, as instituições de religião colocavam-se como não organizáveis ou burocratizáveis, pois se cultivava a ideia básica de que luz, vida e espírito são realidades cósmicas “que o homem pode experimentar em si, mas que não podem ser capturadas em recipientes legais, fórmulas jurídicas ou parágrafos burocráticos” (ROHDEN, 2008b, p.125).

⁸³ Lc 17:20,21: Perguntaram os fariseus quando viria o reino de Deus. Respondeu-lhes: “O reino de Deus não vem com aparato exterior; não se pode dizer: ‘Ei-lo aqui ou acolá!’ O reino de Deus está dentro de vós”. Cf. tradução de Huberto Rohden.

Tais ideias não resistiram ao contexto político subjacente de imperialismo romano. O império, como esclarece Rohden, constituía-se como “potência essencialmente aquém-nista e prática”, imanado de uma disposição legal e jurídica, valorização da organização e da disciplina e uma filosofia da autoridade e obediência com “tendência visceralmente burocrática, militar e financeira” (ROHDEN, 2008b, p.125).

As ideias neoplatônicas, ao exigirem a experiência pessoal, eram rebeldes aos processos de burocratização. Tal condição não coadunava com as necessidades do Império Romano e, por isso, o cristianismo acaba por se romanizar (ROHDEN, 2008b, p.125) a ponto de ser instituído como religião oficial do império com o Édito de Milão de Constantino Magno, em 313 d.C. (ROHDEN, 2008b, p.126). O cristianismo passa ser “uma religião estatal, defendida mediante armas, política e dinheiro”, para matar discordantes, negociar e maquiar interesses e “comprar e vender consciências” (ROHDEN, [20--?]h, p.07).

Rohden segue no percurso histórico pelos cristianismos protestante e espírita. Ainda que reconheça méritos de ambas organizações, acaba por situá-las na imagem de uma humanidade ainda que não infante, adolescente (ROHDEN, 2008b, p.129).

Do espiritismo, fala de seus “notáveis serviços à cristificação” do tradicional cristianismo ou, dito de outra forma, de seus “preciosos elementos para a evolução espiritual do Evangelho do Cristo” (ROHDEN, 2013c, p.36). O filósofo valorizava especialmente os ensinamentos sobre a continuidade da vida do homem após a morte material e a ideia de “muitos estados nos quais o ser humano possa fixar morada ou permanência temporária, na sua longa jornada rumo a Deus” (ROHDEN, 2005d, p.64). Tais considerações auxiliariam, segundo ele, na superação da ideia ultrapassada de “pecado herdado de terceiros”, assim como a possibilidade de correção ou redenção do mal “por um ato fácil de arrependimento”. Passa-se a considerar a redenção via “uma atitude difícil de não-cometimento” (ROHDEN, 2005d, p.65) e a noção dos pecados sendo herdados do próprio pecador, podendo ter sido cometidos em estados de existência anterior (ROHDEN, 2005d, p.63). Ainda que diante destas qualidades, apontava que o movimento espírita já se via invadido por uma “tendência sectária e dogmatizante” (ROHDEN, 2005d, p.64).

Do protestantismo, Rohden reconhecia ter se constituído em “um grande serviço na luta pela libertação da consciência humana (...) escravizada pela hierarquia eclesiástica de Roma” e por ter estimulado, mesmo que momentaneamente, “a ênfase no acesso direto do homem a Deus, em virtude duma disposição interna de fé, ou receptividade espiritual” (ROHDEN, 1962c, p.344). Apesar disso, compreende que não há o conseqüente desenvolvimento de uma “necessária visão espiritual para voltar ao Evangelho genuíno e integral” (ROHDEN, 1962c,

p.345). A autoridade espiritual teria continuado “do lado de fora do homem”, trocando “a heterocracia de um homem vivo e infalível [o Papa] pela heterocracia de um livro morto, igualmente infalível [a Bíblia]” (ROHDEN, 2005d, p.105).

Uma vez que parte dos conteúdos comunicados pelos profissionais entrevistados mencionam a Bíblia, faz-se válido trazer para a discussão a crítica que Rohden colocou em relação à sua pretensa infalibilidade. O filósofo reconhece inspiração radicalmente crística nos livros de Mateus, Marcos, Lucas e João, traduzidos e colocados por ele, ao lado do Tao Te Ching e do Bhagavad Gita, como os “livros máximos da humanidade” (ROHDEN in LAO-TSÉ, 2013, p.09). Trata-se (Mt, Mc, Lc, Jo) do “Evangelho” ou a “boa nova” (ROHDEN, 1962c, p.328), a “mensagem do Cristo [Cósmico]” (ROHDEN, 2011b, p.131). À parte desta identificação, não concorda que todo restante da Bíblia seja tido como infalível.

Segundo Rohden, a adoção da infalibilidade bíblica negaria o próprio ensinamento bíblico de que Deus se afirma constante e universalmente ao homem. O que se relata nos livros da Bíblia – escreve o filósofo – refere-se a revelações de um pequeno povo em Israel – “sequer 1% do gênero humano” – e durante um lapso de tempo ínfimo – “mais ou menos de 2000 antes até 100 depois de Cristo (...) que, provavelmente, não equivale a 1% do tempo total da humanidade atualmente existente sobre a Terra”. Há uma absurda negação de numerosos povos “como sumérios, assírios, babilônios, persas, egípcios, indianos, chineses, romanos, helenos, germanos e muitos outros, mais de 99% da humanidade de então” (ROHDEN, 2008b, p.129).

Rohden diz ser preciso reconhecer as limitações humanas e as consequentes “revelações tão imperfeitas” de textos bíblicos considerados sagrados, como imagens de “vingança pessoal e nacional, apedrejamento das adúlteras, mas não dos adúlteros, matança de crianças inocentes, como exige o Salmo 137, etc” (ROHDEN, 2013c, p.118). Para o filósofo faz-se “eminentemente absurdo” o desejo em nivelar “todos os valores ético-espirituais da Bíblia, do Gênesis ao Apocalipse”. Por exemplo, cita a lei do Talião outrora a ética mais alta no tempo de Moisés. O “Evangelho de Jesus vai muito além” – comenta – quando orienta “amar os inimigos e fazer bem aos que nos fazem mal” (ROHDEN, 2013c, p.50).

Nas palavras dos escritos bíblicos assim como faltariam muitas das “verdades espirituais da humanidade”, também faltariam “muitas coisas que nenhum cristão esclarecido admitirá, porque o próprio Jesus não as admitiu” (ROHDEN, 2013c, p.35). Para Rohden, a Bíblia não deve ser tida como “uma espécie de carta ou mensagem estereotípica que Deus tenha ditado para a humanidade de todos os tempos”. Tratar-se-ia, antes, de um “reflexo fragmentário de experiências que certos homens tiveram de Deus e do mundo invisível”. Como o infinito está no finito conforme a medida do finito, faz-se evidente que a ideia que “os diversos autores da

Bíblia tinham de Deus varia grandemente, consoante o conhecimento e a experiência de cada um” (ROHDEN, 2013c, p.49-50).

Em síntese, ainda que reconhecesse sinceridade nas três grandes organizações difusoras do cristianismo, Rohden não admitiu que quaisquer delas pudesse “ser identificada com a genuína mensagem do Cristo”. Nem catolicismo, nem protestantismo e nem espiritismo. A “grandiosa mensagem cósmica” do Evangelho não se restringiria nem “em confissão, comunhão e missa”, nem “em ler a Bíblia de capa a capa e crer no sangue redentor de Jesus” e nem “em caridade e crença em sucessivas reencarnações” (ROHDEN, [20--?]h, p.06).

Rohden afirmava que “a verdadeira igreja do Cristo nada tem que ver com organização social ou jurídico-legal” (ROHDEN, [20--?]h, p.51) ou com “uma sociedade eclesiástica, com presidente, vice-presidente, secretário, tesoureiro, etc” (ROHDEN, 1962b, p.110). O critério para o cristianismo universal não está no dogma teológico, escolástico, ritualístico ou eclesiástico. Antes de tudo, o necessário é a vivência íntima do espírito do Cristo, “em toda sua profundidade, amplitude e sublimidade”. A igreja verdadeira é invisível e interior, “é o descobrimento do Reino de Deus dentro do homem” (ROHDEN, 1962b, p.110).

Rohden é taxativo ao dizer que nunca poderá haver uma organização cristã social. “É impossível e contraproducente” – diz – “identificar o Cristo com alguma organização religiosa”, “como o ocidente tem tentado inutilmente”. Qualquer tentativa de transformar o “gênio cósmico” do Cristo em codificações de proibições e preceitos “é necessariamente uma deturpação e uma falência”. O “cristianismo social” verdadeiro é um produto por indução ou transbordamento derivado da cristicidade ou “experiência crística” individual de muitos, da “plenitude individual” (ROHDEN, [20--?]h, p.05).

Como visão para o futuro, acreditava Rohden que a “evolução espiritual da humanidade” encaminhava-a para vivências da religiosidade integral, “na completa adulez, preludiada pelos grandes movimentos filosófico-espirituais do Egito, da Índia, e, em parte, da Grécia” (ROHDEN, 2008b, p.129). A Religião e a Filosofia estariam a se reencontrar com a reflexão neoplatônica, um pensamento “visceralmente futurista e visionário” (ROHDEN, 2008b, p.125).

Era do entendimento de Rohden que o “homem pensante e espiritual” já não poderia mais se orientar ou ser orientado por “um sistema ético e pedagógico flagrantemente inadequado” para os tempos então atuais, de final do século XX (ROHDEN, 2005d, p.77). Não lhe caberia mais a consciência externa ou heterônoma, identificando a Mística e a Ética com movimentos de obediência ou desobediência à uma instituição hierárquica, à um livro ou à doutrinas interpretativas do após a morte. O “mundo Cosmo-mental” passaria a ser evidenciado

como “base do mundo material” e o “verdadeiro átomo, o Átomo Metafísico, descrito por Demócrito”, estaria “sendo redescoberto e focalizado por cientistas da Era Atômica, e qualificado como algo que pode emitir efeitos físico-estáticos sem limitação” (ROHDEN, 2005c, p.96). Trata-se de um momento histórico em que o filósofo considerava a humanidade e cada Homem em uma “grande encruzilhada mental-espiritual”, o qual denominou de “Era Atômica e Cosmonáutica” (ROHDEN, 2009a, p.22).

Rohden dizia perceber um crescente “movimento mundial de auto-conhecimento e auto-realização”, objetivando exclusivamente “a conscientização do reino de Deus no homem e a vivência de acordo com ele” (ROHDEN, [20--?]h, p.51), “uma sincera e honesta tentativa de ressuscitar o Cristo do Evangelho” (ROHDEN, 2009a, p.21). Inserido nesta perspectiva estava o movimento Alvorada, criado por ele buscando promover a auto-realização ou autoeducação do homem cósmico, integral ou crístico. Como principal cerne prático do movimento destacava-se a cosmo-meditação.

Conforme se vê do apresentado acima, é perceptível que o pensamento univérsico ou universalista de Rohden procura afastar-se da “estática rigidez dos dogmas eclesiásticos” (ROHDEN, 2013a, p.93) e dos “dogmatismos bíblicos”, buscando reforçar a “experiência dinâmica de um Deus presente, aqui e agora” (ROHDEN, 2001, p.77). Ainda assim, podem ser estabelecidas outras conversações em relação aos dogmas e práticas de cunho católico e também às passagens bíblicas específicas mencionadas pelos profissionais.

À respeito da Trindade, por exemplo, encontra-se nos escritos de Rohden que não é admitida apenas pela teologia cristã, mas por “todas as grandes filosofias da antiguidade”. Afirmava que o Deus Universal se revela em diversas funções, sendo três as fundamentais: a de pai (o início), de filho (a continuação) e a de espírito universal (a consumação) (ROHDEN, 2013c, p.19-20).

Da ressurreição de Jesus, Rohden a considerou como um fato histórico e como um fenômeno real e objetivo, denominando-o de “acontecimento único na história da humanidade” (ROHDEN, [20--?]g, p.55). Porém, para além da salvação ou redenção objetiva, destacava a redenção subjetiva da ressurreição. Trata-se, segundo seu pensamento, de “um problema individual, que se renova com o nascimento de cada criatura humana”. Sendo o nascimento de cada indivíduo humano um tipo de encarnação do Cristo (*Lógos* ou Verbo de Deus), a ressurreição e ascensão deste mesmo indivíduo se daria pela ressurreição. Tal processo envolveria “séculos e milênios” (ROHDEN, [20--?]g, p.91) ou, ainda, “*eons*, eternidades” (ROHDEN, 1962a, p.35). A ressurreição subjetiva significa a evolução do espírito de Deus no homem, caracterizando-se como o ponto chave no “drama cósmico” da redenção humana

(ROHDEN, [20--?]g, p.91). Trata-se do “início de uma vida maior” (ROHDEN, 1962a, p.121), a entrada na vida eterna da individualidade em veículo supremo de luz cósmica (ROHDEN, 1962a, p.32).

Acerca da crença nos santos, conforme a autobiografia de Rohden, do relato jornalístico de uma das palestras proferidas por ele, em 1935, registra-se sua distinção entre uma concepção cristocêntrica e hagiocêntrica da vida religiosa. O filósofo, então sacerdote e divulgador da Igreja católica, colocava-se na “atitude de batalhar pela concepção cristocêntrica da vida espiritual”, atenta à segunda concepção que subordina ou iguala, na prática religiosa, a devoção ao Cristo à veneração aos santos (ROHDEN, 1962b, p.251).

Acerca das práticas de benzeção, ainda que se possa figurar como distante das factuais formas com que se operam nos variados contextos históricos e culturais, há um diálogo possível com o conceito de milagre e curas milagrosas na filosofia univérsica. Em seu texto “Ciência, milagre e oração são compatíveis?” (ROHDEN, 2012c) e em trechos de seu manual orientativo “Orientando (...)” (ROHDEN, 2013c), Rohden apresenta a palavra latina *miraculum* como sendo algo que se admira ou se estranha (ROHDEN, 2012c, p.116; ROHDEN, 2013c, p.25).

Tais reações, estando atreladas ao desconhecimento sobre a causa de algum fato, não significam que haja algo que “ultrapasse as barreiras da natureza”. A natureza, segundo escreve Rohden, “é infinitamente mais vasta do que o alcance dos nossos conhecimentos”, envolvendo não somente forças, matérias e energias acessíveis aos sentidos e ao intelecto analítico (ROHDEN, 2013c, p.25-26). Ela “não é apenas material, mas também mental e espiritual” (ROHDEN, 2013c, p.68). Curas denominadas milagrosas ocorreriam “em virtude de forças inteiramente naturais, mas que ultrapassam o âmbito da matéria”. Denominar tais fenômenos de sobrenaturais é, para o filósofo, “um refúgio da nossa ignorância” (ROHDEN, 2012c, p.116).

O milagre seria anticientífico para os “semi-alfabetizados do grande Livro da Natureza”, mas não para “os universitários da razão e do espírito”, para quem este seria “a mais brilhante confirmação das leis da natureza, porque revela essa natureza como infinitamente ampliada”. O milagre é “a invasão do mundo espiritual no mundo material” (ROHDEN, 2012c, p.109). No caso em que ocorram estes fenômenos que geram admiração e espanto, não se trataria de “uma exceção, mas sim uma confirmação das leis da natureza” (ROHDEN, 2013c, p.68). Para Rohden não há uma ordem natural e outra sobrenatural. A Realidade lhe é “uma e una, constando de uma causa e de muitos efeitos”. Deus – diz – “não é sobrenatural, mas infinitamente natural”. O que se chama sobrenatural não seria o que ultrapassa a ordem natural, mas é o que está além do alcance finito e limitado que se tem dessa ordem (ROHDEN, 1962b, p.69).

Das passagens bíblicas mencionadas pelos profissionais, uma delas é a passagem do Eclesiastes: “E o pó volte a terra donde saiu, e o espírito volte para Deus que o deu” (Ecl 12:7). Rohden trata deste tema junto ao conceito de imortalidade do espírito humano. Ele chama atenção quanto à “confusão que vai por nossa literatura espiritualista” em relação à não distinção entre “sobrevivência” e “imortalidade”. O filósofo defende a tradição que atribui ser “ensinamento unânime dos maiores mestres espirituais da humanidade” (ROHDEN, 1962a, p.34-35) e “dos mestres que realizaram em si a vida eterna” (ROHDEN, 1962a, p.36). Nela, ainda que se admita a sobrevivência da existência individual em corpo astral após a morte do corpo material, há possibilidade de morte eterna da individualidade.

Rohden escreve sobre duas formas de imortalidade correntemente divulgadas. A primeira, que aproxima do pensamento de Augusto Comte, refere-se à imortalidade social e material via obras, filhos e descendentes. A outra, de cunho imaterial, remete à certos filósofos do Oriente que apresentam a vida eterna como “uma total identificação da vida individual com a Vida Universal”. É o que Rohden chamou de “eutanasia [morte sem sofrimento] do *nirvana*” (ROHDEN, 1962a, p.33) ou “eutanasia da identificação praticada pelo amor” (ROHDEN, 1962a, p.36).

Ambas seriam “por demais precárias e insatisfatórias” já que, de fato, não é o indivíduo, sua autêntica e singular individualidade, que sobrevive, mas sim algo outro que sobrevive em seu lugar. Neste sentido, Rohden as identifica ambas como mortalidades, acrescentando a elas a mortalidade oriunda do desvio ego-consciente da Realidade Cósmica, o pecado por livre-arbítrio, que denomina “suicídio da separação cometido pelo pecado” (ROHDEN, 1962a, p.36)

Ainda segundo a tradição em que Rohden se baseia, ao lado da possibilidade de morte eterna caminha a possibilidade de imortalidade eterna. Para tanto, a individualidade humana, com o livre-arbítrio que lhe é própria, pode – na perspectiva dos eons, séculos e milênios – desenvolver um “corpo-luz” a servir de veículo do Eu espiritual, singular, individual e autêntico. A formação desse “veículo de luz cósmica” culmina na já comentada ressurreição subjetiva ou do sujeito humano. O ser individual “renasce pelo espírito”, “entra no reino de Deus”, “adquire a vida eterna”. Assim como o corpo astral permite a sobrevivência do ego mental após a morte material, de forma análoga o corpo-luz acolhe o Eu espiritual (ROHDEN, 1962a, p.32-33).

Vê-se que a passagem bíblica levantada pelo profissional mostra notável aproximação com o assunto da integralidade metafísica em Rohden. Junto ao pensamento do filósofo percebe-se que o retorno à Deus pode ser uma diluição, seja por separação (pelo afastamento consciente do Bem) ou por identificação amorosa (segundo acreditam algumas outras tradições

orientais). O que se deve pontuar é que, para o filósofo e a tradição que lhe ampara, no caso da consciência humana individual, o retorno do espírito à Deus pode também, e sobretudo, ser integração no Todo, “um eterno viver integrado na Vida Infinita” (ROHDEN, 1962a, p.36). Trata-se “da grande libertação, da redenção do homem luciférico ‘ego’ e sua integração no homem crístico ‘Eu’; (...) a transição da penumbra matutina da inteligência para a luz meridiana da razão” (ROHDEN, 1962a, p.40).

Da menção do evangelho de Mateus (sobre a reunião de dois ou três na presença do Cristo) repara-se sua colocação em edição dos Evangelhos, com tradução e comentários de Rohden, no grupo de versículos sob a epígrafe “Correção fraterna” (ROHDEN, 2007a, p.65). Há um comentário de Rohden sobre esta passagem no livro “O Sermão da Montanha” (ROHDEN, 2012e), no capítulo em que explica sobre a bem-aventurança daqueles que sofrem perseguição por causa da justiça. O homem justo, na consideração de Rohden, é o homem crístico, aquele que se guia pelos dois grandes mandamentos, “polos básicos do Evangelho” (ROHDEN, 2007a, p.15), explícitos nos livros de Mateus, Marcos e Lucas⁸⁴.

Este tipo de homens, segundo Rohden, passa por dois tipos de exclusão. A primeira delas localiza-se no terreno individual ou psicológico, na medida em que indivíduos de maior espiritualidade provocam sentimentos de insegurança e inquietação naqueles de menor espiritualidade, por vezes traduzidos em despeito e agressividade, quando aproximam-se do caráter de “homens orgulhosos e insinceros consigo mesmos” (ROHDEN, 2013e, p.47). A outra exclusão se dá no âmbito das organizações sociais, principalmente as eclesásticas. Neste contexto, o homem altamente espiritualizado mostra-se como exceção à regra, à tradição e à massa, provocando ou desconfiança ou indiferença.

Esta condição do homem crístico coloca-o como membro da já mencionada igreja crística e invisível do interior do homem. Rohden reforça que o termo igreja deriva de *ekklesia*, “que quer dizer escol ou elite”, o que há de mais valorizado ou de maior qualidade, “significando aqueles que conhecem, por experiência interna, as grandes verdades proclamadas pelo Cristo e as concretizam pela vivência externa”. Trata-se dos homens que têm a experiência

⁸⁴ **Mt 22:37-40:** Respondeu-lhe ele: “Amarás o Senhor teu Deus de todo o teu coração, de toda a tua alma e de toda a tua mente. Este é o primeiro o maior dos mandamentos. O segundo, porém, é semelhante a este: Amarás o teu próximo como a ti mesmo. Nestes dois mandamentos se baseiam toda a lei e os profetas”. **Mc 12:29-31:** Respondeu Jesus: “O primeiro é este: Ouve, Israel! O Senhor nosso Deus é o único Senhor. Amarás o Senhor teu Deus de todo o teu coração, de toda a tua alma, de toda a tua mente e com todas as tuas forças. O segundo diz: Amarás a teu próximo como a ti mesmo. Não há mandamento maior que estes”. **Lc 10:26-28:** Respondeu-lhe Jesus: “Que está escrito na lei? Como é que lês?” Tornou aquele: “Amarás o Senhor, teu Deus, de todo o teu coração, de toda a tua alma, com todas as tuas forças e de toda a tua mente; e a teu próximo como a ti mesmo”. “Respondeste bem – disse-lhe Jesus. – Faze isto e terás a vida”. Cf. tradução de Huberto Rohden.

mística de Deus, transbordando-a em ética de bondade e amor fraternal ao próximo (ROHDEN, 2009a, p.49).

Esse escol de homens crísticos é, segundo Rohden, uma espécie de diminuta “fraternidade branca” de solitários pioneiros do Infinito. A passagem aludida do evangelho de Mateus comunicaria o número dois ou três “porque nunca serão muitos, no mesmo lugar e tempo, os homens cristificados”. E, no caso de serem mais, dirá Rohden que nunca deixará de imperar o que denomina de “lei da polaridade ou da trindade”. Em qualquer grupo maior haveria sempre uma pequena “constelação interna de dois ou três” a fazer circular a experiência crística ao restante (ROHDEN, 2013e, p.49-50).

Há depoimentos entre os profissionais entrevistados que apresentam o ser humano em relação ao universo, ora como nada e ora como tudo. O uso de tais conceitos na obra rohdeniana levam ao problema já mencionado acerca da criação do mundo. Enquanto o dualismo coloca que o mesmo teria “sido criado por Deus do nada”, o monismo coloca que teria sido criado “não somente por Deus, mas também de Deus” (ROHDEN, 2008c, p.113). São concepções opostas que apresentam formas distintas de olhar para o homem, fruto deste mundo. Ou se considera que o mesmo é feito do nada e, por isso, precisa negar-se e afastar-se de si para aproximar-se de Deus, ou que é feito do Tudo, precisando aproximar-se de si mesmo para aproximar-se de Deus (ROHDEN, 1978).

Outra possibilidade de conversa pode ser estabelecida a partir da reflexão sobre o Tudo infinito e o Tudo no finito. Conforme já visto, para Rohden e a tradição monista que sustenta sua compreensão, pode-se parafrasear a “linguagem rigorosamente monista” (ROHDEN, 2011a, p.31) do evangelho de João (ROHDEN, 2007a, p.19): o finito e o Infinito são Um; o finito está no Infinito e o Infinito está no finito, mas o Infinito é maior que o finito.

Ainda sob esta categoria temática, que passeia com os conceitos de Deus, a Religião e o Homem, faz-se digno de nota contextualizar a obra de Rohden em sua vida de sacerdote católico. As ideias que professa tomam corpo em meio instrucional jesuítico, donde derivaram vinte e cinco anos como sacerdote, escritor e responsável pelo movimento da Cruzada da Boa Imprensa, que divulgava a fé católica por diversos estados do Brasil, entre 1935 e 1941 (ROHDEN, 1962bc).

Seus relativos sucesso e fama passam a ser acompanhados de objeções entre os eclesiásticos, sobretudo após os lançamentos de sua tradução do Novo Testamento, em 1938 (ROHDEN, 2007a), e a biografia de São Paulo, “Paulo de Tarso: o maior bandeirante do evangelho” (ROHDEN, 1996), em 1939. Iniciam-se processos de oposição com artigos difamatórios publicados em dezenas de veículos da mesma imprensa católica que ajudou a

divulgar (ROHDEN, 1962bc). Em 1942, um mês após o falecimento do grande incentivador de Rohden e, na ocasião, supremo chefe da Igreja Católica no Brasil Dom Cardeal Leme (ROHDEN, 1962c, p.294), é emitida Carta Circular dos Bispos da Província Eclesiástica de São Paulo, proibindo os vinte e cinco livros de Rohden publicados até então sob acusação de serem “perniciosos à fé católica” (ROHDEN, 1962b, p.33). No ano seguinte, a Arquidiocese de Porto Alegre emitiria um “ato da Cúria” aderindo à condenação.

Este movimento que teria como resultado, inclusive, a incineração de livros em praça pública (ROHDEN, 1962c, p.270) culminou com a carta de Rohden desistindo do uso das ordens eclesiais, em 1944, “ao completar 25 anos de apostolado sacerdotal e literário a serviço da Igreja” (ROHDEN, 1962c, p.375). Apesar deste documento, há indícios de que Rohden nunca esteve oficialmente desligado da Igreja Católica. Como possíveis evidências disso, Zoraida Guimarães ([2000?], p.18) menciona o convite que o arcebispo do Rio de Janeiro, Dom Jaime de Barros Câmara, o mesmo que recebera a carta, fizera a Rohden para uma celebração festiva de seus 50 anos de ordenação sacerdotal (da qual o filósofo agradecera, mas sem aceitar) e o fato de seu sepultamento ter ocorrido no Cemitério Getsêmani, administrado pela Arquidiocese de São Paulo.

Na década de 1960, em sua autobiografia, Rohden dizia ter-se em conta de sinceramente católico. Assim era na medida em que se entendesse por “catolicidade” o sentido de *katá e holos*, contraído em *katholos*: “segundo o todo”, “total” ou “universal” (ROHDEN, 1962b, p. 13). Na razão inversa do clericalismo, teologia e catolicismo romanos, centralizados em Roma e numa determinada organização social (ROHDEN, 1962c, p.329), a catolicidade universalista se baseia na convicção e vivência de uma busca baseada na experiência evangélica ou de boa nova, portanto mística e ética, de Deus (ROHDEN, 1962c, p.337).

Atividade pedagógica

Em consideração às interpretações para DEHR, imagina-se um encontro lúdico-didático em que os profissionais fossem convidados a escolher e anotar individualmente: um verbo de ação (não de ligação), um lugar, uma profissão e um objeto. A partir destes elementos, partiriam para a criação de um pequeno fragmento de história onde, além dos referentes e ação anotados, fariam constar “Deus” e um “Templo”, “Espaço Sagrado” ou “Igreja” (de qualquer religião).

A partir das histórias apresentadas, conversas, reações e trocas de impressão, o mediador da atividade passa a propor interlocuções com a vida de Rohden e alguns dos pensamentos presentes em sua obra. Em especial, com diversidade de possibilidades, pensa-se na exploração

da distinção entre o panteísmo, o dualismo e o monismo cósmico, apresentando a oposição entre a criação *ex nihilo* e a criação por envolvimento. Também relevante é a ideia do reino de Deus “dentro de nós” como igreja invisível, a partir da negação de uma organização social para o genuíno cristianismo da perspectiva do conceito de Cristo Cósmico. A atividade, que poderá ser concluída em dois dias, deve apresentar a cosmo-meditação como ferramenta de iniciação à vivências da busca por harmonia com o Centro divino interior.

5.2.4. O serviço psiquiátrico (PSI)

A presente categoria temática revelou conteúdos que, observados de uma forma geral, sugerem uma relação dos enunciados das questões do Grupo B ao trabalho com questões psiquiátricas. O contato com ideias aproximadas à integralidade metafísica de Rohden remeteu os profissionais da enfermagem a apresentarem distinções que seriam típicas do trabalho psiquiátrico e da saúde mental onde atuam.

Parte dos apontamentos evidenciam características relacionadas ao ceticismo e à opção por aspectos práticos e concretos do cuidado, em alguns momentos relacionada à falta de tempo em se considerar questões abstratas ou irreais (como disse um dos participantes) colocadas pelos usuários. Outra parte revela um lugar de cuidado onde o outro, usuário atendido, mostrando-se diferente da normalidade convencionada, aproxima os profissionais de pensamentos sobre o mistério do cérebro, os conceitos de consciente, subconsciente e ego, o invisível, a conexão entre as coisas, o inexplicável, o espiritual e a realidade.

Nos dizeres de Rohden, “a Realidade é uma só, absoluta, indivisível” (ROHDEN, 2013b, p.125). Trata-se do “uno da perfeita vida e saúde do Universo” (ROHDEN, 2009b, p.71) ou “o Uno da Essência Infinita” (ROHDEN, 2009b, p.37). Arelado a ele, como revela a palavra Universo, estão os versos ou o “Verso das Existências Finitas” (ROHDEN, 2009b, p.37). Tem-se então “unidade na diversidade” (ROHDEN, 2009b, p.30) ou “unidade com diversidade” (ROHDEN in LAO-TSÉ, 2013, p.86). O universo não é monotonia, apenas um, mono, “unidade sem diversidade” e nem caos, sem ordem, sem beleza, “diversidade sem unidade”. É harmonia bela (*kosmos*) e pura (*mundus*), “grandiosa e fascinante” (ROHDEN, 2009b, p.30).

Ao Uno, Rohden associa a Essência e ao Verso, a multiplicidade das existências (ROHDEN, 2009b, p.36). A relação entre os dois é inspirada no monismo cósmico, de tal forma que, em “linguagem rigorosamente monista”, diz-se: as existências e a Essência são um; as existências estão na Essência e a Essência está nas existências (ROHDEN, 2011a, p.31). As existências participam da Realidade na medida em que compõem com ela uma Unidade.

