

Projeto Terapêutico nos Serviços Extra-Hospitalares de Saúde Mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços

Therapeutic Project at Extra-Hospital Mental Health Services: a critical reflection on the elaboration and management of services' therapeutic projects

Regina Célia Fiorati

Terapeuta Ocupacional. Mestre e Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente no Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário de Araraquara UNIARA.

Endereço: R. Graciliano Ramos 100, Ap. 21, Jardim Antártica, CEP 14051-039, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
E-mail: reginacf@fmrp.usp.br

Toyoko Saeki

Enfermeira Doutora em Enfermagem. Docente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Bandeirantes, 3.000. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, CEP 14100-000, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
E-mail: maryto@eerp.usp.br

Resumo

Com base em uma pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto, SP, em serviços extra-hospitalares de saúde mental, que teve como objetivo estudar a organização desses serviços, os projetos terapêuticos e a inserção da reabilitação psicossocial nas ações de saúde disponibilizadas, apresenta-se reflexão teórico-crítica sobre o processo de elaboração dos projetos terapêuticos pelas equipes dos serviços. A pesquisa, que foi desenvolvida em um Ambulatório e em um Centro de Atenção Psicossocial II, foi realizada com base em metodologia qualitativa; como técnicas de coleta de dados, utilizou-se entrevistas semidiretivas e grupos focais, e a análise dos dados apoiou-se em referencial hermenêutico dialético de Jürgen Habermas, seguindo técnica interpretativa reconstrutiva. A análise dos dados mostrou que os profissionais têm apresentado dificuldade na elaboração e gestão dos projetos terapêuticos. Ações de saúde são disponibilizadas sem o referencial concreto de uma proposta norteadora das atividades práticas do serviço. Os projetos terapêuticos são referenciados pelos profissionais como decorrentes das diretrizes provenientes de instâncias gestoras ou das orientações técnicas próprias a cada categoria profissional, mas não como atividade de construção representativa de uma filosofia de trabalho da equipe de saúde. Ao focar-se o projeto terapêutico como um tipo de consenso fundado, resultante de ação comunicativa orientada para o entendimento mútuo e intersubjetivo entre mem-

bros da equipe do serviço extra-hospitalar de saúde mental, evidencia-se a dificuldade das equipes dos serviços em organizarem-se dialogicamente para a construção coletiva do projeto terapêutico.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental; Interação; Psiquiatria; Técnica; Gestão.

Abstract

Based on a study conducted in Ribeirão Preto, SP, Brazil in extra-hospital mental health services that addressed the organization of these services, therapeutic projects and the inclusion of psychosocial rehabilitation in health actions available, a theoretical-critical reflection concerning the development process of the therapeutic projects by the services' teams is presented. The qualitative study was conducted in an outpatient clinic and a Psychosocial Care Center. Data were collected through semi-structured interviews and focal groups. Data analysis was based on the hermeneutic dialectic philosophy of Jürgen Habermas according to the techniques of reconstruction and interpretation. Data analysis revealed that professionals have difficulty developing and managing therapeutic projects. Health actions are made available without being concretely supported by a proposal guiding the service's practical activities. The therapeutic projects are referred by professionals as the result of guidelines provided by management levels or technical orientations inherent to each profession but not as an activity that represents a philosophy of work of the health team. When the therapeutic project is focused on as a type of consensus that results from a communicative action directed to a mutual and intersubjective understanding among the members of the mental health extra-hospital team, the difficulties of the services' team dialogically organizing themselves to collectively construct the therapeutic project is evidenced.

Keywords: Mental Health Services; Interaction; Psychiatry; Technique; Management.

Introdução

A partir de uma pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo que teve como objetivo analisar a forma como estão organizados os projetos terapêuticos dos serviços extra-hospitalares de saúde mental e como as ações de reabilitação psicossocial inserem-se nos projetos terapêuticos, deparou-se com cenário no qual algumas problemáticas vêm se colocando como obstáculos à construção efetiva de um modo de atenção e cuidado em saúde mental preconizado pela reforma psiquiátrica e coerente ao paradigma da atenção psicossocial. Um dos problemas diz respeito ao projeto terapêutico, a sua forma de elaboração pelas equipes.

Observou-se uma forma desorganizada pela qual as equipes referenciam seus projetos terapêuticos o que denota uma dificuldade de compreensão, de execução e construção do projeto terapêutico, dentro das próprias equipes.

Sendo assim, o objetivo deste artigo é apresentar uma reflexão sobre as dificuldades apresentadas pelos profissionais dos serviços pesquisados na elaboração, construção e execução do projeto terapêutico e como tais dificuldades inserem-se em contexto maior, no qual algumas tendências culturais e políticas da contemporaneidade colocam-se na base do processo pelo qual os projetos dialógicos de ação social em geral encontram obstáculos a sua efetivação.

