



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Gomes Ferreira Vasconcelos, Mardênia; Salete Bessa Jorge, Maria; Fontenelle Catrib,
Ana Maria; Cavalcante Bezerra, Indara; Batista Franco, Túlio
Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes
da atenção psicossocial
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 20, núm. 57, abril-junio, 2016, pp. 313-
323
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180144606004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos^(a)

Maria Salete Bessa Jorge^(b)

Ana Maria Fontenelle Catrib^(c)

Indara Cavalcante Bezerra^(d)

Túlio Batista Franco^(e)

Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):313-23.

The study seeks to understand the psychosocial care, having as analyzer the users therapeutic project. It is a qualitative research, based on the hermeneutics approach. The narratives contextualize a scenario characterized by the epistemological and technical dimensions of the psychosocial care. The therapeutic project loses its wide conception as a dynamic process. Instead it is recognized as a set of fragmented pieces of work due to the specialization. Through the research process, it was observed a movement of reflection of the specialists that had as a starting point the complex environment of the therapeutic projects, opening ways that aim to reformulate the team's actions in an interdisciplinary fashion. The lack of discussions reviewing the centrality of the users and the family in the construction of the therapeutic project was evident in the findings, revealing the weakness of psychosocial care actions in dimensions considering the participation and construction of citizenship.

Keywords: Therapeutic project. Mental Health. Psychosocial attention.

Objetivou-se compreender o cuidado psicossocial, tendo como analisador o projeto terapêutico dos usuários, a partir das narrativas de profissionais dos serviços. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, embasada na Hermenêutica. As narrativas contextualizam um cenário marcado pelas dimensões epistemológica e técnico-assistencial da atenção psicossocial. O projeto terapêutico descaracteriza-se de sua concepção abrangente, de processo dinâmico, para ser concretizado a partir de um trabalho fragmentado pela especialização. A pesquisa provocou um movimento de reflexão dos profissionais, a partir da problematização de projetos terapêuticos, abrindo caminhos para a reformulação das ações da equipe, numa proposta de trabalho da equipe interdisciplinar. Foi evidente a escassez de discussões que considerassem o protagonismo dos usuários e da família na construção do projeto terapêutico, revelando, assim, a fragilidade das ações de cuidado psicossocial nas dimensões que consideram a participação e construção de cidadania.

Palavras-chave: Projeto terapêutico. Saúde Mental. Atenção psicossocial.

^(a) Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60714.903. mardenia.gomes@uece.br

^(b) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, UECE. Fortaleza, CE, Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

^(c) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. catrib@unifor.br

^(d) Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UECE. Fortaleza, CE, Brasil. indaracavalcante@yahoo.com.br

^(e) Departamento de Planejamento em Saúde, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. tuliofranco@gmail.com

Introdução

No plano macroestrutural da Reforma Sanitária Brasileira, as mudanças no modelo assistencial provocaram avanços consideráveis na redefinição de práticas de saúde¹. Foram propostas novas concepções sobre o processo saúde-doença e modos de organização das instituições cuidadoras. Com isso, foi possível dar um salto de qualidade no planejamento de processos terapêuticos.

O campo da saúde mental acompanhou tais transformações, pautando-se na atenção psicossocial e suas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Nessa perspectiva, as práticas devem produzir a continuidade da vida do usuário, num processo de reconstrução da cidadania, de entendimento, bem como do exercício real dos seus direitos, da possibilidade de vê-los reconhecidos, e a capacidade de praticá-los^{2,3}.

Refletir sobre Projeto Terapêutico (PT) em saúde mental é romper com uma ação normativa, produto da simples aplicação de conhecimentos biológicos sobre a doença, para aproximar-se de um processo social complexo que abrange a reflexão de conceitos fundamentais para o cuidado psicossocial, como, por exemplo, a concepção de saúde e doença, loucura e inserção social. O caráter projetivo do PT se contextualiza nas transformações da ciência e da sociedade, sendo influenciado por aspectos de ordem ideológica, política e ética.

Por sua vez, os saberes e práticas dos profissionais de saúde, o cotidiano dos serviços, a forma como estes se estruturam para o atendimento das demandas dos usuários, as articulações que efetivam com a rede assistencial e social de apoio compõem a dimensão técnico-assistencial da atenção psicossocial. Estas ações são efetivadas a partir do trabalho dos profissionais e estão intimamente relacionadas à dimensão epistemológica, ou seja, "práticas em saúde são práticas sociais que explicitam a operacionalização de concepções mais amplas sobre as coisas"⁴ (p. 27). Refletir sobre o PT, neste aspecto, contribui para a mudança das práticas em saúde.