Ao se considerar o nível existencial da ego-consciência no plano semiconsciente (ROHDEN, 2009b, p.55) inaugurado na Terra pelo homem, em meio ao seu “itinerário evolutivo” (ROHDEN, 2009b, p.30), passam a ser considerados graus de participação na Realidade. “O conhecido está no cognoscente segundo a medida do cognoscente” (ROHDEN, 2013c, p.49). Desta forma, passa ser questionável qual é esta medida de Realidade que pode ser saboreada ou experimentada. O saboreamento, experiência ou vivência do Real é o que Rohden denomina como sendo a Verdade (ROHDEN, 2007b, p.32).

O Real, afirma Rohden:

é somente aquilo que não teve princípio nem terá fim, aquilo que é, além de tempo e espaço. Realmente é aquilo que é eterno, infinito, universal, absoluto. Real, portanto, é somente o SER, a ESSÊNCIA, que as religiões chamam Deus, Brahman, Yahveh, Tao, ou que outro nome se dê ao Anônimo (ROHDEN, 2013b, p.37-38).

Como o monismo admite que o mundo não apenas veio de um movimento da Essência, mas veio a evoluir da própria Essência ou do “Todo numenal” (ROHDEN, 2008b, p.135), Rohden propõe um terceiro elemento à dualidade Realidade e Ilusão ou Real e Irreal. Trata-se do Realizado: produto do próprio Real ou do Real realizante. Por ser derivado do Real, não se pode admitir que seja irreal (um nada), mas também não se identifica com o Real (o Todo) (ROHDEN, 2013b, p.38). “O Real é o Uno, o realizado é o Verso do Universo” (ROHDEN, 2013b, p.38).

Em meio a esta compreensão, a afirmação coletada de um profissional de que há pacientes que vivem fora da realidade, por vezes, com maior sensibilidade que os ditos normais, adquire nuances diferentes. Também é assim para aquele que diz, diante de afirmativas não usuais, em especial a de que estaríamos todos ligados, de que é preciso trazer os usuários para a realidade. Para Rohden, a Realidade encontra diferentes formas de manifestar-se em verdade.

Em meio às falas, um dos entrevistados, a partir do enunciado do ser humano integral como aquele que tem consciência de Deus, identifica Rohden como alguém que desconheceria a psiquiatria. Desta afirmação explicita-se a dificuldade em se estabelecer relações daquela ideia em específico com elementos da realidade psiquiátrica que são levantados pelos profissionais. O problema que subjaz parece ser a pergunta de como conciliar a ideia de um acesso à consciência do Divino com estados alucinatórios patológicos, estados de silenciamento, isolamento e fechamento em si mesmo excessivos, discursos delirantes, lógica verbal e senso de realidade espaço-temporal adulterados, sensibilidades diferenciadas, etc.

Elementos desta categoria também dialogam com o objetivo 1, sobretudo quando aproxima os cuidados em psiquiatria com posturas de ênfase no olhar humanizado e na

ampliação de espaços de conversa e acolhida que vai além das palavras e dos discursos (delirantes ou não), prezando pelo olhar, o gestual e a comunicação de sentimentos. Em remissão ao Quadro 2, que sintetiza as integralidades em saúde, notam-se presentes as integralidades das habilidades – em especial da empatia (item 5.2) – e as integralidades nuclear (item 6.1), que traz a pessoa como centro, e do usuário (item 7.1) que procura participar com o usuário de seus significados e buscas singulares.

No registro coletado de um dos profissionais entrevistados, trabalhador do CAPS adjacente ao CAIS, encontra-se a ideia de que diante de usuários que pareçam buscar uma força que lhes dê sentido, para lhes dar voz o profissional do cuidado precisa “transcender”. Esta transcendência, junto à obra de Rohden, assume a dimensionalidade de um contato com o Divino. Esta relação, como já se discutiu, é também imanente, na medida em que se assume com o monismo que Deus está dentro de nós (ROHDEN, [20--?]h, p.51). Do contato místico que “enche de reverente assombro” ao transcender e “de suave amor” ao imanar (ROHDEN in LAO-TSE, 2013, p.74) deriva o transbordamento da “experiência divina em vivência humana”. Trata-se da “vasta explosão ética”, colocando o ser “em condições de realizar a vivência da fraternidade universal dos homens” (ROHDEN, 2001, p.14).

Na conversa com Rohden, o profissional de saúde que se coloca na busca de “uma vivência íntima” ou de “um saborear direto e imediato” da Plenitude (ROHDEN, 2012e, p.15) coloca-se no caminho da “profunda mística vertical” (ROHDEN, 2001, p.77). Neste sentido, do “primeiro e maior de todos os mandamentos, o amor de Deus”, é impulsionado ao “segundo mandamento”, da “ética”, do “amor de nossos semelhantes” (ROHDEN, 2012e, p.13). Desta fraternidade ética desperta, viria a facilitação empática e o colocar-se junto do usuário que exige cuidados e vigoramento de seus sentidos para a vida.

O conceito de sentido é central na obra de Viktor Frankl (1905-1997), psiquiatra vienense fundador da Logoterapia ou “Psicoterapia do Sentido da Vida” (PEREIRA, 2008, p.159). Rohden afirmava possuir todas as obras sobre Logoterapia do psiquiatra (ROHDEN, 1976) e, segundo o editor de um de seus livros demonstrava intenções por traduzi-las (CLARET apud ROHDEN, 2009b, p.13). Para ele, no campo da medicina científica, Frankl teria sido pioneiro “da cura do homem pelo poder do espírito” (ROHDEN in GOLDSMITH, 2012, p.19).

Ao considerar três grandes grupos de terapias – somaterapia (cura do corpo pelo corpo), a psicoterapia (cura do corpo e da mente pela mente) e a logoterapia (cura pelo *lógos*) – Rohden propôs a Cosmoterapia, ressaltando o homem como uma “estrita unidade orgânica”, “unidade em diversidade”. Por considerar este todo “univérsico” dirigido pelo “*lógos*, o Eu

pleniconscente” (ROHDEN, 2009b, p.44), o filósofo também coloca a Cosmoterapia como um outro nome ou um nome preferível para a Logoterapia (ROHDEN, 2009b, p.71).

Além de Frankl, outro possível tangenciamento e aproximação de Rohden à teorias originadas no campo psiquiátrico, dá-se com a obra de Carl Gustav Jung, a quem chega a qualificar de “o grande psicólogo e psiquiatra da atualidade”. Ainda que menos destacada que a relação estabelecida com a obra do médico vienense, em seu livro “Novos Rumos para a Educação”, Rohden afirmará que em quase todos os livros de Jung (o que faz pressupor que os tenha lido em grande quantidade) está a compreensão de “que no fundo de todas as curas verdadeiras está o fator religioso, ou seja, a experiência do Infinito, do grande TODO, de algo que transcende as estreitas barreiras do pequeno ego” (ROHDEN, 2005d, p.67). Esta afirmação lembra citação de Jung feita por outro teólogo brasileiro:

Entre todos os meus clientes na segunda metade da vida, isto é, com mais de 35 anos, não houve um só cujo problema mais profundo não fosse constituído pela questão da sua atitude religiosa. Todos, em última instância, estavam doentes por terem perdido aquilo que uma religião viva sempre nos deu, em todos os tempos, aos seus seguidores. E nenhum curou-se realmente sem recobrar a atitude religiosa que lhe fosse própria. Isso está claro. Não depende absolutamente de uma adesão a um credo particular, nem de tornar-se membro de uma igreja, mas da necessidade de integrar a sua dimensão espiritual (JUNG in BOFF, 2001, p.82)

A loucura, conceito que acompanha o universo psiquiátrico, aparece na obra de Rohden com sentido metafórico. Fala-se, por exemplo, da “suprema loucura” do Sermão da Montanha e do Evangelho do Cristo, dadas suas incompatibilidades com o mundo atual (ROHDEN, 2013a, p.98). Diz-se também que o homem crístico ou iniciado é tido pelo profano como “um louco, um anormal” (ROHDEN, [20--?]b, p.112). E as “experiências Cristo-vividas” são relacionadas à sapiência de uma “divina loucura” (ROHDEN, 2004b, p.150).

Faz-se refletir o ponto de encontro entre os usuários dos serviços de saúde mental de segundo e terceiro níveis de atendimento com aqueles que se embrenham na busca da integralidade metafísica com a Divindade. Todos eles situam-se à margem da normalidade. São, cada qual ao seu modo, denominados de loucos. E, talvez nas ditas loucuras, possam se encontrar no entendimento mútuo de “um louco a outro louco”. Desta afirmação, cita-se o poema produzido em contexto cristão, “Oração do pássaro”, de Frei Betto:

Senhor, tornai-me louco, irremediavelmente louco
Como os poetas sem palavras para os seus poemas,
As mulheres possuídas pelo amor proibido,
Os suicidas repletos de coragem perante o medo de viver,
Os amantes que fazem do corpo a explosão da alma.

Dai-me, Senhor, o dom fascinante da loucura

Impregnado na face miserável do pobre de Assis,
 Contido nos filmes dionisíacos de Fellini,
 Resplandecente nas telas policrômicas de Van Gogh,
 Presente na luta inglória de Lampião.

Quero a loucura explosiva, sem a amargura
 Da razão ética das pessoas saciadas à noite pela TV,
 Da satisfação dos funcionários fabricantes de relatórios,
 Dos deveres dos padres vazios de amor,
 Dos discursos políticos cegos ao futuro.

Fazei de mim, Senhor, um louco
 Embriagado pelo vosso amor,
 Marginalizado do rol dos homens sérios,
 Para poder aprender a ciência do povo
 Em núpcias com a Cruz que só a Fé entende
 Como um louco a outro louco (BETTO, [19--?]).

Ainda que as especificidades dos serviços psiquiátricos sejam variadas, trazendo dificuldades próprias de comorbidades e transtornos mentais graves, a obra de Rohden parece prestar sua contribuição. Inicialmente junto ao profissional, contribuindo para seu processo de auto-realização via cosmo-meditações intermitentes. Posteriormente, pelo que se cultiva junto ao pensamento de Rohden, o transbordamento ético do cuidado amoroso ao próximo.

Atividade pedagógica

Em uma roda de conversa, um mediador-expositor trabalha as seguintes frases-disparadoras:

- Quem são os loucos?
- Você já se considerou ou foi considerado louco?
- O que você já aprendeu com alguém que considerava ou a quem consideravam louco?
- Muitas vezes o profissional da saúde precisa trazer o “louco” para a realidade. E se o que percebemos não for a verdadeira realidade?

Das conversas originadas, o mediador procura espaços para expor alguns pontos da teoria de Rohden em intersecção com diálogos sobre a empatia (integralidades das habilidades e dispositivos). Da filosofia univérsica, sugere-se trabalhar a ideia de verdade enquanto experiência da Realidade por um “realizado” no nível existencial da ego-consciência. Para tanto, devem ser trabalhados a ideia monista da relação entre o Uno (essência) e o Verso (existências), destacando-se a possibilidade do homem (o ser realizado) aproximar-se do Real via cosmo-meditação. A aproximação do Real deve ser apresentada enquanto aproximação da mística do Amor à este Real, a se transbordar em ética fraternal.

Contextualizando a meditação nas PICS e uma ferramenta de promoção da integralidade da saúde dos profissionais, um exercício de cosmo-meditação orientado deve ser proposto e efetivado.

5.2.5. Determinismo divino (DDVN)

Os conteúdos analisados sob esta categoria temática evidenciam relação da integralidade metafísica com algum tipo de determinismo. O ser integral enquanto alguém consciente de seu centro Divino ou a ideia de uma interconexão entre os seres remeteu parte dos entrevistados à pensamentos sobre predeterminações ou possíveis leis universais que excluiriam o acaso e o indeterminado.

Há olhares diferenciados para o assunto. Um dos profissionais que toca no tema exemplifica com um caso em que poderia ter modificado o dia da morte de alguém, embora o determinado – no caso, a morte daquele a quem salvou – tenha acabado por acontecer. Desta forma, fala como se houvessem alternativas contingentes ou interstícios possíveis até um ponto realmente determinado como necessário.

Outros profissionais falaram em termo de busca, seja a busca por uma força maior ou um sentido, seja uma busca mais próxima ao significado de missão. Este termo, que também aparece nas respostas à entrevista, significaria uma “incumbência que alguém deve executar a pedido ou por ordem de outrem”, uma “obrigação”, “um dever a cumprir” (MISSÃO, 2009).

O inesperado, o que foge ao controle e ao domínio das situações da vontade e da ação, também aparece como destino. Resolver os problemas colocados a partir dele mostra-se individualmente possível, embora condicionado ao equilíbrio das várias dimensões do indivíduo humano que os resolve (o profissional as explicita como sendo física, mental e espiritual). A terminologia do destino aparece outras vezes, seja para contar o caso acima mencionado (dos interstícios contingentes e pontos necessários), seja para traduzir a conexão dos seres como inexistência do acaso e como Deus agente e autor dos acontecimentos. Há ainda a exposição da ideia de repetição de situações, aos moldes do “Eterno Retorno” de Nietzsche.

Giacóia Júnior (2018) auxilia a pensar que a percepção da condição humana como predeterminada é a “experiência da impotência da vontade humana (...) na vivência do tempo”. Trata-se do drama diante do passado como presente que foi; do futuro como presente que ainda não é; e do presente como aquilo que deixa de ser no momento em que é.

Diante deste drama da impotência temporal, Nietzsche vai pensar com o “Eterno Retorno” (GIACÓIA JÚNIOR, 2018), conceito que também se desenvolve em meio aos

pitagóricos, estóicos e em variadas tradições mitológicas milenares (DUROZOI; ROUSSEL, 1993; ELIADE, 1984). Considera-se que as coisas possam repetir-se após um período de muitas unidades temporais. Deste modo, a impotência da vontade diante do tempo transforma-se em um tipo de potência, na medida em que todos os momentos que parecem se esvaír são eternos, ou seja, sem fim, imortais, incessantes, fora do próprio tempo. A condição humana aparece como uma obra de arte ou uma sinfonia imortalizada, eterna, onde cada nota e movimento de tentativa e erro que envolveu sua composição participa da eternidade.

Partindo desta ideia, pode-se operar alguma aproximação com o pensamento de Rohden. Para ele, a “alma do Universo” (ROHDEN, 2019b, p.117), o “último e mais profundo centro do homem” ou “ponto de contato em que o microcosmo individual se encontra com o macrocosmo universal” (ROHDEN, 2005d, p.46) é “a única, eterna e infinita Realidade”, a “Realidade Universal” (ROHDEN, 2011a, p.31). Trata-se da Divindade, aquela cuja primeira manifestação é o Verbo, o *Lógos*, o Cristo Cósmico (ROHDEN, [20--?]h, p.25). Esta manifestação tem caráter dinâmico e plural, por isso também denominada de *Elohim* ou “Potências Creadoras” (ROHDEN, [20--?]h, p.12). Esta pluralidade e dinamicidade traduz-se como “criatividade ilimitada” de uma “Mente ou Mentalidade Cósmica” (ROHDEN, 2005c, p.95-96) a funcionar como “canal-mestre do mar da Divindade” (ROHDEN, [20--?]h, p.68) – por onde necessariamente flui a única, eterna e infinita Realidade ou Realidade Universal, como denominada acima.

Ainda que não se encontre em Rohden um lidar com o conceito do retorno eterno, pode-se pensar com ele uma participação do humano nesta única eternidade, aos moldes da relação monista (ROHDEN, 2011a, p.31; ROHDEN, 1978, s.n.). A Mente Cósmica ou Cristo Cósmico e a Única Eternidade ou Realidade Universal são Um; a Única Eternidade ou Realidade Universal está na Mente Cósmica ou Cristo Cósmico e a Mente Cósmica ou Cristo Cósmico está na Única Eternidade ou Realidade Universal. Há de se atentar que a Mente Cósmica é também chamada de “Deus-Agir concreto” ou “aspecto concreto da Divindade abstrata do puro Ser” (ROHDEN, [20--?]h, p.25).

Esta concretude mental e dinâmica do canal-mestre é traduzida como uma facticidade individual manifesta, consciente e livre (ROHDEN, 2011a, p.31). A partir da diferenciação proposta por Rohden entre os nomes “Deus” e “Divindade” (ROHDEN, [20--?]h, p.12, p.17), explica-se que é Deus a manifestação individual. Com isso afirma: “o Cristo é Deus e nós somos deuses – mas nem ele nem nós somos a Divindade” (ROHDEN, 2011a, p.31).

A muito provavelmente impactante afirmação de que somos nós deuses – individualidades conscientes e livres emanadas da Divindade – encontra respaldo na ideia

monista de nossa participação da Divindade, por intermédio do canal-mestre Deus, o Cristo Cósmico ou Mentalidade Cósmica. A simbologia construída na história evangélica de Jesus traz a ideia de encarnação do espírito de Deus Cristo – facticidade individual – no homem individual Jesus, consciente e livre. Sua ressurreição e transfiguração em corpo-luz anunciaria o renascimento pelo espírito daquele ser individual humano, que entra no reino de Deus e conquista a vida eterna (ROHDEN, 1962a, p.32-33; p.121).

Neste ponto, pode-se trazer à tona a ideia de um determinismo, seja enquanto missão, busca ou destino. Os significados destes termos se mesclam na obra de Rohden a partir da consideração do Homem ou da Humanidade universal, efeito evolvido da Mente Cósmica do Cristo. Da perspectiva univérsica, fala-se do “verdadeiro destino” da Humanidade (ROHDEN, 2013a, p.118) ou do cumprimento da missão do Homem em “realizar cada vez mais perfeitamente (...) sua evolução ascensional” (ROHDEN, [20--?]f, p.28).

Esta evolução ascensional aparece como sendo o “fim supremo e único” (ROHDEN, [20--?]f, p.17) ou “finalidade da existência”. Rohden a apresenta como um “roteiro evolutivo” (ROHDEN, [20--?]f, p.83) no qual aparece como argumento necessário e inevitável a “luta evolutiva”, “luta consigo mesmo” ou “campo de batalha da vida humana” (ROHDEN, [20--?]f, p.24). Esta luta guarda relação direta com sua natureza livre e consciente.

Ao entrar “na zona da ilusória ego-consciência” inicia-se o “o estado de antítese, ou luta” (ROHDEN, [20--?]f, p.24). Em relação com a teoria dos três planos de consciência, Rohden apresenta este estado de luta como um conflito entre o “Eu superior” e o “ego-inferior” (ROHDEN, [20--?]f, p.24). Uma vez revestido do “aspecto consciente e ativo da matéria, a matéria mental, a mente materialista”, “chamada ego”, o ser do homem “inicia a sua luta contra a resistência, o seu sofrimento, a sua evolução” (ROHDEN, [20--?]f, p.20).

Acompanhando o ego consciente e intelectual, está o livre-arbítrio, “uma zona isenta da jurisdição divina” (ROHDEN, 2013c, p.99) que permite ao homem a livre “decisão dependente apenas da vontade” (ARBÍTRIO, 2009). “O que de bem ou de mal” fizer “nesse ‘campo neutro’ da sua liberdade, é ele mesmo que o faz por sua conta e risco e já não é Deus que o faz” (ROHDEN, 2013c, p.99). Neste ponto, as falas dos profissionais que colocam Deus como responsável pelos acontecimentos exigem especial atenção em uma conversa com Rohden. Para o filósofo e a tradição que o acompanha, dotado de livre-arbitrio, o Homem pode pensar, julgar e escolher ser “conscientemente anti-cósmico” ou concientemente cósmico (ROHDEN, 2009b, p.26); lutar por sua perfectibilidade ou por sua negação.

Rohden apresenta a ideia da “grande encruzilhada” da evolução, que coloca o Homem entre “a reta da inocência e a curva da culpa” (ROHDEN, 2013a, p.115). A “curva” é entendida

como o caminho da ego-consciência (o plano semiconsciente da noosfera), diferente do caminho reto da hilosfera e da biosfera do plano inconsciente da senso-consciência do mineral, animal e vegetal. É também o sinuoso, o não-linear, o conflituoso caminho em que aparece a luta evolutiva e a luta consigo mesmo.

“Se o homem escolhesse a linha reta da inocência e, qual criança ingênua e dócil, andasse sempre na luminosa estrada diurna” da harmonia divina, “sem jamais trilhar as vias noturnas do mal”, poder-se-ia dizer que há algo de glória. Porém, “glória muito maior” – continua Rohden – é um ser “que, depois de conhecer todas as noites do afastamento de Deus, todas as terras estranhas do pecado, todos os prazeres da liberdade pessoal”, retorna aos seus braços, “livre e espontaneamente” (ROHDEN, 2013a, p.117).

Neste sentido, destaca-se a parábola do filho pródigo (Lc 15, 11-32) como ilustrativa da evolução metafísica do ser do humano. O homens gloriosos seriam os que passam pela encruzilhada e seguem pela tortuosa curva. É o “drama do autoconhecimento e da auto-realização do homem”. Na parábola, o filho mais velho (o mundo não hominal) “não descobriu o seu ego mental, e por isto não se transmentalizou nem se converteu”. Já o filho pródigo, o mais novo, ao “gozar a sua liberdade sem freio” e “percorrer uma vida de ego pecaminoso e sofrer as consequências das suas culpas, (...) entra em si, encontra o seu Eu divino e se realiza espiritualmente”. As solenidades que o pai manda celebrar simbolizariam “a grandeza da auto-realização” (ROHDEN, 2007a, p.225).

Com Rohden, é a eternidade o destino do Homem e de cada indivíduo humano. Em “séculos e milênios” (ROHDEN, [20--?]g, p.91) ou “*eons*, eternidades” (ROHDEN, 1962a, p.35) faz-se inevitável a cada um, diante do livre-arbítrio, “integrar-se conscientemente no eterno Uno, eternizando-se” na Vida Eterna ou “separar-se livremente do eterno Uno, desintegrando-se” na Morte eterna (ROHDEN, 2009b, p.25-26).

Para o cumprimento do “verdadeiro destino” da Humanidade (ROHDEN, 2013a, p.118), cada indivíduo encontra obstáculos como parte de sua jornada. Neste ponto, retorna a fala do entrevistado que coloca o equilíbrio físico-mental-espiritual como base para a resolução dos problemas da falta de controle e domínio das situações do querer e fazer do ego. Tal perspectiva dialoga em sintonia com a obra de Rohden.

Graficamente, o filósofo representa o homem crístico, cósmico ou integral com três círculos coloridos “parcialmente sobrepostos e parcialmente independentes, deixando no centro uma área comum a todos” (ROHDEN, 2005b, p.39). O vermelho representa o corpo, o verde, a mente e o amarelo, as emoções. O centro incolor atinge a todos os três representando o “espírito, que, depois de ser revestido pelo corpo, se chama alma” (ROHDEN, 2005b, p.40).

Este complexo espiritual bio-psico-mental (espírito-corpo-emoção-mente) é identificado na obra rohdeniana também como o homem integral “vital-mental-racional” (ROHDEN, [20--?]f, p.09), uma “estrita unidade orgânica” dirigida pelo “*lógos*, o Eu pleniconsciente” (ROHDEN, 2009b, p.44). Para que esta direção se efetive e possa estabelecer “o grande equilíbrio da harmonia universal” (ROHDEN, 2011, p.48) “entre o espírito humano e o espírito divino” (ROHDEN, 2007a, p.104), faz-se necessário desenvolver a faculdade intuitiva de acesso à Razão, *Lógos* ou “Reino de Deus dentro do homem” (ROHDEN, 1962b, p.110).

Este desenvolvimento, que é a ampliação do nível existencial da consciência cósmica no plano pleniconsciente, também se traduz como uma grande integração da “cosmo-consciência” com a senso-consciência dos sentidos e a ego-consciência do intelecto (ROHDEN, 2009b, p.84). Harmonizam-se “numa grande síntese cósmica todas as antíteses, aparentemente contrárias umas às outras, porém realmente complementares” (ROHDEN, 2009b, p.85).

Este equilíbrio ou integração dos diferentes níveis do universo existencial no homem é um “tratado de paz” que “não é o fim da luta, mas uma luta em perfeita harmonia (ROHDEN, [20--?]f, p.25). Desta forma, os obstáculos na jornada evolutiva assumem a perspectiva do homem integral que se vê pleniconscientizado da fonte divina em si, harmoniosamente ajustada “as facticidades múltiplas” (ROHDEN, 2009b, p.100). Para que se conquiste tal desenvolvimento, demanda-se o contínuo exercitar-se no esvaziamento, na passividade receptiva (ROHDEN, 2019b, p.117) e “dinâmica” (ROHDEN, 2013b, p.137) proporcionado pela cosmo-meditação.

Atividade pedagógica

Em um formação em roda, o mediador da atividade sugere um jogo. Passa-se um objeto (uma obra de Rohden), de um a um, no sentido horário. Aquele que segura o livro deve seguir três passos: i) falar o nome; ii) dizer ou calar qualquer coisa que tenha vontade; e iii) falar coisas sobre quatro assuntos: Destino, Livre-arbítrio, Divindade, Dificuldades no trabalho. No último passo não é permitido não falar. Há ainda outras duas regras: a) só pode falar mais de uma palavra aquele que segura o livro; e b) caso os outros desejem falar, podem expressar-se com a palavra “identifico”, no caso de identificarem-se com o que estão ouvindo daquele que fala ao segurar o livro.

Após esta etapa, o mediador propõe reflexões a partir do que foi dito, fomentando a conversa e a troca de ideias sobre as experiências com a dinâmica. Em meio a esta conversa o

mediador insere conteúdos da obra de Rohden, especialmente acerca da natureza divina do homem (monismo cósmico) e a teoria dos três planos de consciência ou três níveis do universo existencial. Aos poucos, coloca-se a relação entre livre arbítrio e o ego intelectual, na perspectiva da evolução metafísica/cosmológica como o “Verdadeiro Destino” da humanidade. A atividade segue apresentando elementos da cosmo-meditação enquanto via de desenvolvimento da faculdade racional, associada à integração e harmonização dos obstáculos e facticidades. Finaliza-se com um exercício de cosmo-meditação sob orientação do mediador.

5.2.6. O olhar cético e o incomum (CET)

A presente categoria reúne conteúdos que relacionam os enunciados à filosofia, ao abstrato ou a fenômenos pouco usuais ou excêntricos. Além disso, a filosofia e as abstrações são relacionadas a assuntos pouco usuais ou de reduzida aceitação.

Em um primeiro momento, notaram-se elementos de afastamento com a possibilidade de estabelecer diálogos com ideias associadas ao pensamento de Rohden. Porém, conforme se avançaram as observações, pode-se reparar que os mesmos profissionais que comunicavam aqueles elementos, apontavam outros que indicavam possibilidades de aproximação. Por exemplo, o profissional que comunica do ceticismo e da pouca espiritualidade da profissão é o mesmo que pergunta, com certa dose de curiosidade, se a integralidade exigiria, então, abertura à inéditas experiências. Outro participante, ao mesmo tempo que ressaltava a dificuldade com abstrações, aproximando-as de um caráter ficcional, também dizia de suas conversas filosóficas com um outro profissional, que o ajudavam a sair de uma perspectiva automática rumo ao pensamento (ainda que apontasse certa chateação com o excesso de pensamento questionador).

Ainda que as ideias metafísicas sugeridas nos enunciados das questões tenham sido associadas a um universo fictício – ou seja, ilusório e imaginário – também foram relacionadas a uma verdade maior. Esta condição de ser maior, que afirma um “muito verdadeiro”, colocam tais ideias como algo que mereça ser apresentado, ainda que enfrente resistências por dificuldades de aceitação e assimilação.

Tais dificuldades, assim como alegado por um dos profissionais, de fato apareceram na maioria das repostas às questões do Grupo B (conforme será discutido em tópico acerca das manifestações tergiversantes). As complicações, entretanto, não parecem estar restritas ao âmbito da enfermagem na saúde mental. Nos padrões circunstanciais atuais, discussões rigorosamente lógicas a operar com universais como o Homem, o Universo, Deus, o Cristo e a Divindade – ainda que sejam denominações de uso comum – parecem encontrar barreiras de

espaço, tempo e prioridades práticas do cotidiano. Faz-se trabalhoso o entendimento da lógica e, mais ainda, a compreensão experiencial de um sentido para a metafísica enquanto realismo, tal qual propõe Rohden.

Em referência à ideia do “muito verdadeiro” mencionada mais acima, pode-se recuperar o que Rohden diz acerca da metafísica como sendo “mais real que a física” analítica e empírica (ROHDEN, 2008a, p.26). Também pode ser recuperada a ideia – baseada na relação entre a luz e a matéria – de que quanto menos visível, audível e tangível é uma coisa, mais real ela é (ROHDEN, [20--?]h, p.55). Observam-se tais afirmações e os conteúdos aqui analisados e aqueles presentes na CT PSI, acerca dos questionamentos motivados especialmente pelo perfil dos pacientes psiquiátricos. A partir disto, infere-se que possa ser alta a probabilidade de ocorrerem mistos de afastamento e aproximação diante das estranhezas e excentricidades relacionadas à assuntos fundamentais da Filosofia Univérsica.

Conteúdos que refletem a atração por diálogos sobre fenômenos excêntricos é um fator que pôde ser constatado junto ao presente grupo temático. A subcategoria que os contempla é denominada “Singularidades Existenciais”. A expressão é tomada de empréstimo da terminologia conceitual da FC. Nesta área de conhecimento e atuação profissional, mencionada várias vezes na apresentação desta dissertação, singularidades existenciais são definidas como acontecimentos encontrados na historicidade de uma pessoa que, em consideração a aspectos do cotidiano, culturais e de uma determinada época, tem a aparência de fenômenos extraordinários, inusitados, raros, pouco comuns e difíceis de encontrar⁸⁵ (GOYA, 2010, p.82).