Essas tendências, assinaladas acima, relacionam-se a fenômenos estudados pelo filósofo Jürgen Habermas que aponta para um processo iniciado a partir do capitalismo tardio, estendendo-se na contemporaneidade, caracterizado pela substituição das ações dialógicas próprias a uma racionalidade comunicativa por decisões técnicas apoiadas em racionalidade instrumental, tendo como consequência principal a substituição das instâncias de decisões éticas, dialógica e linguisticamente orientadas, pela aplicação imediata de ações técnicas, legitimadas cientificamente, levando, igualmente, a uma despolitização gradativa das decisões e ações intersubjetivas humanas, chegando a uma instrumentalização completa das relações sociais.

Outro autor, entretanto, aponta observação semelhante e apresenta a noção de sujeito desnecessário,

a partir da qual mostra como, por meio da despolitização dos espaços públicos, a ação praxica do sujeito cede lugar para as decisões de grandes corporações capitalistas, orientadas pelos interesses privados (Campos, 2000).

Pode-se perceber processo semelhante no estudo da pesquisa, no qual a elaboração e gestão do projeto terapêutico pelas equipes de profissionais dos serviços estudados perde espaço para uma aplicação direta de técnicas terapêuticas, legitimadas pelas tecnologias próprias a cada especialidade, sem serem, necessariamente, consensuais em um projeto terapêutico dialogicamente construído pelos agentes envolvidos: profissionais, usuários e gestores.

O artigo não tem como objetivo apresentar discussão sobre os resultados integrais da pesquisa, mas fazer reflexão de um ponto importante observado a partir da interpretação dos dados.

A discussão abordada, portanto, reflete sobre a forma de elaboração dos projetos terapêuticos pelas equipes de profissionais nos serviços extra-hospitalares de saúde mental selecionados na pesquisa e traz reflexão imbuída em referencial crítico que abraça essa questão, colocando-a em relação com outras manifestações culturais e políticas de nossa sociedade contemporânea.

Metodologia

A pesquisa que propiciou a elaboração deste trabalho foi realizada em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental, um Ambulatório de Saúde Mental e um Centro de Atenção Psicossocial II.

Os sujeitos do estudo foram os profissionais diretamente ligados à assistência aos usuários e constituíram-se nas seguintes categorias: auxiliar de enfermagem, enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e gerentes, que embora sejam médicos psiquiatras, foram computados separadamente na pesquisa.

A metodologia utilizada com base em abordagem qualitativa aplicou, como recursos de coleta de dados, entrevistas semidiretivas e grupos focais realizados com os sujeitos participantes dos serviços pesquisados.

As entrevistas semidiretivas continham um eixo no qual a pessoa era convidada a discorrer sobre o

seu trabalho no serviço, os objetivos, as relações com outros profissionais, a forma de elaboração do projeto terapêutico, sua concepção de reabilitação psicossocial e se seu serviço apresentava ações de reabilitação psicossocial.

Como a principal preocupação ética que permeou a pesquisa apoiou-se em referencial hermenêutico-dialético a partir das reflexões de Jürgen Habermas e esse referencial preconiza a construção de projetos de ação sociais com base em interação dialógica entre homens linguística e intersubjetivamente organizados de forma democrática por meio de valorização equitativa entre os discursos, procurou-se um caminho metodológico, no qual a produção do conhecimento a partir do estudo fosse construído entre todos os sujeitos envolvidos no processo: pesquisador e os profissionais, sujeitos da pesquisa.

Assim, optou-se por uma metodologia participativa na coleta e análise dos dados, de tal forma, que, após a realização das entrevistas e uma primeira análise do conteúdo temático contido nos depoimentos, realizou-se a aplicação de grupos focais com os profissionais dos serviços pesquisados, nos quais foram discutidos os eixos temáticos retirados das entrevistas.

Os eixos temáticos apresentados nos grupos focais giraram em torno de algumas categorias temáticas que sobressaíram dos depoimentos, sendo elas: o trabalho extremamente tecnificado, centrado na tecnologia médico-clínica, a indefinição que cercava o projeto terapêutico e a carência de ações de reabilitação psicossocial.

Os grupos focais foram realizados um em cada serviço com os sujeitos participantes da pesquisa e foram coordenados pela pesquisadora. As entrevistas e os grupos focais foram gravados com a permissão dos participantes e o conteúdo gravado foi transcrito pela pesquisadora.

Os procedimentos éticos da pesquisa seguiram o seguinte percurso: apresentação do projeto de pesquisa ao Secretário Municipal da Saúde; após a obtenção de aprovação e consentimento para a realização da pesquisa nos serviços extra-hospitalares de saúde mental selecionados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sendo aprovado nessa instância em 08 de

outubro de 2007. Para a realização das entrevistas e grupos focais, apresentou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada participante, por meio do qual o sujeito era informado sobre os objetivos e todos os processos envolvidos na coleta dos dados. A seguir apresentou-se discussão sobre a temática proposta: o valor do projeto terapêutico para os serviços extra-hospitalares de saúde mental e as dificuldades apresentadas pelas equipes na sua elaboração e gestão.

