

Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde

A comparative study of two mental health services: relationships between popular participation and social representations related to the right to health

Cláudio Luis da Cunha Gastal¹
Celso Gutfreind¹

Abstract

The present paper originated from a qualitative study that analyzed social representations related to the right to health, expressed by users of two types of mental health services, one with participation by users and families and the other without such participation. The aim was to analyze such representations not only in relation to the awareness of the right to health, but also concerning associated factors, such as: popular participation; illness; public health care; perception of social intervention capacity; and concepts concerning the state. Social representations of the right to health involve expectations that the health system and the state meet their roles of ensuring care and support. Users of the mental health service without user/family participation tended to be more resigned and pessimistic. The group with participation views the service it has built as having characteristics denied by the official system and view advocacy as a possible alternative focus for forming new social representations.

Consumer Participation; Community Mental Health Services; Right to Health; Social Representations

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Rio Grande do Sul.

Correspondência

C. L. C. Gastal
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil.
Rua Mathias Piechnick 670, Mafra, SC 89300-000, Brasil.
claudiogastal@brturbo.com.br

Introdução

Essa pesquisa visa conhecer as representações sociais de usuários de serviços de saúde mental relativas à consciência do direito à saúde de forma direta e a fatores associados, como: participação popular, o processo de adoecimento; o atendimento público de saúde, percepção da capacidade de intervenção social e concepções sobre o Estado.

Atualmente as garantias básicas em relação à saúde vêm sendo questionadas^{1,2,3,4,5,6}. Tem sido assinalado que o conceito de participação popular sofre o risco de perder seu conteúdo democrático e de matizar-se por uma concepção de ação auxiliar à do Estado^{7,8,9}, com os mecanismos participativos e de controle social inerentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) perdendo substância. Afirmarões de que a prática do SUS frequentemente não condiz com seus pressupostos são usuais^{2,7,10,11}. Alguns atribuem isso a um afastamento dos profissionais que impulsionaram a reforma sanitária dos movimentos sociais, passando a privilegiar ações dentro do Estado^{10,12,13,14}. Com isso teria ocorrido um esvaziamento das instâncias participativas^{10,15} e a manutenção de antigas alianças na área da saúde, integradas por interesses econômicos e pela burocracia estatal¹⁴, favorecendo a permanência de ações biomédicas, de um sistema voltado mais para a doença, de dificuldades de acesso ao sistema, de posturas descompromissadas de

muitos profissionais e condutas manipulativas em relação aos conselhos^{10,16}.

A consciência do direito à saúde é essencial para que a população participe de forma ativa. Esse direito vincula-se ao entendimento que as pessoas têm a respeito do processo de adoecimento e da saúde^{5,6}, sendo impossível pensar tal direito de forma abstrata^{2,5,9}.

Pensamos, portanto, que é mais provável serem encontradas representações socialmente construídas sobre direito à saúde em serviços onde esteja presente a participação popular^{3,4,5,17} do que em serviços que funcionem sem essa participação.

Metodologia

A população estudada

Estudamos os usuários de dois serviços de saúde mental que funcionam em uma cidade de 50 mil habitantes na Região Sul do Brasil.

Um é o Centro Terapêutico Nosso Espaço (CTNE), construído por um grupo organizado de usuários, familiares e técnicos da saúde mental. A Secretaria de Saúde local, num acordo com o CTNE, em 2003 assumiu a responsabilidade pelo funcionamento do centro terapêutico, mas instituiu-se uma ambigüidade quanto a quem pertence o espaço, pois os usuários têm um sentimento de posse em relação ao mesmo.

O CTNE oferece oficinas terapêuticas, atendimento psicológico e psiquiátrico (em grupo), contando também com estagiários de psicologia e educação física, atendendo 58 usuários. O local e os técnicos são cedidos pela prefeitura. O outro é o Ambulatório de Psiquiatria do SUS (AP), de moldes tradicionais. O ambulatório proporciona consultas individuais, orientadas psicofarmacologicamente e com eventuais encaminhamentos para psicólogo. O espaçamento entre as consultas varia entre 30 e 60 dias.

Ambas são populações urbanas com renda familiar variando entre 1 e 4 salários mínimos.

Analisamos uma amostra de seis usuários de cada serviço, escolhida aleatoriamente para evitar concentração indevida de sujeitos dentro de um mesmo nível sintomático, e um conseqüente viés no conteúdo discursivo. Foi aplicado aos usuários do CTNE o BPRS-A (*Brief Psychiatric Rating Scale Anchored*), com versão em português¹⁸, sendo realizado sorteio de dois sujeitos pertencentes a três grupos pré-estabelecidos de escores, os quais foram pareados pelo BPRS-A e diagnóstico com seis usuários do AP.