Em sua autobiografia, Rohden dedica um capítulo à contar de suas vivências com pesquisas “psíquicas e ocultistas” ou “fenômenos chamados espiritistas”, aos 32 anos de idade (em 1926), quando acompanhou seu professor – um cientista jesuíta de nome Aloísio Gatterer – em viagens de estudo pela Áustria (ROHDEN, 1962b, p.51). Mencionam-se experiências em sessões envolvendo fenômenos de telepatia, fenômenos luminosos, golpes enigmáticos em móveis, transporte de objetos, levitação, identificação de auras e materialização de formas corporais visíveis. Do relato que apresenta, destaca que “a única atitude sensata que nos compete em face do cosmos invisível é a de uma grande humildade e prudência em afirmar ou negar” (ROHDEN, 1962b, p.68). Também explicita que

⁸⁵ Na FC, as singularidades existenciais são observadas principalmente no intuito de analisar o desenvolvimento e as funções que ocupam na vida da pessoa, no decorrer de sua historicidade. Em clínica, investigar as decorrências de tais fenômenos mostra-se mais importante que procurar compreender suas causas ou origens. Por muitas vezes não encontrar respaldo nos conhecimentos humanistas e científicos, os filósofos clínicos são orientados a documentar as ocorrências para que gerações futuras possam aprofundar as questões levantadas [notas de cadernos do autor].

o fato de haver mentira e ilusão não prova a não-existência de fatos e verdades. Depois de longas horas de sessões com pessoas dotadas de poderosas virtudes mediúnicas, sessões realizadas com todo o rigor de fiscalização e em circunstâncias sumamente favoráveis, não posso mais matricular-me na escola dos que negam todo e qualquer fenômeno dessa natureza (ROHDEN, 1962b, p.66).

Ainda que admitisse como prováveis a existência de seres não-humanos dotados de inteligência e livre-arbítrio (hipótese demonista), algum tipo de existência para a alma humana após a morte (hipótese espiritista) e a possibilidade da intervenção de ambas na vida humana, Rohden aposta maior relevância à hipótese animista que atribui ao médium e à sua alma (o centro espiritual da unidade orgânica corpo-emoção-mente) a autoria dos fenômenos, “agindo através das substâncias sutis do corpo” (ROHDEN, 1962b, p.66). Em reforço a esta compreensão recorre a conceitos como comunicação entre subscientes, forças psico-físicas, magnetismo e galvanismo animais, harmonização de atitudes psíquicas, etc (ROHDEN, 1962b, p.51-69).

Ao lado de assuntos como possíveis possessão por espíritos, *déjà vu* e sensibilidade energética diferenciada, há as menções entre os profissionais de experiências que teriam atestado a veracidade de milagres. Neste ponto em especial, destacam-se os já mencionados opúsculo de Rohden, “Ciência, milagre e oração são compatíveis?” (ROHDEN, 2012c), e o verbete “Milagres” de seu manual orientativo “Orientando (...)” (ROHDEN, 2013c, p.25-26). Nestes escritos o milagre é tido como pertencente à ordem dos fenômenos naturais, ainda que para tal afirmação seja necessário alargar a compreensão usual de Natureza. A apresentação destes e de outros elementos sobre o assunto encontra-se na discussão da CT DEHR, em especial no diálogo com as práticas de benzeção mencionadas por um dos profissionais.

Atividades pedagógicas

Como sugestão de atividade didática sugere-se uma roda de conversa. A motivação central apresentada é o verificado na presente pesquisa, de que há dificuldades, resistências e pouco espaço para conversas que saiam da rotina de trabalho concreta e robotizada.

Após as devidas apresentações, o mediador introduz o conceito de singularidade existencial e convida os participantes a contarem suas experiências (pessoais ou que já ouviram falar).

Em observação à forma como flui a conversa e as opiniões trocadas diante do aspecto exótico e inusitado do assunto, o mediador coloca a afirmação de Rohden “Visto cá de baixo, há seres sobrenaturais; vistos lá de cima, só há seres naturais” (ROHDEN, 1962, p.69). Na

sequência, assim que tiver oportunidade, apresenta a ideia das quatro esferas da evolução da natureza: a material (hilosfera), a vital (biosfera), a intelectual (noosfera) e a racional (logosfera).

Em atenção ao apresentado das esferas, parte-se para comentários das distinções entre o material e o visível de um lado e o imaterial e invisível de outro. Coloca-se em conversação a seguinte passagem de Rohden: “admitir a existência desse mundo imaterial, não é nenhuma superstição, nem mesmo um dogma religioso, é simplesmente um postulado do bom senso” (ROHDEN, 1962a, p.67).

Após um tempo para novas trocas, voltando a atenção para a “esfera racional” comenta-se do equívoco terminológico corrente entre “intelecto” e “Razão”, apresentando a associação desta última ao nível da cosmo-consciência no plano pleniconsciente e sua participação no fenômeno do milagre, segundo Rohden.

Após, o mediador apresentará a ideia em Rohden de que todo homem “é, potencialmente, (...) perfeita vida, saúde e felicidade”, na medida em possui imanado em si a essência infinita do Universo. Complementa-se com a noção de que toda e qualquer enfermidade, ainda que exista dentro da onipresença divina, não existem na consciência harmonizada da presença (ROHDEN, 2009b, p.98).

Neste ponto, como via de desenvolvimento da harmonização comunicada, apresenta-se a cosmo-meditação. Após ressaltar sua natureza de “exercício intenso, assíduo e prolongado” (ROHDEN, 2012e, p.22), efetiva-se uma prática de cosmo-meditação orientada pelo mediador.

5.2.7. O silêncio e o barulho (SILB)

A presente categoria temática acolhe conteúdos especialmente voltados à frase de João Guimarães Rosa à constar no enunciado da questão 11, acerca dos silêncios barulhentos. Os profissionais apontam relações entre um silêncio exterior e um barulho interior, assim como entre um barulho exterior e um silêncio interior. Neste último caso, afirma-se um silêncio profundo, de coração e de alma. Nos outros, que representam a maioria, enfatizam-se agitações interiores, especificadas como necessidades de conversa, anseios, maquinações ou um reflexo das complexas ligações que envolvem o mundo e o homem.

Os conteúdos, ao tocar em aspectos do silêncio ou da falta dele apontam para a oportunidade de diálogo para **um aspecto-chave ou sentido vital da pesquisa aqui desenrolada**. O paradoxo do barulho silencioso ou do silêncio barulhento remete à principal e

talvez mais potente sugestão prática da Filosofia Univérsica: a “oração meditada” (ROHDEN, 2012c, p.124) ou “cosmo-meditação” (ROHDEN, 2009b, p.113).

No ano de 1924, aos 31 anos de idade, Rohden fez seu primeiro Retiro Espiritual de trinta dias completos, segundo os ensinamentos de Santo Inácio de Loyola e sob direção do padre Leopoldo Arntzen. Em sua autobiografia escreveu que entrara, “pela primeira vez em contato íntimo, pessoal, imediato, vital (...) com a poderosa realidade” de seu “divino Senhor e Mestre” (ROHDEN, 1962b, p.40). Alguns anos mais tarde, após seus estudos de doutoramento em Filosofia e Teologia pela Europa (Áustria, Holanda e Itália), repete os “grandes exercícios espirituais de trinta dias completos”, sob mesma direção, entre 1928 e 1931 (ROHDEN, 1962b, p.108). De Santo Inácio disse:

Considero Inácio de Loyola como o maior *yógui* cristão do ocidente. Esse homem, quase totalmente inculto, redescobriu, por si mesmo, na gruta de Manresa, onde passou um ano inteiro em solidão e meditação, o que os *yóguis* da Índia sabiam milênios antes dele, mas que o ocidente continua a ignorar até nossos dias (ROHDEN, 1962b, p.41).

Suas participações nestes dois retiros espirituais jesuítas o estimularam-no a colocar os estudos intelectuais em uma condição qualitativamente distinta do contato “íntimo, pessoal, imediato, vital” (ROHDEN, 1962b, p.40) ou “direto com a Suprema Realidade (...), Deus, Cristo, Eterno, o Infinito, o Absoluto, o Todo” (ROHDEN, 1962b, p.41). Disto afirmou:

Todos os meus estudos, de Ginásio, Seminário e Universidade, correram sob os auspícios dos Jesuítas, num total de 15 a 16 anos. Mas, espiritualmente, todos esses anos não equivaleram àquelas duas vezes 30 dias de Retiro Espiritual, uma vez durante o Noviciado, e, no fim dos estudos, durante o Terciado. Aprendi nessas semanas a viver o Cristo, ou ser vivido pelo Cristo. Todo o resto da minha vida não foi senão uma consequência desse contato com a Última Realidade (ROHDEN, 1962b, p.42-43).

Anos mais tarde, quando já havia entregue a carta de desistência do uso das ordens eclesiásticas ao arcebispo do Rio de Janeiro em 1944, enquanto ocupava a cátedra de Filosofia e Religiões Comparadas na *American University*, em Washington, EUA (de 1946 a 1951), Rohden frequentou por três anos o *Golden Lotus Temple*, iniciando-se em Kriya Yoga sob a supervisão de Brahmachari Jotin (Swami Premananda), discípulo de Paramahansa Yogananda, fundador da *Self-Realization Fellowship*.

Destas aproximações percebeu proximidade de significados entre o “vocábulo latino ‘*religio*’” e a palavra sânscrita “yoga” que “quer dizer ‘jungir’, ‘ligar’” (ROHDEN, 2009b, p.113). O sentido de ambas remete ao dispositivo, “ponte” ou “traço de união” que ligaria o homem à Deus: a meditação.

Do verbo “meditar”, Rohden apresenta que o radical “med” é também elemento básico de termos como “medir”, “médico”, “mediador”, “medianeiro”, “intermediário”, etc. Desta forma o sentido de meditar pode ser compreendido no sentido de algo que “medeia”, “como uma ponte liga duas coisas, espécie de traço de união entre dois pontos”. Desta forma, meditar assume justamente o significado de “estabelecer ligação, união, contacto” (ROHDEN, 2009b, p.113). Este contato é também comparado à sintonização de frequências operadas por um aparelho de rádio:

Há uns decênios que o espaço está constantemente repleto, dia e noite, de milhares de ondas eletrônicas, cada uma de outra frequência. (...) Todas essas ondas eletrônicas estão, objetivamente, presentes no meu quarto, ao redor de mim e do meu rádio – mas nenhuma dessas ondas é captada pelo meu rádio e não ser aquela pela qual o meu aparelho receptor está afinado, neste momento. Afinar ou sintonizar quer dizer estabelecer no aparelho receptor perfeita identidade vibratória entre a onda lançada pela estação emissora e a do meu rádio. Com outras palavras, o meu rádio tem de “meditar”, ou “medear”, de acordo com a emissora, servir de intermediário fiel entre o receptor e o emissor. (...) É importante notar o seguinte: a simples presença objetiva das ondas eletrônicas ao redor do rádio não afeta o aparelho; eu não percebo nenhuma música (...) pelo simples fato de estarem estas melodias presentes eletronicamente; eu só as percebo a partir do momento em que o meu rádio sintoniza com a frequência certa da respectiva onda (ROHDEN, 2009b, p.114-115).

“O rádio só pode dar música audível depois de receber música inaudível” (ROHDEN, 2009b, p.117). Analogamente, o homem sintoniza o inaudível “silêncio-plenitude” do Deus interior ao desempenhar sua função meditadora, via meditação. O cerne desta ação de sintonização/meditação seria a “perfeita identidade de vibração entre o receptor humano e o Emissor divino” (ROHDEN, 2019b, p.114).

Em provável referência à sua formação jesuítica e à seu trabalho de vida que procurou unir e comparar diferentes tradições religiosas sob a luz de uma “catolicidade evangélica” (ROHDEN, 1962b, p.105), Rohden propõe a “oração meditada” como uma denominação sinônima para a meditação (ROHDEN, 2012c, p.124).

A recomendação da oração é apontada por Rohden como talvez “o único ponto em que não há heresias” entre as religiões: “paganismo, judaísmo, islamismo, cristianismo – todos praticam a oração”. Neste sentido, procura distinguir a ação de orar, tanto do “pedir algo a Deus” (ROHDEN, 2012d, p.17), quanto do “rezar” (ROHDEN, 2012d, p.18) ou “recitar fórmulas” (ROHDEN, 2012b, p.104).

Orar, explica, deriva-se etimologicamente “da palavra latina *os* (genitivo: *oris*)”, que significa boca. Neste sentido, atribui ao orar o sentido metafórico de abrir a boca, abrindo-se ao Infinito, “porque está com fome e espera receber alimento de Deus” (ROHDEN, 2012d, p.17). Deste modo, aquele que medita ou ora meditativamente, prontifica-se a receber o alimento

infinito, deixando-se “invadir pelo Infinito” (ROHDEN, 2012b, p.104). Trata-se, como se apresentará mais adiante, da invasão de dentro de um “silêncio-plenitude”. Diz Rohden: “isto, segundo os mestres é orar” (ROHDEN, 2012b, p.104).

Rohden se preocupa em esclarecer que “a verdadeira meditação” a qual denomina de “cosmo-meditação” não corresponde com o pensar, o analisar ou o “discorrer mentalmente sobre algum tema”, conforme a cultura ocidental costuma por vezes significar o verbo meditar (ROHDEN, 2009b, p.113). Ainda como alerta à possíveis desvios da cosmo-meditação, o filósofo apresenta expressões como “acrobacia mental”, “cochilo devocional” (ROHDEN, 2012b, p.104), “dulçoroso devaneio” e “namoro com o mundo espiritual”. Todas elas designariam posturas que, ao contrário da verdadeira meditação, não resultam em efeitos radicais decisivos sobre a vida, identificando-se como “uma descida para o plano subconsciente” (ROHDEN, [20--?]b, p.25).

A descida ao plano inconsciente ou subconsciente, no nível do universo existencial da senso-consciência (ROHDEN, 2009b, p.55) pode ser traduzida como um tipo de escapismo em busca de uma “paz inconsciente da natureza sem problemas”, sobretudo quando o homem se encontra “angustiado com os problemas oriundos da zona ego-consciente da sua zona mental” (ROHDEN, 2009b, p.74). O que se obtém destas práticas, entretanto, distancia-se de uma paz real. É, em geral, “um armistício temporário”, “uma espécie de narcótico, de anestésico, de analgésico, ou outro paliativo, que talvez remova algum sintoma doloroso do mal, mas que não pode erradicar a raiz do mal”. Em algum tempo, o homem sugestionado pelo subconsciente volta ao plano do consciente e “a dolorosa problemática da vida diária recomeça, talvez com redobrada violência” (ROHDEN, 2009, p.75).

O silêncio, o silenciamento e o silenciar-se são condições para a cosmo-meditação. Certa vez em seu apiário, Rohden plantava “umas estacas de astrapéias e outros arbustos de flores melíferas”, quando lhe ocorreu a seguinte afirmação: “Quando o homem fala, Deus se cala. Quando o homem se cala, Deus fala” (ROHDEN, 1971, p.40). Disto afirmará criticamente das “igrejas e organizações espiritualistas” que insistem em falar “daquilo que Jesus falou – ignorando aquilo que Ele calou” (ROHDEN, 1971, p.104).

O calar-se não se trata, segundo Rohden, “do simples fato objetivo do silêncio” – conforme atestam as falas registradas dos profissionais entrevistados. Trata-se de uma “atitude subjetiva de silenciosidade”. Como proposta de distinguir estes tipos de silêncio, o filósofo apresenta as denominações do “silêncio-ausência” ou “silêncio-vacuidade” ao lado do “silêncio-presença”, “silêncio-plenitude”, “silêncio-dinâmico” (ROHDEN, 1971, p.39, p.44) ou “silêncio pleniconsciente” (ROHDEN, 1961, p.78).

O fato objetivo do silêncio-vacuidade é uma etapa, estágio ou aspecto inicial do processo da cosmo-meditação. Trata-se do que Rohden denomina como “despojamento ou desnudamento” (ROHDEN, 2013b, p.135). É o abdicar-se do próprio ego intelectual, do plano semiconsciente no nível do universo existencial da ego-consciência (ROHDEN, 2009b, p.55). Há uma renúncia ou recusa do “ruído das palavras, dos pensamentos e das emoções” e do “tagarelar com vacuidade”. Rohden compara esta desistência de posse como uma morte “para o pouco a fim de viver para o muito” ou uma morte “para uma vacuidade a fim de viver para uma plenitude”. Transcende-se o que se é, a fim de ascender ao que se pode vir a ser (ROHDEN, [20--?]b, p.26).

Abrir mão deste “pouco”, condição para o vácuo do silêncio-vacuidade, entretanto, não é tarefa fácil, mas “extremamente difícil”. O ego (que faz, pensa, analisa, deseja e produz) aparenta ser para o homem “o que há de mais alto e perfeito em sua natureza”, como se fosse seu “verdadeiro Eu individual” e sua “alma”. Diante do que seria uma “lei da psicologia” segundo Rohden, não é possível ao ser humano a vacuidade de sentimentos e pensamentos enquanto não houver uma plenitude maior para preencher esta vacuidade. A natureza egocêntrica do ser humano tem “horror ao vácuo”, transformando a “renúncia meramente negativa” em algo praticamente impossível. Neste sentido é que a “consciência espiritual”, pleniconsciência ou consciência da plenitude abre o caminho para o cumprimento deste estágio da perda de consciência físico-mental (ROHDEN, [20--?]b, p.25-26).

É neste ponto onde atua o silêncio-plenitude, tornando completa, integrada e plenificada a vacuidade. A pessoa, após “esvaziar-se completamente de todos os conteúdos do seu ego humano, infalivelmente” – assegura Rohden é invadida pela alma do próprio Universo, que não está fora, mas “no seu próprio centro”. Trata-se de uma invasão das periferias pelo centro (ROHDEN, 2012b, p.106).

É, então, no centro interno do homem onde estão “todas as forças do universo, causa e efeito” (ROHDEN, 2013b, p.125), toda “a potência cósmica” (ROHDEN, 2013b, p.126). Esta realidade, entretanto, é como se não existisse enquanto não se tem consciência dela. Tal consciência ou cosmo-consciência faz-se possível a partir da evocação da potência cósmica “das profundezas do abismo do inconsciente para o plano do consciente” (ROHDEN, 2013b, p.126).

Note-se que não se trata de invocar, mas evocar. Enquanto o primeiro liga-se à *in vocare*, ou “chamar para dentro”, o outro relaciona-se à *ex vocare*, “chamar para fora” (ROHDEN, 2009b, p.42). Ainda que “quase toda a humanidade chamada cristã, espiritual, crente” pratique há séculos a invocação de poderes transcendentais e ausentes, não é um poder externo ou um

Deus de fora que se chama na meditação. O que é necessário e suficiente é chamar para fora um poder interno e presente, “sempre-presente, embora geralmente ignorado e, por isso mesmo, inoperante” (ROHDEN, 2009b, p.51). Há no ser humano uma potencial e “eterna fonte de sanidade” (ROHDEN, 1962c, p.229), felicidade e vida (ROHDEN, 2009b, p.25) à espera de evocação” (ROHDEN, 2009b, p.99).

Há outro estágio ou aspecto do processo, “que está no fim” da cosmo-meditação, denominado de “aspecto da quietação e do achado” (ROHDEN, 2013b, p.135). Estando mortos “os ruídos externos – materiais, mentais e emocionais”, “o silêncio começa a falar”. A pessoa não faz, não pensa e não quer nada, “não analisa, não produz vibrações mentais, mas oferece a sua mente como canal mediador por onde possam fluir as águas vivas da Fonte” (ROHDEN, 2019b, p.116). Trata-se “antes uma passividade receptiva do que uma atividade factiva; é antes um receber do que um fazer” (ROHDEN, 2019b, p.117).

Uma paradoxal “voz do silêncio” plenifica a vacuidade daquele que medita e chegam coisas, segundo Rohden, “que nem pensamentos nem palavras lhe podem revelar” (ROHDEN, 1971, p.44). Como a música, este silêncio revela-se como “uma linguagem internacional”, não atuando “pelo que diz, mas sim pelo que é” (ROHDEN, 1971, p.64).

Invadido de silêncio-plenitude, o ser meditante “transcende todas as etapas inferiores, os símbolos, e até o próprio silêncio, porque este é substituído pelas revelações da Divindade”. Tomado de “silêncio ativo e dinâmico”, a pessoa atinge o “mais alto plano da mística” e a “mais alta forma de saber”: a contemplação. São ultrapassados todos os invólucros externos do mundo físico-mental e a realidade interna vem à tona. Só a pessoa que contempla, diz Rohden, pode saber e compreender o que é a Realidade (a experiência da Verdade). “Os outros apenas entendem, querem ou crêem” (ROHDEN, 2013b, p.139).

Em unidade, Verdade, Bondade e Beleza se fundem, “enchendo o homem de indizível felicidade”.

Na contemplação, se dá a expansão máxima da consciência; o homem, no auge da sua individualidade, atinge o máximo de universalidade, vive no Deus do mundo, e por isso vive em todos os mundos de Deus. A contemplação mística é a única possibilidade de uma ética universal, porque o amor, na sua intensidade máxima, produz necessariamente a benevolência na sua amplitude universal. A grande vertical mística revela-se na vasta horizontal da ética. (...) O homem contemplativo está na presença do TODO; por isso todas as profanidades aparecem aureoladas de sacralidade. A multiplicidade desconexa das coisas do mundo converge na fascinante unidade da sua origem e do seu centro. O mundo se tornou um cosmo, um uni-verso, um em diversos, diversos em um (ROHDEN, 2013b, p.140).

Considera Rohden que são poucos ao que “conhecem por experiência própria o mistério do silêncio” (ROHDEN, 1971, p.105), a “linguagem de Deus e dos homens espirituais”

(ROHDEN, 1971, p.51). “Todos os grandes iluminados que a humanidade conhece viveram longos períodos de silêncio absoluto” (ROHDEN, 1971, p.105), assim como se notam perfis silenciosos em “gênios e místicos” (ROHDEN, 1971, p.104). Segundo biografia escrita por Rohden, Gandhi era habituado a dedicar “a primeira hora do dia, e a segunda-feira toda” para alimentar “os ruidosos rios da sua incessante atividade”, via meditação (ROHDEN, 2001, p.11).

Conforme também presente nas discussões da CT DEHR, Rohden distingue entre as orações meditadas ou cosmo-meditações, as “meditações-ato” e a “meditação-atitude”. Esta última, no singular, remete ao ensinamento no evangelho de Lucas (Lc, 18:01): “Orai [meditai] sempre, e nunca deixeis de orar [meditar]” (ROHDEN, 2012d, p.17). Trata-se de uma “atitude vital”, “respiração da alma”, “uma atitude permanente” e “um modo-de-ser da alma” comparável à planta que volta suas folhas ao sol para ser vitalizada (ROHDEN, 2012d, p.18). É a atitude do “homem de experiência superior” (ROHDEN, 2012d, p.18), de “experiência profunda” (ROHDEN, 2012d, p.17).

A meditação-atitude, também denominada “meditação permanente” (ROHDEN, 2012d, p.104), aparece na obra de Rohden como condição para a realização de si, “auto-realização” (ROHDEN, 2012b, p.103) ou auto-educação do ser humano cósmico ou integral (ROHDEN, 2005b, p.15). Trata-se de um estado compatível com qualquer ocupação, possível de acontecer em qualquer lugar e hora (ROHDEN, 2012d, p.17).

A pessoa que se exercita, com assiduidade, nas meditações-ato tende à atitude permanente, compatibilizando o viver e o orar meditado. O trabalho exterior, em conformidade ao que diz Rohden e o evangelho, é beneficiado pela meditação permanente e “coisas, outrora prosaicas, são aureoladas de um halo de suave poesia, e as ocupações antipáticas se tornam simpáticas” (ROHDEN, 2012d, p.18).

A meditação-atitude infunde o ser humano aproximado ao homem cósmico ou integral de uma “nova vidência” ou “visão compreensiva”. Esta, segundo afirma Rohden, não é nem “simples crer”, nem o mental “entender” (ROHDEN, 2012e, p.21). A compreensão que se adquire supõe ser e viver no íntimo do ser. Trata-se de “uma atitude vital”, distinta de uma função mental, parcial e unilateral do ego humano. A compreensão da pessoa meditativa é uma vivência total, integral e unilateral do “Eu divino” (ROHDEN, 2012e, p.21).

De suas experiências com a meditação, Rohden afirmou ser “um trabalho imensamente sério, doloroso e árduo, pelo menos no princípio, porque é o rompimento duma barreira multissecular” (ROHDEN, [20--?]b, p.25). A visão compreensiva e contemplativa “requer exercício intenso, assíduo e prolongado”. Como afirma o filósofo: “sem exercícios sistemáticos

e bem orientados é impossível termos esse contato consciente com o grande mundo desconhecido” (ROHDEN, 2012e, p.22).

A “meditação-atitude” deve “ser precedida por muitas meditações-ato” (ROHDEN, 2012b, p.104): constantes exercícios intermitentes, feitos hábito em tempos e/ou lugares definidos, criando condições para que, “pouco a pouco”, transformem-se “numa meditação permanente” (ROHDEN, 2012b, p.105). Destes exercícios, Rohden preocupava-se com a talvez demasiada ênfase nas “técnicas intermitentemente praticadas, como as escolas iniciáticas prescrevem” (ROHDEN, 2012e, p.22). Além das técnicas, os exercícios possuem, segundo Rohden, uma característica ainda mais importante e necessária. Trata-se da “permanente atitude interna de querer servir (...) espontânea e gratuitamente a todos”, diminuindo “gradualmente o egoísmo unilateral e exclusivista” e aumentando a “solidariedade unilateral e inclusivista”, “amor”, “altruísmo” e “benevolência universal”. Com isto abrem-se as portas para uma “vivência contínua” ou um “viver de cada dia inteiramente pautado” pela experiência pleniconscente da Alma Universal (ROHDEN, 2012e, p.23).

No que diz respeito às possíveis técnicas para a cosmo-meditação, há pelo o menos dois elementos a se considerar. O primeiro deles diz respeito ao que Rohden escreve acerca dos “auxílios físicos para a meditação” (ROHDEN, 2013b, p.123-130) e o segundo ao que pode ser um papel para a palavra na oração meditativa.

Quanto ao primeiro, Rohden procura explicar as bases biológicas para uma economia de energia vital que possa ser convertida em energia espiritual na prática da cosmo-meditação. O filósofo expõe argumentos numéricos sobre o bombeamento do sangue para o tensionamento e movimentação dos músculos esqueléticos e viscerais; trata da diferença de esforço entre a posição vertical e horizontal do corpo humano; e apresenta o bulbo raquidiano ou medula alongada como ponto de influxo da força vital no corpo humano. Feito isto, baseando-se em uma estimativa de economia de 75% de energia vital, sugere uma prática de relaxação muscular e quietação mental-emocional, com duração de 20 a 30 minutos: a *savasana* (em sânscrito) ou “pouso morto” (em português). Afirma também que aquele que praticar seriamente a orientação “verificará que ela é um adjutório para a meditação” (ROHDEN, 2013b, p.130).

As orientações são escritas da seguinte forma:

Fecha os olhos, estende totalmente o corpo em linha reta não forçada, com os calcanhares unidos e os pés caindo naturalmente para os lados. Os braços repousam no soalho ao longo do corpo, com as palmas para baixo. Inala e exala profundamente algumas vezes para purificar o corpo, libertando-o do dióxido de carbono pela expiração e saturando-o de oxigênio pela inspiração.
Não pensa em nada. Despede todas as emoções. Mantém viva a consciência universal: “Eu sou paz... paz profunda... paz universal”. Ou então: “Eu sou uma pequena onda

de paz no meio do mar imenso da paz universal”... E repete silenciosamente essa afirmação de paz e serenidade (ROHDEN, 2013b, p.129).

A orientação de repetição silenciosa da afirmação verbal relaciona-se ao segundo elemento técnico a se considerar em referência a um possível papel para a palavra na oração meditativa. O “silêncio-plenitude” representa o paradoxo da “Voz do silêncio”, expressão já mencionada e que serviu de título a um dos livros de poemas de Rohden. Neste trabalho consta do prefácio do editor as seguintes frases atribuídas ao filósofo:

A palavra é um método – o silêncio é a meta.
A palavra é uma jornada – o silêncio é uma chegada.
Por isto, amigo leitor, depois de leres ou ouvires as palavras deste livro, abandona-as, assim como o viandante abandona as setas à beira da estrada e vai em demanda da meta por elas indicada. As setas só cumprem a sua missão orientadora quando abandonadas, depois de contempladas; elas são um bem relativo, ou um mal necessário (ROHDEN, [20--?]a, p.03).

Esta passagem propõe o abandono da palavra, porém a coloca como um meio e uma jornada. Uma vez assumida esta função, ainda que se entenda que deva ser substituída pela contemplação silenciosa em plenitude, pergunta-se como poderia ser sua utilização nos estágios pré-abandono. Encontra-se uma pista para a resposta no texto “Como usar o Evangelho?” (ROHDEN, 2007a, p.17-18), escrito por Rohden e situado nas palavras introdutórias das edições mais recentes de sua tradução dos Evangelhos.

O filósofo sugere que, sem analisar, o leitor possa repetir “muitas vezes o texto sagrado, proferindo vagarosa e meditativamente as palavras”, pois deste modo poderá “assimilar a alma da mensagem”. A repetição “muitas vezes as mesmas palavras” apresenta-se como um saboreamento meditativo, com o “espírito que inspirou as palavras sacras” se infiltrando “imperceptivelmente na alma”. Rohden prevê que este tipo de leitura ou pronunciamento vagaroso e meditativo das palavras aos poucos deve permear a “vivência diária, consciente ou inconsciente, modificando[-a] benéficamente”. Por fim, escreve que “esta forma de leitura meditativa é sobretudo recomendável aos principiantes que ainda têm dificuldade na meditação abstrata e transcendental” (ROHDEN, 2007a, p.17-18). Após o texto, em certa complementação ao que se expõe, encontra-se agrupadas dezesseis frases identificadas como “Palavras lapidares de Jesus próprias para leitura meditativa” (ROHDEN, 2007a, p.19-21).

Do exposto, nota-se a “leitura meditativa”, uma prática que envolve a repetição vagarosa de um grupo de palavras. Este repetir parece funcionar como uma espécie de harmonização inicial para a cosmo-meditação ou, como chamada no texto, para a “meditação abstrata e transcendental” (ROHDEN, 2007a, p.18). Tais ideias encontram relevantes semelhanças com

as técnicas de meditação cristã praticadas pelos padres do deserto do século IV, conforme encontradas nos escritos do monge João Cassiano.

Estas técnicas – da qual não se tem quaisquer indícios de que tenham em algum momento chegado até Huberto Rohden – aparecem nas publicações da Comunidade Mundial para a Meditação Cristã. Sugere-se observar duas das epístolas educativas da comunidade que contam da descoberta de Dom John Main (1926-1982), sacerdote londrino que inspirou a criação do movimento.