Projeto Terapêutico: dispositivo central na constituição dos serviços de atenção psicossocial em saúde mental

Os serviços extra-hospitalares de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) foram fundados a partir das novas propostas, produções e iniciativas decorrentes dos movimentos da reforma psiquiátrica que preconizaram a reformulação da atenção psiquiátrica, visando à substituição das formas de tratamento baseadas no centramento hospitalar e, muitas vezes, na exclusão social definitiva do portador de sofrimento psíquico. Tais serviços têm a função de substituírem um modelo fundado no âmbito puramente médico-biológico e asilar para criarem um tipo de cuidado apoiado em modelo psicossocial, que se descentra da dimensão predominante do tratamento hospitalar, do patológico e da exclusão social para centrarem o sofrimento, o simbólico e a inclusão social e cultural dos portadores de sofrimento psíquico (Amarante, 2007).

O projeto terapêutico constitui tarefa importante na construção desses serviços, pois constitui o foco norteador das ações de saúde disponibilizadas aos usuários. É o resultado de um processo de elaboração e construção da equipe de profissionais que, ao focar as necessidades de saúde apresentadas pela população de usuários, propõem um plano de ações que visem à resolubilidade dessas necessidades (Onocko-Campos; Furtado, 2006).

Conforme Merhy (2000), um projeto terapêutico caracteriza-se por conformar a filosofia primordial que guia as ações e os objetivos centrais de todo o trabalho em um serviço de saúde. É o que designa

o modo operacional de uma determinada equipe de profissionais que toma como referencial determinadas necessidades de uma clientela e que, ao cruzar com formas determinadas de compreensão de cuidado e atenção a essas necessidades, geram certas ações em forma de trabalho. Ou seja, um projeto terapêutico é o conjunto de ações formadas por atos de produção de saúde que se configura como resultado da interface entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, gerando ações segundo um plano geral que reflete uma específica filosofia de trabalho.

Sendo assim, a depender da forma como certa compreensão de mundo, homem e sociedade, saúde e doença, ou racionalidade imponha-se, em uma determinada época, produzindo orientações ético-políticas fundadoras de objetos de investimento das pessoas envolvidas em determinado conjunto de ações, os projetos também vão contemplá-los como expressão direta dos ideais motores dessa visão de mundo.

Sabe-se que durante anos os programas de atenção em psiquiatria foram regidos pelo procedimento recorrente de separação do doente da comunidade, do poder hierárquico centralizado na figura do médico psiquiatra que operava como suporte unificado no tratamento dispensado ao paciente e, portanto, nesse modelo, os projetos terapêuticos não existiam já que o tratamento era determinantemente regido pela ação medicamentosa, visando à remissão sintomatológica. Com o processo de desconstrução desse modelo, iniciam-se os avanços na terapêutica psiquiátrica, permitindo abordar as psicoses para além da visão redutora da cura medicamentosa pautada na concepção puramente bioquímica, ampliando-a para dimensões que abarcam toda a complexidade da experiência do adoecimento mental. É nesse contexto que se insere a criação dos planos multidisciplinares contidos em um projeto terapêutico. Não é possível abordar, portanto, a noção de projeto terapêutico em saúde mental, a não ser por meio dessa abordagem ampliada capaz de tratar a experiência do sofrimento mental em toda a sua complexidade.

Um projeto inclui, necessariamente, um mapeamento de condutas genéricas que, em princípio norteia a ação de todos diante das finalidades de

determinadas posturas ético-políticas. Os processos de construção que demandam os projetos terapêuticos, entretanto, mostram que há um modo singular a cada equipe, lugar, região, cultura que muitas vezes interroga, modifica, contextualiza e inventa novas saídas àquilo que, no plano geral, permanece generalizável. O que significa dizer que o processo de construção de um projeto terapêutico comporta, além de certo grau de flexibilidade das condutas gerais, um espaço para emergência daquilo que não se prevê por meio das posturas institucionais regulares, e que é dado por meio de saberes múltiplos advindos do encontro entre as várias subjetividades reunidas em campo (Campos, 2000).

Conforme Habermas (1988), qualquer plano social para a ação coletiva dos homens na produção da vida e do mundo requer duas condições antropológicas da existência e reprodução da espécie humana que é o trabalho e a interação, a ação instrumental e a ação comunicativa. O controle técnico dos processos naturais e a organização simbólica da intersubjetividade são condições intrínsecas ao desenvolvimento da vida humana. Para haver, entretanto, o desenvolvimento da vida humana na perspectiva da emancipação social e política, visando uma sociedade livre da dominação de homens sobre homens, a ação comunicativa deve referenciar e comandar toda a ação técnica, para garantir que o entendimento mútuo e intersubjetivo entre os humanos, constituído pelos consensos éticos e sistemas de valores sociais acordados, balize a ação técnica em forma de trabalho e os interesses de uma maioria coloquem-se como os verdadeiros direcionamentos democráticos.