Nesse sentido, pode-se compreender a dualidade que o termo "projeto terapêutico" impõe quando passa a ser materializado, ou seja, enquanto projeto terapêutico, ele existe como planejamento, programação, instância idealizada mentalmente pelo trabalhador/equipe. Por outro lado, quando o PT é executado, ele perde seu caráter projetivo e passa a ser 'atos assistenciais'. Por isso, pode-se considerar que um PT representa a possibilidade da efetivação dos atos assistenciais, dependendo da aplicação do trabalho nesta ação. "A articulação entre PT e as práticas de saúde tornam-se evidentes, pois são estas que darão concretude ao planejamento inicial"⁵ (p. 15). Ainda de acordo com o autor, o projeto terapêutico é definido como: "o conjunto de atos assistenciais pensados pelos profissionais de saúde, para resolver determinado problema de saúde"⁵ (p. 15), ou seja, o PT se vincula, inicialmente, a uma perspectiva idealizada no plano da eficácia do processo de produção do cuidado, mas na execução do projeto terapêutico, e por diversos fatores, a exemplo da dificuldade de acesso a certos procedimentos, o projeto terapêutico vai assumindo outras conformações diferentes das quais foi idealizado. Neste sentido, pode-se afirmar que é possível haver um projeto terapêutico ideal, e outro real, o que efetivamente se desenvolve, servindo esta comparação até mesmo para avaliação dos próprios processos de cuidado nas redes de serviços de saúde.

Os projetos terapêuticos acontecem em alta intensidade no plano da micropolítica dos processos de trabalho, pois as práticas de cuidado se envolvem na atividade cotidiana das equipes de saúde, nas suas relações e nas redes de conversas. Acontecem, também, na construção e operação das linhas de cuidado. Este cenário de produção, o "chão de fábrica" do Sistema Único de Saúde, se vincula também à ideia geral de modelo tecnoassistencial. O modelo é definido, de um lado, por questões relacionadas à macropolítica, como, por exemplo, as influências do sistema de normas e regras na regulação dos serviços e dos grupos implicados com a produção do cuidado, trabalhadores nas diversas instâncias do SUS, gestores e usuários. Por outro lado, é definido, também, pelos próprios trabalhadores que estão nos cenários de práticas de cuidado. Isto porque o trabalhador tem um modo singular de significar o que é o cuidado e tudo o que cerca sua prática: os usuários, o trabalho em equipe, o compartilhamento de saberes e fazeres na relação com os outros. Enfim, o modo como ele produz para si a ideia de cuidado define a forma com a qual vai trabalhar efetivamente. Então, se pode dizer que o modelo assistencial se define no plano da prática cotidiana, sob a tensão de um campo de

forças em que vetores da macro e da micropolítica se cruzam, não como contraditórios simplesmente, mas um agenciando o outro neste cenário. Portanto, o modelo assistencial se realiza como resultante deste encontro de forças que equivalem a ideias, interpretações, significações do que é o cuidado em saúde, e seu modo de produção.

A respeito das dimensões jurídico-política e sociocultural, pode-se dizer que estas representam a garantia da participação social e construção de cidadania, a partir da reflexão da sociedade sobre como são excludentes as relações na busca pela normatização, tornando a convivência marcada por rótulos e segregações, necessitando, assim, se discutir possibilidades para inclusão da pessoa com transtorno mental na garantia de seus direitos humanos, direitos dos usuários do SUS, em seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Essas garantias, no entanto, são teóricas e institucionais, pois, para que se efetivem, é necessário que os preceitos de direitos, de inclusão e cidadania façam parte do universo de saberes e da subjetividade dos trabalhadores. A questão que induz tal pensamento está vinculada ao conceito de produção de saúde e trabalho como o centro desse processo.

O processo de trabalho em saúde, como eixo estruturante da produção do cuidado, está centrado no trabalho vivo⁵⁻⁸, ou seja, ele se dá em ato, no exato momento do encontro entre o trabalhador e o usuário. Observa-se que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade⁵⁻⁸, ou seja, no exato momento em que o trabalhador se encontra como usuário, ele tem o controle deste processo, toma decisões com base na forma como significa o usuário e o cuidado em saúde. Pode-se dizer que o processo de trabalho é autogovernado pelo próprio trabalhador. Sendo assim, as normas político-institucionais que regulam os serviços de saúde têm eficácia, desde que elas "habitem" os próprios trabalhadores. Caso contrário, na liberdade do trabalho vivo, este vai realizar aquilo que considera pertinente, definido pelo seu conhecimento e o mundo de significações que o conectam à ideia geral de produção do cuidado.