Quando servidor do Serviço Colonial Britânico, na Malásia, conhece Swami Satyananda, fundador da “*The Pure Life Society*”, a quem admira pela santidade e serenidade comunicadas. A partir de diálogos e aprendizados sobre a natureza da prece com o monge, John Main inicia sua jornada de meditação. Ao entrar no noviciado beneditino renuncia à meditação ou oração contemplativa, na medida em que não era vista, à época, como uma forma de oração cristã (COMUNIDADE, [2013?]a).

Muitos anos depois, John Main alegra-se ao redescobrir a prática do mantra que o Swami lhe havia ensinado nos escritos do mencionado monge cristão João Cassiano. Ali descobre a prática entre os cristãos do deserto “de usar uma única fórmula, ou sentença curta, para alcançar a quietude necessária à oração” (COMUNIDADE, c2013a). Propõe-se, neste sentido, a meditação como “a repetição fiel de uma frase-oração para conduzir-nos ao silêncio da oração ‘pura’” (COMUNIDADE, c2013b).

Para ser “um auscultador da silenciosa alma do Universo”, para viver e vivenciar “a silenciosa experiência”, precisa o homem aprender a meditar e a “intuir espiritualmente” (ROHDEN in LAO-TSE, 2013). O “zênite da meditação” (seu auge ou apogeu) é, nos termos de Rohden, “intuição ou contemplação”, experiência de sintonização plena “com a Razão Cósmica” (ROHDEN, 2009b, p.116).

A “suprema Divindade (...) só pode ser conhecida por intuição, experiência ou vivência íntima” (ROHDEN, [20--?]h, p.32). Sua certeza ocorre por “meio de uma intuição espiritual, que é racional, mas não intelectual”, uma “certeza intuitiva” (ROHDEN, 2013c, p.20). Deve-se, para tanto, exercitar a “faculdade ultra-intelectiva” (ROHDEN, 2009b, p. 31) ou “faculdade intuitiva” (ROHDEN, 2008b, p. 115), que permite acesso ao *Lógos* ou à Razão, a Mente Cósmica transcendente e imanente. É onde se aplica a cosmo-meditação.

Da presente conversação com Rohden, oferecida a partir das colocações dos profissionais sobre o Silêncio Barulhento, parecem surgir possibilidades de aplicação das ideias aqui dispostas em dispositivos práticos voltados aos cuidados com os profissionais de saúde. A meditação é uma das práticas recentemente incluídas na PNPIC, via Portaria MS nº849/2017

(BRASIL, 2017e). Ela pode ser inserida em vários grupos de integralidades em saúde, sintetizadas no Quadro 2. Considerando-se o profissional no papel daquele que é cuidado, até mesmo o grupo da integralidade do usuário pode ser identificado, relacionando a prática meditativa como cuidado de si (item 7.1). Podem ser consideradas também as integralidades da totalidade-complexo: nas quais as racionalidades em saúde são atendidas, abrindo-se às PICS (item 1.4) e onde as dimensões variadas do humano são consideradas (item 1.3). Também envolvendo as PICS, mas no sentido de aplicação de dispositivos de saúde ampliada e humanização, há as integralidades das habilidades e dispositivos (item 5.1).

A Portaria de Consolidação MS nº2/2017 (BRASIL, 2017b)⁸⁶ descreve a meditação da seguinte forma:

É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de *Samadhi*, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de “êxtase”.

A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo.

Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Atrelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, têm impacto sobre sua saúde ou doença.

A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos (BRASIL, 2017b).

A Portaria MS nº1988/2018 (BRASIL, 2018c) orienta a seguinte descrição para o procedimento da “sessão de meditação”:

Prática mental, individual ou coletiva, que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior.

Este contexto favorece a proposição de atividades nos serviços de saúde que promovam aproximações com a obra de Rohden, considerando-se a centralidade da meditação em sua obra.

⁸⁶ Recorda-se, foram incluídas as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.

Atividade pedagógica

Propõe-se atividade intitulada: “Uma experiência: ruídos internos e o silêncio”. A duração é de dois dias. No primeiro encontro, forma-se um círculo com os participantes, onde o mediador explica a motivação da atividade: a partir de uma pesquisa exploratória que procurava encontrar possíveis aproximações com a integralidade metafísica de Huberto Rohden em um CAIS, a prática da meditação apareceu como uma possibilidade de aplicação como ferramenta de cuidado com os profissionais da saúde.

Após as devidas apresentações pessoais de cada participante, são colocados no centro da roda sete envelopes coloridos (preferencialmente com as cores do espectro prismático) contendo cartões em que se escrevem duplas de palavras. A saber: i) “Razão / Lógica”; ii) “Ter fé / Acreditar”; iii) “Inconsciente / Extra-consciente”; iv) “Uni / Verso”; v) “Evocar / Invocar”; vi) “Evoluir / Evolução”; vii) “Silêncio / Barulho”.

Também no centro da roda, colocam-se revistas, jornais e um dicionário.

Em grupos ou sozinhos (no caso do número de participantes ser reduzido), os participantes pegam um envelope. A partir das revistas e jornais, devem compor uma imagem com colagens que guarde relação com o par de palavras. Os participantes poderão consultar o dicionário. O mediador deve auxiliá-los, tentando interferir o mínimo possível.

De volta à roda, antes das conversas acerca do produzido, solicita-se atenção para a fruição da música “O silêncio das estrelas”, de Lenine, em busca de um momento de relaxamento. Após, iniciam-se as conversas, com cada grupo apresentando e comentando sobre suas produções. Durante o bate-papo, o mediador poderá se aproveitar para apresentar conteúdos da obra de Rohden, conforme segue:

- i) Razão / Lógica: aproximação da teoria dos três planos de consciência ou três níveis do universo existencial e do equívoco terminológico de identificar *Ratio* e *Lógos* com o intelecto;
- ii) Ter fé / Acreditar: aproximação do equívoco terminológico entre crer e ter fé;
- iii) Inconsciente / Extra-consciente: aproximação do equívoco de associação exclusiva do extra-consciente ou inconsciente à uma zona menor ou de natureza mais básica (biosfera e senso-consciência), apresentando a ideia de uma natureza potencial superior (noosfera e pleniconsciência);
- iv) Uni / Verso: acercamento das terminologias “*kosmos*”, “*mundus*” e “universo”, sendo esta última a palavra que une a essência do Uno e a existência dos versos – oportunidade para apresentação da frase representativa do monismo cósmico: “o

Uno está nos versos e os versos estão no Uno; o Uno e os versos são um, mas o Uno é maior que os versos”.

- v) Evocar / Invocar: diferenciação entre os verbos com o sentido de *ex-vocare* e *in-vocare* possibilitando o avizinhamento da ideia de uma cosmo-consciência imanente (mas com transcendência e vice-versa);
- vi) Evoluir / Evolução: aproximação da teoria da evolução metafísica ou cosmológica de Rohden via equívoco da utilização do verbo “evoluir” como se derivasse do substantivo não existente “evolução” (assim como diluir vem de diluição); do substantivo evolução, os verbos derivados corretos seriam *evolver*, *involver*, *revolver*, *devolver*, etc); destaca-se a colocação de que só pode e-volver o que está in-volvido (ideia de potência humana);
- vii) Silêncio / Barulho: aproximação das ideias do silêncio-vacuidade/ausência e do silêncio-plenitude/presença e a expressão do “silêncio barulhento”, de Guimarães Rosa.

Ao término do primeiro dia de atividade e/ou no início do segundo dia (a depender dos cansaços e interesses observados), sugere-se a possibilidade de leituras dramáticas de dois poemas de Rohden (“Anseio do silêncio” e “Do círculo à elipse”) e/ou da fruição da canção “Se eu quiser falar com Deus”, de Gilberto Gil (GIL, 1981). Quando do momento musical, antes ou após, sugere-se a leitura da seguinte passagem: “O silêncio, sendo a linguagem de Deus e dos homens espirituais, é também uma linguagem internacional, como música, não atuando pelo que diz, mas sim pelo que é.

Após as atualizações de falas dos participantes, reforçam-se os conteúdos acerca da cosmo-meditação em Rohden. Como principais referências, sugere-se a elaboração de uma apostila com os seguintes escritos: “Cruzando a fronteira entre dois mundos – da consciência físico-mental à consciência espiritual” (ROHDEN, 2013b, p.131-141); “O que é cosmo-meditação” (ROHDEN, 2009a, p.53-57); “Para os principiantes na cosmo-meditação” (ROHDEN, 2009a, p.58-59); “Cosmo-meditação” (ROHDEN, 2012d, p.103-107), “Que é orar? Um ato ou uma atitude?” (ROHDEN, 2012d, p.122-126); “Meditação ou sintonização cósmica?” (ROHDEN, 2009b, p.113-118); “Auxílios Físicos para a Meditação” (ROHDEN, 2013b, p.123-130); “Oração” (ROHDEN, 2013c, p.67-68); “Meditação” (ROHDEN, 2013c, p. 149-150); “Cosmo-meditação” (ROHDEN, 2013c, p.159-164); e “Concentração, meditação e contemplação – etapas no caminho da redenção” (ROHDEN, 1962a, p.114-117). Em destaque, o mediador deve apresentar – procurando manter uma postura dialógica – a ideia dos aspectos do processo de cosmo-meditação “despojamento ou desnudamento” e “quietação e do achado”,

retomando as ideias de silêncio-vacuidade e silêncio-plenitude. Também se apresenta a possibilidade de repetição de palavras específicas como recurso à cosmo-meditação.

Da ideia de intermitência, serão feitas três meditações coletivas, de 5 a 15 minutos, intercaladas com momentos de fala sobre a experiência e descanso. Nos momentos de fala, quando necessário, o mediador pode recuperar conteúdos já abordados, por exemplo, no primeiro dia ou em referências mais detidas à trechos dos poemas ou das letras das canções.

Ao término, o mediador conversa com os participantes acerca de elementos da PNPIC e a ideia de práticas integrativas e complementares, conforme desenvolvimentos no capítulo introdutório desta dissertação (Tópico 1.1.11).

5.3. Interpretando as manifestações tergiversantes

Como já levantado anteriormente, durante o processo de exploração dos dados, pareceu relevante distinguir indicadores denominados “manifestações tergiversantes”. Tergiversar, segundo o dicionário Houaiss, é “usar de evasivas ou subterfúgios” ou “procurar rodeios” (TERGIVERSAR, 2009). Literalmente, pode também ser compreendido como o ato de virar as costas.

Abaixo analisam-se as três categorias consideradas, assim como as subcategorias associadas.

5.3.1. Tergiversações gerais: dificuldades, expectativas e circunstâncias (TGVG)

Esta categoria temática indica as manifestações tergiversantes presentes em todas as questões, tanto as do Grupo A, quanto as do Grupo B.

Na quase totalidade das entrevistas encontraram-se conteúdos relacionados à falas que comunicaram um “não saber”, um “não conseguir” ou a existência de barreiras para o responder, explicar, descrever, narrar, etc. Na prática da resposta, entretanto, repara-se que a grande maioria acaba avançando na comunicação de outros conteúdos, aparentando seguir apesar das dificuldades. De fato, apenas uma resposta à questão 9 (exemplos de desacordo com a integralidade) não avançou além da comunicação da dificuldade.

Dos processos enumerativos associados à aspectos de forma dos ETB, infere-se uma maior possibilidade das dificuldades serem mais frequentes e também mais enfáticas, quando as questões giram em torno de problemas abstratos e metafísicos. Entretanto, há de se notar o

que já se afirmou de forma geral, que mesmo nas questões do grupo B, há avanços apesar dos obstáculos (a própria natureza da tergiversação).

Em relação aos conteúdos associados à dúvidas e inseguranças – traduzidos subcategorialmente como “expectativas” – infere-se que possam indicar constrangimentos originados da situação de pesquisa, vindo em alguns casos a influenciar escolhas sobre o que e como responder. Levando isto em conta, na medida em que se verificava sua recorrência nas três primeiras entrevistas, a partir da quarta passou a ser comunicado aos participantes de que as respostas deveriam refletir opiniões pessoais, sem um referencial para o certo e o errado. Tal informação não evitou a ocorrência de conteúdos deste tipo, que apareceu em quase três quartos das entrevistas.

Neste sentido, infere-se que, quando da aplicação de instrumentos de entrevista, possam ser pensados e incluídos elementos estratégicos – verbais e não verbais – que figurem na amenização de possíveis fatores limitantes da espontaneidade das respostas. A partir da presença, ainda que diminuta, de conteúdos que remeteram à vida pessoal dos participantes, sugere-se que os instrumentais semi-estruturados possam prever espaços para acolher este tipo de informação. Mesmo que fujam do escopo direto dos objetivos de uma pesquisa, momentos de abertura a historicidade dos participantes podem funcionar como fatores de conforto, aproximação e desembaraço do participante.

Das poucas ocorrências verificadas em relação à juízos de complexidade das perguntas, verificou-se que, quando colocadas, não impediram a verbalização de respostas e reflexões.

5.3.2. Tergiversações do Grupo B: Rohden, a pesquisa e a filosofia (TGVB)

Os conteúdos desta CT são majoritariamente impulsionados pelos enunciados das perguntas do Grupo B, embora também apareçam nas respostas à questão 12. Destas últimas, entretanto, pode-se perceber relação com a filosofia ou com a integralidade metafísica.

Diante da solicitação por uma opinião acerca dos enunciados, são reparadas manifestações de concordância com as ideias expostas. Em apenas um caso o profissional encerra sua resposta após assim comunicar. Infere-se que esta atitude possa indicar algum tipo de dificuldade em responder.

Nas outras respostas avança-se na apresentação de elementos não explícitos nos enunciados como, por exemplo, a relação entre religião e empatia, a religião como ferramenta auxiliar no pensar em Deus e conteúdos sobre a psiquiatria e a interdependência no sentido cultural. Na maioria das vezes, o “concordar” mostra-se apenas como um desvio momentâneo

para a tentativa de respostas e nem sempre é clara onde estaria a concordância nas opiniões comunicadas.

Alguns profissionais apresentam conteúdos tergiversantes que comunicam impressões ou juízos de valor acerca das ideias expressas nos enunciados. Associadas a estes juízos há qualificações indicando generalização, abertura ou abstração excessivas, profundidade e confusão. Também há identificação com o que seria algum tipo de reflexão própria das religiões e com a expressão “conversa de louco”.

Desta última, faz-se interessante notar que o profissional a pronuncia no contexto da questão 11. Na mesma resposta atribui a autoria das frases do enunciado aos pacientes psiquiátricos – provavelmente pelo fato das frases estarem dispostas em *banners* juntamente à fotos de ex-internos (Figuras 3 à 5). Desta forma, o louco e a conversa de louco adquirem além de sentidos figurados, sentidos literais, remetendo-se à pessoas concretas, com transtornos e sofrimentos psíquicos. Em ambos os casos, entretanto, o juízo remete ao desviante daquilo que se convencionou ou se habitua como sendo o real e o normal.

Nesta CT também são registrados conteúdos que comunicam juízos de valor negativos em relação à Filosofia ou aos filósofos. O entendimento do pensamento filosófico parece algo distante e pouco acessível, de difícil discussão.

Destes resultados, infere-se que circula no meio de profissionais da saúde certa ideia pejorativa da filosofia. Em algumas falas soa como uma área de conhecimento sem utilidade, identificada à verborragias e imaginações distantes da prática. Em outras, parece algo de difícil acesso, reservada à pequenos grupos de intelectuais com índices especiais de inteligência, leituras e erudição clássica. Algo no sentido que aparece nos “Princípios fundamentais de filosofia”, de Georges Politzer:

Filosofia eis uma palavra que, à primeira vista, não inspira confiança a muitos trabalhadores. Acham eles que um filósofo é uma criatura que não tem os pés na terra. Induzi-los a estudar filosofia, talvez pensem, é convidá-los a dar saltos em corda bamba, depois do que a cabeça ficará às tontas... A filosofia parece ser assim: um jogo de ideias sem relação com a realidade; jogo obscuro, privilégio de alguns iniciados; jogo provavelmente perigoso e não muito rendoso para quem vive do próprio suor (POLITZER, 1962).

Ainda que se admita a ideia de iniciação e de uma longa jornada para o acesso compreensivo a alguns conhecimentos da Tradição, pode a filosofia e o filosofar impulsionar aplicações e desenvolvimentos benfazejos. A postura de mero juízo de valor e afastamento talvez prive os profissionais de movimentos educativos rumo ao desenvolvimento de “formas organizadas, sérias, intensas e profundas de reflexão”. Formas estas que se vinculam ao fortalecimento de “competências filosóficas”, tais como: graus satisfatórios de análise

conceitual, distinção entre redes conceituais e sistemas filosóficos, criticidade, exame de pressupostos, dialogicidade, utopia, compreensão fenomenológica, criatividade e problematização (DIAS, 2010, p. 259).

Não parece ser desprovida de sentido a afirmação de que a discussão metafísica, tal qual propõe Rohden, favoreça imagens como a proposta por Politzer. No trabalho deste autor há uma crítica radical à metafísica, na medida em que ela é colocada no papel de ignorar “a realidade do movimento e da transformação” (POLITZER, 1962, p.26).

Também com um sentido fundamental aparece a noção de que a ideia metafísica de homem “separa o homem do seu meio, a sociedade” (POLITZER, 1962, p.26), olhando para o repouso e eternidade onde há movimento e transformação. Esta separação, entretanto, suspeita-se que não se deve a uma ignorância e desconhecimento, mas pelas delimitações próprias da área que, ainda que dialogue com a Ética ou com a Política, delas se distingue.

A partir das aproximações com a obra de Rohden, suspeita-se que o profissional, além de trabalhador inserido em relações sócio-históricas e econômicas, possa ser considerado como um complexo vital-mental-racional (ROHDEN, [20--?]f, p.09) e unidade orgânica espiritual individualizada em corpo, emoção e mente (ROHDEN, 2005b, p.40). Neste sentido, filosofias como a univérsica, ainda que exerçam movimentos de afastamento iniciais, podem atuar em benefício de processos de cuidado com os próprios profissionais. Da teoria, podem-se aproveitar, por exemplo, a prática integrativa da cosmo-meditação ou oração meditada promovendo processos de auto-realização e autoeducação aproximando os praticantes de conexões com a vida, a saúde e a felicidade (ROHDEN, 2009b, p.98).

Há, ainda, conteúdos de tergiversação que comunicam curiosidade e interesse tanto pela obra de Rohden, como pelo trabalho de pesquisa desenvolvido. Tais colocações permitem inferir que, ainda que se reconheçam dificuldades e prejuízos em relação à filosofia e assuntos desviantes da normalidade, há espaço para a curiosidade, o interesse e, consequentemente, o aproximar-se de pensamentos trabalhados por Huberto Rohden.

5.3.3. Tergiversações exclusivas do grupo A: dificuldade com exemplos (DIF-EX)

Os conteúdos aqui registrados apontam para desvios tergiversantes que poderiam ser tipificados como um sinal de dificuldade, ainda que momentânea, em relação ao ato de exemplificar com casos singulares.

Entre os profissionais que registraram conteúdos desta categoria, a maioria afirma a existência de uma alta quantidade de casos ou exemplos, antes de exemplificar com algum caso.

Nestes casos, as afirmações parecem servir como uma espécie de “fôlego” ou “pausa” para melhor observar e refletir sobre eventos singulares.

Há outras comunicações em que não aparecem casos singulares mas, ao invés, formulações mais gerais, com casos hipotéticos. Destes, alguns afirmam a existência de muitos casos e um coloca que não existiriam casos singulares de integralidade para exemplificar. Quando conta de um usuário hipotético ou “geral” para ilustrar acontecimentos, o profissional deixa de focar em acontecimentos específicos, o que seria plenamente possível.

Como uma consequência do tratamento desta temática tergiversante, infere-se que há casos em que falta ao profissional um olhar mais atento à singularidade, talvez por demandar redobrada atenção a detalhes e à lembranças, com menores doses de condicionamentos à clichês e padrões automáticos da rotina. A compreensão da real possibilidade de serem pensados casos singulares talvez sirva de estímulo ao olhar mais humanizado e atento à diversidade e exclusividade de cada pessoa atendida nos serviços de saúde.

5.4. Interpretando os conteúdos variados

A questão 12 do instrumento de pesquisa, pergunta se o participante gostaria de dizer mais alguma coisa sobre o grande tema da integralidade. Diante disto, os profissionais comunicaram conteúdos que retomavam categorias temáticas tanto dos Grupos A e B, quanto das manifestações tergiversantes. Durante a exploração dos dados, entretanto, julgou-se que alguns dos conteúdos comunicados poderiam ser melhor analisados se classificados em categorias próprias.

A seguir, opera-se o movimento de discussão das três CT identificadas.

5.4.1. O lado negativo da tecnologia (TEC)

Os conteúdos desta CT comunicam de possíveis efeitos prejudiciais vinculados à tecnologia. Dentre eles, há o uso excessivo de aparelhos celulares, comportamentos derivados do uso das redes sociais e o engessamento dos sentimentos e do afeto amoroso com a predominância de características mais programadas ou robotizadas.

Tais apontamentos dialogam com outras temáticas trabalhadas junto às questões do Grupo A. Os problemas derivados da tecnologia, afetando as relações pessoais, tornam-se potências entraves à integralidade, seja aquela do cuidado e olhar humanizados (HUM), do

trabalho multiprofissional e construção coletiva (MTP) ou do trabalho institucional do qual depende a troca de informações (TRA).

Destes elementos da contemporaneidade, encontram-se reflexões junto ao sociólogo Zygmunt Bauman e ao psicanalista Cristian Dunker. O primeiro, ao propor uma distinção entre redes e comunidades e entre conexões *on-line* e *off-line*, problematiza a “amizade de *facebook*”. Esta seria um novo tipo de amizade, cujo maior atrativo seria não tanto a facilidade de se conectar, mas a facilidade de se desconectar. Opta-se pela possibilidade de um rompimento sem traumas e explicações, ao invés de um enfrentamento da “conexão *off-line*”, “corpo a corpo” ou “olho no olho”. Seriam sinais sociológicos de um abalo nos laços humanos (BAUMAN, 2013).

DUNKER (2018), em sentido semelhante, alerta para um possível movimento ascensional na cultura de modos de relação com o outro em função da linguagem digital e dos aparelhos de *whatsapp*. Estes relacionamentos seriam preenchidos por uma postura de evitamento, esquiva, de bloqueio ou eliminação do outro tão logo apareça um conflito, uma adversidade ou um momento em que a angústia se incremente. Em sua visão psicanalítica, há uma projeção dos dramas humanos na realidade do outro, diminuindo ou apagando a ideia da coexistência de uma dimensão de conflito de si. Além disso, a opção por não tentar – singular e conjuntamente – construir regras, negociações e invenções, estaria a atrofiar a palavra, em sua visão, a principal ferramenta para a mediação de conflitos.

As novas formas de interação e comportamento podem estar a ampliar o que Campos e Domitti (2007) identificam como o problema das identidades reativas e competitivas em meio às equipes multiprofissionais. Pensando-se nas integralidades do quadro sintético que poderiam ser mais ou menos prejudicadas pelos problemas apontados, tem-se: processos de humanização e centramento na pessoa como portadora de direitos de dignidade e respeito (item 6.1 do Quadro 2), apoios coletivos na articulação comunicativa de organizações e superação de limitações (item 3.2 do Quadro 2), habilidades de empatia e escuta qualificada (item 5.2 do Quadro 2).

A obra de Rohden não apresenta referências contextuais do mundo dos *smartphones* e redes sociais, tampouco do universo profissional dos serviços de saúde. Tratam-se de assuntos abordados por outras áreas e literaturas. Ainda assim, podem conversar com a teoria univérsica, ainda que seja rico ao pensamento filosófico complementá-la com abordagens sociológicas ou psicológicas. Por exemplo, quando vêm à tona o egoísmo e a postura de rejeição ao outro, há elementos na que podem provocar a reflexão, como a ideia de uma potencialidade divina dormente em cada indivíduo humano, de cuja consciência resulta a gradativa ascensão à “vasta ética horizontal da fraternidade universal dos homens” (ROHDEN, 2001, p.77). Da reflexão,

apresenta-se a via prática de que esta consciência vá se tornando uma Verdade, via exercícios intermitentes de cosmo-meditação. Aos poucos, esperanceia-se o aureolamento de sacralidade das facticidades quais forem (ROHDEN, 2013b, p.140) e a gradual extinção do “egoísmo unilateral e exclusivista” rumo à uma “solidariedade unilateral e inclusivista” (ROHDEN, 2014, p.23).

Diante dos males tecnológicos, a metafísica rohdeniana – ainda que exigindo “trabalho imensamente sério, doloroso e árduo” (ROHDEN, [20--?]b, p.25) – apresenta-se como uma via possível na denominada “grande encruzilhada mental-espiritual” da “Era Atômica e Cosmonáutica” (ROHDEN, 2009a, p.22).

5.4.2. O visível e o invisível (VSV)

Os conteúdos aqui tematizados aparecem em falas que apresentam o contraste entre dois tipos de integralidades. Uma delas é apresentada pelos profissionais como sendo mais concreta e aproximada do meio acadêmico-científico e da rotina profissional. A outra aparece como mais abstrata e desconhecida, carecendo de mais estudos. Nota-se que tal separação participa da distinção presente neste trabalho, entre o grupo das integralidades em saúde, mais próximo aos discursos científicos, e a integralidade metafísica, tal qual proposta por Huberto Rohden. Da fala de um dos participantes tem-se a relação desta última com a falta de provas ou evidências que lhe pudessem garantir um *status* certo de existência.

A evidência calcada em rigorosa observação manifesta-se no meio científico em diferentes pesos. Fala-se, por exemplo, em graus conclusivos quando as verificações, em diferentes estudos, não apresentam resultados contrários e nem argumentos plausíveis que indiquem limitações. Destas diversas pesquisas espera-se que tenham todas boa aceitação empírica, preferencialmente multicêntricas (condução simultânea em mais de um centro de pesquisa, com diferentes populações e geografias), randomizadas (diferentes participantes observados de forma aleatória), envolvendo um grande número de participantes e, quando aplicável, um longo período temporal de observação e dupla ocultação (nem participantes e nem pesquisadores sabem se estão diante da hipotética causa do efeito investigado ou se diante de um placebo). Tais estudos envolvem alto custo e alta complexidade na monitoração da coleta de dados e da calibração dos pesquisadores (THE HEALTH, 2017).

Além deste grau, há evidências substanciais, moderadas, limitadas e inexistentes. No grupo das substanciais continuam os muitos estudos assumidos como sendo de qualidade ótima, porém aparecem alguns resultados contrários que indicam possibilidades de mínimas

limitações, vieses ou fatores de confusão. Das evidências moderadas, os estudos são tidos como de “qualidade justa”, há ainda poucos resultados contrários, mas as limitações já não são denominadas mínimas, até mesmo pela redução da qualidade das experiências. No grupo das evidências limitadas a incerteza é significativa, continuam observações de qualidade justa, porém os resultados que falseiam as conclusões já não são mínimos, aproximando-se da metade. Por fim, pode-se dizer de evidência inexistente ou insuficiente quando ou não existem observações ou são de qualidade fraca, sendo a incerteza dos resultados de alta probabilidade (THE HEALTH, 2017).

No grau de incerteza, fora portanto das evidências científicas, contam como elementos que aproximam da verdade os testemunhos subjetivos, também denominados como relatos de caso. Estes elementos são materiais com que geralmente operam o senso comum cotidiano e as abordagens científicas qualitativas. Ainda que possam ser nomeadas como evidentes para aquele que testemunhou ou relatou o caso, este não será evidência na perspectiva científica quantitativa.

Pode-se dizer que a teoria metafísica de Rohden é toda ela um grande testemunho qualitativo ou relato de vida pessoal rigoroso e coerente. Conceitos como espírito, alma, Deus, Razão e intuição – ligados ao invisível que não se presta à observação objetiva – são, sobretudo, frutos de uma experiência subjetiva-pessoal ou, nos dizeres de Rohden, “uma vivência íntima” ou “um saborear direto e imediato” (ROHDEN, 2012e, p.15). O principal respaldo de objetividade é um conjunto de outros testemunhos, dos quais se destacam aqueles dados por pessoas de biografia mais espiritualizada e aqueles compilados em textos tradicionalmente associados à uma tradição sapiencial ou sagrada da humanidade.

O embate do visível com o invisível aparece explicitamente em Rohden quando declara a metafísica como sendo “mais real que a física” analítica e empírica (ROHDEN, 2008a, p.26). Também junto aos desenvolvimentos da física moderna na “Era Atômica”, baseando-se na relação entre a luz e a matéria, dirá que quanto menos visível, audível e tangível é uma coisa, mais real ela é (ROHDEN, [20--?]h, p.55). Na “Era Atômica e Cosmonáutica” (ROHDEN, 2009a, p.22) são vivenciados como verdadeiros o “conceito da ‘imaterialidade da matéria’” e o “princípio da unicidade da energia” (ROHDEN, 2008, p.91). Admitir a existência de um mundo imaterial seria não somente aceitável, mas “um postulado do bom senso” (ROHDEN, 1962b, p.67).

Do materialismo, Rohden disse ser “por demais primitivo, ingênuo, unilateral, fragmentário” (ROHDEN, 1962c, p.230). Neste contexto, escreve ser

cientificamente inegável que, por detrás dos fenômenos perceptíveis do universo, existe uma realidade imperceptível aos sentidos, fonte e causa daqueles. É cientificamente impossível identificar a realidade do mundo com a sua perceptibilidade. Não podemos estabelecer a equação empírica e infantil: realidade = perceptibilidade; temos de modificar a equação do seguinte modo: realidade > perceptibilidade (ROHDEN, 1962c, p.230).

A possibilidade de diferentes olhares para o científico e para o que seja uma evidência da Verdade – o saboreamento, experiência ou vivência do Real (ROHDEN, 2007b, p.32) – mantém vivo o debate acerca da Metafísica rohdeniana e sua aplicabilidade.

5.4.3. Integralidade subjetiva (SBJ)

O conteúdo registrado nesta CT origina-se da fala de um participante que coloca a integralidade como um fator de relevante importância em sua vida pessoal. Assim verbaliza dizendo de sua realização profissional e enquanto ser humano localizado no Universo.

A temática em evidência aproxima-se do provável principal objetivo de todo esforço educacional de Huberto Rohden: a auto-realização. Tanto a educação do homem integral (ROHDEN, 2005b) quanto a cosmoterapia (ROHDEN, 2009b), pilares de sua proposta de servir a humanidade⁸⁷, voltam-se para ela.