Para tanto, Habermas (1988) utiliza a noção de consenso fundado para designar o processo de entendimento mútuo entre os homens, linguisticamente mediado, com a finalidade de coordenação da ação social, obtido em processo de argumentação que permite aos participantes levar às últimas consequências o princípio da dúvida radical, livre de quaisquer formas de coação e violência, sendo, portanto, caracterizado, pela liberdade da crítica e do debate que pode, inclusive, levar à revisão ou superação de sistemas fundados em determinados marcos teóricos ou institucionais. E, para garantir, por sua vez, esse processo livre de coação, o filósofo

insiste em que todos os participantes da discussão instaurada tenham chances simétricas com relação à escolha, elaboração e proferimento dos discursos e na assunção de papéis em uma verdadeira situação dialógica. Se essas condições forem observadas, segundo o autor, significa que se assume metodologicamente um interesse emancipatório da espécie, isto é, uma situação comunicativa ideal geradora de consenso fundado verdadeiro, no qual todos os participantes sejam interessados, protagonistas, livres e iguais.

Ao se pensar o projeto terapêutico como um tipo de consenso fundado, é fácil perceber a necessidade dessa constituição dialógica como o terreno básico e norteador do processo de construção do projeto dentro do marco teórico-prático do princípio da integralidade e das ações ampliadas em saúde nos serviços de saúde mental. Para vermos constituída essa situação dialógica, é necessário, contudo, que existam indivíduos que se coloquem no papel de sujeitos agenciadores desse projeto. O que nos remete às questões: por que os profissionais dos serviços de saúde mental não se atribuem (ou não têm se atribuído) a responsabilidade da revisão, elaboração ou reelaboração e gerência dos projetos terapêuticos dos seus serviços?

Segundo Campos (2000), para a elaboração e sustentação de projetos por coletivos organizados a fim de cumprirem determinados objetivos é necessária a constituição de sujeitos ponderados, amadurecidos, responsáveis e democraticamente organizados. Seguindo as propostas desse autor, compreendemos que para a elaboração de projetos algumas situações têm que ser observadas e incluídas no processo de construção coletiva de um projeto.

Inicialmente há necessidade de objetos de investimento claros para moverem um coletivo a agir, um processo dialógico de crescimento no qual se supere medos e resistências em relação ao novo e desconhecido que balançam os sólidos alicerces de uma organização conhecida, porém carente de superação e a condição parasitária de alienação e paternalismo em que as equipes muitas vezes se encontram. Sendo assim, o processo de elaboração de um projeto estabelece quase que um processo “terapêutico e pedagógico” para a equipe, porque é

estruturante para os sujeitos que o elaboram, é constituidor de subjetividades, propiciam aprendizado para os sujeitos e sua autorreinvenção constante enquanto subjetividades dotadas de autonomia. Todo projeto, porém, é resultado de processo de negociação entre elementos moleculares representados principalmente pela esfera dos desejos, em geral inconscientes para os sujeitos, e a cristalização de necessidades sociais acessíveis à consciência, porém contaminadas e distorcidas pela disseminação de valores dominantes de uma hegemonia social de uma época determinada.

Outro aspecto importante intrínseco à construção de projetos, sugerido por Campos (2000), é que o objeto de investimento dos sujeitos para a ação não pode ser compreendido ou sentido, pela equipe, de forma absoluta, como se aquilo proposto e investido fosse solucionar de forma definitiva todos os problemas. Os objetos têm que ser parciais, transicionais, efêmeros e contingenciais porque respondem a situações sociais e culturais que mudam e exigem diferentes respostas a diferentes necessidades. Passar do investimento concreto e imutável, portanto, ao sempre renovado é tarefa de análise constante de um coletivo.

Além disso, a elaboração de um projeto tem que partir de uma dimensão utópica, antevista e idealizada para garantir uma postura de ir à busca de certos objetivos. Isso porque os seres humanos são, em si, seres fazedores de projetos que desenvolvem seu “ser no mundo” sempre por meio de um vir a ser. Ou seja, o homem sempre busca viabilizar um sonho consciente através de uma antecipação mais ou menos calculada e toda ação humana parte de conteúdos imaginários e não só de elementos concretos do mundo social. Dessa forma, um projeto é ação intencional que negocia o tempo todo com o antevisto, o imprevisto, o inédito e, até, o indizível que habita os recônditos de cada um e, tomando como referência o passado e as ansiedades do presente, é uma aposta endereçada ao Futuro (Heidegger, 2002).

O objeto de investimento para um projeto, portanto, relaciona uma dinâmica entre o passado, que coloca aquilo que está estruturado, o presente que representa o momento da práxis e o futuro que engloba o que se deseja ou o que se projeta.

Projeto Terapêutico: dispositivo na constituição de sujeitos políticos em ação democrática

Quando se reporta às equipes dos serviços de saúde mental pesquisados, segundo a análise dos dados referentes às entrevistas notam-se três formas de compreensão que os profissionais dos serviços mantêm no que diz respeito ao projeto terapêutico. Em alguns casos, o projeto é referido como inexistente, afirmam que não há nenhum projeto terapêutico e que suas ações seguem algumas orientações técnicas da gerência. Em outros casos, o projeto é descrito com base nas ações especialistas de cada profissional, ou ainda, relacionado às ações gerais diretrizes provenientes dos órgãos gestores, nesses casos, os profissionais referem-se ao projeto terapêutico como decorrente das orientações da “Secretaria” ou do “Ministério” (referem-se aqui à Secretaria Municipal da Saúde e ao Ministério da Saúde) (Fiorati, 2010).

De maneira geral, percebe-se que, com base nas quatro formas de compreensão e descrição do projeto terapêutico pelos sujeitos das equipes dos serviços pesquisados, os profissionais não têm elaborado de forma coletiva o projeto terapêutico. Isto é, percebem-se as equipes paralisadas em uma postura inercial de reprodução de ações técnicas, mais ou menos consideradas como consensuais, mas nunca construídas coletivamente, revistas ou repensadas.

Primeiramente, em certos casos, observou-se que as equipes do estudo apresentam muita dificuldade em perceberem a provisoriidade dos objetos de investimento que moveram os projetos iniciais desses serviços. Percebemos que os profissionais investiram em algumas formas de organização e ações como formas acabadas e finais sob as quais um serviço extra-hospitalar de saúde mental, segundo os critérios da reforma psiquiátrica, deveria funcionar. Quando essas formas e ações foram questionadas pela crítica de determinados profissionais que chegaram aos serviços nem sempre comprometidos com os objetivos da reforma, as equipes sentiram-se impotentes e alguns tomaram as ações, ou mesmo os objetivos da reforma, como inviáveis e retornaram, em certa medida, a referenciais utiliza-

dos no passado, tais como o tratamento centrado no médico e no medicamento, ao invés de inventarem novas ações, ainda impensadas, para responder aos objetivos éticos que a reforma psiquiátrica propôs como desafio. Em segundo momento, observou-se o ingresso de novos profissionais nos serviços com desconhecimento do movimento histórico e dos objetivos da reforma psiquiátrica e que movem-se por critérios puramente técnicos, não se preocupando com os objetivos ético-políticos preconizados pela reforma.

Os profissionais, portanto, diante de dificuldades e atritos gerados em face de tamanha novidade que representou o modelo psicossocial alternativo ao manicomial, acuaram-se e retornaram ao terreno conhecido, das ações previstas e resguardadas pela organização puramente técnica. Os profissionais, entretanto, ao se desresponsabilizarem da tarefa de reinventarem ações novas para velhos problemas e ao se paralisarem em velhas ações para responderem aos novos problemas, alienam-se da responsabilidade de continuarem a construir um projeto terapêutico para o serviço que possa repensar o que não deu certo sem, contudo, “jogarem fora a água do banho com a criança junto” e inviabilizarem, portanto, todo o processo de inovação do modelo psicossocial. Mas vão além, pois, ao se apartarem da responsabilidade da elaboração e gerência do projeto terapêutico, desresponsabilizam-se, inclusive, da tarefa de todo ser humano, criativo que é, de se autoconstituir enquanto sujeito.

Nessa perspectiva, observa-se que a dificuldade dos sujeitos constituírem-se em coletivos para construção de projetos e ações sociais não se mostra apenas ao nível das equipes de saúde, como o estudo mostra, mas esse fenômeno tem se constituído uma tendência cultural na sociedade ocidental contemporânea.

Dois enfoques teóricos sugerem tendências nas formas culturais oriundas a partir do capitalismo tardio e aprofundadas na contemporaneidade, que se aproximam dessas questões as quais estamos abordando no que diz respeito às equipes de saúde mental ao levantar algumas teses sobre grandes modificações nas formas de sociabilidade e da organização social para a práxis que atingem profundamente o modo de coordenação das ações sociais,

da produção de sentido no mundo e constituição dos sujeitos.

A primeira delas diz respeito à análise de Habermas (1987) sobre a tendência, após a técnica e a ciência terem se tornado as principais forças produtivas e de coesão ideológica, de a esfera representada pela interação humana ser colonizada pela razão instrumental em uma sociedade tecnocrata. Nessas condições, o debate argumentativo para coordenação das ações sociais fica submetido ao reino técnico das ações instrumentais e, ao ser inteiramente justificado e legitimado com base nos preceitos técnico-científicos, o debate crítico perde sentido, pois a verdade fica demonstrada de antemão com base nas verdades já dadas na esfera da ciência e da técnica.

Essa teoria explica, em parte, a tendência de as equipes substituírem o debate crítico das esferas dialógicas para elaboração de projetos terapêuticos por ações puramente técnicas autolegitimáveis. Ou seja, as equipes dos serviços extra-hospitalares dispensam o debate crítico constituidor de processo de elaboração e construção de um projeto para investirem globalmente nas ações técnicas que já se encontram legitimadas e consensualmente dadas nas esferas do conhecimento e da prática profissional nos serviços.

Habermas (2000), entretanto, realça que não são somente os planos sociais de ação coordenada que perdem sua dimensão de elaboração com base nos processos de interação humana e do debate crítico intersubjetivo autoconstituidor para serem substituídos pela legitimação técnica das ações, mas a esfera política também se vê sucumbida diante da tecnificação das orientações para a tomada de decisões.

O outro enfoque teórico que aborda essa questão refere-se à análise crítica igualmente endereçada à racionalidade instrumental e que propõe a ideia de “sujeito desnecessário”. O sujeito desnecessário é aquele que não encontra mais lugar para sua práxis autoconstituidora no mundo (Campos, 2000).

A práxis política, ao perder expressão diante de uma realidade tecnificada, o sujeito, enquanto resultado direto do processo autoformador na práxis política, perde sentido. Assim como os espaços da esfera pública, ao serem resultados diretos da

práxis política dos sujeitos, também são deslocados para, no centro, colocarem-se aspectos da esfera do privado. Entende-se por esfera pública os espaços caracterizados por terem como atributo principal a tarefa de promover o bem comum, o bem público aos cidadãos, o sujeito dessa esfera pública é o coletivo de homens e mulheres que, organizados socialmente, têm a função de sustentarem o debate crítico a respeito dos destinos políticos e sociais de uma sociedade (Habermas, 1984).

Dessa forma, o sujeito, destituído de sua práxis política autoformadora e dos espaços nos quais sustenta a constituição de sua subjetividade, adquire um sentido de não existência porque passa a ser desnecessário. O sujeito, assim, ao se ver destituído em sua força de legitimidade naquilo e nos espaços que o constitui, demite-se de tarefas, reconhecidamente, de sua esfera praxica: demite-se de exercer o papel de sujeito e de coordenar suas ações sociais de acordo com um plano coletivo, enquanto sujeito.

O mundo globalizado passa a ser comandado pelas grandes corporações econômicas, apoiadas, por sua vez, pelas organizações que dão o sustentáculo tecnológico. Sendo assim, a sociedade tecnocrática, com base na ocultação do político sob o técnico, ao se somar às orientações neoliberais que promovem o enfraquecimento do Estado e do seu braço político, o governo, submetendo-os à dominação dos grandes conglomerados econômicos, geram, além do enfraquecimento do sujeito, enquanto agente da práxis política, o enfraquecimento das esferas públicas, em que o poder é negociado (Habermas, 1984).

Ora é na esfera pública que os sujeitos elaboram seus planos e projetos para a ação social. Ao enfraquecer-se a noção de sujeito, enquanto agente da práxis, e das esferas públicas, enquanto espaço político da ação coletiva produtora da vida social, enfraquecem as iniciativas de elaboração de planos de ação social e projetos institucionais.

A dificuldade, portanto, de certas equipes de serviços extra-hospitalares de saúde mental pode estar relacionada com essas duas manifestações culturais apontadas pelos autores referidos. Ou seja, a substituição da construção de projetos por meio da interação intersubjetiva dialógica que sustenta a práxis política dos coletivos para a constituição de planos para a ação social, pela pura e simples aplicação de

tecnologias autolegitimáveis pelo conhecimento e práticas profissionais, torna os profissionais reféns de uma razão instrumental e que com base nesse referencial, a prática de construção e elaboração de projetos terapêuticos torna-se desnecessária, pois já se tem de antemão um rol de atividades técnicas determinadas, prontas para serem aplicadas.

Da mesma forma, o sujeito constituidor de projetos encontra sua ação, igualmente, dispensável diante do declínio das esferas públicas e políticas, arena dos debates críticos fundadores dos planos comuns e projetos orientadores para a coordenação social, e que, se na sociedade em geral a ação política dos sujeitos organizados passa a ser substituída pelas decisões técnica e economicamente orientadas por poderosas corporações capitalistas, nas instituições a ação intersubjetiva de construção de projetos é substituída por planos técnicos de ações predeterminadas pelas esferas gestoras e gerenciais, ou simplesmente pelas esferas do conhecimento especializado de cada profissão.

Mas como superar tal situação? À primeira vista, parece-nos que essa dificuldade é estrutural e as formas tradicionais de luta por alternativas mais democráticas de existência e formação de consensos sociais ficam sempre predispostos à dominação. A partir do final do século XX, assiste-se a uma desqualificação dos interesses populares, conquistas de classes e trabalhistas importantes associadas à crescente desmobilização das forças reivindicatórias e das organizações políticas que as sustentavam. Diante de tal panorama, como conseguir a constituição de sujeitos, o fortalecimento das esferas públicas e dos coletivos, imprescindíveis para a construção de projetos de mudança?