Aqui, retrata-se uma dimensão fundamental na produção do cuidado, a subjetividade. De acordo com Franco et al.⁶, há uma produção subjetiva do cuidado, a qual acontece pautada em três dimensões:

A primeira, nomeada, pelo autor, de dimensão do desejo, um conceito que, de acordo com Deleuze e Guattari⁹, representa a energia propulsora que coloca o sujeito em movimento na produção de mundo, no caso, o cuidado à saúde. Para Franco, o agir no campo do cuidado em saúde é impulsionado pela energia desejante dos trabalhadores e usuários; e o desejo se vincula às subjetividades em cada um, portanto, é singular e realiza, no campo das práticas, aquilo que se inscreve como significados em cada encontro do trabalhador com o usuário. Não há um valor a ser atribuído ao desejo, já que ele opera conforme as singularidades. Sendo assim, se há uma subjetividade inscrita no ideário biomédico, o desejo atua produzindo um cuidado centrado neste paradigma. Por outro lado, se esta subjetividade tem seu território fixado nas ideias do acolhimento, a produção do cuidado dar-se-á por estes parâmetros.

A segunda dimensão proposta por Franco et al.⁶ traz a rede como dispositivo de cuidado, porém, é uma rede produzida, em ato, pelos próprios trabalhadores, a qual não tem uma regulação *a priori*, mas acontece no exato momento e no contexto do processo de trabalho. Inspirado em Deleuze e Guattari¹⁰, o autor sugere que esta rede tem as características de uma rede rizomática, ou seja, não tem pontos fixos de entrada e saída, podendo ser qualquer um. Essa rede tem grande capacidade de se regenerar, quando interrompida; faz desvios, caso encontre obstáculos; é múltipla e heterogênea. Cita, como exemplo, um médico ou enfermeira trabalhando na emergência, em que é necessária a remoção de um usuário com grave problema de saúde, e a regulação não consegue responder à emergência. Os próprios trabalhadores formam suas redes por meio de conhecimentos, relações pessoais, inúmeras possibilidades que criam no exato momento e no ato do processo de trabalho. Este é um dado de realidade, e as redes rizomáticas disparam por ação do desejo dos próprios trabalhadores, demonstrando uma conexão das dimensões subjetivas de produção do cuidado.

A terceira dimensão corresponde ao trabalho vivo, que, segundo Franco, atua como uma plataforma por onde as outras duas dimensões transitam, pois é justamente porque o trabalho em saúde acontece em ato, é centrado no trabalho vivo, que as múltiplas possibilidades de cuidado acontecem. Os processos acontecem no plano do trabalho individual ou coletivo.

Associado aos aspectos da micropolítica, citados acima, importa analisar, também, aqueles relacionados ao movimento realizado no âmbito da sociedade, os quais têm o protagonismo das famílias dos usuários, além destes e dos trabalhadores. No contexto social, é essencial a participação da equipe de saúde, do usuário e de sua família num movimento que congregue a rede assistencial e social de apoio para discussão do cuidado psicossocial. Oliveira⁴ analisa as concepções de projeto terapêutico a partir das concepções de Campos¹¹ de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade. Tal processo implica a participação dos atores sociais (usuário/equipe/familiar) na definição de suas escolhas em busca da saúde e, também, na obrigatoriedade de estabelecimento de compromissos com outros sujeitos.

Conforme já citado, autores como Oliveira⁴, Franco⁵ e Merhy¹² têm investido na discussão sobre projeto terapêutico e sua implicação nas transformações das práticas em saúde. A centralidade nos usuários, ao invés do enfoque em técnicas terapêuticas, pode transformar o PT em dispositivo para gerar reflexão sobre as práticas dos profissionais. Este passa a ser entendido como arranjo e dispositivo para produzir inovação, disparando autorreflexão sobre as práticas de saúde e os processos de trabalho dos profissionais, investindo numa coprodução de saúde e de sujeitos autônomos, para transformação do modelo de atenção à saúde.

Cunha¹³ traz a noção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), herança das revoluções da saúde mental, como a experiência de sujeitos em constante construção, capazes de produzir "margens de manobra", ou seja, uma visão capaz de enxergar possibilidades dentre as certezas e os imprevistos no trabalho em saúde, operando com a clínica ampliada. "A clínica ampliada procuraria deixar-se tomar pelas diferenças singulares do Sujeito doente, além de outros recortes teóricos, e produziriam um projeto terapêutico que levasse em conta tal diferença"¹³ (p. 97). Em virtude disso, justifica-se o nome projeto terapêutico singular em substituição a projeto terapêutico individual, pois destaca que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, o qual pode ser aplicado a indivíduos e coletivos.

Especificamente no campo da saúde mental, destacam-se as produções de Boccardo et al.¹⁴, Fiorati e Saeki¹⁵, Jardim et al.¹⁶, Mororó¹⁷ e Pinto et al.¹⁸. Os autores consideram que os projetos terapêuticos refletem as concepções sobre o cuidado psicossocial, formatadas com base nas ações em saúde, as quais funcionam como estratégia de organização do cuidado. No entanto, este recurso ainda se constitui em elemento novo no universo dos CAPS, que atuam com limites e dificuldades em propor uma prática ampliada, produtora de autonomia e cidadania dos usuários dos serviços, limitando-se à atuação fragmentada e pontual.