A colocação do profissional entrevistado provavelmente não coincide com o conceito de realização trabalhado na filosofia univérsica. É justamente nesta perspectiva da diferença que se faz possível imaginar uma conversação.

Rohden escreveu um manual que denominou “Orientando”, onde procurou esclarecer coletivamente problemas controversos colocados pelo frequentadores de seus cursos e conferências. Nele escreveu:

Nutro, todavia, a certeza de que nenhuma destas respostas dará ao interessado clareza e segurança definitiva e cabal, se ele não passar do terreno da simples análise mental para a zona da experiência espiritual – e esta experiência íntima não lhe pode ser dada por mim nem por ninguém; ela tem de brotar das últimas profundezas da alma de cada um. (...) O que te vou dizendo nas seguintes páginas não passa de umas setas à beira da estrada; não basta contemplar estas setas indicadoras – é necessário que, depois de as contemplar atentamente, as abandones e sigas, com teus próprios pés, na direção indicada. As setas podem dar-te luz – mas a força de andares não vem delas; essa tem de surgir de dentro de ti mesmo; não do teu pequeno ego humano, consciente, mas do teu grande Eu divino, superconsciente (ROHDEN, 2013b, p.15-16).

⁸⁷ Nos dados biográficos de Rohden, dispostos em toda edição da Martin Claret consultada nesta pesquisa, consta que “à zero hora do dia 8 de outubro de 1981, após longa internação em uma clínica naturista de São Paulo, aos 87 anos, o professor Huberto Rohden partiu deste mundo e do convívio de seus amigos e discípulos. Suas últimas palavras em estado consciente foram: ‘Eu vim para servir à Humanidade’” (vide por ex. ROHDEN, 2013c, p.168).

O acesso a esta superconsciência, ou ao nível existencial da consciência cósmica no plano pleniconsciente (ROHDEN, 2009b, p.55), ocorre via “iniciação”, “o início na experiência da verdade sobre si mesmo” (ROHDEN, 2013b, p.152). Esta, frisa Rohden, só pode ser realizada pelo próprio iniciado. Por isto a denomina de auto-iniciação, auto-conhecimento ou auto-realização. Abdicando de seu “ego ilusório”, o auto-iniciado se auto-realiza e

dá o início, o primeiro passo, para dentro do “Reino dos Céus”. Começa a vida eterna em plena vida terrestre. Não espera um céu para depois de morte, vive no céu da verdade, aqui e agora (ROHDEN, 2013b, p.153).

O “início de tudo isso” – diz Rohden – “é a meditação ou cosmo-meditação” (ROHDEN, 2013b, p.153).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de pesquisa pode ser dividido em duas partes distintas e complementares. Uma delas reflete um esforço de aproximação e exploração do terreno da integralidade em saúde no âmbito dos discursos científicos. A outra indica, igualmente, esforço de aproximação e descoberta da integralidade associada à saúde, porém trata-se de um tipo de discurso filosófico-metafísico.

Pensando-se especificamente no cotidiano dos serviços de assistência à saúde, a pergunta de partida era se haveriam elementos entre os profissionais que os pudessem aproximar e outros que os pudessem afastar de diálogos com o discurso metafísico. Neste sentido foi proposta a ideia de que no título da pesquisa constasse a expressão “(im)possibilidades de diálogo”, imaginando-se a coexistência destes elementos. Exatamente neste âmbito é que se colocou o Objetivo 2 da pesquisa: analisar os conteúdos comunicados pelos profissionais, colocando-os em interlocução com o discurso metafísico de Rohden, pontuando e propondo proximidades e afastamentos.

De fato, a análise e tratamento dos dados comprovou o convívio destes fatores. Entre os de distanciamento: juízos de estranhamento à Filosofia, aos filósofos e a suas ideias; qualificação dos assuntos como ficcionalidade ou irreabilidade, generalização excessiva, confusão, “conversa de louco” e inutilidade; falta de evidências científicas; predominantes opções da área de enfermagem por aspectos práticos do cuidado; dificuldade e falta de tempo para consideração de questões abstratas.

A maioria destas evidências atrelaram-se às manifestações categorizadas como tergiversações, evasivas que comunicam dificuldades, inseguranças e expectativas diante do centralmente solicitado nas questões. Estes subterfúgios, também em sua maioria, evidenciaram-se momentâneos, sendo seguidos por algum aventurar-se em responder. Em meio aos rodeios, conteúdos tematizados como interesse e curiosidade pela pesquisa e pelas ideias enunciadas participavam do outro fator ou elemento: o da possibilidade de diálogo.

O mesmo profissional que reconhece chateação com o excesso de pensamento questionador é o mesmo que reconhece que as conversas filosóficas o retiram do automático e que acredita em milagres e na inexistência do acaso. A mesma categoria que abarca conteúdos da integralidade metafísica tida por ilusória é a mesma que contempla conteúdos da integralidade metafísica como uma verdade maior.

O ato de lidar com características atípicas próprias dos usuários dos serviços psiquiátricos também apareceram como elementos de aproximação dos profissionais à

interesses afins da metafísica rohdeniana: o invisível, a consciência, o espiritual, a verdade, etc. Além disso, uma diversidade de termos e construções expressivas dos participantes da pesquisa impulsionaram a redação das discussões (tratamento dos dados) com contraposições e complementações a partir do pensamento de Rohden. A observação do processo de transformação dos dados brutos da fala em elementos de conteúdo vinculados à diversas CT e URT é, em si, um indicador para ilustrar as vivas possibilidades de conversa e interlocuções.

O Objetivo 1, atrelado à exploração da integralidade no âmbito dos discursos científicos, impulsionou a busca por identificar a integralidade para os profissionais. Diante do tratamento dos dados foram evidenciadas integralidades no plural, vagas, enquanto cuidado e olhar humanizados, trabalho multiprofissional e coletivo, regras e orientações institucionais. Em meio a dificuldades, embora menos frequentes do que em relação aos enunciados das questões sobre a integralidade metafísica, tais temáticas da integralidade puderam ser colocadas ao lado da síntese construída a partir de pesquisas bibliográficas. Evidenciou-se a presença das integralidades: da totalidade-complexo da assistência, da organização, de comunicação, do trabalho transversal, das habilidades e dispositivos, nuclear e do usuário.

Em meio à este processo de identificação, a pesquisa também evidenciou treze pontos críticos de alerta que merecem atenção:

- i) No âmbito da utilização das palavras foi evidenciada escassa ocorrência de terminologias vinculadas à humanização. Dada a existência de grupo de trabalho de humanização na instituição de pesquisa, talvez existam poucas discussões a relacionar o conceito da integralidade e/ou pouca repercussão dos trabalhos do grupo em meio aos profissionais;
- ii) Associações da integralidade com a Reforma Psiquiátrica foram raras, ainda que os participantes da pesquisa atuem em um serviço psiquiátrico diretamente afetado pela Reforma. Isto indica que possam faltar estímulos aos profissionais a lhes apresentar a integralidade enquanto uma importante reivindicação do movimento da Reforma Psiquiátrica;
- iii) Ainda no sentido da Reforma, evidenciam-se sentidos contraditórios atribuídos ao movimento da luta antimanicomial. Em sentido inverso do usual, revelam-se casos em que longos anos de internação atrelados a dificuldades de reestabelecimento de laços familiares, fazem da desinstitucionalização – prevista em projeto terapêutico institucional – um movimento contrário à integralidade identificada enquanto inclusão social;

- iv) A integralidade aparece identificada aos conceitos de necessidades de saúde e empatia, ainda que sem demonstrações de qualquer tipo de aprofundamento teórico. Neste sentido, indica-se a relevância de processos educativos de formação continuada seja em relação aos quatro grupos de necessidades de saúde previstos na teoria, seja em relação às atividades de aprofundamento sobre a empatia;
- v) Há contextos de reforço à estigmatização de usuários de drogas e pessoas com transtornos mentais graves, tanto pelo viés de preconceito social de senso comum, quanto pelo da afirmação científica, baseada em classificações psiquiátricas. Tais posturas indicam fatores limitantes e de impedimento ao desenvolvimento da integralidade;
- vi) Ainda que hajam exemplos de equipes atuando otimamente, aponta-se a presença de equipes desarranjadas, com problemas de participação coletiva nas decisões e dificuldades na comunicação. Chama atenção que um autoritarismo excessivo apareça como exercido por profissionais enfermeiros, ao mesmo tempo que se fala de boas relações com os profissionais médicos. Tais fatores podem indicar falhas já desde os processos formativos, talvez baseados em posturas pedagógicas fechadas ao diálogo e à reflexão, desassociados dos contextos sociais e de dispositivos colaborativos. Sugerem-se movimentos de reforço ao pertencimento participativo como, por exemplo, as comunidades ampliadas de pesquisa sugeridas na PNH.
- vii) Há problemas de longitudinalidade e continuidade. Com especial atenção aos serviços em núcleos de álcool e drogas, evidenciaram-se problemas de inoperabilidade de projetos terapêuticos singulares – com sucessos registrados apenas no aspecto físico-biológico da desintoxicação – e recorrentes reinternações identificadas como um tipo de institucionalização. Há carências de pontos de retaguarda profissional e de rede de apoio externo familiar, de serviços de saúde e de assistência social. Também neste sentido, registram-se queixas da falta de dispositivos como as visitas domiciliares e a escassez de contratações específicas para a saúde mental;
- viii) Há compreensões antagônicas entre os profissionais da enfermagem. Enquanto uns identificam a integralidade em processos ou condutas institucionais – como a regra de trabalho com grupos de pacientes e a orientação em assumir outras funções fora de um plano previsto de atividades – outros identificam desacordo com a integralidade. Tais diferenças indicam problemas de acesso desigual às decisões,

assim como distintas percepções sobre os limites entre a falta de disposição à cooperação e os riscos de uma flexibilização neoliberal do trabalho;

- ix) Há problemas na troca de informações entre diferentes plantões profissionais, indicando necessidades de otimização das formas de registro interno. Sugere-se que tais mudanças possam ser acompanhadas da otimização de espaços sistemáticos de conversa entre os profissionais;
- x) Afirmações sobre a integralidade aparecem quase sempre acompanhadas por pontos de interrogação. Neste sentido, inferem-se possíveis dificuldades na articulação e integração do conceito, em associação provável também à dificuldades já presentes nos cursos e na formação continuada dos profissionais. Em contrapartida, a análise qualitativa dos dados permitiu pensar a interrogação como fator de disposição e curiosidade à pluralidade de sentidos identificada junto ao conceito;
- xi) A integralidade apresentada enquanto palavra vaga ou tendendo ao vazio aponta que, embora seja uma palavra inovadora, talvez não esteja sendo traduzida em atitudes e práticas que inovam diante de modelos fragmentados de ação. Sugerem-se atividades de formação continuada sobre a integralidade com os profissionais;
- xii) Mesmo diante dos problemas apontados, evidenciam-se exemplos de práticas da integralidade. Os profissionais avançam construindo equipes transversais atentas ao cuidado humanizado e ao olhar ampliado;
- xiii) O tratamento da análise revelou a importância de se pensar a integralidade do cuidado do trabalhador da saúde. Neste sentido, sugere-se que sejam realizadas atividades de promoção da integralidade em saúde tendo os profissionais como público-alvo.

Desta última sugestão, retorna-se à parte do trabalho referente ao Objetivo 2 e à integralidade metafísica de Rohden. Diante da análise operada, verificou-se a possibilidade de se dialogar com a integralidade metafísica inserida no contexto das integralidades em saúde. Neste sentido, foram propostos esboços de atividades pedagógicas levando-se em conta as conversações estabelecidas com os conteúdos na fase do tratamento e discussão dos dados. Faz-se intenção transformá-los em planejamentos didáticos estruturados, com fundamentação metodológica, objetivos, formas de avaliação, etc para, em seguida, testar a aplicação junto aos profissionais da instituição em que foi realizada a pesquisa, como forma de contribuição e retorno.

O estudo da obra de Rohden e a síntese dos esforços de aproximação junto à integralidade em saúde, somados ao tratamento dos dados da pesquisa, levaram à principal

evidência da pesquisa. Trata-se a de que a cosmo-meditação ou oração meditada – a mais potente sugestão prática da Filosofia Univérsica – pode servir ao cuidado integral dos profissionais em saúde mental, melhorando a qualidade de vida oferecida nos serviços de assistência à saúde.

No contexto atual, onde crescem as demandas pelas PICS e pelas práticas de meditação e *mindfulness*, são significativas as palavras que Rohden escolhe para dizer aquilo que a cosmo-meditação não é: misticismo passivo, acrobacia mental, cochilo devocional, dulçoroso devaneio, namoro com o mundo espiritual, descida ao nível da senso-consciência, escapismo em busca da paz inconsciente da natureza sem problemas, armistício temporál e, finalmente, espécie de narcótico, anestésico, analgésico ou paliativo. A cosmo-meditação apresenta-se como exercício assíduo e prolongado a promover um efeito radical de realização dinâmica sobre a vida. Diz-se que é um caminho de implosão mística para uma explosão ética, aumentando graus de solidariedade unilateral, amor, altruísmo e benevolência universal.

Este trabalho, impulsionado determinantemente pelo conceito de Integralidade, teve como proposta ir ao campo da prática, pesquisar e de lá extrair indícios para, quem sabe, um trabalho teórico futuro.

Depara-se com a dificuldade diante da escassez de trabalhos acadêmicos e científicos, tanto em relação à filosofia de Rohden, quanto em relação à possíveis associações entre a integralidade metafísica e a saúde e os cuidados em enfermagem na saúde mental. Neste sentido, esperamos que este esforço exploratório inicial possa contribuir a novos estudos acadêmicos, tanto empíricos quanto teóricos, além de auxiliar em processos didáticos para uma integração dos variados campos semânticos da integralidade na saúde. Também se cultiva a esperança de que possam ser inspirados movimentos de aproximação entre a educação em saúde e a filosofia aplicada à práticas integrativas, atuando em benefício de profissionais do cuidado e dos usuários dos serviços de saúde.

Ó mar salgado, quanto do teu sal
São lágrimas de Portugal!
Por te cruzarmos, quantas mães choraram,
Quantos filhos em vão rezaram!
Quantas noivas ficaram por casar
Para que fosses nosso, ó mar!

Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.

Fernando Pessoa

Tudo vale a pena, se a alma não é pequena. Pois, que a alma nunca é pequena: tudo vale a pena. Nunca é pequena: é, por vezes, no máximo de um mínimo ou no mínimo de um máximo, apequenada.

Em um contexto onde reflexões são produzidas sob a égide do produtivismo e do acúmulo insustentável de capitais, a pesquisa em Ciência que se propõe a ter como marco teórico o referencial de uma Filosofia Metafísica brasileira não poderia deixar de encontrar caminhada tortuosa e incerta acerca de sua repercussão em satisfatoriedade na academia e na vida pessoal.

É indispensável que “transvalorizemos todos os valores”, como diria Nietzsche, que criemos um novo padrão de valores no seio da humanidade. Sem essa nova consciência dos valores, não conseguiremos sair da nossa prisão tradicional, embora lhe douremos jeitosamente as grades e cantemos hinos à liberdade – à sombra do nosso cárcere.

Quem não quiser pagar o preço da sua libertação não será livre.

Esse preço é elevado, porque é um doloroso egocídio. Mas esse egocídio, embora pareça morte real, é, de fato, uma ressurreição, o início de uma vida maior.

O difícil está em crermos nessa vida maior antes de a termos experimentado em nós. Aqui entra em cena o fator misterioso e imponderável da “fê”, que não é senão a estranha intuição da nossa natureza divina, a reminiscência da nossa origem divina e o anseio do regresso à mesma (ROHDEN, 1962a, p.120-121).

Deste texto, há esperança por lapidações vitais. Que as ações, hipóteses e experimentações da Boa Nova possam ser sementes que não fiquem pelo caminho. Que não sejam sufocadas por espinhos e nem criem raízes sem profundidade em solo pedregoso. Que encontrem terreno fértil, corações dóceis e mãos inspiradas.

De mãos dadas, avante!

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria; AMB. Associação Médica Brasileira; CFM. Conselho Federal de Medicina; FENAM. Federação Nacional de Médicos; SBNp. Sociedade Brasileira de Neuropsicologia. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2014. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf. Acesso em: 05 mai. 2020.

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria; FENAM. Federação Nacional dos Médicos; ABRATA. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos; AFDM. Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil. **Nota da ABP** [a respeito da nomeação do novo coordenador de Saúde Mental]. Rio de Janeiro: ABP, dez. 2015. Disponível em: <https://www.facebook.com/romariodesouzafaria/posts/10208220189685059/>. Acesso em 23 dez. 2020.

AÇÕES que antecederam as políticas de reorientação da formação profissional em saúde. In: AVASUS. Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde. Brasília: AVASUS, [201-]. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/timeline/eis-pt/timeline1/#0>. Acesso em: 30 dez. 2020.

ACUPUNTURA. In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Flórida: Fundação Wikimedia, 2020. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Acupuntura>. Acesso em: 10 set. 2020.

AGOSTINHO, Santo. **De magistro**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1980. Tradução Ângelo Ricci. (Os pensadores).

AIURVEDA. In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Fundação Wikimedia, 2020. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Aiurveda>. Acesso em: 30 dez. 2020.

AFFECTUS. In: **Oxford Latin Dictionary**. London: Oxford University Press, 1968, p.77.

AFFICIO. In: **Oxford Latin Dictionary**. London: Oxford University Press, 1968, p.78.

ALESP. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Portal do Cidadão** (homepage). São Paulo: ALESP, c2020. Disponível em: www.al.sp.gov.br. Acesso em: 30 dez. 2020.

ALMEIDA, Verônica. Biblioteca virtual oferece 2,5 milhões de publicações. In: **OBSERVAPICS**, Recife, c2019a. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/biblioteca-virtual-oferece-25-milhoes-de-publicacoes-para-consulta/#bases>. Acesso em: 30 dez. 2020.

ALMEIDA, Verônica. Nove Estados e o DF já contam com políticas em PICS. In: **OBSERVAPICS**, Recife, c2019b. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/sete-estados-e-o-df-ja-contam-com-politicas-em-pics/>. Acesso em: 30 dez. 2020.

AMADO, Daniel Miele. PICS: Ressignificando o cuidado. In: **Integrando e Complementando**: informativo bimestral da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS), Brasília, n. 1, p. 2, ago. 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informes/Informativo_PICS_bimestral_1ed_08_2018.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *In*: AMARANTE, Paulo (coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003, p. 45-66.

ANDRADE, Carlos Drummond de. Mãos dadas. *In*: ANDRADE, Carlos Drummond de. **Sentimento do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, p. 53.

ANDRADE, Carlos Drummond de. Verdade. *In*: ANDRADE, Carlos Drummond de. **Corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p.29.

ANTHONY, Edward. Abordagem, método e técnica. Tradução Andreza Meireles, Vânia Albuquerque Rodrigues e José Carlos Paes de Almeida Filho. **HELB - História do Ensino de Línguas no Brasil**, Brasília, ano 5, n. 5, jan. 2011 [1963]. Disponível em: <http://www.helb.org.br/index.php/revista-helb/ano-5-no-5-12011/187-abordagem-metodo-e-tecnica>. Acesso em: 16 abr. 2019.

ANTUNES, Priscilla de Cesaro et al. Revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementares em saúde. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 30, n. 55, p. 227-247, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2018v30n55p227>. Acesso em: 28 mai. 2020.

ARBÍTRIO. *In*: **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, p.175.

ASIMOV, Isaac. A última Pergunta. *In*: ASIMOV, Isaac. **Sonhos de robô**. [S.l.]: Biblioteca do exilado, [19--?]. Tradução Bráulio Tavares e Ana Beatriz Sach. Disponível em <https://fdocumentos.tips/document/sonhos-de-robo-robos-8-isaac-asimov.html>. Acesso em 23 dez. 2020.

ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; DELGADO, Pedro. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 64-74, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/536/530>. Acesso em 30 dez. 2020.

ATORES mobilizados. *In*: **Evidências**: boletim quadrimestral do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (OBSERVAPICS), Recife, n. 1, p. 8, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-Evidencias-E1.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2017.

AZEREDO, José Carlos de. **Gramática Houaiss da Língua Portuguesa**. 2 ed. São Paulo: Publifolha, 2008.

AZEVEDO, Cristiane Almeida de. A procura do conceito de *religio*: entre o *relegere* e o *religare*. **Religare**, João Pessoa, PB, v. 7, n. 1, p. 90-96, mar. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/religare/article/view/9773/5351>. Acesso em: 10 dez 2020.

AZEVEDO, Elisângela Braga et al. Práticas intersectoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 93-99, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n1/a13v33n1.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

AZEVEDO, Joelli. **Informativo sobre o uso de prontuário eletrônico do cidadão do E-SUS**. In: Conselho Regional de Medicina do Estado do Pernambuco (CREMEPE) (*homepage*), 13 fev. 2019. Disponível em: <http://www.cremepe.org.br/2019/02/13/informativo-sobre-o-uso-de-prontuario-eletronico-do-cidadao-do-e-sus/>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro

BARTEL, Márcio Renato. **Ética contemporânea**: livro didático. 1. ed. Palhoça: UnisulVirtual, 2011. Livro didático da disciplina de Ética contemporânea do curso EaD de bacharelado em Filosofia da Unisul – Universidade do Sul de Santa Catarina. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/435339510/etica-contemporanea>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BARULHO. In: **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, p.263.

BARULHO. In: CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010, p.82.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D’Andrea (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a, p. 51-86. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204>. Acesso em 13 nov. 2020.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D’Andrea (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b, p.25-49. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39209>. Acesso em 13 nov. 2020.

BAUMAN, Zygmunt. **A amizade Facebook**. [São Paulo]: Fronteiras do Pensamento, 2013. 1 vídeo (3 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5Lm2O3Q56Wg>. Acesso em: 23 dez. 2020.

BEAUCHAMP, Tom Lamar; CHILDRESS, James Franklin. **Princípios de Ética Biomédica**. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BERGAMASCHI, Fabiana Perez Rodrigues et al. Reflexões acerca da integralidade nas reformas sanitária e agrária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, vol. 21, n. 3,

p. 667-674, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a23.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

BESEN, José Artulino. **Padre Huberto Rohden**: um longo caminho. In: Padre José Artulino Besen (*blog*), Santa Catarina, [201-]. Disponível em: <https://pebesen.wordpress.com/padres-da-igreja-catolica-em-santa-catarina/padre-huberto-rohden-um-longo-caminho/>. Acesso em 30 dez. 2020.

BETTO, Frei. Oração do pássaro. In: **Blog art'palavra**. [S.l]: art'palavra, [19--?]. Disponível em: <https://ggrauna.blogspot.com/2009/06/oracao-do-passaro-de-frei-betto.html>. Acesso em 30 dez. 2020.

BLACK, Dani. **Dilúvio**. São Paulo: Dani Black, 2015. 1 CD (47 min). Digital estéreo.

BOBBIO, Norberto. **A Teoria das Formas de Governo**. 3.ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1980. Tradução Sérgio Bath.

BOFF, Leonardo. **As quatro ecologias**: ambiental, política e social, mental e integral. Rio de Janeiro: Mar de ideias, 2012.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. 2 ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOFF, Leonardo; HATHAWAY, Mark. **O Tao da Libertação**: explorando a ecologia da transformação. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2012

BONADIMAN, Cecília Silva Costa et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 191-204, mai. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00191.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2020.

BONET, Octavio. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes, práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007, p.131-146. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BONFIM, Iris Guilherme et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop1013.pdf>. Acesso: em 29 abr. 2020.

BORGES, Jorge Luís. **Ficções**. Rio de Janeiro: Globo, 1998. Tradução Carlos Nejar.

BRASIL. **Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº10216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de atenção básica. **Saúde mental e atenção básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, [2004?]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **AprenderSUS:** o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria MS/MEC nº2118, de 03 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2005. Disponível em: https://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_internacional_2118.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº971, de 03 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e Redes de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_redes_saude_2013.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1928/Clínica-Ampliada-e-Compartilhada-2009.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. **Decreto nº7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Decreto-nº-7.508-de-28-de-Junho-de-2011.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS Programa de formação em saúde do trabalhador**: textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_formacao_saudetrabalhador.pdf. Acesso em: 14 nov. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº12871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº8745, de 9 de dezembro de 1993, e nº6932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2013a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização** (folheto). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria MS/MEC nº10, de 11 de julho de 2013**. Regulamenta o Decreto nº7385, de 8 de dezembro de 2010, que instituiu o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2013c. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_24612483_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_10_DE_11_DE_JULHO_DE_2013.aspx. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

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 de acesso, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº589, de 20 de maio de 2015**. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº404, de 15 de abril de 2016**. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais. Especiais do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0404_15_04_2016.html. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. **Estratégia e-saúde para o Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº145, de 11 de janeiro de 2017.** Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0145_11_01_2017.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº849, de 27 de março de 2017.** Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017f. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº702, de 21 de março de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na PNPIC: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1988, de 20 de dezembro de 2018.** Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57493373. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1434, de 28 de maio de 2020.** Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017,

para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.434-de-28-de-maio-de-2020-259143327>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. CGISD. Coordenação Geral de Inovação em Sistemas Digitais. **Relatório Executivo da Coordenação-Geral de Inovação em Sistemas Digitais: Competências, Pessoas e Projetos - 2019-2020**. Brasília: DATASUS, 2020b. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Relat%C3%B3rio-Executivo-CGISD.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRITO, Maria José Menezes et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 4, p. 603-610, set 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0603.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

CALLIGARIS, Contardo. Seja utopista, peça o possível. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 06 jun. 2002.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p.611-614, out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CAMPOS, Marcelo Leandro de. História da religião e esoterismo: uma síntese historiográfica e metodológica. In: XVI Encontro Regional de História da ANPUH-Rio: saberes e práticas científicas. **Anais [...]** Rio de Janeiro: ANPUH-Rio, 2014. Disponível em: http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400098177_ARQUIVO_COMUNICACAO_MarceloLCampos.doc.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. Tradução Vera Avellar Ribeiro.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287-307, jul./out. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n2/v4n2a05.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CARRENO, Ioná et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 947-956, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00947.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CARVALHO, Carla Novaes et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n1/06.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.

CARVALHO, José Maurício de. A problemática ética em El Espectador de Ortega Y Gasset. **Revista Ethic@**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 111-125, jun. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/view/1677-2954.2010v9n1p111/18748>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CARVALHO, José Maurício de. Universidade e Vida Autêntica segundo Ortega Y Gasset. **Revista de Filosofia Argumentos**, Fortaleza, v. 6, n. 11, p. 228-241, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/argumentos/article/view/19052/29771>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**. João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000/10871>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009, p.117-129. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007, p. 199-212. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CFP. Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Hospitais Psiquiátricos no Brasil**: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf. Acesso em 23 dez. 2020.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi et al. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1106-1111, out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1106.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

CIT. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº07/2016, de 24 de novembro de 2016.** Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências. Brasília: CIT, 2016. Disponível em: <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Diario-Oficial/Diario-Oficial/RESOLUCAO-CIT-Nº-7-DE-24-11-2016.html>. Acesso em: 30 dez. 2020

CIT. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº19/2017, de 22 de junho de 2017.** Aprova e torna público o documento Estratégia e-Saúde para o Brasil, que propõe uma visão de e-Saúde e descreve mecanismos contributivos para sua incorporação ao SUS até 2020. Brasília: CIT, 2017a. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27468388_RESOLUCAO_N_19_DE_22_DE_JUNHO_DE_2017.aspx. Acesso em: 30 dez. 2020.

CIT. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº32/2017, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: CIT, 2017b. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO.aspx. Acesso em: 30 dez. 2020.

CLERO secular. In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Fundação Wikimedia, 2020. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Clero_secular. Acesso em: 30 dez. 2020.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG et al. (orgs.) **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 101-113. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d5t55/08>. Acesso em 23 dez. 2020.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello et al. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1150-1156, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a17.pdf>. Acesso em 02 fev. 2018.

COLIMOIDE, Fabiana da Penha et al. Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 611-617, dez. 2017. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1338/1770. Acesso em: 02 fev. 2018.

COMUNIDADE Mundial para a Meditação Cristã. **Como John Main descobriu a meditação?** In: Comunidade Mundial para a Meditação Cristã (*homepage*), carta 4, ano 1. Rio de Janeiro: Escola da Comunidade Mundial para Meditação Cristã no Brasil, c2013a. Disponível em: <https://www.wccm.com.br/escola-de-meditacao-wccm/76-escola/cartas/ano-1/858-carta-4>. Acesso em 31 jan. 2021.

COMUNIDADE Mundial para a Meditação Cristã. **Como você se prepara para meditar?** In: Comunidade Mundial para a Meditação Cristã (*homepage*), carta 6, ano 1. Rio de Janeiro: Escola da Comunidade Mundial para Meditação Cristã no Brasil, c2013b. Disponível em:

<https://www.wccm.com.br/escola-de-meditacao-wccm/76-escola/cartas/ano-1/864-carta-6>. Acesso em 31 jan. 2021.

CONFISSÃO de Fé de Westminster. In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Flórida: Fundação Wikimedia, 2020. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Confissão_de_Fé_de_Westminster. Acesso em 30 nov. 2020.

CONHEÇA a UNA-SUS. **UNA-SUS**: Institucional (*homepage*), [201-]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>. Acesso em: 30 dez. 2020.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva et al. O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. **Aquichán**, Chía (Colômbia), v. 16, n. 4, p. 501-502, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n4/1657-5997-aqui-16-04-00501.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

CORREIA, Luiza Mara et al. Construção do projeto pedagógico: experiência da faculdade de Enfermagem da UERJ. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 57, n. 6, p. 649-653, dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a02.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

CUNHA, Marcus Vinícius da. Leituras e desleitura da obra de John Dewey. In: BENCOSTTA, Marcus Levy (org.). **Culturas escolares, saberes e práticas educativas**: itinerários históricos. São Paulo: Cortez, 2007, p. 357-378.

DA SILVA, Carlos Magno Carvalho et al. Visita domiciliar na atenção à saúde mental. *Ciencia y enfermería*, Concepción (Chile), v. 17, n.3, p. 125-136, dez. 2011. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art11.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

DA SILVA, Carlos Magno Carvalho et al. A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo meleis. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 548-551, set. 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18902/12210>. Acesso em: 29 ago. 2020.