Habermas (1987), apesar de denunciar sistematicamente o império da razão instrumental e a colonização da esfera da interação humana pela racionalidade técnica e científica, acredita que é possível reposicionar a racionalidade comunicativa sobre a técnica e garantir, portanto, a viabilização de consensos verdadeiramente democráticos, na prática. Apesar de a teoria da ação comunicativa ideal apoiar-se, entretanto, em dimensão utópica, porque permanece dentro da virtualidade de uma vida, ainda, irrealizada, para o filósofo a denúncia sistemática das situações em que a comunicação

intersubjetiva é invadida e pervertida pelas esferas da racionalidade instrumental e mantida refém de interesses privados possibilita um caminho de superação emancipatória. Além disso, a prática de formação de grupos humanos interessados na prática dialógica e democrática de fundação de consensos também representa forma de superação e exercício emancipatório.

Para Campos (2000), as tentativas metódicas dos sistemas de dominação podem produzir imobilidade, impotência, sob certas circunstâncias, porém, não autismo. Pode-se chegar ao agir burocrático, à práxis alienada e de bloqueio da possibilidade de investimento dos sujeitos em objetivos e objetos, tanto que a dominação tem conseguido funcionalmente algumas vitórias nesse sentido. Entretanto, os homens têm demonstrado, historicamente, a capacidade de reagir e também de criar projetos de mudança diante das situações incômodas. É preciso, portanto, investir-se na formação de coletivos democráticos e repor o sujeito no centro da vida política, mesmo que isso tenha como pré-requisito envolver-se com a luta contra a hegemonia de alguns valores, de uma certa visão de mundo dominante e com o inevitável enfrentamento, em alguma medida, com certas elites.

Segundo Franco (2003), inspirando-se em Thomas Kuhn e em sua obra *A estrutura das revoluções científicas*, na qual inaugura a noção de paradigma como matriz disciplinar referente à organização de determinado conhecimento metodológica e conceitualmente, há em saúde dois paradigmas em constante estado de tensão, responsável pela contradição entre dois modelos alternativos de projetos terapêuticos, a saber: o modelo “médico produtor de procedimentos” e o modelo “produtor de cuidados”. O primeiro é o operante nas instituições de saúde, apoia-se na concepção de saúde *versus* doença, centra seu foco de atenção na patologia e no corpo anatomofisiológico. O segundo, pelo contrário, apoia-se em concepção de saúde e doença como processos complexos que envolvem pluralidade de fatores, foca o cuidado no sujeito e suas necessidades para além do corpo biológico, enxergando o sofrimento como processo que envolve dimensões do campo do simbólico e das intersubjetividades. Este último paradigma, entretanto, conforme o autor, é o modelo instituinte, isto

é, o modelo que disputa com o anterior a condição de instituído, aquele que se pretende substituto do que está sendo operacionalizado e detém a hegemonia das práticas antigas e atuais.

No campo da saúde mental, diríamos, em conformidade com o autor acima, que há dois paradigmas, igualmente, em estado de tensão permanente, geradores de modelos conflitantes e que se alternam nas orientações dos projetos terapêuticos elaborados e nos atos assistenciais praticados: o modelo biológico, centrado na psicopatologia e o modelo psicossocial, centrado no sujeito em sofrimento. Esses dois modelos, representantes de paradigmas concorrentes nas concepções dos processos em saúde mental, alternam-se, em alguns momentos, e se misturam, em outros, porque segundo Kuhn (2007), o paradigma que se quer instituir não substitui o antigo mecanicamente, mas o caminho é processual e, nos períodos transicionais, são aspectos dos dois que se confundem na prática cotidiana dos membros de uma comunidade que compartilha determinados objetivos e projetos.

No campo da saúde mental, observamos uma situação na qual esses dois modelos ora se alternam, ora se misturam na constituição das práticas assistenciais selecionadas como atos de produção em saúde, representantes de determinados projetos terapêuticos veiculados ao devir do processo de construção desses serviços. Em certos serviços extra-hospitalares de saúde mental, se nos momentos iniciais de inauguração predominava a prática apoiada no segundo paradigma que guiou os movimentos de reforma psiquiátrica, mesmo pressionada pela hegemonia e tradição do primeiro, na época atual a prática recuou para aspectos característicos do primeiro paradigma (centrado no biológico, na doença e nos medicamentos), entretanto, os discursos continuam apoiando-se no segundo, na ilusão de que as metas ainda refletem o modelo psicossocial por excelência.

Os discursos dos profissionais refletem esse conflito. A ação assistencial na prática é médico-centrada, mas aquilo que é idealizado, as ações psicossociais, tratadas como existente em passado recente, mas recuperável, é projetado, agora, para um futuro provável, entretanto virtual.