Para indicar a relevância, o estudo apoia-se na evidência de Fiorati e Saeki¹⁵ sobre o modo descontextualizado pelo qual as equipes de serviços extra-hospitalares referenciam seus projetos terapêuticos, explicitando dificuldade de compreensão, de execução e construção do PT dentro das próprias equipes. Este, conforme idealizado na concepção da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial, descharacteriza-se, dando lugar à aplicação de técnicas terapêuticas fragmentadas pela especialização. Informando, ainda, que o PT é resultado dos agenciamentos provocados pelas diversas lógicas que perpassam os serviços de saúde e definem a ação dos trabalhadores nos cenários de produção do cuidado. Decerto, é na tensão do instituído e instituinte, do biomédico, psicossocial e psicoafetivo, que acontecerão as práticas de saúde, os múltiplos modelos tecnoassistenciais e a produção do cuidado. Desse modo, objetivou-se compreender o cuidado psicossocial, tendo como analisador o projeto terapêutico dos usuários acompanhados nos centros de atenção psicossocial, a partir das narrativas de profissionais dos serviços.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com fundamentação teórico-metodológica na hermenêutica de Paul Ricoeur¹⁹, que descreve o centro da abordagem hermenêutica como a compreensão do texto, procurando entender a multiplicidade de significados, na tentativa de clarear o que é confuso, escondido e fragmentado.

A pesquisa foi realizada em dois centros de atenção psicossocial, um CAPS Geral e um CAPS álcool e drogas, na região metropolitana de Fortaleza-CE, Nordeste do Brasil. A escolha pelo referido cenário deu-se em virtude da sua recente história de reestruturação dos serviços de saúde mental, que, depois de sete anos, propõe-se a analisar avanços e conflitos neste processo, utilizando, como disparador, o projeto terapêutico.

Quanto aos participantes, incluíram-se profissionais das equipes de saúde mental, entre eles: psicólogo, médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, farmacêutico e assistente social, totalizando nove sujeitos intencionalmente selecionados, ou seja, foram incluídos na investigação por sua capacidade de fornecer informações completas e detalhadas sobre o tema em foco²⁰. Em geral, os profissionais que atuam nestes serviços possuem idade entre 25 e 35 anos, sendo a maior parte da equipe formada por mulheres. O período de atuação no local de trabalho é descrito entre um e três anos, correspondendo, também, ao tempo de atuação na saúde mental.

As informações foram obtidas por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Os profissionais foram entrevistados no próprio serviço, respondendo a perguntas sobre o projeto terapêutico dos usuários dos serviços do CAPS, desdobrando-se em questões como a construção do projeto terapêutico, seus avanços e desafios.

Antes da realização do trabalho de campo, como exigido, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), no qual obteve parecer favorável.

Os passos necessários para a análise das narrativas foram adaptados por Geanellos²¹. Assim, considera-se a interpretação como um processo que envolve diversas etapas, entre elas, tem-se: a transcrição das entrevistas em texto, a interpretação superficial, a análise estrutural e a compreensão abrangente do texto. Esse processo interativo é representado em forma de espiral, pois relaciona as partes do texto com o todo, e vice-versa.

Os resultados se confirmam na configuração analítica da compreensão do objeto de estudo, dispostos em narrativas e observações, constituindo o entendimento temático da categoria: Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processo social de atenção psicossocial.

Resultados e discussão

Diante do exposto, apresentam-se aqui as informações obtidas, junto aos profissionais, sobre o cuidado psicossocial, a partir da construção do projeto terapêutico. Este, por sua vez, está relacionado à dimensão técnico-assistencial constituinte da Reforma Psiquiátrica, com ênfase na concepção e organização do serviço dos centros de atenção psicossocial, a partir de um processo complexo, no qual se observam novas experiências, novos atores sociais, novas relações e situações diversas a serem enfrentadas, constituindo um movimento de avanços, conflitos, contradições, consensos e tensões².

Assim, ao serem levados a refletir sobre a construção de projetos terapêuticos, os profissionais descrevem a participação na concepção e início de funcionamento dos serviços. Ou seja, a compreensão está circunscrita na trajetória de formatação do CAPS e planejamento das ações, a partir das diretrizes políticas, fundamentação teórica, da dimensão de suas práticas e saberes e de experiências no campo da saúde mental. “[...] então nós tivemos toda uma preparação para abrir as portas do CAPS [...]” (E1). “[...] a gente teve um preparo, um treinamento, não uma coisa assim muito específica [...]” (E2). “[...] nós fizemos visitas aos outros CAPS [...] vimos desde como aconteciam as avaliações, [...] como é que funcionavam os grupos, [...] nós lemos muito, pegamos todas as diretrizes do Ministério da Saúde pro trabalho em CAPS e fomos construindo em cima disso” (E7).

No entanto, apesar de esse movimento participativo na implantação do serviço ter favorecido a integração da equipe, o estabelecimento de vínculo com o grupo e com a gestão do município, a iniciativa resguardou uma limitação constatada em grandes experiências de reforma psiquiátrica, como a redução da inovação apenas à reestruturação do serviço, uma vez que fica evidente a preponderância de características do modelo biomédico na formatação do “cardápio de ofertas” do CAPS, como: o tecnicismo e a subestimação de aspectos socioculturais. Tal fenômeno deriva,

de um lado, de uma visão cartesiana e reducionista da vida, que segregava o sujeito e impedia o seu crescimento, a qual, desta forma, impossibilitava as trocas simbólicas que caracterizavam o paradigma psiquiátrico²². Por outro lado, revela, também, que a organização do processo de trabalho acontece sob uma razão instrumental, em que há uma prevalência das tecnologias duras e leve-duras (instrumentos e saberes especializados)⁷ em detrimento das tecnologias relacionais. Esse aspecto é essencial, pois significa que, mesmo havendo esforço para a mudança das práticas de cuidado, os trabalhadores não incorporaram o que propõe a reforma psiquiátrica à sua prática cotidiana. Isto dificulta a transformação em novos sujeitos do cuidado, com as práticas referenciadas nas construções psicossociais e afetivas; demonstra quanto o trabalho é algo de controle do próprio trabalhador; e quanto a subjetividade opera no sentido de definir o projeto terapêutico, práticas e modelos técnico-assistenciais.

Nessa construção, foi evidente a fragmentação pela especialização na organização das ações assistenciais, por cada núcleo de saber, dos profissionais que compunham a equipe, entre eles: educador físico, farmacêutico, psicólogo, médico clínico, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e enfermeiro. Nesse contexto, a ação intersubjetiva de construção de projetos, a discussão, a priori, sobre a dimensão singular é substituída pela discussão macro, planos, técnicas de ações e gestão do processo de trabalho, determinadas por meio das esferas do conhecimento especializado de cada profissão^{15,22}. Como ilustra a narrativa do profissional: “[...] nós traçamos, os profissionais, cada um dentro da sua área, propostas de trabalho individual e em grupo [...]” (E4).

Esta dificuldade de ação intersubjetiva decorre da tendência cultural da sociedade ocidental contemporânea, ou seja, a dificuldade de os sujeitos constituírem-se em coletivos para construção de projetos e ações sociais vai além do nível das equipes de saúde, permeando toda a organização social complexa¹⁵. Prevalece, desse modo, a delimitação de práticas por cada área de conhecimento, demonstrada nas narrativas: “[...] atendimento com o enfermeiro para acompanhamento da medicação [...] os assistentes sociais [...] vê as questões sociais, às vezes tem usuários que não tem condições de vir, não tem vale transporte, ela vai atrás de conseguir recursos para os pacientes [...]” (E1). “[...] a partir daí faz o plano terapêutico específico para educação física” (E2). “[...] eu fiz a construção do projeto terapêutico da enfermagem para o CAPS” (E9).

O relato acima revela também quanto o processo de trabalho permanece centrado no núcleo especializado de conhecimento das profissões, pouco poroso às trocas de saberes e fazeres com outros trabalhadores da equipe, e menos disposto, ainda, a um trabalho em redes harmônicas de cuidado. Campos²³ analisa que o trabalho em saúde é orientado por uma relação entre os trabalhadores que operam um núcleo especializado de conhecimento, que pertence a cada profissão, e um campo que seria da competência de todos, como a educação à saúde. Merhy²⁴ propõe, ainda, que estes dois campos estão atrelados a outro campo, o do cuidado, que diz respeito a como o processo de trabalho é desenvolvido e a implicação do trabalhador na relação com o usuário. Portanto, os relatos demonstram um processo de trabalho preso à especialidade de cada profissão e, assim, informa a prevalência do modelo centrado em procedimento e lógicas biomédicas de cuidado.

Esse cenário revela uma postura estática da equipe na reprodução de ações técnicas que neutralizam a possibilidade de negociação, construção coletiva e reformulações que se estabelecem na própria relação, desenvolvendo o projeto terapêutico a partir do trabalho individual de diferentes profissionais de saúde^{15,16}, que no cotidiano “[...] sempre se fala como uma coisa [projeto terapêutico] a ser construída, mas não de uma coisa efetiva [...] com [...] mais atendimentos individualizados, pontuais do que no todo [...]” (E6). O profissional reforça a ideia, ao destacar que “[...] cada uma tem uma abordagem, uma forma diferente de ver o ser humano [...] por conta da própria formação e de ter essa unidade e ao mesmo tempo ter essa parte específica de cada uma” (E6).

Não se observa, nesse contexto, a interlocução de saberes, o olhar ampliado sobre o sujeito e a integralidade das ações, e sim a fragmentação do agir em saúde mental, baseada em ações bem-intencionadas, mas, em geral, disciplinadoras e pouco críticas, caracterizando o cuidado no projeto terapêutico, produzido a partir das várias ações individuais, fragmentadas, e que se unificam por somação^{16,25,26}.