DA SILVA, Luzia Wilma Santana et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-475, ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a18v58n4.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

DADOS abertos sobre mapeamento de grupos. In: **Evidências**: boletim quadrimestral do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (OBSERVAPICS), Recife, n. 3, p. 5, set./dez. 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-Evidencias-E3.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

DAVINI, Maria Cristina. **Currículo Integrado**. In: Texto de apoio da Unidade 2 da Capacitação de Especialistas em Recursos Humanos para o SUS (CADDRHU). [Lagarto-SE]: [UFS], [20--?], p. 281-289. Disponível em: http://lagarto.ufs.br/uploads/content_attach/path/11340/curriculo_integrado_0.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

DE BARROS, Gilda Naecia. A ideia de Universidade. *In*: PIEPER, Josef. **Abertura para o todo**: a chance da Universidade. São Paulo: APEL, 1989. Tradução Gilda Naecia Maciel de Barros e Luiz Jean Lauand.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998. Tradução Eloisa Araújo Ribeiro. Disponível em: <http://professor.ufabc.edu.br/~la.salvia/wp-content/uploads/2016/09/Gilles-Deleuze-ensino-de-filosofia.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

DEUSDARÁ, Bruno; ROCHA, Décio. Análise de Conteúdo e Análise de Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jul./dez. 2005, p.305-322. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/13.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

DIAS, Henrique Sant'Anna. **Do diálogo à ruptura: interações governo-corporação médicas na política nacional de trabalho e educação na saúde**. 2018. 189 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/27929/2/henrique_santanna.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

DIAS, Jorge Humberto. La Consulta Filosófica según Jorge Dias. *In*: BARRIENTOS, José Rastrojo; DIAS, Jorge Humberto. **Idea y Proyecto**: la Arquitectura de la Vida. Madrid: Visión Libros, 2010.

DUNKER, Christian. **O que é personalidade evitativa?** [São Paulo]: Christian Dunker, 2018. 1 vídeo (4 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=a1Z_aSqVIPk&feature=emb_title. Acesso em: 10 out 2020.

DUROZOI, Gerárd; ROUSSEL, André. **Dicionário de Filosofia**. Campinas, SP: Papirus, 1993. Tradução Marina Appenzeller. Disponível em: <https://sites.google.com/view/sbgdicionariodefilosofia/eterno-retorno>. Acesso em: 23 dez. 2020.

DUTRA, Virginia Faria Damásio; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichán**, Chía (Colômbia), v. 15, n. 4, p. 529-540, out. 2015. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3756/4026>. Acesso em: 02 fev. 2018.

EINSTEIN, Albert. **Como vejo o mundo**. 11 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981. Tradução H. P. de Andrade. Disponível em: [https://blogdomiltonjung.files.wordpress.com/2013/02/como_vejo_o_mundo_\(albert_einstein\).pdf](https://blogdomiltonjung.files.wordpress.com/2013/02/como_vejo_o_mundo_(albert_einstein).pdf). Acesso em: 23 dez. 2020.

ELIADE, Mircea. **O Mito do Eterno Retorno**: arquétipos e repetição. Lisboa: Edições 70, 1984. Tradução José Antonio Ceschin Disponível em: <https://docero.com.br/doc/nevxc>. Acesso em: 23 dez. 2020.

ELY, Gabriela Zenatti et al. Percepções do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e0280016.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

EM SÃO PAULO, 367 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS. **Ministério da Saúde**: agência saúde (*homepage*). Brasília: MS, 15 mar. 2018. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42821-em-sao-paulo-367-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus>. Acesso em: 30 dez. 2020.

ENFERMAGEM Psiquiátrica. In: EERP/USP (*homepage*). **Programa de pós-graduação: enfermagem psiquiátrica**. Ribeirão Preto: EERP/USP, c2020. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/psychiatric-nursing-home/>. Acesso em: 30 dez. 2020.

ENTREVISTA: Paulo Amarante. **Boletim OAPS/CDV**. [S.l.], p. 5-6. jan./fev. 2018. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>. Acesso em: 10 set. 2020.

ENTREVISTA: Nelson Filice de Barros. **Temos que aprender com outros modelos de cuidado**. In: RADIS Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 01 mar. 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/temos-que-aprender-com-outros-modelos-de-cuidado>. Acesso em: 11 nov. 2020.

ESPERIDIÃO, Elizabeth; MUNARI, Denize Bouttelet. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 38, n. 3, p. 332-340, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n3/12.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

FATTURI, Arturo. **Teoria do conhecimento I**: livro didático. Palhoça: UnisulVirtual, 2009. Livro didático da disciplina de Teoria do Conhecimento I do curso EaD de bacharelado em Filosofia da Unisul – Universidade do Sul de Santa Catarina.

FERLA, Alcindo Antonio; CECCIM, Ricardo Burg; PELEGRINI, Maria Leticia Macry de. Atendimento integral: a escuta de gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007, p.63-90. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>. Acesso em: 11 nov. 2020.

FERREIRA, Maria Solange de Castro; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 317-323, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a18.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

FILANTROPIA. In: **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, p.894.

FINSET, Arnstein. Emotions, narratives and empathy in clinical communication. **International Journal of Integrated Care**, Newcastle (Australy), v. 10, n. 5, p. 53-55, jan. 2010. Disponível em: <https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.490>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FIORATI, Regina Célia; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; DE SOUZA, Larissa Barros. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. 01-08, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449727095>. Acesso em: 11 nov. 2020.

FONSECA VIEGAS, Selma Maria; DE MATTOS PENNA, Cláudia Maria. Integralidade: princípio de vida e de direito à saúde. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín (Colômbia), v. 33, n. 2, p. 237-247, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n2/v33n2a06.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: **Ditos & Escritos V – Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p.264-287. Disponível em: http://escolanomade.org/wp-content/downloads/foucault_%20etica_cuidado_si.pdf. Acesso em 23 dez. 2020.

FRANÇA, Tania et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 286-301, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0286.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

FRANCO, Tânia. Alienação do trabalho: despertencimento social e desenraizamento em relação à natureza. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 1, p. 171-191, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2020.

FRANKL, Viktor. **A vontade de sentido**: fundamentos e aplicações da Logoterapia. São Paulo: Paulus, 2011. Tradução Ivo Studart Pereira.

FREIRE FILHO, José Rodrigues et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 86-96, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe1/0103-1104-sdeb-43-spe01-0086.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. 27 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FURLAN, Reinaldo. **Uma filosofia para a psicologia**. 2011. Texto que sistematiza criticamente parte da obra do candidato (Livre Docência na área de Filosofia). Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

GADAMER, Hans-Georg. Retrospectiva Dialógica à obra reunida e sua história de efetuação (entrevista de Jean Grondin com H. G. Gadamer). In: ALMEIDA, Custódio Luís Silva de; FLICKINGER, Hans Georg; ROHDEN, Luiz (orgs.). **Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método II: complementos e índice**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. Tradução Ênio Paulo Giachini.

GALILEI, Galileu. **O ensaiador**.. 2 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. Tradução e notas de Helda Barraco. (Os pensadores).

GALLO, Sílvio (coord.). **Ética e cidadania: caminhos da filosofia**: elementos para o ensino de filosofia. 15 ed. Campinas: Papirus, 2007.

GALVIS LÓPEZ, Milena Alexandra. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. **Revista Cuidarte**. Bucaramanga (Colômbia), v. 6, n. 2, p. 1108-1120, jul. 2015. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/172/454>. Acesso em: 23 dez. 2020.

GIACCOIA JUNIOR, Oswaldo. **O eterno retorno e o além-do-homem**. [São Paulo]: Casa do Saber, 2018. 1 vídeo (8 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qDAHx8KnFz0>. Acesso em: 22 nov. 2020.

GIL, Gilberto. **Cérebro Eletrônico**. Rio de Janeiro: Philips, 1969. 1 CD (45 min). Digital estéreo.

GIL, Gilberto. **Luar (a gente precisa ver o luar)**. Rio de Janeiro: Warner, 1981. 1 CD (48 min). Digital estéreo.

GOLDSMITH, Joel. **A arte de curar pelo espírito**. São Paulo: Martin Claret, 2012.

GOLDSMITH, Joel. **O caminho infinito**: buscando a iluminação espiritual. São Paulo: Martin Claret, 2007.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016, p.72-95.

GONÇALVES, Jaci; IUNSKOVSKI, Roberto. **Experiência do sagrado e da religião**. UnisulVirtual, Palhoça. 2009. Livro didático da disciplina de Experiência do sagrado e da religião do curso EaD de bacharelado em Filosofia da Unisul – Universidade do Sul de Santa Catarina. Disponível em: <http://pergamum.unisul.br/pergamum/pdf/restrito/000002/00000289.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

GOYA, Will. **A Escuta e o Silêncio**: lições do diálogo na Filosofia Clínica. 2 ed. Goiânia: UCG, 2010.

GUIMARÃES, Neve Ione Ribeiro. **O sermão da montanha na visão do filósofo cristão Huberto Rohden**. 2014. 171 p. Tese (Doutorado em Ciências da Religião). Departamento de Filosofia e Teologia. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/769/1/NEVE%20IONE%20RIBEIRO%20GUIMARAES.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

GUIMARÃES, Zoraida Hostermann. **Um pilar de luz no Cosmo**: Huberto Rohden. [S.l.]: Universalismo, [2000?].

GUIZARDI, Francini Lube et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, Roseni et al. (orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006, p.153-177. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Ensinar-Saude-integralidade-e-o-SUS-nos-cursos-de-graduação-na-área-da-saúde.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

GUZZO, Patrícia Caprini et al. Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des)cuidado integral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 100-105, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00100.pdf. Acesso em: 02 fev. 2018.

HOMEOPATIA. In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Fundação Wikimedia, 2020. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Homeopatia>. Acesso em: 07 jul 2020.

HUBERTO Rohden: cronologia. In: **O Cristo Cósmico e os essênios**. [S.l.]: Universalismo, [19--?].

INTEGRAL. In: **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, p.1093.

INTEGRALIDADE em saúde. In: OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Descritores em ciências da saúde: DeCS/MeSH**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2020. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=55475&filter=ths_exact_term&q=integralidade%20em%20saúde. Acesso em: 13 nov. 2020.

IUPAC. International Union of Pure and Applied Chemistry. **Periodic Table of Elements**. Reasearch Triangle: IUPAC, 2020. Disponível em: <https://iupac.org/what-we-do/periodic-table-of-elements/>. Acesso em: 23 dez. 2020.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1060-1066, dez. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1062.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

KLOH, Daiana et al. Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 693-700, jul. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-3381-2469.pdf. Acesso em: 02 fev. 2018.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2007. Tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira.

KUNDERA, Milan. **A insustentável leveza do ser**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1983. Tradução Tereza Carvalho da Fonseca.

LAO-TSÉ. **Tao Te Ching: o livro que revela Deus**. 5 ed. São Paulo: Martin Claret, 2013. Tradução e notas: Huberto Rohden.

LARROSA, Jorge. **Tremores: escritos sobre experiência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. Tradução Cristina Antunes e João Wanderley Geraldi.

LEI nº8080: 30 anos de criação do SUS. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Ministério da Saúde, Brasília, 20 set. 2020. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em: 13 nov. 2020.

LEITE, Rogério de Cerqueira. **Tecnologia e desenvolvimento nacional**. São Paulo: Duas Cidades, 1978.

LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 3, p. 366-370, mai./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a03v63n3.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

LIMA, Margarete Maria de et al. Indicativos da integralidade na relação pedagógica: um design a ser construído na formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 51, nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/0080-6234-reeusp-S1980-220X2016049003277.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

LOCUÇÃO. In: **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, p. 1192.

LUCCAS, Daiane Siqueira de et al. Enfermeiros e o processo de trabalho de um hospital de ensino: implantação do Sistema Único de Saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 959-967, nov. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-201500000180014.pdf. Acesso em 23 dez. 2020

LUZ, Madel Terezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, p.

145-176, 2005 (suplemento). Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

LUZ, Madel Terezinha. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009, p.21-41. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

LUZ, Madel Terezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Contribuição das PICS no Sistema único de Saúde. In: **Evidências**: boletim quadrimestral do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (OBSERVAPICS), Recife, n. 1, p. 7-8, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-Evidencias-E1.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

MACEDO, Cicera Lissandra Sá Vieira. **Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município do Cabo de Santo Agostinho-PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado**. 2013. 110 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12170/1/21.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MACHADO, Maria Luiza Paz; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de; MANICA, Silvia Troyahn. Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 53-60, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n4/07.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

MAGALHÃES, Mariana Gonzalez Martins de; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 646-653, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0646.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MAPA aponta interesse científico por temas afins das práticas integrativas. In: **Evidências**: boletim quadrimestral do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (OBSERVAPICS), Recife, n. 2, p. 4-6, mai./ago. 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-Evidencias-E2.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

MAPA de evidências. In: **Evidências**: boletim quadrimestral do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (OBSERVAPICS), Recife, n. 1, p. 8, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-Evidencias-E1.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

MAPA de evidências: traduzindo o conhecimento para aproximar a ciência da gestão em saúde. In: **Boletim BIREME/OPAS/OMS**, [S.l.], n.44, 31 mai. 2020. Disponível em: <http://boletin.bireme.org/pt/2020/05/31/mapa-de-evidencias-traduzindo-o-conhecimento-para-aproximar-a-ciencia-da-gestao-em-saude/>. Acesso em 06 jun. 2020.

MAPAS de evidência. In: **BVS MTCTI** (*homepage*). Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas. [S.l.]: BVS MTCTI, [20--]. Disponível em: <http://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia-2/>. Acesso em: 06 jun. 2020.

MARANHÃO, Thaís; MATOS, Izabella Barison. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 55-66, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000100055&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 dez. 2020.

MARCH, Cláudia; FERNANDEZ, Verônica Silva; PINHEIRO, Roseni. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. In: PINHEIRO, Roseni et al. (orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006b, p.179-204. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Ensinar-Saude-integralidade-e-o-SUS-nos-cursos-de-graduação-na-área-da-saúde.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

MARCH, Cláudia et al. O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: PINHEIRO, Roseni et al. (orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006b, p. 295-309. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Ensinar-Saude-integralidade-e-o-SUS-nos-cursos-de-graduação-na-área-da-saúde.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

MARCOLINO, Janaína de Souza; SCOCHI, Maria José. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 314-320, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 dez. 2020.

MARCONDES, Danilo. **Iniciação à história da Filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein**. 13 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

MARIN, Heimar de Fátima. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 20-24, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MARTINS, André (org.). **O futuro do corpo e da saúde: filosofia e psicanálise. Corpo e saúde na contemporaneidade**. São Paulo: Andreato Comunicação e Cultura, 2011.

MARTINS, André (org.). **O mais potente dos afetos: Spinoza e Nietzsche**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, jan./abr. 2006.

MAS MASSA não se transforma em energia? In: GEF-UFSM. **Grupo de Ensino de Física da Universidade Federal de Santa Maria** (*homepage*). Santa Maria: GEF-UFSM, fev. 2020.

Disponível em: <https://www.ufsm.br/cursos/graduacao/santa-maria/fisica/2020/02/20/mas-massa-nao-se-transforma-em-energia>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à saúde. In: EPSJV (ed.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009, p. 43-68. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007. p.47-62. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MATTOS, Ruben Araújo de; JÚNIOR, Veriano Terto; PARKER, Richard. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Associação brasileira interdisciplinar de AIDS, 2001. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20politicass%20publicas%20N1.pdf. Acesso em: 01 fev. 2020.

MEDEIROS, Adriane Calvetti de et al. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 50, n. 5, p. 816-822, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0817.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

MEDICINA antropológica. In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Flórida: Fundação Wikimedia, 2020. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Medicina_antropos%C3%B3fica. Acesso em: 10 set. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 23 dez. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em 11 nov. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais (resenha). **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1371-1372, ago. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400035>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Maurício et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-150.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.71-112.

MERHY, Emerson Elias. **Engravidando palavras: o caso da integralidade**. Belo Horizonte: RedeUnida, 2005. Disponível em: <https://www.circonteudo.com/wp-content/uploads/2018/10/Emerson-Elias-Merhy-Engravidando-palavras-setembro-2012.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

MERHY, Emerson Elias. Tecnologias de Cuidado. [Porto Alegre]: TV Rede Unida, 2020. 1 vídeo (21 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IXQZMvM-HU4>. Acesso em: 08 dez. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016, p.56-71.

MISSÃO. In: **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, p.1299.

MONTAIGNE, Michel de. **Os Ensaios - Livro I**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

MONTE Gerizim. In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Flórida: Fundação Wikimedia, 2020. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Monte_Gerizim. Acesso em: 10 nov. 2020.

MORAES DE SABINO, Leidiane Minervina et al. Uso de tecnología blanda-dura en las prácticas de enfermería: análisis de concepto. **Aquichán**, Chía (Colômbia), v. 16, n. 2, p. 230-239, abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; BUENO, Sonia Maria Villela. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a15v22n4.pdf>. Acesso em 02 fev. 2018.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: pensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MORIN, Edgar. **A inteligência da complexidade**. 3 ed. São Paulo: Peirópolis, 2000. Tradução Nurimar Maria Falci.

MORIN, Edgar; KERN, Anne-Brigitte. **Terra Pátria**. Porto Alegre: Sulina, 2003. Tradução Paulo Neves. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/307749/mod_resource/content/1/LIVRO%20-%20Terra%20P%C3%A1tria%20-%20EDGAR%20MORIN.pdf. Acesso em 23 dez. 2020.

MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1171-1176, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a20.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

MOSCOVICI, Leonardo; MARQUES, João; ZUARDI, Antonio. Integrated mental healthcare: outcomes from Brazilian primary care. **European Journal for Person Centered Healthcare**, [London], v. 4, n. 4, p. 669-674, 2016. Disponível em: [311680743_Integrated_mental_healthcare_outcomes_from_Brazilian_primary_care](https://doi.org/10.1016/j.ejph.2016.07.003). Acesso em: 23 dez. 2020.

MOTA, Francisca Rosaline Leite. **Registro de informação no sistema de informação em saúde**: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM no Estado de Alagoas. 2009. 266 p. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECID-7V4PXY/1/tese_francisca.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

MOTTA, Pedro Mourão Roxo da; MARCHIORI, Ricardo de Almeida. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 834-835, abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/22.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MURCHO, Nuno; PACHECO, Eusébio; JESUS, Saul Neves de. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 15, p. 30-36, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 dez. 2020.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a16v18n12.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

NAYLOR, Chris et al. **Bringing Together Physical and Mental Health**: a New Frontier for Integrated Care. London: The King's Fund, 2016. Disponível em: www.kingsfund.org.uk/publications/physical-and-mental-health. Acesso em: 30 nov. 2020.

NEVES, Nedy; NEVES, Flávia; BITENCOURT, Almir. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. **Gazeta Médica da Bahia**. Salvador, v. 75, n. 2, p. 162-168, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/362/351>. Acesso em: 23 dez. 2020.

NOSSA história. In: **Associação Brasileira Rede Unida (homepage)**. Porto Alegre: Rede Unida, [2016]. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia>. Acesso em: 30 dez. 2020.

OBSERVATÓRIO investiga saberes tradicionais e práticas integrativas para apoiar o SUS. In: **Evidências**: boletim quadrimestral do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (OBSERVAPICS), Recife, n. 1, p. 1, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-Evidencias-E1.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

OFICINA de Planejamento com o consórcio acadêmico em São Paulo. In: **Integrando e Complementando**: informativo bimestral da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS), Brasília, n. 2, p. 4, jan. 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informes/Informativo_PICS_bimestral_2ed_01_2019.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

OLIVEIRA, Edmar. **Carta aberta aos meus colegas médicos da ABP**. [S.l.], 2015. Disponível em: <https://www.facebook.com/romariodesouzafaria/posts/10208220189685059/>. Acesso em 28 nov. 2020.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 176 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira_GustavoNunesde_M.pdf. Acesso em 23 dez. 2020.

OLIVEIRA, Olga Maria Mascarenhas de Faria; SCHLÜNZEN JÚNIOR, Klaus; SCHLÜNZEN, Elisa Tomoe Moriya (coord.). **Química**: volume 3. São Paulo: UNESP, Núcleo de Educação à Distância, 2013. (Textos provenientes do Programa Rede São Paulo de Formação Docente – REDEFOR). Disponível em: https://www.academia.edu/24990532/COLEÇÃO_TEMAS_DE_FORMAÇÃO. Acesso em: 30 dez. 2020.

OLIVEIRA, Queli Cristina de. **Sistema de informação da atenção básica**: análise do processo de produção de dados e informações em equipes de Saúde da família de Cuiabá/MT. 2010. 165 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2010. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sistema-de-informacao-da-atencao-basica-analise-do-processo-de-producao-de-dados-e-informacoes-em-equipes-de-\[104-180610-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sistema-de-informacao-da-atencao-basica-analise-do-processo-de-producao-de-dados-e-informacoes-em-equipes-de-[104-180610-SES-MT].pdf). Acesso em: 23 dez. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. [Constituição (1946)]. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: OMS, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php//OMS-Organização-Mundial-da->

[Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html](http://saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html). Acesso em: 30 dez. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata (URSS): Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em 15 abr. 2020.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra: OMS, 2002. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965. Acesso em 30 dez. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_inovadores.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Síntese**: relatório do Observatório Mundial para e-Saúde. [Genebra]: OMS, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/goe/publications/Portuguese.pdf?ua=1>. Acesso em 01 ago 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. WONCA. Organização Mundial de Médicos de Família. **Integração de saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ministério da Saúde de Portugal, 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Ginebra: OMS, 2013a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>. Acesso em: 30 dez. 2020.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Ginebra: OMS, 2013b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

ORTEGA Y GASSET, José. **Obras completas**: tomo I (1902-1916). 7. ed. Madrid: Revista de Occidente, 1966. Disponível em: <https://www.cidadefutura.com.br/wp-content/uploads/Ortega-y-Gasset-Obras-Completas-Tomo-1-1902-1916-1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ORTEGA Y GASSET, José. **A rebelião das massas**. Brasil: Ridendo Castigat Mores, 2002. Tradução Herrera Filho. Disponível em: <http://www.leb.esalq.usp.br/leb/aulas/lce1302/ortega.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

ORTEGA Y GASSET, José. **La rebelión de las masas**. Ciudad de México: La Guillotina, 2010. Disponível em:

https://monoskop.org/images/f/f6/Ortega_y_Gasset_Jose_La_rebelion_de_las_masas.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

OVERHAGE, Marc; MCCALLIE JR., David. Physician Time Spent Using the Electronic Health Record During Outpatient Encounters: a descriptive study. **Annals of Internal Medicine**. Philadelphia, v. 172, n. 3, p. 169-174, feb. 2020. Disponível em: https://www.mfprac.com/web2020/07literature/literature/Info_Tech/EHR-MD_Overhage.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, jun. 1986. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v2n2/v2n2a05.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

PATEL, Vikram; CHATTERJI, Somnath. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: an imperative for person-centered care. **Health Affairs**. Bethesda (Maryland), v. 34, n. 9, p. 1498-1505, set. 2015. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2015.0791>. Acesso em: 23 dez. 2020.

PAULI, Evaldo. Huberto Rohden: um filósofo da religião. [Florianópolis]: Enciclopédia Simpozio, 1997. In: **Alvorada Rohden (homepage)**. [S.l.]: Alvorada Rohden, 11 mai. 2012. Disponível em: <http://alvoradarohden.blogspot.com/2012/05/professor-evaldo-pauli-exibe-seu.html>. Acesso em: 23 dez. 2020.

PELIZZOLI, Marcelo Luiz. **Como chegar ao Eu Profundo**: Terapia dos Sistemas Familiares Internos (IFS). Pernambuco: Universidade do Ser, 2020. apostila de curso com o mesmo nome.

PEREIRA, Ivo Studart. Mundo e Sentido na Obra de Viktor Frankl. **Psico**. Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 159-165, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/25530985.pdf>. Acesso em 31 dez. 2020.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1035-1052, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401035&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 dez. 2020.

PIEPER, Josef. **Abertura para o todo**: a chance da Universidade. São Paulo: APEL, 1989. Tradução Gilda Naecia Maciel de Barros e Luiz Jean Lauand.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>. Acesso em: 23 dez. 2020.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. In: EPSJV (ed.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 13 nov. 2020.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

PINHEIRO, Roseni et al. Operacionalizando a pesquisa: a trajetória e o fio condutor de construção da pesquisa. In: PINHEIRO, Roseni et al. (orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006, p. 55-66. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Ensinar-Saúde-integralidade-e-o-SUS-nos-cursos-de-graduação-na-área-da-saúde.pdf>. Acesso em 23 dez. 2020.

PLATÃO. **A República**. Volume 2. São Paulo: Difusão europeia do livro, 1965. Tradução Jacó Guinsburg. Disponível em: <https://marcosfabionuva.files.wordpress.com/2011/08/a-repc3bablica-parte-ii.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

PLATÃO. **Político**. 5 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991. Tradução e notas Jorge Paleikat e João Cruz Costa. (Os pensadores).

POLITZER, Georges. **Princípios fundamentais de filosofia**. São Paulo: Fulgor, 1962. Tradução João Cunha Andrade.

PRÁTICAS com recursos naturais interessam mais. In: **Evidências**: boletim quadrimestral do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (OBSERVAPICS), Recife, n. 3, p. 4, set./dez. 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-Evidencias-E3.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

PRÁTICAS Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem. **Ministério da Saúde** (*homepage*). Brasília: MS, [201-]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 30 dez. 2020.

PROFANO. In: **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, p.1556.

QUADROS, Elton Moreira. Eros, Fília e Ágape: o amor do mundo grego à concepção cristã. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 33, n. 2, p. 165-171, 2011. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/10173/pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

QUEM somos. In: Martin Claret Editora (*homepage*). **A editora: histórico**. São Paulo: Martin Claret, [2020]. Disponível em: <http://martinclareteditoria.com.br/a-editora>. Acesso em: 23 dez. 2020.

RAMOS, Marise Nogueira. Currículo Integrado. In: EPSJV (ed.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/curint.html>. Acesso em: 30 dez. 2020.

RICCO MEDEIROS, Leonardo. Filosofia clínica, aconselhamento filosófico, saúde e educação. **Revista científica do Centro Universitário Claretiano**. Batatais, v. 7, n. 1, p. 77-108, jan./jun. 2017a. Disponível em: <https://claretiano.edu.br/revista/120/dossie-aconselhamento-filosofico>. Acesso em: 30 dez. 2020.

RICCO MEDEIROS, Leonardo. Filosofía clínica y filosofía aplicada: un diálogo potencial y actual. **HASER - Revista Internacional de Filosofía Aplicada**. Sevilla (España), n. 9, p. 67-96, 2018. Disponível em: <http://institucional.us.es/revistas/haser/9-2018/Medeiros.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

RICCO MEDEIROS, Leonardo. O filósofo (clínico) e o gago estrangeiro. **Partilhas: Revista de Filosofia Clínica do IMFIC**. Belo Horizonte, n. 4, p. 8-21, nov. 2017b. Disponível em: <https://www.revistapartilhas.org/ricco-leonardo-o-filosofo-clinico>. Acesso em: 30 dez. 2020.

RICCO MEDEIROS, Leonardo. Filosofia Clínica, Esoterismo, Método e Metodologia. **Partilhas - Revista de Filosofia Clínica do IMFIC**. Belo Horizonte, n. 3, p. 1-16, nov. 2016. Disponível em: <https://www.revistapartilhas.org/ricco-leonardo-2016>. Acesso em: 30 dez. 2020.

RIOS, Terezinha Azerêdo. **A dimensão ética da aula ou o que nós fazemos com eles**. São Paulo: Unesp, 2010. Disponível em: <http://acervodigital.unesp.br/handle/123456789/26>. Acesso em: 23 dez. 2020.

RODRIGUES, Ana Maria Maia et al. Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 106-112, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00106.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

ROHDEN, Huberto. **A grande libertação**: diretrizes para uma felicidade interna independente de circunstâncias externas. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1962a.

ROHDEN, Huberto. **Por um ideal**: o que por Ele vivi e sofri em meio século. Vol. 1. Rio de Janeiro: Freitas Bastos S/A, 1962b.

ROHDEN, Huberto. **Por um ideal**: o que por Ele vivi e sofri em meio século. Vol. 2. Rio de Janeiro: Freitas Bastos S/A, 1962c.

ROHDEN, Huberto. **Minhas vivências na Palestina, no Egito e na Índia**: como viajei pelos mundos e como os mundos viajaram através de mim. São Paulo: Alvorada, 1971.

ROHDEN, Huberto. Aula 08 - **Monismo Absoluto**. Curso de Filosofia Univérsica. Palestra ministrada em 13 jun. 1978. Transcrição de áudio. Disponível em: <http://eronildoaguiar.blogspot.com/p/palestras-com-transcricao-de.html>. Acesso em: 20 out. 2019.

ROHDEN, Huberto. **Cosmorama**, 3 ed. Modificada. São Paulo: Alvorada, 1979.

ROHDEN, Huberto. **Paulo de Tarso**: o maior bandeirante do evangelho, 18 ed. São Paulo: Martin Claret, 1996.

ROHDEN, Huberto. **Mahatma Gandhi: o apóstolo na não-violência**. São Paulo: Martin Claret, 2001.

ROHDEN, Huberto. **Porque sofremos**. São Paulo: Martin Claret, 2004a.

ROHDEN, Huberto. **Sabedoria das parábolas**. São Paulo: Martin Claret, 2004b.

ROHDEN, Huberto. A educação da consciência (Textos complementares). *In*: ROHDEN, Huberto. **Educação do Homem Integral**. São Paulo: Martin Claret, 2005a. p. 127-132.

ROHDEN, Huberto. **Educação do Homem Integral**. São Paulo: Martin Claret, 2005b.

ROHDEN, Huberto. **Einstein: o enigma do Universo**. São Paulo: Martin Claret, 2005c.

ROHDEN, Huberto. **Novos rumos para a educação**. São Paulo: Martin Claret, 2005d.

ROHDEN, Huberto. **A mensagem viva do Cristo: evangelhos de Mateus, Marcos, Lucas e João**. Comentários e tradução. 2 ed. São Paulo: Martin Claret, 2007a.

ROHDEN, Huberto. **Filosofia da arte: a metafísica da verdade revelada na estética da beleza**. São Paulo: Martin Claret, 2007b.

ROHDEN, Huberto. **Filosofia contemporânea: o drama milenar do homem em busca da verdade integral**. São Paulo: Martin Claret, 2008a.

ROHDEN, Huberto. **O pensamento filosófico da antiguidade: o drama milenar do homem em busca da verdade integral**. São Paulo: Martin Claret, 2008b.

ROHDEN, Huberto. **Catecismo da Filosofia e outros opúsculos**. São Paulo: Martin Claret, 2009a.