Franco (2003) ainda registra que o projeto tera-

pêutico constitui-se em conjunto de atos pensados, ações consideradas ideais dentro de determinada concepção paradigmática, dentro de um período histórico determinado e compartilhado por comunidade unida por objetivos e metas comuns e específicos. Nesse sentido, o projeto terapêutico tem uma dimensão, inevitavelmente, de programação para o futuro e só adquire materialidade quando é executado por meio das ações de trabalho dos profissionais. Nesse momento, entretanto, deixa de ser projeto para se concretizar em atos assistenciais. Ou seja, o projeto pode até nem se tornar inteiramente atos assistenciais, dependendo se for executado integralmente ou não, mas um projeto está sempre em uma dimensão virtual, imaginada e só se materializa quando se transforma nas ações de trabalho que, em saúde, se constituem nos atos assistenciais.

Se considerarmos essas observações então, nesse sentido os serviços de saúde mental têm projeto terapêutico. Isto é, ele não é totalmente inexistente, mas existe de uma forma idealizada, projetada para um futuro, no qual ações de inclusão social do usuário sejam priorizadas. No presente, todavia, os atos assistenciais, ainda, não se constituem concretizações desse projeto terapêutico, mas, refletem um momento de recuo, no qual o paradigma médico biológico retoma uma certa hegemonia nas ações terapêuticas realizadas nos serviços devido a vários fatores tais como reações corporativistas de alguns profissionais médicos, orientações políticas de determinados gestores e coordenadores de saúde e dificuldades das equipes de profissionais para lidarem com concretizações de um projeto terapêutico tão inovador quanto o psicossocial.

A consequência principal da paralisação dos profissionais diante da tarefa de elaboração e gerência dos projetos terapêuticos é que a práxis cotidiana dos serviços não prioriza as ações psicossociais, sendo que as ações prioritariamente realizadas são as médico-clínicas. As ações terapêuticas centradas na tecnologia médica são consideradas como imprescindíveis, portadoras de um valor de tecnicidade comprovadamente mais eficientes pela ciência, enquanto que as da atenção psicossocial, destituídas de valor de tecnicidade, acabam sendo projetadas para o futuro, já que, não tão imprescindíveis, podem esperar até que os recursos correspondentes

cheguem para viabilizá-las na dimensão empírica do cotidiano. Dessa forma, a hierarquia nos atos assistenciais fica evidente entre as ações médico-clínicas e as psicossociais.

Considerações Finais

Como garantir que os objetivos éticos advindos do processo de construção da reforma psiquiátrica direcionem as ações cotidianas nos serviços extra-hospitalares de saúde mental e as ações de saúde disponibilizadas aos usuários tenham como referencial o paradigma da atenção psicossocial? E como reposicionar um projeto terapêutico que reforce o cuidado do usuário dentro do paradigma psicossocial?

A nosso ver, as equipes dos serviços devem retomar a tarefa primordial de elaboração e gerenciamento dos projetos terapêuticos como responsabilidade imprescindível ao exercício de uma prática de cuidado e atenção em psiquiatria marcada pelo primado das ações terapêuticas fundadas nas construções dialógicas e democráticas, nas quais os sujeitos, não só os profissionais, mas, sobretudo, os usuários, posicionem-se enquanto seres agentes e engajados em processo de entendimento mútuo na coordenação dos planos de ação social.

Sendo assim, instrumentalizar os profissionais das equipes dos serviços extra-hospitalares de saúde mental para que sejam capazes de formularem e operacionalizarem projetos terapêuticos que atendam as reais necessidades dos usuários é tarefa prioritária hoje nos serviços e significa, sobretudo, incorporar a ideia de multicausalidade na produção dos problemas de saúde e saúde mental em que o saber médico seja um dos componentes (prioritários, com certeza), mas, necessariamente, compartilhado em iguais níveis de importância com os saberes de outros profissionais.

Há, portanto, uma necessidade premente colocada nos serviços que é a de libertar os profissionais do aprisionamento em que se encontra seu trabalho, com a consequente redução de sua potência na resolubilidade dos problemas de saúde colocados pelas necessidades dos usuários. Contar que os profissionais podem se tornar dispositivos de mudança é contar que a ação política dos sujeitos em ação

coletiva pode e deve ser restaurada e estimulada ao nível dos serviços. E é, sobretudo, uma ação coletiva ampliada a que se faz hoje necessária para capacitar os profissionais a reestruturarem projetos terapêuticos dentro do paradigma psicossocial, bem como essa situação deve ser foco de atenção das esferas governamental, dos gestores e também das instituições acadêmicas, no sentido de que dessa instituição partem os vários conhecimentos sistematizados que podem integrar e constituir um projeto terapêutico psicossocial nesses serviços.

Referências

- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e 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.
- FIORATI, R. C. *A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial*. 2010. 242f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-98.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1988.
- HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1987.
- HABERMAS, J. *O discurso filosófico da modernidade: doze lições*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- HABERMAS, J. *Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria de sociedade burguesa*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2007.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 4, n. 6, p. 109-16, fev, 2000.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-62, 2006.

Recebido em: 29/06/2011

Aprovado em: 01/02/2012