Foram critérios de exclusão: surto psicótico grave e acentuada sintomatologia negativa.

Não preenchendo os critérios de exaustividade relativos aos objetivos do estudo^{19,20} a amostra seria ampliada.

Desenho do estudo: escolhas e limites

Trata-se de um estudo qualitativo com características etnográficas, que se utilizou da observação participante e de entrevistas semi-estruturadas.

Optamos pelo método qualitativo devido ao nosso interesse nas representações sociais. Essas não se evidenciam declaradamente, sendo difícil captá-las em avaliações quantitativas, pois emergem do discurso e das atitudes observadas. Por isso nossa opção por entrevistas semi-estruturadas e observação participante como instrumentos de coleta de dados. As entrevistas nos proporcionaram dados fundamentais da subjetividade dos sujeitos, mas não nos permitiram observar a interatividade grupal. Já a observação participante possibilitou a compreensão de aspectos do funcionamento grupal (no CTNE) e da vida diária dos sujeitos (no AP), não evidenciáveis nas entrevistas. Em nosso parecer, ambas as técnicas complementaram-se, embora um maior tempo de observação participante pudesse fornecer mais dados para a compreensão, principalmente, do funcionamento grupal do CTNE.

Coleta e análise dos dados

As entrevistas semi-estruturadas tiveram um roteiro orientador, mas foram bastante abertas, assumindo parcialmente características de entrevistas narrativas¹⁹. Isso porque entendemos que a grande necessidade expressiva encontrada foi um dos achados preliminares a ser mais compreendido. Todas foram gravadas e transcritas.

Os usuários do CTNE foram entrevistados no próprio local, os do AP em suas residências.

A observação participante no CTNE incluiu as atividades terapêuticas e as reuniões de grupo, num total de trinta horas. No ambulatório realizou-se em sua sala de espera, perfazendo dez horas, complementadas com oito horas nas residências dos usuários.

As entrevistas dos usuários do CTNE e do AP foram analisadas em separado, sendo submetidas à análise de conteúdo, tendo como unidade de registro o tema²¹, sendo recortadas em unidades temáticas iniciais, estabelecendo-se regras para a inclusão de cada tópico²⁰. Após, revisamos as unidades buscando categorias e subcategorias empíricas definitivas abrangendo ambos os grupos. Os enunciados das entrevistas foram recortados dentro das subcategorias sen-

do essas quantificadas quanto à frequência absoluta e depois obtida a soma total de cada uma dentro de cada grupo em estudo. Pela soma da frequência das subcategorias obteve-se o total da categoria abrangente. Utilizamos como principal critério de relevância a frequência absoluta das subcategorias e categorias ^{20,21,22}.

Com a análise dessas, aliada aos achados da observação participante, procuramos entender e codificar as representações sociais relativas ao sofrimento psíquico, sobre os meios para sua mitigação e sobre os recursos reais encontrados para tal, buscando formular as representações relativas ao direito à saúde.

Escolhemos analisar a questão pelo prisma das representações sociais, por nos parecer serem esses construtos essencialmente dialéticos no sentido subjetividade/realidade externa, abrindo uma perspectiva de interação transformadora com o social. A importância desse entendimento de representações sociais em pesquisas qualitativas na área de saúde tem sido já bastante evidenciada ^{23,24,25}.

Citando Oliveira & Werba ²⁶ (p. 105), entendemos representações sociais como: "... *'teorias' elaboradas sobre os saberes populares e do senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente com a finalidade de construir e interpretar o real. Por serem dinâmicas, levam indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio, ações que, sem dúvida, modificam os dois*".

Orientamos nossa análise pela perspectiva interpretativa sugerida por Spink ²⁷, dentro de pressupostos construtivistas.

Aspectos éticos

A pesquisa que originou esse artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil, atendendo aos princípios da Declaração de Helsinki, da World Medical Association e da Legislação brasileira.

As entrevistas foram gravadas após consentimento dos sujeitos.

O nome da cidade não foi mencionado e o dos serviços substituídos por nomes fictícios devido a dados surgidos na pesquisa que tornam essa opção mais ética.

Resultados

Análise de conteúdo

A análise de conteúdo estabeleceu as seguintes categorias e subcategorias empíricas de análise. O artigo utilizou-se das subcategorias assinaladas em negrito (Tabela 1), de maior relevância

para seus objetivos, sendo os números referentes à quantidade de enunciados em cada subcategoria.

• Aspectos relacionados ao adoecimento

Essa categoria apresentou maior relevância em relação às demais, e seu conteúdo foi bastante homogêneo nos dois grupos. Além de uma constante necessidade de narrar a história de seu padecimento, evidencia-se uma vinculação entre as três subcategorias. *As experiências de desamparo* são colocadas como fundantes do *sofrimento*. São experiências de um desamparo fundamental, de impotência frente a facticidade do mundo.

Desencadeado pelo *sofrimento*, o adoecer levaria à perda de controle em relação a si mesmo, a qual é favorecida por, e desencadeadora de, *interações não solidárias*, levando a um exílio do mundo da normalidade, como nos seguintes exemplos de uma usuária do AP.

a) Experiência do desamparo

Passado: "... *eu conheci o meu pai assim, batendo na minha mãe. (...) nós que era pequeno se escondia tudo, porque sabia que ele ia chegar e ia dar bordoadas na mãe (...) e a gente não tinha cabeça pra outra coisa. Era só preocupada com ela. E ele chegava e (...) batia nela, rasgava as roupas dela, queria se enforçar nas cortinas (...) ele cortava o pescoço, corria aquela sanguera...*".

Presente: "*Nossa, desamparada em tudo. Tanto de perder a UNIMED e cair lá embaixo; porque a gente cai pra tudo. (...) Quando eu cheguei lá no promotor, eu me senti lá embaixo, por ser uma simples cozinheira. (...) Eu tenho que fechar a boca, baixar a minha bola, ficar quieta, porque eu sou capaz de ir presa ainda...*".

b) Sofrimento

"*E um ano antes dele sair é que começou. (...) Eu ficava fraca das pernas, tinha vômito, emagreci bastante naquela época. E eu chegava em casa com dor de cabeça forte. (...) Quando deitava, eu tinha que deitar bem devagarinho, pois se deitasse rápido, me dava falta de ar e eu pensava que já ia morrer*".

c) Não interação ou interações não solidárias

"*Ele me fez voar na cama e disse: agora você vai ficar aqui deitada e eu vou sair. Ele saiu e horas depois essa mulher liga e diz assim: 'Enquanto, sua idiota imbecil, você tá aí jogada no fundo duma cama, eu tava aqui com teu marido. Daqui a pouco chega em casa pra fazer de conta pra você...'".*

Tabela 1

Categorias e subcategorias empíricas de análise.

Categorias/Subcategorias	CTNE	AP	Total
Aspectos relacionados ao adoecimento			
A experiência do desamparo	38	44	82
O sofrimento	26	18	44
Não interação ou interações não solidárias	47	35	82
Outras	5	1	6
Total	116	98	214
Aspectos relacionados à saúde			
Interações solidárias	46	14	60
A realização pessoal	10	10	20
A capacidade de presente e futuro	9	11	20
Total	65	35	100
Experiências de tratamento			
Não comprometimento dos profissionais	25	20	45
Satisfação com o atendimento	21	21	42
Relações de poder	13	6	19
O acesso	19	12	31
Aspectos complementares	7	7	14
Proposições	8	4	12
Total	93	70	163
Concepções sobre o Estado			
O Estado como os que têm poder	9	15	24
O Estado como inacessível	11	13	24
Estratégias de sobrevivência	20	7	27
Total	40	35	75
É possível mudar?			
Atitudes pessoais	10	9	19
Atitudes coletivas	7	3	10
A impotência	7	11	18
Conselho Municipal de Saúde	6	6	12
Total	30	29	59

CTNE: Centro Terapêutico Nosso Espaço; AP: Ambulatório de Psiquiatria do SUS.

A importância dada às *interações não solidárias* no processo de adoecimento é assinalada por uma usuária do CTNE: “... *tem gente que toma uns remédios que não precisa (...) mas tem que tomar porque não tem uma compreensão na vida dela de ninguém (...) então ninguém entende aquela pessoa, ela fica carente e precisa de remédio, e se a pessoa entender ela, ela larga do remédio...*”.

Parece aqui se delinear uma interpretação culturalmente compartilhada do adoecer psíquico, incluindo noções etiológicas e éticas, configurando-se uma representação social.

- **Aspectos relacionados à saúde**

A percepção da possibilidade de *interações solidárias*, mesmo para não participantes do CT-

NE, parece ser a descoberta de algo novo para o alcance do bem estar. Uma usuária do AP fala sobre sua experiência num clube de mães: “*O bom foi a união, pois cada um fazia uma coisa e todos eram tratados da mesma forma. Era coisa bonita de se ver. As pessoas tavam unidas, aquele ano foi muito bom. Eu só faltei uma vez. (...) E no final do ano fizemos amigo secreto, podia levar qualquer coisinha, a coisa mais boa! (...) Eu gostei, porque ali existia união das pessoas. E é o que eu acho que tá faltando de um modo geral no Brasil, né*”.

Chama atenção a unanimidade das respostas dos usuários do CTNE apontando para um sentimento de pertença a um grupo visto como caracterizado por interações solidárias: “*Me sinto mais valorizado, eu tenho amigos, coisa que eu*

não tinha antes, que eu sempre quis. (...) A gente conversa bastante, com todos, e isso tá me ajudando (...) aqui, fazemos brincadeiras. Coisa que eu não participava antes (...) aqui não me sinto isolado, me sinto mais respeitado (...) quando eu saio daqui e as outras pessoas falam palavras que machucam, eu já posso confiar que tenho os amigos daqui”.

Vemos noções como acolhimento, proteção e ludicidade percebidos como meios terapêuticos importantes, que se dão num espaço intermediário entre o isolamento pessoal e o mundo externo.

• Experiências de tratamento

Encontramos de modo quase equivalente a menção do *não comprometimento dos profissionais* e de *satisfação com o atendimento*. As experiências de satisfação dos usuários do CTNE estão em sua maioria vinculadas ao acolhimento recebido no grupo. O não comprometimento dos profissionais é uma queixa presente, mas não freqüente. Nos usuários do AP alguns relatos de satisfação sugerem facilidades pessoais mais do que características do sistema de saúde: *“Eu (...) pela minha pessoa não tenho queixa, porque eu sou muito bem atendida aqui, mas muito mesmo. As vezes eu passo mal da pressão alta, e eu ligo pra cá: ‘Regina, faz um favor pra mim...’”.*

Quanto ao não comprometimento, evidencia-se a queixa comum a ambos os grupos, de não ser bem tratado pelo pessoal da saúde, principalmente pelos médicos: *“Eu acho que falta nos médicos mais é dar atenção. Os médicos são meio estúpidos no atender (...) o atendimento dos médicos devia ser melhor, levar mais em consideração o ser humano, não tratar mal”* (usuário/a do CTNE).

As queixas em relação ao *acesso* são freqüentes e comuns aos dois grupos. A maioria envolve as filas. Alguns relatos falam sobre maior facilidade de acesso, o que talvez reflita melhorias ocorridas no atendimento. Mas a representação que predomina em relação a isso é a do descaso: *“Uma vez que eu fui no SUS eu tive que ir 8 horas da noite. Era aquela agonia, a todo instante (...) chegava uma pessoa lá ruim, gemendo, a noite inteira naquilo lá. Eu me sentia tão mal em ver tudo aquilo, porque eu não imaginava que as pessoas iam mal (...) e fazer aquilo (...) as pessoas iam mal e eles não atendem as pessoas que tá mal e precisam”* (usuário/a do AP).

Aqui, novamente observamos que a necessidade de amparo contrasta radicalmente com um ambiente sentido como de abandono.

• Concepções sobre o Estado

As representações sobre o Estado são comuns aos dois grupos, e o vinculam ao poder econômico, político e o do saber. O Estado é visto como uma instância determinante (*o Estado como os que têm poder*) e que está fora do alcance das pessoas (*o Estado como inacessível*).

“O grupo de elite dá graças de ficar longe das pessoas. Porque eu acho que tão tratando muito mal a nossa santa bola. A nossa santa bola eu quero dizer é aquele povo que luta e trabalha pra sobreviver” (usuário/a do AP).

“Acho que eles só querem poder. (...) Olha, eu nem dou bola mais pra isso. Eu voto, tudo, tento ver se a pessoa é boa, mas eu voto e não dou muita bola porque não acredito mais” (usuário/a do CTNE).

Em nenhum momento as representações sobre o Estado incluem a noção de proteção ou pertença.

• É possível mudar?

Aqui, a subcategoria central é, em termos de relevância, a da *impotência*.

“Eu não sei, mas eu acho que o povo tem que esperar. Até a hora em que eles que mandam se sentir ser humano de verdade e eles mudar as coisas. Porque tá muito mal distribuído esse negócio” (usuário/a do AP).

As referências a *atitudes coletivas* ocorrem numa freqüência mais elevada entre os membros do CTNE.

“... se todos fossem a favor que existisse, porque uma psicóloga tem que ter né; fazer uma espécie assim de um abaixo assinado, assinado por todos do Centro Terapêutico Nosso Espaço e aí levava para a prefeitura, né” (usuário/a do CTNE).

As *atitudes pessoais*, mais citadas em ambos os grupos, soam mais como catárticas do que como possibilidades de ação, ratificando o sentimento de *impotência*.

“Tinha gente bem assim nervosa assim na fila: ‘Qualquer hora eu vou fazer besteira, porque esse SUS é uma merda, porque pobre é merda, porque rico, se precisa de médico, tão na frente. Porque eu quebro tudo essa bosta; eu venho aqui e mato tudo, mato médico, mato tudo. Nenhum deles vale nada, são tudo igual, a gente tá atirado aí porque é pobre’” (usuário/a do AP).

Em relação ao *Conselho Municipal de Saúde*, apenas um dos sujeitos tinha conhecimento, mesmo assim vago. É uma amostra restrita, mas esse desconhecimento nos leva a pensar que os profissionais e os órgãos de saúde não divulgam essa instância fundamental do SUS.

Aspectos centrais da observação participante

A observação participante mostra aspectos não evidenciados nas entrevistas, chamando atenção o contraste que se dá entre “individualidades isoladas” (AP) e “participantes de um grupo” (CTNE). Em todos os ambientes de observação os usuários do AP mostram-se num sofrimento sem interlocutor; algo não tão evidente nos seus discursos.

No CTNE, observam-se fenômenos que parecem contradizer as entrevistas, onde o acolhimento e a pertença são relevantes. Contudo, as pessoas nas atividades terapêuticas parecem estar isoladas. Mulheres costumam e conversam pouco. Outro usuário permanece isolado com semblante triste. Não parece haver grupo. Entretanto, as atividades não oficiais com elementos culturais próprios, como o futebol, o chimarrão e as horas em que conversam informalmente parecem mais animadas e valorizadas que as atividades terapêuticas oficiais.

Nas reuniões do grupo, uma atividade mais dos usuários do que proposta pelos técnicos, muitas pessoas parecem ganhar vida, utilizam o espaço, contam casos e cantam. Carmem fala tudo em trovas. Em uma das reuniões, Glória começa a rir sem parar. Ela está, aparentemente, num quadro psicótico. As pessoas começam a rir com ela. Maria a abraça e ela senta ao seu lado, sorrindo. A reunião parece absorver essas interrupções e as tolera. É desorganizada, mas os assuntos acabam sendo discutidos. Por outro lado, observa-se claramente que o grupo tem dificuldade em definir ações e de unir-se em torno daquelas sugeridas.

Discussão e conclusões

Em ambos os grupos observamos uma grande necessidade expressiva. Tal necessidade parece vincular-se à busca de *interações solidárias*. Nossos resultados mostram uma representação social do processo de adoecimento no qual as subcategorias de *experiência do desamparo*, *sofrimento* e *interações não solidárias* se intensificam mutuamente, levando ao “adoecimento”, que seria o ficar preso e aprofundar-se nesse círculo. O centro da experiência do *sofrimento* parece ser o sentimento de perda de controle em relação a si mesmo, o que está de acordo com outros estudos sobre a experiência subjetiva do adoecer mentalmente^{28,29,30}. Costa³¹ coloca como essência da noção popular de “doença de nervos” um conflito identificatório que atinge a identidade psicológica, a qual deixaria de ser percebida como um predicado universal, levando a pessoa a

sentir-se à parte do mundo da normalidade e a um conseqüente empobrecimento dos vínculos sociais³². Isso leva a afastamento e/ou rechaço por parte de terceiros: *interações não solidárias*. Do conjunto desses aspectos provavelmente decorra tão grande necessidade de subjetivação. Isso nos parece constituir uma necessidade que contém, silenciosamente, uma reivindicação de direito: o de ser escutado.

Em ambos os grupos foi relevante a importância da *experiência do desamparo* no processo de adoecimento, sendo vivenciada como experiência extremamente disruptiva, que coloca a pessoa frente a um mundo visto como ameaçador ou indiferente. O conteúdo dessa experiência nos remeteu a Winnicott^{33,34}, que, ao falar dos fenômenos transicionais nas crianças mostra que a ruptura abrupta do espaço potencial, com uma apresentação precoce do mundo, percebido como desconhecido e ameaçador, é fonte de uma vivência de desestruturação. As *interações não solidárias* representariam esse desconhecido ameaçador, com o qual o contato é constante.

Sendo tão importante a vivência de desamparo, é compreensível que as pessoas busquem no sistema de saúde, como Traverso-Yepes & Morais¹⁰ assinalam, uma mitigação desse sentimento, uma escuta.

A pesquisa revela também achados encontrados por outros autores^{1,3,35}, mostrando que em ambos os grupos existem representações sociais dos profissionais e da estrutura do sistema de saúde como desprovidos de compreensão, respeito e acolhimento. Esse, ao não acolher a pessoa, a estaria privando da satisfação de um direito: o de que o sistema de saúde cumpra funções de apoio social.

O Estado é percebido, em suas representações, como uma instância alheia à população e que a domina: uma esfera na qual habitam médicos, funcionários públicos, políticos, patrões etc., os quais estariam motivados por interesses particulares. Cabe submeter-se, seja com raiva, seja com resignação.

Não temos a pretensão de generalizar achados de uma amostra pequena, mas surpreende o quanto são semelhantes àqueles encontrados por outros autores^{3,4,35} em contextos urbanos bastante distintos. Essa representação do Estado o coloca como incapaz de proporcionar amparo e segurança. As pessoas vêem frustrado algo que nas entrelinhas é percebido como um direito: o de que o Estado cumpra funções de amparo, algo percebido como fundamental para a saúde.

Acreditamos ser possível discernir várias noções de direitos, mas sua realização parece colocar-se num horizonte visto como inalcançável.

Jovchelovitch ³⁶ assinala achados semelhantes: uma representação de distância intransponível entre o cidadão comum e as esferas de poder. Jovchelovitch ³⁶ assinala o papel desempenhado pelos que detêm o poder na formação de representações sociais que implicam fatalismo, impotência ou identificação por parte da população. Aqui a ótica das representações sociais é fundamental, pois estabelece uma dimensão dialética entre o mundo objetivo e subjetivo ³⁷. Sendo o sistema de saúde visto como participante das esferas de poder, podemos supor que participará na reprodução de tais representações. Isto torna fundamental a questão do amparo e do acolhimento dentro do sistema de saúde, pois tal não somente corresponderá a necessidades da população, como também poderia ser um foco alternativo de formação de representações sociais menos fatalistas sobre possibilidades de mudanças. Opiniões semelhantes são as de Valla ³⁸ e Bosi & Affonso ³ (p. 364), assinalando essas que “... cabe ressaltar o papel estratégico das relações estabelecidas no cotidiano dos serviços para o processo de mudança social e construção dos direitos, em especial, no campo da saúde”.

Ou seja, as representações sociais propiciadas pelo Estado obstaculizariam a participação popular, enquanto que serviços abertos à participação popular poderiam representar possibilidades de novas representações.

Em relação aos aspectos diferenciais entre os dois grupos, vemos ser bem maior a frequência da subcategoria *interações solidárias* (46 citações) nos usuários do CTNE do que nos usuários do AP (14 citações). Chama atenção que na subcategoria satisfação com o atendimento, das 21 referências dos usuários do CTNE, 14 são sobre o acolhimento na mesma. Tais achados apontam no sentido de uma representação social, mais específica do grupo do CTNE, de que o que proporciona saúde é o contraponto de desamparo e descaso.

Através da observação participante no CTNE, notamos, em relação à subcategoria *interações solidárias*, que as atividades informais parecem ser mais relevantes do que atividades terapêuticas “oficiais”, o que nos parece bastante relevante no sentido terapêutico. O CTNE é visto pelos usuários como um local onde as relações internas parecem ser apaziguadoras e solidárias, características muito semelhantes às aquelas dos fenômenos transicionais colocadas por Winnicott ³⁴, principalmente espaço potencial e objetos transicionais. Davis & Wallenstein ³⁹ definem o espaço potencial como um “lugar” intermediário entre o mundo interno e a realidade, onde ocorre a comunicação significativa, favorecendo uma mutualidade das experiências,

ou uma superposição de espaços potenciais, onde as relações interpessoais atingiriam riqueza e facilidade, proporcionando uma estabilidade flexível que seria a saúde. Ainda, segundo Winnicott ³³, a ruptura do espaço potencial, na fase transicional, por circunstâncias traumáticas, seria o elemento-chave da desorganização psicótica, levando a regressões a fases mais primitivas do desenvolvimento. Parece-nos que no CTNE reconstituiu-se o espaço potencial quebrado pelas experiências de desamparo, possibilitando ao sujeito retomar o curso de sua história, abandonando tais regressões, algo que parece não ocorrer no AP. É plausível supor que o grupo possui características transicionais esteja relacionado a sua origem popular participativa, na medida em que isso pode estar vinculado à coesão grupal encontrada, já que alguns autores assinalam que uma institucionalização prévia que recruta a participação a impede de ter a eficácia grupal derivada de uma organização genuína ⁴⁰. Isso se revela no CTNE no fato de que a assimilação por um grupo parece proporcionar às pessoas um sentimento de pertença que contrasta com o de não ser amparado pelas instituições de Estado, o que pode possibilitar um foco alternativo de representações sociais sobre o direito à saúde. Isso parece não ocorrer no AP, onde se percebe nas pessoas um sentimento de estarem sozinhas em seus sofrimentos. E é precisamente nesse ponto que nos parece que se articulam elementos do desenvolvimento psicológico com aspectos sociais mais amplos.

Frederico & Almeida ⁴¹, citam o conceito de Habermas de interações solidárias e interações sistêmicas. As primeiras estariam vinculadas a comunicações baseadas em elementos de solidariedade e cooperação e as segundas em elementos de dominação e poder. As interações entre os usuários do CTNE parecem ser solidárias, o que poderia propiciar o surgimento de conceitos relativos à importância de vínculos coletivos.

Torre & Amarante ⁴² e Rey ³⁷ assinalam o caráter social da criação da subjetividade, nos levando a pensar que no CTNE pode estar ocorrendo um processo de subjetivação baseado em experiências solidárias, algo ausente no AP. Essas características de solidariedade, amparo e pertença, tão próprias ao espaço potencial, parecem-nos abrir o caminho para que o indivíduo torne-se sujeito dentro de possibilidades novas de subjetivação, impossíveis de surgirem quando a pessoa sofre isoladamente, impossibilitada de reencantar experiências transicionais que a permitam sair de posições regressivas. A ausência dessas características tornaria as atividades terapêuticas burocráticas e não criadoras de saúde, mas reprodutoras da doença.

Entretanto, a observação participante, ao mostrar as dificuldades que o grupo do CTNE tem em realizar ações afirmativas, indica que apenas o amparo e acolhimento talvez não sejam suficientes para o indivíduo tornar-se plenamente um sujeito social, embora sejam pressupostos essenciais.

Considerações finais

Segundo Teixeira ⁴³, a inter-relação de laços sociais e espaços de conversação e escuta seria uma etapa necessária para o resgate da capacidade de iniciativa política dos grupos sociais, sendo, portanto, precursora de uma maior consciência de direitos. De alguma forma isso parece traduzir-se incipientemente no CTNE nas referências à possibilidade de atitudes coletivas, o que não ocorre no AP. A valorização das interações solidárias, no CTNE, nos leva a pensar que a formação de espaços coletivos, através da participação popular, com características transicionais, possibilitaria a restauração desses laços sociais. E talvez seja nesse espaço que as atividades adqui-

ram sentido verdadeiramente terapêutico além do meramente técnico.

O grupo dos usuários do CTNE parece estar na primeira etapa descrita por Teixeira ⁴³. A passagem dessa para a capacidade de iniciativa política, possibilitadora de uma práxis reivindicativa, provavelmente possa ser possibilitada pelos profissionais de saúde mental. E, nesse sentido, o conceito de grupo operativo, proposto por Pichón-Riviére ⁴⁴, na medida em que centra em tarefas a mobilização das dificuldades internas, pode ser um instrumento útil, pois operacionalizar esse processo, canalizando-o socialmente em atitudes macro-socialmente participativas seria uma gradativa apresentação ao mundo, na acepção de Winnicott ³³. Na observação participante percebemos que carece ao grupo a característica operativa, tendendo a fazer com que permaneça dentro da transicionalidade.

Contudo, é possível observar no CTNE, e praticamente não no AP, a possibilidade de convergência de participação popular, fenômenos grupais transicionais e a busca dos direitos de cidadania ⁴⁵, sendo essa uma possibilidade de superação do desamparo desestruturante, ponto de união entre o terapêutico e o político.

Resumo

Este artigo origina-se de uma pesquisa qualitativa que analisou representações sociais relacionadas ao direito à saúde de usuários de dois serviços de saúde mental: um constituído e funcionando com participação de usuários e familiares e outro sem essa participação, visando conhecê-las não apenas vinculadas à consciência do direito à saúde, mas também a fatores associados, como: participação popular, o processo de adoecimento; o atendimento público de saúde, percepção da capacidade de intervenção social, e concepções sobre o Estado. As representações sociais encontradas associadas ao direito à saúde implicam expectativas de que o sistema de saúde e o Estado cumpram funções de acolhimento e amparo. Os usuários do serviço sem participação popular tendem a ser mais conformados e pessimistas. O grupo com participação popular vê o serviço que construiu como possuidor das características negadas pelo sistema oficial e percebe como possível a ação reivindicativa, podendo ser um foco alternativo na formação de novas representações sociais.

Participação Comunitária; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Direito à Saúde; Representações Sociais

Colaboradores

C. L. C. Gastal contribuiu na revisão de literatura, elaboração da metodologia, análise dos resultados e redação do artigo final. C. Gutfreind participou da análise dos resultados e revisão do artigo final.

Referências

- Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:753-60.
- Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:9-18.
- Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:355-65.
- Yamin AL. The right to health under international law and its relevance to the United States. *Am J Public Health* 2005; 95:1156-61.
- Dallari SG. O direito à saúde. *Rev Saúde Pública* 1988; 22:57-63.
- Busel K, Waxman A. public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bull World Health Organ* 2001; 79:748-54.
- Cotta RM, Mendes FE, Muniz JN. Descentralização das políticas de saúde: do imaginário ao real. Viçosa: Editora da Universidade Federal de Viçosa; 1998.
- Briceño-León R. El contexto político de la participación comunitária em América Latina. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 Suppl 2:141-7.
- Donadone JC, Grun R. Participar é preciso! Mas de que maneira? *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2001; 16:111-25.
- Traverso-Yepes M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:80-8.
- Valla VV. Sobre participação popular uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 Suppl 2:7-18.
- Paim JS. Burocracia y aparato estatal: implicaciones para la planificación e instrumentación de políticas de salud. In: Teixeira SF, organizadora. Estado y políticas sociales em América Latina. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana/Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1992. p. 293-311.
- Campos GWS. A saúde pública em defesa da vida. São Paulo: Editora Hucitec; 1991.
- Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.
- Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. A gestão semi-plena e a participação popular na administração da saúde. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:89-97.
- Filc D. The medical text: between biomedicine and hegemony. *Soc Sci Med* 2004; 59:1275-85.
- Cohn A, Nunes E, Jacobi PR, Karsch US. A saúde como direito e como serviço. 3ª Ed. São Paulo: Cortez Editora; 2002.
- Elkis H, Alves TM, Eizenman IB, Henna Neto J, Oliveira JRC, Melo MF. BPRS Ancorada (BPRS-A): diretrizes de uso, estrutura fatorial e confiabilidade da versão em português. In: Gorestein C, Andrade LLHSH, Zuairi AW, organizadores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 199-206.
- Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2ª Ed. São Paulo: Bookman; 2004.
- Turatto ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
- Bardin L. A análise de conteúdo. 3ª Ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
- Victora C, Knauth D, Hassen MN. Pesquisa qualitativa em saúde – uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
- Howarth C, Foster J, Dorner N. Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research – and vice versa? *J Health Psychol* 2004; 9:229-43.
- Jodelet D. Loucuras e representações sociais. Petrópolis: Editora Vozes; 2005.
- Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1207-14.
- Oliveira FO, Werba G. Representações sociais. In: Jacques MGC, Strey M, Bernardes NMG, Guareschi PA, Carlos AS, Fonseca TMG, organizadores. Psicologia social contemporânea. 6ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1998. p. 104-17.
- Spink MJ. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 8ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1994. p. 117-45.
- Rodrigues CR, Figueiredo MAC. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estud Psicol (Natal)* 2003; 8:117-25.
- Brito AHB, Catrib AM. Representação social e subjetividade do adoecer psíquico *Estud Psicol (Natal)* 2004; 9:285-96.
- Foss N. Nerves in Northern Norway: the communication of emotions, illness experiences, and health-seeking behaviors. *Qual Health Res* 2002; 12:194-207.
- Costa JF. Psicanálise e contexto cultural. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1989.
- Andrade GRB, Vaitzman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:925-34.
- Winnicott DW. O brincar & a realidade. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1975.
- Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2005.
- Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:815-23.
- Jovchelovitch S. Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes; 2000.
- Rey FG. Sujeito e subjetividade. São Paulo: Thomson; 2003.
- Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública* 1999; 15 Suppl 2:S7-14.
- Davis M, Wallenstein D. Limite e espaço. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1982.
- Pickard S, Smith K. A 'third way' for lay involvement: what evidence so far? *Health Expect* 2001; 4:170-9.

41. Frederico P, Almeida MCP. Faces da participação popular nas comissões locais de saúde. In: Proceedings of the 8th Brazilian Nursing Communication Symposium. http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200012&lng=en&nrm=iso (acessado em 13/Set/2005).
42. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:73-85.
43. Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm> (acessado em 20/Out/2005).
44. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1993.
45. Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:191-203.

Recebido em 11/Abr/2006

Versão final reapresentada em 08/Jan/2007

Aprovado em 14/Fev/2007