ROHDEN, Huberto. **Cosmoterapia: a cura dos males humanos pela consciência cósmica**. 4 ed. São Paulo: Martin Claret, 2009b.

ROHDEN, Huberto. **Agostinho: um drama de humana miséria e divina misericórdia**. 2 ed. São Paulo: Martin Claret, 2010.

ROHDEN, Huberto. **O Cristo Cósmico e os Essênios**. 2 ed. São Paulo: Martin Claret, 2011a.

ROHDEN, Huberto. **Roteiro Cósmico**. 6 ed. São Paulo: Martin Claret, 2011b.

ROHDEN, Huberto. Aconteceu entre os anos 2000 e 3000: visão duma humanidade com a Bomba Atômica e sem o Cristo. *In*: ROHDEN, Huberto. **O Sermão da Montanha**. 2 ed. São Paulo: Martin Claret, 2012a, p.121-138.

ROHDEN, Huberto. Autoiniciação e cosmomeditação (Textos complementares). *In*: ROHDEN, Huberto. **Metafísica do cristianismo: a alma de Jesus revelada no Pai-Nosso**. 6 ed. modificada. São Paulo: Martin Claret, 2012b. p. 97-107.

ROHDEN, Huberto. Ciência, milagre e oração são compatíveis? (Textos complementares). *In*: ROHDEN, Huberto. **Metafísica do cristianismo: a alma de Jesus revelada no Pai-Nosso**. 6 ed. modificada. São Paulo: Martin Claret, 2012c. p. 109-126.

ROHDEN, Huberto. **Metafísica do cristianismo: a alma de Jesus revelada no Pai-Nosso**. 6 ed. modificada. São Paulo: Martin Claret, 2012d.

ROHDEN, Huberto. **O Sermão da Montanha**. 2 ed. São Paulo: Martin Claret, 2012e.

ROHDEN, Huberto. **Deus**. São Paulo: Martin Claret, 2013a.

ROHDEN, Huberto. **O espírito da filosofia oriental: o drama milenar do homem em busca da verdade integral**. 3 ed. São Paulo: Martin Claret, 2013b.

ROHDEN, Huberto. **Orientando para a autorrealização**. São Paulo: Martin Claret, 2013c.

ROHDEN, Huberto. **Huberto Rohden - Série Matemática de Einstein - Análise e Intuição - 1/15**. [S.l.]: Em Busca, 2017a. 1 vídeo (57 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ONbnqbFAdU8>. Acesso em: 23 dez. 2020.

ROHDEN, Huberto. **Huberto Rohden - Série Matemática de Einstein - Einstein e a Intuição - 2/15**. [S.l.]: Em Busca, 2017b. 1 vídeo (50 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SUXwB1WWaSM>. Acesso em: 23 dez. 2020.

ROHDEN, Huberto. **A voz do silêncio**: poemas de auto-realização para iniciandos e iniciados. [S.l.]: Universalismo, [20--?]a.

ROHDEN, Huberto. **Assim dizia o mestre**. [S.l.]: Universalismo, [20--?]b.

ROHDEN, Huberto. **Escalando o Himalaia**: colóquios com Deus e solilóquios com minha alma. [S.l.]: Universalismo, [20--?]c.

ROHDEN, Huberto. **Lúcifer e Logos**: roteiro da jornada evolutiva do homem subconsciente, através do homem consciente, até o homem supraconsciente. [S.l.]: Universalismo, [20--?]d.

ROHDEN, Huberto. **O homem e o universo**: sua origem, sua natureza e sua finalidade. [S.l.]: Universalismo, [20--?]e.

ROHDEN, Huberto. **O homem**: sua natureza, sua origem e sua evolução. [S.l.]: Universalismo, [20--?]f.

ROHDEN, Huberto. **O Triunfo da vida sobre a morte**. [S.l.]: Universalismo, [20--?]g.

ROHDEN, Huberto. **Que vos parece do Cristo?** [S.l.]: Universalismo, [20--?]h.

ROHDEN, Luiz. **Hermenêutica filosófica: entre a linguagem da experiência e a experiência da linguagem**. São Leopoldo: Unisinos, 2005d.

ROSA, João Guimarães. **Primeiras estórias**. 11 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

ROSA, João Guimarães. **Tutaméia: terceiras estórias**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1967.

SABBATINI, Renato Marcos Endrizzi. A Descoberta das Drogas para Tratamento de Doenças Mentais. *In: Cérebro e mente: revista eletrônica de divulgação científica em neurociência*, Campinas, n. 21, c2003. Disponível em: http://www.cerebromente.org.br/n21/history/drogas_p.htm. Acesso em: 30 dez. 2020.

SABER indígena. *In: Evidências: boletim quadrimestral do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (OBSERVAPICS)*, Recife, n. 3, p. 10, set./dez. 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-Evidencias-E3.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

SALVIANO, Márcia Eller Miranda et al. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 69, n. 6, p. 1240-1245, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1240.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SANTO ÂNGELO. **Lei nº3597, de 23 de março de 2012**. Dispõe sobre a implantação das terapias naturais na Secretaria Municipal de Saúde de Santo Ângelo/RS e dá outras providências. Santo Ângelo: Câmara Municipal, 2012. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/s/santo-angelo/lei-ordinaria/2012/359/3597/lei-ordinaria-n-3597-2012-dispoe-sobre-a-implantacao-das-terapias-naturais-na-secretaria-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SANTOS, Dalmo Duque dos. Rohden, os teólogos e o Espiritismo. *In: Espiritualidade e sociedade (homepage)*. [S.l.]: Espiritualidade e sociedade, 10 abr. 2010. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/S_autores/SANTOS_Dalmo_Duque_tit_Rohden.htm. Acesso em: 30 dez. 2020.

SANTOS, Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SANTOS, Vilson Ribeiro. O homem e sua circunstância: introdução à filosofia de Ortega Y Gasset. **Metanóia**, São João Del-Rei, n. 1, p. 61-64, jul. 1999. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lable/revistametanoia_material_revisto/revista01/texto06_ortegaygasset.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

SCARPELLINI, Giuliano Roberto et. al. **Escala CARE de empatia**: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Medicina (Ribeirão Preto Online)*. Ribeirão Preto, v. 47, n. 1, p.51-58, 30 mar. 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/80098>. Acesso em 30 dez. 2020.

SCHIMITH, Maria Denise et al. Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 4, p. 788-795, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0788.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

SEMINÁRIO comemorativo de 20 anos do Projeto Integralidade. *In*: LAPPIS. **Laboratório de pesquisas sobre práticas de integralidade em saúde** (*homepage*). Rio de Janeiro: UERJ, 2020. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/seminario-comemorativo-de-20-anos-do-projeto-integralidade/7861>. Acesso em: 11 nov. 2020.

SERAMIN, Ronaldo José; WALTER, Silvana Anita. O que Bardin diz que os autores calam? **Administração: ensino e pesquisa**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.241-269, mai./ago. 2017. Disponível em: <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/478/pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SERRANO, Alan Indio. **O que é psiquiatria alternativa**. São Paulo: Nova Cultural, Brasiliense, 1986.

SERRES, Michel. **Michel Serres e evolução humana**. [S.l.]: cesargalves, 2008. 1 vídeo (2 min). Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=CPBpgILAM1M>. Acesso em 11 nov. 2020.

SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da et al. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 4, p.411-415, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a06v58n4.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

SILVA, Andressa Hennig et al. Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica. **Conhecimento interativo**. São José dos Pinhais-PR, v. 11, n. 1, p. 168-184, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://app.fiepr.org.br/revistacientifica/index.php/conhecimentointerativo/article/view/223/221>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SILVA, Camila Tahis dos Santos et al. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. **Revista Cuidarte**. Bucaramanga (Colômbia), v. 5, n. 2, p. 731-738, jul. 2014. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/85/212>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SILVA, Ivaldo; GABRIELLONI, Maria Cristina. Saúde Mental e APS: Transtornos mentais graves. *In*: UNASUS. **Casos complexos: Amélia**. Unidade 27. [São Paulo]: UNIFESP, [2013?]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/2/unidades_casos_complexos/unidade27/unidade27.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

SILVA, Magnólia Gibson Cabral da. Saber Esotérico e Cultura Ocidental Moderna. *In*: XI Congresso Brasileiro de Sociologia, 2003, Campinas. **Anais [...]**. Campinas: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2003. Disponível em: <https://docplayer.com.br/17966339-Saber-esoterico-e-cultura-ocidental-moderna-introducao.html>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SILVA, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro; SILVA, Lucía; BOUSSO, Regina Szyllit. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SILVA, Simone Albino da; BAITELO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-987, out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

SILVA JR., Aluísio Gomes da; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Cláudio de. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007, p.115-130. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>. Acesso em: 23 dez. 2020.

SISTEMAS. In: **Departamento de Informática do SUS (homepage)**. Brasília: DATASUS, [20--]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sistemas>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SOBRE a BVS MTCT. In: **BVS MTCT (homepage)**. Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas. [S.l.]: BVS MTCT, [20--]. Disponível em: <http://mtci.bvsalud.org/pt/sobre>. Acesso em: 29 abr. 2020.

SOUSA, Solange Meira de et al. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 3, p. 504-510, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0504.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

SOUZA, Jacqueline et al. Structure of the social support network of patients with severe and persistent psychiatric disorders in follow-ups to primary health care. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 30, n. 1, p. 70-76, feb. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.001>. Acesso em: 30 dez. 2020.

STRASSBURGER, Hélio. **Filosofia Clínica: diálogos com a lógica dos excessos**. Rio de Janeiro: E-papers, 2009.

STRASSBURGER, Hélio. **Poéticas da singularidade**. Rio de Janeiro: E-papers, 2007.

TAFNER, Daniela Priscila Oliveira do Vale; REIBNITZ, Kenya Schmidt; LAZZARI, Daniele Delacanal. **Implementation of the integrality principle in technical nursing courses at schools in the SUS network. Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 25, n. 4, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-3470015.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

TAROCO, Ana Paula Rotelli Michelli; TSUJI, Hissachi; HIGA, Elza de Fátima Ribeiro. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 41, n. 1, p.12-21, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0012.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

TEIXEIRA, Gabriela Bezerra et al. Compreendendo o princípio de integralidade na visão de discentes da graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.

764-771, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0764.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento em serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007, p. 91-114. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>. Acesso em: 23 dez. 2020.

TELESI JÚNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, jan./abr. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099. Acesso em: 23 dez. 2020.

TEMPLO de Jerusalém. In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Flórida: Fundação Wikimedia, 2020. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Templo_de_Jerusal%C3%A9m. Acesso em: 10 nov. 2020.

TERGIVERSAR. In: **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, p.1832.

THE HEALTH effects of cannabis and cannabinoids: committee's conclusions. **The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (homepage)**. [Washington]: National Academy of Sciences, jan. 2017. Disponível em: <http://nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2017/Cannabis-Health-Effects/Cannabis-conclusions.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

THAINES, Geovana Hagata de Lima Souza et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 466-474, jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a09v18n3>. Acesso em: 30 dez. 2020.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. The balanced care for global mental health. **Psychological medicine**. Cambridge, v. 43, n. 4, p. 849-863, apr. 2013.

TOLSTÓI, Leon. **Cristianismo e anarquismo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 2008. Tradução Railton Guedes (Original publicado em 1904).

TONIOL, Rodrigo. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**. Brasília, 2017, v. 42, n. 2, p. 267-299, 2017. Disponível em: <https://journals.openedition.org/aa/2330>. Acesso em: 30 dez. 2020.

TONIOL, Rodrigo. Cortina de fumaça: terapias alternativas/complementares além da Nova Era. **Revista de Estudos da Religião (REVER)**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 31-54, mai./ago. 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rever/article/view/29281>. Acesso em: 30 dez. 2020.

TONIOL, Rodrigo. Nova Era e saúde: balanço e perspectivas teóricas. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**. São Paulo, n. 80, p. 27-41, 2015. Disponível

em:https://www.researchgate.net/publication/316918416_Nova_Era_e_saude_balanco_e_perspectivas_teoricas. Acesso em: 30 dez. 2020.

TRADITIONAL, Complementary and Integrative Medicine. In: **WHO** (*homepage*). World Health Organization. Geneva: WHO, c2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1. Acesso em: 30 dez. 2020.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Projeto de reorganização e publicização do acervo do programa UNI na América Latina e Caribe. In: **UEL** (*homepage*). Londrina: UEL, [2007]. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/prouni>. Acesso em: 30 dez. 2020.

VÉLEZ BENITO, Gladys Amélia; SCHWABE FRANZ, Marisa. Educación permanente en la salud: reflexiones en la perspectiva de la Integralidad. **Revista Cubana de Enfermería**, Habana, v. 26, n. 4, p. 267-279, dez. 2010. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf10410.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

VELIZ-ROJAS, Lizet; BIANCHETTI SAAVEDRA, Andrés. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. **Enfermería Actual de Costa Rica**. San José (Costa Rica), n. 32, p.186-196, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/26989/27215>. Acesso em: 30 dez. 2020.

VER-SUS: apresentação. **OTICS** (*homepage*), [2020]. Disponível em: <http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/versus/versus/apresentacao/>. Acesso em: 30 dez. 2020.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Práticas integrais na estratégia saúde da família no Brasil: o cotidiano do trabalho em equipa. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra (Portugal), v. 3, n. 10, p. 99-108, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a12.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. Organização e saber psiquiátrico. **Rev. Adm. Emp.** Rio de Janeiro, vol. 21, n. 4, p. 49-58, out./dez. 1981. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rae/v21n4/v21n4a05.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

VIEIRA, Vanilda Tenfen Medeiros. Panegírico a Huberto Rohden. Academia de Letras de Palhoça. Palhoça: Academia de Letras de Palhoça, [20--]. Disponível em: <http://www.academiadeletrasdepalhoca.com.br/index.php/academicos/patronos-e-cadeiras/40-academicos/vanilda-tenfen-medeiros-vieira/307-panegirico>. Acesso em: 30 dez. 2020.

VIGILÂNCIA em Saúde. **PenseSUS** (*homepage*), [201-]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>. Acesso em: 30 dez. 2020.

WETZEL, Christine et al. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 27-32, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00027.pdf. Acesso em 02 fev. 2018.

WHO. World Health Organization. **Building foundations for eHealth: progress of Member States: report of the WHO Global Observatory for eHealth**. Geneva: WHO, 2006.

Disponível em: https://www.who.int/goe/publications/build_foundations/en/. Acesso em: 30 dez. 2020

WHO. World Health Organization. **National eHealth strategy toolkit: overview**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/ehealth/publications/overview.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

WHO. World Health Organization. **EHealth standardization and interoperability: Sixty-sixth World Health Assembly**. Geneva: WHO, 27 may 2013. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R24-en.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

WHO. World Health Organization. **Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112830/9789241506793_eng.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;jsessionid=64A63F5BAB789D53A3FB5B3CB05AF9D1?sequence=1. Acesso em: 20 dez. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO: What is people-centred care?** [Geneva]: WHO, 21 jun. 2017. 1 vídeo (3 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pj-AvTOdk2Q&t=5s>. Acesso em: 30 dez. 2020.

WHO. World Health Organization. **Progress Reports: seventy-second world health assembly**. 2019. Geneva: WHO, 4 apr. 2019a. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_59-en.pdf. Acesso em 30 dez. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO global report on traditional and complementary medicine**. Geneva: WHO, 2019b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

WHAT are integrated people-centred health services? **WHO (homepage)**, c2020. Disponível em: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>. Acesso em: 30 dez. 2020.

WITTGENSTEIN, Ludwig. **Tratado lógico-filosófico**. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1987. Tradução Manuel António dos Santos Lourenço.

WOHLFART, João Alberto. A lógica do ser de Hegel. **Veritas: Revista de Filosofia da PUCRS**. Porto Alegre, v. 62, n. 2, p. 467-475, mai./ago. 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/veritas/article/view/28128/16053>. Acesso em: 23 dez. 2020.

YASUI, Sílvia. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE

1/2

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONVITE

Você está sendo convidado a participar do estudo **“Integralidade na Saúde: (im)possibilidades de diálogo com o pensamento de Huberto Rohden”**, que pretende identificar o conceito de integralidade conforme vivenciado por profissionais de Enfermagem que atuam em um CAIS do interior paulista.

Após ser esclarecido sobre a pesquisa e aceitar a participar, você deverá assinar duas vias deste documento, já assinadas pelo pesquisador. Uma delas ficará com você e a outra será arquivada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/ USP.

➤ O que devo fazer para participar desse estudo?

Você irá responder uma entrevista individual, que será gravada, contendo perguntas a fim de caracterizar os participantes, com informações referentes a sexo, idade, nível escolar, religião ou culto, função e tempo de atuação na Saúde Mental. Em seguida, responderá questões que têm como objetivo compreender a percepção da Integralidade conforme vivenciado no trabalho das equipes de Enfermagem em um CAIS do interior paulista.

A entrevista será realizada nas dependências do seu local de trabalho, previamente autorizada pela coordenação e agendada via contato telefônico. O tempo total previsto é de, aproximadamente, 20-30 minutos.

➤ Existe algum risco ou benefício da minha participação no estudo?

Os riscos podem estar relacionados eventualmente com sentimentos de constrangimento ou sensibilidade devido às perguntas relacionadas a questões éticas da prática profissional e relacionadas à crença e prática religiosa.

Caso ocorra qualquer situação dessa natureza, você poderá comunicar o pesquisador e se achar necessário, interromper a conversa sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Não estão previstos benefícios diretos a você, mas espera-se que, os resultados deste trabalho possibilitem a ampliação de discussões sobre a Integralidade na prática do cuidado e da atenção à Saúde na área da Enfermagem Psiquiátrica.

➤ Sou obrigado a participar?

Não. É importante saber que a sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você pode desistir de participar a qualquer momento e a recusa em participar não irá causar nenhum problema na instituição onde trabalha, porém a sua participação é muito importante para o desenvolvimento deste estudo.

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

➤ **Terei algum custo ou benefício financeiro?**

Não haverá nenhum custo ou benefício financeiro caso aceite participar. Você tem direito à indenização, segundo as leis vigentes no país, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

➤ **Quem autorizou essa pesquisa?**

Essa pesquisa foi autorizada pela Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem a função de proteger eticamente os participantes da pesquisa.

➤ **Serei identificado?**

Não. O seu anonimato está garantido, ou seja, você não será identificado em nenhum momento da pesquisa. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em congressos científicos, mantendo o anonimato de todos os participantes.

➤ **Em caso de dúvidas, com quem posso conversar?**

Em caso de dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o CEP-EERP/USP, na Avenida Bandeirantes 3900, Bairro Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto - SP, CEP 14040-902, telefone (16) 3315-9197, em dias úteis, das 10 às 12h e das 14 às 16h. Poderá também contatar o pesquisador responsável, pelo telefone (16) 3315-3427, em dias úteis, das 8h às 17h.

Eu, _____
concordo em participar da pesquisa.

_____, ____ / ____ / 2018

Leonardo Ricco Medeiros
Pesquisador responsável
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Instrumento de Coleta de Dados		Número do instrumento:
1) Sexo:	☐ Masculino ☐ Feminino	
2) Qual é o mês e o ano de seu nascimento?		
3) Qual a sua religião ou culto?		
4) Nível escolar:	☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior	
5) Qual sua função:	☐ Aux. Enfermagem ☐ Téc. Enfermagem ☐ Enfermeiro/a	
6) Há quanto tempo atua na Saúde Mental?		
7) Pra você, o que é Integralidade?		
8) Descreva ou relate um caso em seu histórico profissional na saúde mental onde acha que a Integralidade aparece?		
9) Descreva ou relate um caso que acha que exemplifica um desacordo com a Integralidade na Saúde?		
10) O filósofo Huberto Rohden dizia que o ser humano é verdadeiramente integral quando tem, de alguma forma, consciência da presença da “Realidade Infinita”, “Alma do Universo”, “Ser sem nome”, “Inominável”, “Um e Tudo”, “grande Anônimo de mil nomes”, “Centro Espiritual do Universo” ou de “Deus”. Qual sua opinião sobre isso?		
11) Huberto Rohden também escreveu que “não há no mundo seres isolados, como às vezes nos parece” e que “todos os seres do Cosmos estão inter-relacionados e interdependentes”. No espaço do antigo refeitório, no Museu da Psiquiatria aqui do CAIS, há cartazes com fotos de pacientes contendo algumas frases de autoria do escritor Guimarães Rosa e do cantor Zé Ramalho. “O universo é cheio de silêncios barulhentos”; “Eu via que a gente era outros”; “Eu não sou eu, eu sou você, eu sou todos nós”. Qual sua opinião sobre isso?		
12) Tem alguma outra coisa sobre o tema da Integralidade que você gostaria de dizer?		

APÊNDICE C – Tabelas de fichamento dos 40 artigos cf. revisão bibliográfica (1.1.14. Integralidade em artigos científicos da Saúde)

ENFERMAGEM (APENAS)							
	Título	Autoria	Publicação	Localização de interesse	Pergunta	Materiais e Métodos	Resultados
1	Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	COLIMOIDE et al., 2017	Revista Bioética	ESF	No contexto da ESF, como aparece o conceito de integralidade para os profissionais da enfermagem?	29 entrevistas semiestruturadas Método do discurso do sujeito coletivo (DSC) via técnica da extração das ideias centrais (IC) das expressões-chave (ECH) Pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa Teoria da Representação Social	A integralidade é conceito difundido entre os enfermeiros da ESF. Aparece no âmbito da gestão e do Poder Público e no âmbito das condutas da ética pessoal e interpessoal. 4 ideias centrais identificadas: a visão ampliada do indivíduo como um todo; o atendimento propriamente dito, do indivíduo como um todo; a atuação da equipe multiprofissional; e a necessária estruturação do serviço no fornecimento de condições do atendimento.
2	Indicativos da integralidade na relação pedagógica: um design a ser construído na formação do enfermeiro	LIMA et al., 2017	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Educação em Saúde	Como a integralidade é traduzida no processo de ensino-aprendizagem em um curso de enfermagem?	Estudo de caso qualitativo com foco nas disciplinas de cuidado em enfermagem Análise documental Observação não participante Entrevistas Técnicas da proposta operativa e agrupamento em temas	Há dois modelos: circuito único (racionalidade técnica, sem preocupação com atitudes ou com o coletivo; posturas pedagógicas autodefensivas) e circuito duplo (ensino prático-reflexivo, centrado no estudante e nas demandas dos serviços; posturas abertas ao diálogo e à reflexão). Percebeu-se dificuldades dos docentes para articular a polissemia do conceito de integralidade.
3	Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado	CHAVES et al., 2017	Revista Brasileira de Enfermagem	Educação em Saúde	Como a supervisão tem servido de instrumento gerencial do enfermeiro para a integralidade do cuidado?	Estudo reflexivo-discursivo Revisão Bibliográfica Diferentes perspectivas teóricas e/ou práticas	A supervisão em enfermagem segue o modelo clínico de atenção à saúde hegemônico, não-integral, necessitando ser repensada à luz da integralidade do cuidado e de modelos de construção coletiva do trabalho e educação permanente com abordagem participativa não-punitiva.

4	Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crônicas no adherentes al tratamiento	VELIZ-ROJAS et al., 2017	Revista Electrónica Enfermería Actual de Costa Rica	PICS	A consideração da pessoa como um todo (história de vida, emoções, experiências, valores, crenças socioculturais) é relevante para favorecer a aderência terapêutica em pessoas com doenças crônicas?	Estudo reflexivo via referencial teórico de Jean Watson (olhar holístico, humanizado e transpessoal) Revisão Bibliográfica	Tanto o acompanhamento como os cuidados holísticos de enfermagem têm uma dimensão humanista que vai além da técnica e de uma atenção planificada. Neste sentido, incorporar a visão holística é estratégia-chave para pessoas com enfermidades crônicas não transmissíveis para favorecer suas aderências terapêuticas e melhorar o bem-estar e os níveis de controle das enfermidades. A utilização de terapias alternativas e complementares representa uma ferramenta que deveria estar integrada nos serviços de saúde que atendem estas pessoas.
5	Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro	SOUSA et al., 2017	Revista Brasileira de Enfermagem	Atenção hospitalar	Como é a atuação do enfermeiro num modelo hospitalar de gestão colegiada, na perspectiva do cuidado integral?	Estudo de caso Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de enfermagem de uma de 23 UFs (Unidades Funcionais) Observação não participante e diário de campo Análise documental	Ainda que o Cuidado Integral seja o produto final dos múltiplos cuidados ofertados pela equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, verificou-se que o gerenciamento de enfermagem, tendo como forte característica a coordenação do cuidado, é uma ferramenta ou estratégia de destaque. O esforço empreendido pelo enfermeiro em sua prática assistencial clínica, subsidiada pelas características de formação e o maior tempo de permanência nos serviços de saúde (relativamente à outras profissões) podem lhe conferir visibilidade e influência importantes.
6	Aplicação do princípio da integralidade nos cursos técnicos de enfermagem nas escolas da rede SUS	TAFNER et al., 2016	Texto & Contexto - Enfermagem	Educação em Saúde	Qual é a percepção dos coordenadores das escolas técnicas do SUS sobre a aplicação do princípio da integralidade na formação do técnico de enfermagem?	Pesquisa qualitativa Método do discurso do sujeito coletivo (DSC) via técnica da extração das ideias centrais (IC) das expressões-chave (ECH) Teoria da Representação social 12 coordenadores de cursos técnicos de enfermagem Softwares QLQT (questionário on-line) e QualiQuantiSoft (organização das respostas)	Desenvolver o princípio da integralidade é apontado como uma necessidade premente, porém a precarização do trabalho docente e a resistência à mudança por parte dos alunos trabalhadores são dificuldades apontadas para a estruturação do princípio. Porém, o fato dos alunos já estarem inseridos na prática é um facilitador do entendimento da importância de desenvolvimento contínuo da integralidade.

7	Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases	SALVIANO et al., 2016	Revista Brasileira de Enfermagem	Filosofia do Cuidado	Como pensar o cuidado de enfermagem partindo de suas dimensões histórica, teórica, filosófica, espiritual e como prática social?	<p>Estudo reflexivo</p> <p>Revisão Bibliográfica</p> <p>Discussões no decorrer da disciplina “Epistemologia do Cuidado” de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p> <p>Análise crítica de literatura científica da Enfermagem e do exercício do cuidado no exercício profissional das autoras.</p>	Sugere-se que o(a) enfermeiro(a), no contexto de uma disciplina profissional e uma ciência por vir a ser, reconheça uma epistemologia do cuidado em enfermagem. Deve operar reflexões críticas além dos aspectos biológicos, sobre as bases históricas, teóricas, filosóficas, espirituais e sociais da profissão, refletidas em sua forma de cuidar, nas relações interpessoais e no seu ambiente de trabalho. O cuidar deve acontecer de forma humanizada e integral, com uma compreensão ampliada do impacto do ambiente na saúde dos indivíduos, coletividades e populações.
8	O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde	COPELLI et al., 2016	Revista Aquichán	Gestão em Saúde	Como o pensamento complexo vem sendo utilizado nas publicações científicas de gestão em enfermagem e saúde?	Revisão integrativa nas bases de dados LILACS, BDENF e PubMed, por meio da combinação das seguintes palavras-chave: teoria da complexidade, pensamento complexo, Edgar Morin, enfermeiros, enfermagem, organização, administração, gestão e gerência.	Evidenciou-se crescimento da produção científica sobre o pensamento complexo na gestão de enfermagem e saúde. Sugere-se que o pensamento complexo aparece como novo modelo de cuidado no âmbito hospitalar e na atenção básica, com vistas à integralidade, à multidisciplinaridade, às redes de atenção à saúde e à articulação dos saberes.
9	Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva	MEDEIROS et al., 2016	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Atenção hospitalar	Quais elementos que promovem integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem com enfoque ecossistêmico em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)?	<p>Estudo descritivo e exploratório</p> <p>Abordagem qualitativa</p> <p>Pesquisa documental: Políticas Públicas em Saúde com relação à UTI e documentos oficiais do Ministério da Saúde</p>	Considerando o enfoque ecossistêmico, a documentação pesquisada aponta que a integralidade nas UTIs é esperada da união do avanço tecnológico com o acolhimento e da inter-relação entre profissionais, usuários, familiares, serviços de apoio e recursos materiais.