O projeto terapêutico, por sua vez, ganha concretude nos serviços do CAPS num cotidiano em que cada profissional atua numa dimensão específica de saber, revelando: a inexistência da participação do usuário no processo de discussão e articulação com a equipe que cuida, vinculação e corresponsabilização entre equipe/usuário/familiar, apontando para uma clínica tradicional e fragmentada.

Tal evidência provoca uma reflexão sobre a real mudança operada nos serviços de saúde mental que se propõem desinstitucionalizantes e de atenção psicossocial, uma vez que não bastam reformular espaços, abordagens terapêuticas ou ampliação da equipe técnica. Este processo exige a reflexão de saberes e práticas, redirecionamento do foco de assistência da doença para a experiência da pessoa, além da participação popular, promoção de autonomia e construção da cidadania. Questiona-se ainda: Em que medida a mudança na organização dos serviços de saúde mental é capaz de favorecer uma aproximação com a configuração de atenção integral no cuidado à saúde dos indivíduos e coletividades, proposta pelo processo de construção do Sistema Único de Saúde? Quais os consensos e tensões que rompem com a inércia e provocam mudança no cenário em questão?

Sabe-se que a reinvenção do cotidiano dos serviços decorre dos processos de transformações na organização da assistência e no modelo de atenção à saúde predominante no país. Essas mudanças, advindas com os princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira sobre o modo de cuidar, influenciam os processos de trabalho na área da saúde e abrem espaço para uma reflexão sobre projetos terapêuticos em saúde mental²⁷. Assim, tornam-se necessárias ações que se aproximem do ideal de integralidade do cuidado, considerando o território, práticas interdisciplinares e defesa da cidadania dos usuários dos serviços, fundamentadas na clínica ampliada.

Desse modo, a ideia da transformação do modelo de atenção à saúde mental não é apenas a mudança de propostas terapêuticas, mas, também, a reformulação de conceitos que caracterizam a dimensão epistemológica da atenção psicossocial. Tais conceitos perpassam a compreensão de clínica que contrapõe a noção reducionista de terapeutização de uma prática social e normatização do sujeito. Fazer clínica, nesse sentido, é ampliar a atuação num contexto criativo, intervencivo e reflexivo, indo além das reais necessidades ou possibilidades inscritas no *setting*, provocando ações de rompimento com a inércia e paralisação dos sujeitos²⁸.

Assim, a clínica que deve orientar as ações desenvolvidas pela equipe na construção do projeto terapêutico deve fundamentar-se: na concepção de cuidado, com ênfase nas necessidades dos usuários, na aproximação e protagonismo de interlocutores, na dinâmica do território e numa atitude ética que se paute no conceito de cidadania, envolvendo o trabalho com o sujeito e seus laços sociais. Essa abertura proporcionada pela clínica na atenção psicossocial favorece a pluralidade de ações e modelos de subjetividade, por meio dos quais os sujeitos pensam, se sentem e estão sempre num movimento de ação e reflexão^{15,26,29}.

Pelos dados produzidos por meio das narrativas dos trabalhadores, observa-se que a clínica praticada, ainda focada no conhecimento especializado e nas lógicas instrumentais, é herdeira do que Foucault³⁰ chama de “clínica do olhar” em “O Nascimento da Clínica”, conceito usado por Franco³¹ para discutir a clínica *flexneriana*, centrada no corpo biológico, e, ao mesmo tempo, o autor agrupa o conceito de “clínica dos afetos”, práticas clínicas centradas no “corpo afetivo”, que são negligenciadas quando o processo de trabalho não está centrado nas tecnologias relacionais. Assim, não haveria possibilidade de projetos terapêuticos que tomassem o corpo sensível como objeto. A clínica praticada nos CAPS estudados está presa aos velhos referenciais e é herdeira destes, formando, também, uma subjetividade entre os trabalhadores, a qual opera por lógicas instrumentais, mais do que as que sugerem processos de trabalho acolhedores, com intervenções no campo socioafetivo.

As dimensões epistemológica e técnico-assistencial, nesse contexto, resguardam características que não se limitam a mudanças nos serviços, mas propõem inovação no fazer de profissionais, reconhecendo a importância de novas bases teóricas e práticas dos sujeitos³². Considerando que é a partir da articulação do planejamento dos serviços com as práticas cotidianas que o projeto terapêutico ganhará concretude, reafirma-se a ideia de Franco⁵, na qual essa materialidade será influenciada pela aplicação de trabalho nas ações, participação dos usuários e utilização de novas tecnologias em saúde.

Consoante aos depoimentos, o grupo vivencia tensões que incluem o reconhecimento da limitação de uma ação individualizada e fragmentada, partindo do entendimento da potência da equipe interdisciplinar.

"A gente aqui estava muito solto, então cada um fazia o seu projeto. [...] Esse ano a gente fez uma experiência nova, estamos tentando construir esse projeto, a equipe por completo". (E8)

"[...] a gente tá tentando trabalhar essa transversalidade e o outro ponto do projeto foi o atendimento interdisciplinar. Hoje, a gente conseguiu implementar momentos para a discussão de casos, pacientes que são atendidos por vários profissionais [...] na tentativa da construção de um cuidado mais amplo [...]" . (E9)

Apesar da discussão de projeto terapêutico transversalizar o processo de reforma psiquiátrica, a exemplo da cidade de Santos, na década de 1990, onde o "tratamento" implementado em tal experiência procurava incorporar a prática da liberdade e da singularização do projeto terapêutico, no cenário atual, este parece ainda se constituir em elemento novo no universo dos centros de atenção psicossocial^{4,16}.

Tal fato pode ser demonstrado pela reflexão da equipe, após a concepção do serviço, sobre a necessidade de romper com esse contexto de fragmentação pela especialização em que, "[...] cada um fazia o seu projeto [...]" . Esta ação reflexiva de pensar projetos terapêuticos que se contrapunham ao modelo hegemônico, voltado à produção de procedimentos, operava a partir da diversidade de ações em um olhar ampliado, em que, a partir de cada unidade de saber, provocasse o encontro de possibilidades, de trocas e de fazeres.

Nesse contexto, o projeto terapêutico funciona como dispositivo capaz de gerar reflexões sobre as práticas profissionais¹², num processo por meio do qual o grupo interroga seu próprio agir, saindo da inércia, provocando uma ruptura com práticas arcaicas e incorporando novos modos de atuação no cuidado em saúde. Um desses novos modos de atuar, pode-se dizer que se constituiria como um desafio: o trabalho em equipe favorece a dinamicidade, diversidade de pessoas e ideias diante de um contexto comum, que seria o cuidado ao usuário, implementado no projeto terapêutico.

O projeto terapêutico, por sua vez, assume a imagem do trabalho em saúde operado pelos profissionais do serviço, ou seja, a atuação em equipe de forma solidária ou de formas diferentes e individuais. Tal fato pode ser justificado pela afirmação de Franco⁶ de que as práticas em saúde são permeadas pela singularidade, entendida como um modo específico de ser e atuar no mundo, o qual revela a atuação dos sujeitos que conduzem os sistemas produtivos em determinados lugares da saúde.

A capacidade de refletir sobre a própria prática, seja individual ou coletiva, possibilita, aos profissionais, o reconhecimento: de suas fragilidades e potencialidades, necessidades e demandas, problemas e possibilidades. Assim, de forma contextualizada, estes podem operar a mudança necessária no cuidado psicossocial, pensando alternativas e ações baseadas em novas tecnologias em saúde, como as relacionais, por meio de atitudes solidárias e acolhedoras, que considerem a singularidade e a corresponsabilização.

A noção de processo, nesse cenário, fica evidente, uma vez que a atenção psicossocial não pressupõe práticas enrijecidas e fechadas num modelo de cuidado, mas, sim, um processo social complexo. Assim, o projeto terapêutico em saúde mental caminha e transforma-se permanentemente, a partir do surgimento de novos elementos, conflitos, contradições e entrelaçamento de dimensões, concretizados nas práticas em saúde mental. Este movimento dialético é relevante, pois provoca constantemente o campo da saúde, na direção de investigar novos caminhos e meios de cuidar das pessoas^{2,16,18,22}.

Nesta pesquisa, emergiu a escassez de discussões que considerassem o protagonismo dos usuários e da família, na construção do projeto terapêutico, numa atitude dialógica, de negociação e corresponsabilização entre equipe/usuário/familiar. Uma vez que os planos terapêuticos seriam para negociação coletiva, e não poderiam ser definidos por um ou outro ator social, mas numa perspectiva coletiva, participativa e de produção de autonomia^{15,18,22}.

Diante desse cenário, observam-se os desafios na operacionalização do cuidado em saúde mental, conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial, os quais, por sua vez, consistem em transformações para além da dimensão técnico-assistencial, incluindo as dimensões epistemológica, jurídico-políticas e socioculturais, numa experiência participativa, territorializada, integral e interdisciplinar.

Considerações finais

A transformação do modelo de atenção à saúde mental é um processo social complexo, que exige a participação social, a revisão epistemológica de concepções da assistência psiquiátrica e mudança na subjetividade dos trabalhadores, como forma de consolidar novas práticas de cuidado, associadas aos outros processos de transformação. Nesse contexto, sob a ótica dos profissionais participantes da pesquisa, esse processo é lento e concretiza-se a partir da discussão do projeto terapêutico, associando ações individuais, com foco em técnicas terapêuticas, com práticas centradas no trabalho em equipe multidisciplinar, que promovam a reflexão do profissional sobre seu processo de trabalho.

Os entraves que ora se apresentam para a realização do projeto terapêutico dizem respeito: à transposição da barreira da fragmentação, pela especialização de práticas nos serviços de saúde; à insuficiente participação dos usuários e seus familiares na negociação do projeto terapêutico, e à dificuldade de ampliação das ações para além do CAPS, incluindo, nessa empreitada, a rede assistencial e social de apoio, como a desarticulação com os dispositivos potenciais no território.

O projeto terapêutico assume características de arranjo e dispositivo, à medida que, ao planejá-lo, os profissionais refletem sobre sua prática, num processo de autoanálise. Esta ação sinaliza um modo para potencializar o cuidado quando está contextualizada com as dimensões da atenção psicossocial, assumindo postura crítica que favoreça o reconhecimento e inclusão de protagonistas (e não apenas espectadores) neste processo.

Diante desse cenário, apresenta-se o desafio de garantir a construção de projetos terapêuticos, singulares e coletivos, capazes de promover o cuidado psicossocial e abranger a dimensão afetiva. Salienta-se que este vai além dos cuidados e ações efetivadas nos centros de atenção psicossocial. Projetos terapêuticos comprometidos com as dimensões da atenção psicossocial e com o ideal de integralidade do SUS devem ir além da instituição CAPS, precisam abranger o olhar e estabelecer relações sólidas com a comunidade, com a rede assistencial e social de apoio. Este poderá ser um caminho capaz de lidar com as singularidades dos sujeitos e comprometer-se com a construção do SUS de qualidade.

Colaboradores

MGF Vasconcelos e MSB Jorge participaram na concepção do artigo, elaboração da metodologia, obtenção e análise do material discursivo, redação final do artigo; AMF Catrib, IC Bezerra e TB Franco participaram na elaboração da metodologia e redação final do artigo.

Referências

1. Teixeira CF, Solla JJSP. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual. In: Edler FC, Suárez JM, Gerschman S, Lima NT, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 451-79.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Zerbetto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev Lat Am Enfermagem. 2005; 13(1):112-7.
4. Oliveira GN. O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
5. Franco TB. O fluxograma e o Projeto Terapêutico em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.
6. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-Abrasco; 2006. p. 459-74.
7. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
8. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
9. Deleuze G, Guattari F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Varela JM, Carrilho MM, tradutores. Lisboa: Assírio & Alvim; 1972.
10. Deleuze G, Guattari F, organizadores. Introdução: rizoma. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995. p. 10-36.
11. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos, a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
12. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
13. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
14. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2011; 22(1):85-92.
15. Fiorati RC, Saeki T. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. Saude Soc. 2012; 21(3):587-98.
16. Jardim VMR, Cartana MHF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da política de saúde mental a partir dos Projetos Terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(2):241-8.
17. Mororó MEML. Cartografia, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
18. Pinto D, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):293-302.
19. Ricouer P. Do texto à ação. Porto: Rés Editora; 1989.

20. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controvérsias. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(3):613-9.
21. Ganellos R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. *Nurs Inq.* 2000; 7(2):112-9.
22. Pinho LB, Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zillmer JGV. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2011; 30(4):354-60.
23. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc Saude Colet.* 2000; 5(2):219-30.
24. Merhy EE, Campos CR, Malta, DC. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.
25. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cienc Saude Colet.* 1999; 4(2):305-14.
26. Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(1):188-96.
27. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003; 11(3):333-40.
28. Bezerra Júnior B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis.* 2007; 17(2):243-50.
29. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 615-34.
30. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
31. Franco TB, Ramos V, organizadores. *Semiótica, afecção e cuidado em Saúde.* São Paulo: Hucitec; 2010.
32. Bosi MLM. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(3):643-51.

Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Proyecto terapéutico en Salud Mental: Práctica y procesos en las dimensiones componentes de la atención psicosocial. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(57):313-23.

En este texto, se objetivó comprender el cuidado psicosocial, teniendo como base para el análisis el proyecto terapéutico de los usuarios. Se trata de una encuesta cualitativa fundamentada en la hermenéutica. Las narrativas contextualizan un escenario marcado por las dimensiones epistemológica y técnico-asistencial de la atención psicosocial. El proyecto terapéutico se aleja aquí de su concepción amplia, de proceso dinámico, para ser concretizado a partir de un trabajo fragmentado por la especialización. El estudio provocó un movimiento de reflexión de los profesionales abriendo caminos para la reformulación de las acciones del equipo, en una propuesta de trabajo en equipo de cuño interdisciplinario. Fue evidente la escasez de discusiones que consideraron el protagonismo de los usuarios y de la familia en la construcción del proyecto terapéutico, revelándose así la fragilidad de las acciones de cuidado psicosocial en las dimensiones que consideran la participación y construcción de la ciudadanía.

Palabras clave: Proyecto terapéutico. Salud Mental. Atención psicosocial.

Submetido em 09/04/15. Aprovado em 13/10/15.