10	Enfermeiros e o processo de trabalho de um hospital de ensino: implantação do sistema único de saúde	LUCCAS et al., 2015	Texto & Contexto - Enfermagem	Atenção Hospitalar	Como se transformaram os processos de trabalho dos enfermeiros em um hospital de ensino desde a implantação do SUS?	<p>Pesquisa exploratória</p> <p>Abordagem qualitativa</p> <p>Técnica da Análise do Discurso com elaboração de temas e subtemas</p> <p>12 entrevistas semiestruturadas com enfermeiros atuantes no ano de 1990 no Hospital de Ensino</p> <p>Teoria Sociológica de Norbert Elias</p>	<p>Foi identificado que os princípios do SUS fazem parte das rotinas dos enfermeiros entrevistados e permeiam as relações estabelecidas. A percepção de que a implantação do SUS modificou o processo de trabalho do enfermeiro não foi identificada por estes sujeitos.</p> <p>Pondera-se que a pouca participação desta classe profissional no período da Reforma Sanitária e, ainda hoje, nos espaços de decisões políticas, bem como a formação acadêmica de tais profissionais, levam a um déficit no conhecimento aprofundado das políticas públicas de saúde do Brasil e de seu decorrente impacto no processo de trabalho em saúde. Contudo, os enfermeiros reconhecem que a Lei n. 8080/90 trouxe, por meio de seus princípios e diretrizes, alterações no cenário estudado, com destaque aos temas integralidade e universalidade e às peculiaridades do financiamento das ações em saúde.</p>
11	Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem	KLOH et al., 2014	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Educação em Saúde	Como são os projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação em Enfermagem de Santa Catarina, sob o eixo da integralidade?	<p>Pesquisa documental</p> <p>Abordagem qualitativa</p> <p>Foram analisados nove projetos</p> <p>Análise de conteúdo temática</p>	<p>Com exceção de um PPP, todos explicitavam com clareza crenças e valores. Em quatro PPP o cuidado integral é identificado ao cuidado holístico. Quanto à matriz curricular, cinco PPPs são organizados por disciplinas, e os outros quatro por núcleos integrativos, caracterizando conteúdos integrados. Apesar desta diferença, todos os cursos explicitam estratégias de integração interdisciplinar. Identificou-se carência de apoio pedagógico aos discentes na maioria das instituições de ensino. Neste sentido, a pesquisa sugeriu a necessidade de um olhar mais atento ao corpo discente.</p>
12	Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado	SILVA et al., 2014	Revista Cuidarte	APS	Como são as concepções de integralidade, cuidado de saúde e de enfermagem e suas relações na APS em trabalhos da Biblioteca Virtual em Saúde?	<p>Revisão integrativa</p> <p>Análise de conteúdo temática</p> <p>Seleção de 9 artigos da BVS que tinham como assunto principal a Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Diante da pequena oferta de estudos atualizados, ressalta-se a importância da reflexão acerca da integralidade e cuidado na APS. A enfermagem deve reconhecer o conceito como ponto chave para a produção do cuidado, identificando em seu cotidiano formas de efetuar-lo e contemplando as necessidades de saúde dos indivíduos e a mudança do modelo biomédico para um olhar multidimensional. Entre os aspectos representados como formas de consolidação da integralidade identificadas foram: acesso, acolhimento, vínculo, enfoque familiar, longitudinalidade, corresponsabilização, intersetorialidade correspondente aos sistemas de referência e contrarreferência e resolutividade.</p>

13	Preceptorial na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros	RODRIGUES et al., 2014	Revista Gaúcha de Enfermagem	Educação em Saúde	Como vem ocorrendo a preceptorial em enfermagem nos campos de práticas e sua articulação com o cuidado integral?	Abordagem qualitativa 20 entrevistas semiestruturadas com preceptores envolvendo 3 Instituições de Ensino Superior, 3 hospitais da rede pública estadual e uma unidade básica de saúde Técnica de análise temática	O estudo evidenciou a fragilidade da relação entre o que se recomenda nas Instituições de Ensino Superior e o que se efetiva na prática. Por falta de integração ensino-serviço entre os preceptores, o perfil profissional almejado em geral cede aos vícios da prática. Identificou-se que a integração ensino-serviço é uma das transformações necessárias para a consolidação do SUS e a presença dos estudantes no campo representa um elo vivo entre serviço e academia, uma garantia de ressignificação de saberes e reconstrução de condutas. Identificou-se que essa integração é posta em risco diante do biologicismo hegemônico e do distanciamento entre as instituições de ensino e os serviços de saúde.
14	Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde	MACHADO et al., 2013	Revista Gaúcha de Enfermagem	Educação em Saúde	O que se observa de uma intervenção de clínica ampliada no modo tradicional de ensinar a consulta de enfermagem e seu potencial para a formação de enfermeiros para a prática da integralidade em saúde?	Abordagem qualitativa Pesquisa participante e grupo focal com 8 alunos de um curso de Enfermagem Técnica da análise temática categorial Experiências em clínica ampliada envolveram visitas pelos alunos à cinco usuários	Constatou-se que as experiências em clínica ampliada produziram saberes coerentes com a integralidade. A diversificação de cenários mostrou-se como poderosa estratégia pedagógica rumo à transformações no modelo de atenção vigente. Dentre os saberes para a integralidade que não aparecem no ensino tradicional da clínica em enfermagem destacam-se: as prioridades de intervenção eleitas pelo profissional e as percebidas pelo usuário nem sempre coincidem; a escuta é uma tecnologia que possibilita o acesso a situações de vida dos usuários dificilmente reveladas na consulta tradicional; a informalidade do encontro profissional/usuário favorece o vínculo e torna viável a participação do usuário na produção do plano terapêutico.
15	Compreendendo o princípio de integralidade na visão de discentes da graduação em enfermagem	TEIXEIRA et al., 2013	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Educação em Saúde	Como o conceito de integralidade do SUS é apreendido por discentes de um período de graduação em Enfermagem?	Abordagem qualitativa Questionário aberto para 26 discentes do último período de um curso de enfermagem Análise de Conteúdo Temática segundo Bardin Revisão de literatura do tipo narrativa	Os estudantes mostraram ter formação adequada sobre o conceito de integralidade, descrevendo um bom aprendizado teórico das características essenciais do princípio. Como os sentidos não se mostraram presentes em um único aluno, sugere-se uma demanda por “integrar a integralidade” (conhecimento do conceito é fragmentado). Ainda que os discursos dos alunos tenham indicado positiva aplicação prática do princípio no cotidiano de seus estágios, foram apontadas dificuldades de articulação ensino-prática por parte da docência. Desta maneira, o estudo sugeriu a necessidade de práticas pedagógicas dinâmicas que considerem os acadêmicos como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizagem.

16	Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético	MAGALHÃES; ALVIM, 2013	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	PICS	De que forma usuários veem sua participação no processo de escolha e do cuidado em si nas PICS dirigidas por enfermeiros no SUS?	<p>Abordagem qualitativa</p> <p>Método Criativo Sensível: dinâmicas de criatividade e sensibilidade com 9 usuários de reiki e/ou fitoterapia e/ou florais de Bach (discussão em grupo, entrevista coletiva e observação participante)</p> <p>Análise de discurso</p>	<p>Sugere-se que, sendo as PICS um dos meios de concretização da integralidade e da humanização no cuidado, há de se ter atenção para que não se transformem em meramente uma nova prestação de serviço, assimiladas como parte do modelo biomédico, alopático e mecanicista. Faz-se necessária cautela para que não haja um deslocamento de olhar na aplicabilidade das PICS, ignorando aspectos terapêuticos que são parte de um sistema holístico (estímulo à mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, ênfase da escuta acolhedora e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade). A enfermagem e sua visão holística pode refletir e reivindicar a ética relacionada ao respeito das bases filosóficas das PICS, compartilhando informações acerca do correto emprego das terapias, incluindo os usuários e sua autonomia nas discussões.</p>
17	Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro	LEONELLO; OLIVEIRA, 2010	Revista Brasileira de Enfermagem	Educação em Saúde	Quais sentidos de integralidade aparecem nos discursos dos sujeitos envolvidos na ação educativa do enfermeiro?	<p>Referencial do materialismo histórico e dialético</p> <p>Abordagem qualitativa</p> <p>Categorias conceituais: competência, trabalho em saúde, saber operante</p> <p>Técnica do grupo focal (5 docentes e 5 alunos de dois centros saúde-escola)</p> <p>Entrevista semi-estruturada (10 enfermeiras, 2 gestores e 8 usuários de dois centros saúde-escola)</p> <p>Análise de discurso</p>	<p>Conclui-se que a integralidade do cuidado à saúde é uma competência fundamental a ser desenvolvida na formação inicial em Enfermagem. Nos discursos foram identificados um ponto de convergência para a integralidade: a recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos com afirmação da abertura ao diálogo, um “saber fazer integrado” onde o cuidado é pautado por uma relação comprometida, responsável, sincera e de confiança entre profissionais e usuários. Neste sentido, o estudo sugere compatibilidade com um modo democrático de atuar, semelhante à perspectiva freireana da educação popular.</p>

18	Uma breve reflexão sobre a integralidade	FONTOURA; MAYER, 2006	Revista Brasileira de Enfermagem	APS	Qual o estado do conhecimento dos enfermeiros/as de APS acerca da Integralidade em Saúde e como ele está refletido nas relações de trabalho?	<p>Pesquisa qualitativa</p> <p>Questionários para 14 enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família (incluindo o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde</p> <p>2 municípios</p> <p>Análise de conteúdo categorial</p>	<p>Para os respondentes, o SUS é um sistema completo em seus princípios e diretrizes, porém, na realidade não funciona conforme a legislação. A integralidade é percebida como uma prioridade na gestão e nas práticas de saúde e os profissionais tentam aplicá-la, mesmo com dificuldades (no acolhimento, nas visitas domiciliares, na contextualização do usuário, nas reuniões com a comunidade, nos estudos de caso em equipe). Apenas dois dos enfermeiros afirmaram que o atendimento integral não está inserido na sua rotina de trabalho, referindo à dificuldade de acesso a medicamentos, exames e consultas e centramento em números (e não na pessoa e seus sentimentos). Sugere-se que seja uma necessidade dos trabalhadores da saúde desejarem o SUS como um projeto de defesa da vida, trabalhando pela organização dos serviços no sentido de seus princípios e diretrizes. Os profissionais devem, igualmente, buscar revisões sobre as concepções de saúde e sobre as políticas públicas existentes, construindo práticas cotidianas de acolhimento e humanização.</p>
19	Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação	ESPERIDIÃO et al., 2004	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Educação em Saúde	Como os acadêmicos de Enfermagem percebem a sua formação como pessoa e profissional?	<p>Abordagem qualitativa</p> <p>Entrevistas semiestruturadas com 21 alunos do segundo ao quinto ano de curso de graduação em enfermagem</p> <p>Técnica da análise de conteúdo temática</p>	<p>Para a maioria dos entrevistados o olhar do aluno enquanto “pessoa integral” ou “ser total” aparece quase exclusivamente na contribuição das disciplinas da área da saúde mental. Verificou-se que o princípio da integralidade e do holismo é muito comentado, porém pouco aplicado na formação do enfermeiro. Sugere-se a necessidade de humanização do ensino e maior integração entre o ensinado e o vivenciado.</p>

ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA / SAÚDE MENTAL							
	Título	Autoria	Publicação	Localização de interesse	Pergunta	Materiais e Métodos	Resultados
20	Percepções do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental	ELY et al., 2017	Texto & Contexto – Enfermagem	Atenção Hospitalar	Como o ser humano internado em unidade psiquiátrica percebe o viver com doença mental e no que isso pode auxiliar para uma educação em saúde na perspectiva de ações para a integralidade?	<p>Abordagem fenomenológica de Merleau-Ponty</p> <p>Entrevistas de 10 pessoas que já passaram pela “fase aguda” em unidade de internação psiquiátrica em um hospital de ensino</p> <p>Anotações em diário de campo (observação de gestos, ações e interações)</p> <p>Análise apoiada na fenomenologia hermenêutica de Paul Ricouer (análise sobre a vontade; sentido oculto; leitura simples, leitura crítica e apropriação)</p> <p>Análise cromática de Merleau-Ponty (segmentos do discurso, temas e unidades de sentido)</p>	<p>Diante da pergunta “Como é pra você ter uma doença mental?”, verificou-se três temas das respostas: o mundo, a doença e o ser na ambiguidade. Identificou-se a presença destacada da metáfora do “homem no mar”. Sugere-se que a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, necessita incorporar a visão crítica reflexiva da prática assistencial, as bases científicas e a legislação vigente na área da saúde, em especial a saúde mental, as quais visam à autonomia de escolha centrada no ser humano e à uma rede de cuidado singularizado por meio da educação em saúde na perspectiva de ações de integralidade. Via grupos terapêuticos, equipes de referência e/ou por meio de consultas de enfermagem, faz-se necessário reforçar a oferta de educação em saúde junto aos movimentos do “homem no mar”, prezando a corresponsabilização no tratamento, autocuidado, prevenções de crises, reconhecimento da sintomatologia e olhar para os significados da doença mental vivenciada de forma singular. Neste processo, são importantes investimentos e apoio para a continuidade na linha de cuidado em saúde mental e, quando da internação hospitalar, seja realizado um plano de alta hospitalar na rede de tratamento substanciado pela voz do paciente e suas condições clínicas. Mesmo após a alta hospitalar, o serviço deve perceber sua corresponsabilidade no tratamento, atuando como ponto de apoio matricial.</p>
21	Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental	DUTRA et al., 2015	Revista Aquichán	CAPS + ESF	Como acontecem as práticas territoriais de cuidados no campo da saúde mental e como discuti-las na perspectiva do trabalho em	<p>Revisão de literatura integrativa de 2001 a 2011 na Base de dados LILACS, com expressões “Saúde mental” e “território”</p> <p>Técnica da Análise Temática</p>	<p>A partir de 52 estudos analisados verificou-se que os cuidados de saúde mental nos territórios são articulados em uma teia de negociações de diversas naturezas, principalmente fomentados pelos CAPS e pela Atenção Primária. Segundo a investigação, as publicações evidenciaram que as práticas territoriais investem no conceito ampliado de saúde, assim como na integralidade, rede, articulação, acessibilidade, responsabilização, promoção de saúde mental, acolhimento, vínculo, itinerância, estratégia grupal, grupos educativos, profissional de referência, entre outros voltados à emancipação do cidadão.</p>

					enfermagem psiquiátrica?		
22	Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica	GALVIS LÓPEZ, 2015	Revista Cuidarte	Filosofia do Cuidado	Como é o avanço da enfermagem científica junto à saúde mental e psiquiátrica?	<p>Estudo reflexivo</p> <p>Revisão Bibliográfica</p> <p>Buscas pelos modelos e teorias de Enfermagem utilizados nas práticas de atenção à Saúde Mental</p>	Ainda são poucas as publicações acerca da utilização dos saberes disciplinares da Enfermagem na prática diária da Saúde Mental. Os levantamentos referenciais conceituais próprios da enfermagem podem inspirar o profissional de Enfermagem rumo a um cuidado integral da pessoa com sofrimento psíquico, valorizando as habilidades de ajuda e cuidado holístico, passando pela comunicação, escuta ativa, valorização do silêncio, compromisso emocional e presença autêntica.
23	Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários	JORGE et al., 2014	Revista da Escola de Enfermagem da USP	CAPS + ESF	Quais as representações sociais de usuários e profissionais da ESF e do CAPS sobre a resolubilidade do cuidado em saúde mental?	<p>Abordagem qualitativa</p> <p>Entrevista semiestruturada</p> <p>Amostra constituída por 44 sujeitos tomados de forma não probabilística, intencional e acidental, sendo 20 profissionais da equipe de Saúde da Família, 10 profissionais do CAPS, dentre eles médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e 14 usuários dos serviços</p> <p>Técnica da Classificação Hierárquica Descendente com base no exame das raízes lexicais (software Alceste)</p>	Apareceram dois polos antagônicos de representação: os usuários apontaram satisfação com o atendimento (apesar da demora) e os profissionais indicaram a necessidade de melhoria em todo o contexto do SUS. O matriciamento em saúde mental, a visita domiciliar, a organização e realização de grupo terapêutico e os atendimentos individuais representam uma perspectiva de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo a produção do cuidado integral e a perspectiva ampliada sobre as necessidades dos usuários. Como desafios que persistem, o estudo aponta entraves relacionados à processos cristalizados de gestão e organização, aos investimentos em saúde mental na Atenção Primária, à escassez de profissionais e aos problemas de formação em modelos de atenção médico-centrados e biologicistas.
24	A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família	WETZEL et al., 2014	Revista Gaúcha de Enfermagem	ESF	Como é o cotidiano de uma ESF na rede de atenção em saúde mental?	<p>Abordagem qualitativa</p> <p>Método Comparativo Constante</p> <p>Entrevistas (via Círculo Hermenêutico Dialético) com</p>	Partindo do pressuposto que a ESF é um importante aliado para a integralidade do cuidado na rede de atenção à Saúde Mental, a parceria com a Universidade – via qualificação do atendimento e do suporte matricial às demandas de saúde mental – como um destacado recurso de cuidado. Como principais desafios postos indicam-se a predominância do

						16 trabalhadores e dez familiares	“especialismo” e da lógica do encaminhamento, assim como problemas de carência da rede.
25	Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia	FERREIRA et al., 2012	Revista Brasileira de Enfermagem	Atenção Hospitalar	O que dizem os pacientes egressos de um Hospital Dia de Saúde Mental?	Abordagem qualitativa Entrevistas semiestruturadas e busca documental com 9 pacientes com longo histórico de adoecimento psíquico e que concluíram tratamento no mesmo ano Técnica da Análise Temática Referencial da Reabilitação Psicossocial	A investigação aponta para a importância dos serviços de Saúde Mental irem além do instituído, com olhar subjetivo para as trajetórias interrompidas pelo acometimento dos transtornos mentais. Ressalta-se o cuidado ampliado e o comprometimento dos profissionais com a integralidade e a intersetorialidade. Constatou-se que equipamentos da rede básica de saúde, como as Unidades Básicas, o Centro de Saúde Escola e as Unidades que contemplam a Estratégia de Saúde da Família não eram utilizadas, sugerindo a assistência em Saúde Mental de competência exclusiva da especialidade psiquiátrica.
26	Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais	AZEVEDO et al., 2012	Revista Gaúcha de Enfermagem	CAPS	Como são as experiências de inclusão no trabalho de um CAPS?	Pesquisa empírica, de natureza descritiva-interpretativa e qualitativa Entrevistas semi-estruturadas com 19 profissionais Artigo: relato de caso de um profissional acerca de duas experiências de inclusão no trabalho Análise de conteúdo categorial temática	Constata-se que o curso de pintura em tela e o projeto cultural itinerante favoreceram a inclusão dos usuários no mercado de trabalho, a melhoria da autoestima, a inserção social, interação com outros serviços e usuários, tendo promovido a intersetorialidade e a integralidade do cuidado
27	Visita domiciliar na atenção à saúde mental	DA SILVA et al., 2011	Ciencia y enfermería	ESF	Como é o processo de atendimento domiciliar à saúde mental no contexto do PSF?	Revisão de literatura em bases de dados internacionais Leitura interpretativa na íntegra Técnica da análise temática	Identificou-se que a qualidade da assistência apresenta direta relação com o preparo profissional e a percepção vivencial dos usuários, possibilitadas pelas visitas. A integralidade é apontada ao lado do modelo psicossocial, da participação social, das ações coletivas e da territorialidade como ferramenta indispensável da integração da Reforma Psiquiátrica com o SUS.
28	Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família	COIMBRA et al., 2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP	ESF	Qual é a avaliação dos usuários com sofrimento psíquico em relação aos cuidados na ESF?	Estudo de caso de uma USF Abordagem qualitativa Método de avaliação Donabedian: mensuração de satisfação de 13 usuários com algum tipo de transtorno mental via entrevistas	Identificou-se que os usuários percebem os pontos fortes e os fracos do serviço e do cuidado prestado. Como pontos de fragilidade ressalta-se: pronto-atendimento, condições das instalações básicas e exercício da autonomia. Como pontos de satisfação: o vínculo, a relação equipe-comunidade, o cuidado com a família, as visitas domiciliares e o olhar integral do profissional de saúde durante o exame físico.

29	Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos	MORORÓ et al., 2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP	CAPS	Quais potencialidades e dificuldades são encontradas na construção de projetos terapêuticos em um CAPS III?	<p>Estudo qualitativo</p> <p>Diário de campo</p> <p>Método cartográfico</p> <p>Técnica do grupo focal com profissionais de um CAPS III (atendimento de adultos com transtornos mentais graves)</p>	Identificou-se deficiência na integração entre os diferentes plantões (noturno e diurno) refletida na falta de espaços sistemáticos de conversa para elaboração, reavaliação e discussão dos projetos terapêuticos e falta de rigor nos registros das intervenções nos prontuários para facilitar a circulação das informações entre os profissionais.
30	A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem	SILVA et al., 2005	Revista Brasileira de Enfermagem	ESF	Quais os limites e possibilidades da implementação de ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família de um município?	<p>Estudo qualitativo</p> <p>Referencial teórico-metodológico do Materialismo Histórico e Dialético</p> <p>Técnica da análise do discurso</p> <p>Entrevista individual com oito equipes do PSF de um município</p>	Foi identificado que o trabalho passa por um momento de transição rumo a efetivação da Reforma Psiquiátrica e consolidação do SUS. O estudo sugere revisões nas concepções do processo saúde-doença na enfermagem, uma vez que a Saúde Mental por vezes é confundida com assistência psiquiátrica, sem consideração ao seu aspecto coletivo. O trabalho da enfermagem enquanto cuidado integral deve caminhar junto a processos de educação permanente, buscando ultrapassar o plano do discurso manifestando-se na prática.

ENFERMAGEM E OUTRAS PROFISSÕES							
	Título	Autoria	Publicação	Localização de interesse	Pergunta	Materiais e Métodos	Resultados
31	Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade	TAROCO et al., 2017	Revista Brasileira de Educação Médica	Educação em Saúde	Qual a relação de um currículo orientado por competência para a compreensão da integralidade?	<p>Abordagem qualitativa</p> <p>Entrevistas semiestruturadas com 20 estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem (10 de cada curso) de um universo de 240 por sorteio simples.</p> <p>Análise de Conteúdo Temática</p>	<p>O currículo integrado, orientado por competências profissionais e desenvolvido prioritariamente por meio de Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) no processo tutorial e Problemática nas Unidades de Prática Profissional, promove um aprendizado articulado para o desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade. Repara-se, todavia, que existem dificuldades de entendimento ou compreensão parcial da integralidade, das necessidades de saúde e do ser humano enquanto ser não fragmentado.</p>
32	Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família	SILVA et al., 2015	Revista Latino-Americana de Enfermagem	APS / ESF	<p>Triangulando e comparando o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial, qual a avaliação da atenção primária à saúde, quanto aos seguintes atributos: primeiro contato (acesso); longitudinalidade; integralidade – serviços prestados; integralidade – serviços disponíveis; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária?</p>	<p>Abordagem quantitativa com delineamento transversal</p> <p>Questionários: de caracterização social e o “Primary Care Assessment Tool” com 527 usuários adultos, 330 responsáveis por crianças de até dois anos e 34 profissionais de saúde relacionados a 33 equipes de saúde da família, em onze municípios</p> <p>Análise dos dados no software “Statistical Package for the Social Sciences” com intervalo de confiança de 95% e erro de 0,1</p>	<p>Usuários, responsáveis e profissionais avaliaram com baixo score o atributo de primeiro contato (acesso). Os profissionais avaliaram com alto escore todos os demais atributos, enquanto os usuários emitiram avaliações de baixo escore. Quanto à integralidade, foi apontada a falta dela nos seguintes serviços: pequena cirurgia; sutura de ortopedia; aconselhamento/tratamento para o uso de drogas lícitas e ilícitas, de álcool e de tabagismo; e aconselhamento/tratamento em saúde mental. Também foi identificada a presença da concomitância de modelos individualistas e integrais, tornando os serviços concorrentes e fragmentados (problemas de implantação da ESF). Sugere-se que as ações e serviços possam estar sendo desenvolvidos de forma inadequada ou insuficiente para serem captados pela experiência dos usuários.</p>

33	Integralidade: princípio de vida e de direito à saúde	FONSECA VIEGAS; DE MATTOS PENNA, 2015	Revista Investigación y Educación en Enfermería	ESF	Como os profissionais das equipes ESF, das equipes de apoio e os gestores compreendem a integralidade nas práticas cotidianas em saúde?	<p>Abordagem qualitativa</p> <p>Técnica da Análise de Conteúdo Temática</p> <p>Estudo de casos múltiplos holísticos</p> <p>Três municípios</p> <p>Referencial da Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Michel Maffesoli</p> <p>Entrevistas semi-estruturadas com 48 sujeitos trabalhadores de equipes ESF e equipes de apoio e gestores municipais</p> <p>Registro de notas de campo</p>	Apesar da ausência de conceitualização sobre o que é integralidade pautada em conceitos teóricos, os relatos descrevem o trabalho cotidiano permeado de nuances, que estabelecem noções constituídas a partir de práticas integrais no fazer em Saúde. Na tentativa de expressar a compreensão da integralidade, os sujeitos expressam o caminhar conjunto com os demais princípios do SUS (equidade e universalidade). Subjacente a todos os sentidos da integralidade nas falas apresentadas aparece o princípio de direito universal de atendimento às necessidades de saúde.
34	Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des)cuidado integral	GUZZO et al., 2014	Revista Gaúcha de Enfermagem	ESF	Tendo como referência o cuidado integral, como são as práticas dos profissionais na ESF a usuários em situação de violência?	<p>Pesquisa exploratória</p> <p>Abordagem qualitativa</p> <p>Entrevistas semiestruturadas com 12 profissionais atuantes nas cinco ESFs de um município, sendo 4 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros, 2 dentista e 2 médicos</p> <p>Análise de conteúdo temática</p>	Identificou-se que os profissionais não utilizam a integralidade como eixo norteador de suas práticas de cuidado aos usuários em situação de violência, trabalhando norteados pelo modelo biomédico, praticando principalmente encaminhamentos para outro setor e plano curativo. Há carência de apropriação e discussão da integralidade junto ao cuidado da violência na ESF, assim como falta de consideração às necessidades de saúde.

35	Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção	SCHIMITH et al., 2013	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	ESF	Em uma Unidade de Saúde da Família, como são as relações entre trabalhadores da saúde e usuários no que diz respeito à tomada de decisão compartilhada?	<p>Abordagem qualitativa</p> <p>Estudo de caso</p> <p>Observação participante</p> <p>Diário de campo</p> <p>Entrevistas e busca documental com 19 participantes (duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma médica, uma odontóloga, uma atendente de consultório dentário, um auxiliar de serviços gerais, o coordenador da USF, quatro ACS e seis usuários que foram encaminhados a outro ponto da RAS)</p>	<p>Foi identificada fragilidade da integralidade da atenção evidenciada na generalização e objetificação dos usuários pela equipe, desqualificando a singularidade e o papel de sujeito dos usuários. Foi apontada a participação de enfermeiros neste processo, exigindo-se aprofundamento da reflexão sobre a prática profissional. Ressalta-se a existência de um padrão de relacionamento colonialista, no qual nem trabalhador e tampouco usuário são reconhecidos como sujeitos. Sugere-se inverter a ordem da invasão cultural para a da promoção da saúde, ou seja, sair da posição de saber o que é melhor para a vida do outro e defender a participação consciente deste nos rumos de sua saúde e da saúde de sua comunidade.</p>
36	Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade	BRITO et al., 2013	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Atenção domiciliar	A Atenção Domiciliar é um dispositivo de fortalecimento da integralidade do cuidado?	<p>Abordagem qualitativa</p> <p>Estudo de casos múltiplos</p> <p>Entrevistas semiestruturadas com 26 profissionais (a maioria enfermeiros, médicos, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e assistente social)</p> <p>Três municípios: um Programa de Internação Domiciliar de um hospital; uma Unidade de Atendimento Imediato; e 7 unidades de APS com ESF:</p> <p>Análise de Conteúdo Temática</p>	<p>A Atenção Domiciliar constitui importante estratégia para o alcance de práticas pautadas na integralidade. Foram identificadas tanto potencialidades quanto fragilidades no contexto da Rede de Atenção à Saúde. Dentre as primeiras, cita-se a prática de sentidos da integralidade (vertical: a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral e ampliado; horizontal: compreensão de que as respostas às necessidades geralmente não são obtidas em um primeiro ou único contato; transversal: interações mais próximas com familiares e usuários) e a continuidade informacional como mecanismo de gestão.</p>

37	Práticas integrais na estratégia saúde da família no Brasil: o cotidiano do trabalho em equipe	VIEGAS; PENNA, 2013	Revista de Enfermagem Referência	ESF	Como são percebidas as práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano de equipes da Estratégia Saúde da Família?	Abordagem qualitativa Estudo de Casos Múltiplos Holísticos Sociologia Compreensiva do Cotidiano Entrevistas individuais com 48 profissionais de seis Unidades Básicas de Saúde e equipes de apoio e três gestores de municípios Análise de Conteúdo Temática de Bardin	Identificou-se que mesmo a interdisciplinaridade não sendo uma prática cotidiana ela é reconhecida como necessária para integralidade e o trabalho em equipe é a base para as ações integrais na ESF.
38	Reflexões acerca da integralidade nas reformas sanitária e agrária	BERGAMASCHI et al., 2012	Texto & Contexto – Enfermagem	Reformas agrária e sanitária	Que reflexão se faz possível com o objetivo de discutir as reformas agrária e sanitária do ponto de vista da integralidade da atenção à saúde das famílias assentada?	Ensaio reflexivo	Sugere-se que as reformas agrária e sanitária apresentam ações desintegradas e desarticuladas e que a população rural, sobretudo a assentada nos processos de reforma agrária, é marginalizada no âmbito da atenção à saúde. Esta acaba não sendo contemplada com os princípios da universalidade e nem com a prática da integralidade.
39	Educación permanente en la salud. Reflexiones en la perspectiva de la Integralidad	VÉLEZ BENITO et al., 2010	Revista Cubana de Enfermería	Educação em Saúde	Como podemos refletir sobre a Educação Permanente em Saúde, seja como política estratégica do SUS, seja como uma visão conceitual que passa pelo princípio da integralidade?	Ensaio reflexivo a partir de referenciais teóricos de uma dissertação de mestrado.	Sugere-se que o fortalecimento das ações educativas permanentes nos processos de trabalho dos profissionais de saúde no Brasil, colocadas sob o prisma da integralidade e tendo como foco as necessidades de saúde, atuam como eixo da reorganização das práticas de cuidado, criando e recriando saberes e sensibilizando para mudanças de conduta. O vínculo entre educação, trabalho e práticas sociais oferece um espaço coletivo para reflexão crítica, construção e disseminação de conhecimentos. A integralidade, permeando os processos na Atenção Básica, pode reforçar os laços de vínculo, acolhimento e humanização na produção de cuidado no SUS.

40	Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo	MORETTI-PIRES; BUENO, 2009	Acta Paulista de Enfermagem	Educação em Saúde	A partir do referencial de Paulo Freire, que tipo de reflexão se faz possível acerca da atuação conjunta de médicos, enfermeiros e odontólogos na perspectiva da necessidade de uma atuação integral?	<p>Revisão narrativa</p> <p>Abordagem qualitativa</p> <p>Seleção de artigos, documentos oficiais, dissertações e teses do campo da Saúde Coletiva</p> <p>Marco teórico de Paulo Freire</p>	<p>Foram identificadas lacunas quanto a operacionalização da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo em relação aos princípios do SUS e da interdependência entre ensino e assistência na formação para a integralidade. Desta maneira, sugere-se a importância de novos estudos no campo da formação profissional em saúde que realizem análise das três profissões atuando conjuntamente, como acontece no trabalho da Saúde da Família. Considerando-se a integralidade e as necessidades de formação holística e humanizadora, sugere-se a pertinência da perspectiva dialógica do marco teórico freireano. Os pressupostos do marco teórico podem se constituir em direcionamento para a reorganização da formação na saúde com o enfoque humano.</p>
----	--	----------------------------	-----------------------------	-------------------	---	--	--

ANEXO

ANEXO A – Ofício de aprovação do CEP-EERP/USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 / 55 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 129/2018, de 14/06/2018

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 244ª Reunião Ordinária, realizada em 13 de junho de 2018.

Protocolo CAAE: 89778318.9.0000.5393

Projeto: Integralidade na Saúde: (im)possibilidades de diálogo com o pensamento de Huberto Rohden

Pesquisadores: Leonardo Ricco Medeiros
Ronildo Alves dos Santos (orientador)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP