

O CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REFLEXÃO EPISTEMIOLÓGICA PELA LENTE DE PIERRE BOURDIEU

THE FIELD OF BASIC ATTENTION: AN EPISTEMIOLOGICAL REFLECTION BY PIERRE BOURDIEU'S LENS

Tarciso Feijó da Silva¹, Helena Maria Scherlowski Leal David²

RECEBIDO: 18/06/18 | ACEITE: 07/08/18

DOI: 10.5902/2317175833147

RESUMO

A Atenção Básica na rede de atenção em saúde tem se configurado como mediadora do cuidado. Refletir sobre sua lógica de funcionamento e organização na atualidade apresenta-se como um desafio, considerando a vasta literatura e as políticas normativas já existentes e que constroem sentidos sobre a mesma. A reflexão sobre a gênese do conceito de campo, suas diferentes concepções e características apreendidas e discutidas a partir das obras do teórico Pierre Bourdieu neste artigo permitiram recriar possibilidades de análise do campo da saúde, especificamente, do campo da Atenção Básica. Percebeu-se que os modelos de atenção em saúde adotados ao longo do tempo emergiram como sendo responsáveis por orientar o campo da Atenção Básica, por determinar as características do mesmo, assim como por construir sentido sobre as ações desenvolvidas pelos agentes que nele atuam. À luz de Bourdieu, por sua vez, o campo da Atenção Básica pode ser visto como um campo estruturado por diferentes posições com propriedades específicas e objetos em disputa, assim como um espaço social para produção do cuidado e do conhecimento.

Palavras-chave: Ciências Sociais; Ciências da Saúde; Atenção Básica à Saúde.

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Docente da Universidade Estácio de Sá.

² Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, Professora Associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

ABSTRACT

The Primary Care in the network of health care has been configured as a mediator of care. Reflecting on its current functioning and organization logic presents itself as a challenge, considering the vast literature and normative policies that already exist and that construct meanings about it. The reflection on the genesis of the concept of the field, its different conceptions and characteristics seized and discussed from the works of the theorist Pierre Bourdieu in this article allowed to recreate possibilities of analysis of the field of health, specifically in the field of Basic Attention. It was noticed that the models of health care adopted over time have emerged as being responsible for guiding the field of Primary Care, for determining the characteristics of the same, as well as for building meaning on the actions developed by the agents that work in it. In the light of Bourdieu, in turn, the field of Basic Attention can be seen as a field structured by different positions with specific properties and objects in dispute, as well as a social space for the production of care and knowledge.

Keyword: Social Sciences; Health Sciences; Basic Health Care.

1 Introdução

O relatório Dawson, publicado em 1920, utilizou pela primeira vez a expressão Atenção Primária em Saúde (APS) numa perspectiva de organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base territorial e geográfica definida. O documento inspirou a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948 e esse, por sua vez, passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

A Declaração de Alma-Ata que resultou da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (BRASIL, 2002), organizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), na literatura, é apontada como outro marco determinante para construção do arcabouço teórico relacionado à APS. Na Declaração, os cuidados primários de saúde são vistos como cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (BRASIL, 2002). Na declaração, a APS é representada como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Por meio dela, os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se como primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (BRASIL, 2002).

Segundo Giovanella (2008), em países periféricos, com esquema de proteção social de caráter residual, como muitos da América Latina, a Atenção Primária à Saúde é seletiva, correspondendo ao modelo focalizado, cuja cesta

de serviços é reduzida e tem por objetivo responder a necessidades de grupos populacionais de baixa renda sem garantia de acesso a outros recursos do sistema. Em contraponto, em outros países, particularmente na Europa e Canadá, a APS vem assumindo o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, tornando-se responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema de saúde (CONNIL, 2008).

No Brasil, na segunda metade de 1970, o movimento da reforma sanitária brasileira despontou no bojo de um contexto de lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura. Esst atrasou a referida reforma e interrompeu a trajetória de muitas lideranças, ao mudar as regras que faziam operar o sistema político e gerar fontes de capital que se situavam no interior da cúpula das forças armadas. Imprimiu, ainda, importante efeito desorganizador na vida política nacional e incentivou a expansão do setor privado (MIGUEL, 2003; ALMEIDA, 1998). Com o fechamento dos canais tradicionais de participação popular pela ditadura, as insatisfações de segmentos da população encontraram outros pontos de vazão e no cotidiano e, na vida das comunidades, afloraram novas fontes estratégicas de alimento da política que envolvia a reforma sanitária. (COSTA, 2007)

Na década de 1990, a reforma sanitária reafirmou-se num contexto completamente adverso. O mundo discutia a diminuição do papel do Estado, defendia políticas focalizadas e restrição de políticas universalistas e o Brasil implantava uma Constituição que ampliava o papel do Estado e a responsabilidade estatal na provisão de várias políticas públicas (MENICUCCI, 2014). Esse processo buscava a melhoria das condições sanitárias e ampliação do direito à cidadania tendo como princípios centrais o direito universal à saúde, o caráter intersetorial dos determinantes da saúde, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, a descentralização, a regionalização, a hierarquização do sistema, a participação popular, o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública. Esses princípios foram essenciais para a construção das políticas de saúde e determinantes para a consolidação da APS no Brasil (CEBES, 1980).

Convém destacar que com o advento do processo de municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990, ocorreu uma estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros com normatização e incentivo financeiro do Ministério da Saúde (LAVRAS, 2011). Uma nova forma de organização dos serviços de saúde emergiu e com ele os cuidados básicos de saúde passaram a ser objeto de atenção e de investimentos, na perspectiva de virem a ser o eixo estruturante da prestação de serviços e a porta de entrada do sistema de saúde no Brasil (BARROS, 2012). No entanto, é relevante reiterar que jogos econômicos e simbólicos permearam o desenvolvimento da APS dentro do campo maior da saúde que estava implicado com o capitalismo e a produção de doenças, o que influenciou a adesão de muitos municípios a nova proposta de reestruturação pela lógica da APS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Outro ponto que merece ser destacado é que a APS, no Brasil, ao incorporar os princípios da Reforma Sanitária passou a ser designada como Atenção Básica à Saúde (ABS) com a intenção de enfatizar a necessidade de reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (CAMPOS, GUERRERO; 2010). A expressão Atenção Básica foi oficializada pelo Ministério da Saúde, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de Atenção Primária à Saúde (MELLO, FONTANELLA, DEMARZO; 2009). No entanto, ressalta-se que mais importante do que a definição do termo é o fato de existirem diversas denotações quanto ao significado de ambas às utilizações, básico ou primário entendidos, às vezes, como elementar, mínimo ou como algo simples, primitivo (CAMPOS, GUERRERO; 2010).

A Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada para os usuários do SUS, dando ênfase à resolutividade, minimizando os custos econômicos e atendendo os problemas mais comuns de saúde da população. Constitui-se como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, tendo como objetivo alcançar uma atenção integral influenciando diretamente na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017). É desenvolvida de forma descentralizada e capilar nas diferentes regiões do país, com o intuito de chegar o mais próximo possível da vida das pessoas (BRASIL, 2017).

A consolidação da Atenção Básica, no Brasil, ocorreu a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 pelo Ministério da Saúde. Este constitui-se em uma tática que tinha como prioridade as ações de promoção da saúde, prevenção, proteção e recuperação dos indivíduos e da família de forma longitudinal (do recém-nascido ao idoso), independente do estado de saúde (indivíduos sadios ou doentes), de forma integral, promovendo a continuidade do cuidado. O objetivo esperado é a reorganização da prática assistencial em novas bases e novos critérios, substituindo o modelo de assistência tradicional que tem como foco a cura de doenças (BRASIL, 2000).

Com a portaria nº 648 do Governo Federal publicada em 2006, houve mudança da expressão Programa de Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (ESF), pela compreensão da necessidade de transformação dos “programas” em “políticas”. A lógica da programação expõe um status provisório, a política, por sua vez, um significado de algo estável, sustentável do ponto de vista da organicidade institucional. A referida portaria estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização da ESF, o que contribuiu para reafirmar a mesma como modelo de atenção básica para todo o país e como ordenadora da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017).

A ESF, então, passou a ser considerada como uma transformação do modelo de atenção por: criar oportunidade de acesso aos serviços; estabelecer

uma forma de organização do trabalho dos profissionais da saúde centrada no indivíduo, família e ambiente; traduzir o conceito de responsabilidade sanitária, constituindo-se como espaço de construção de cidadania, pela articulação com a rede de saúde, hierarquizada e regionalizada, garantindo o acesso aos serviços de maior complexidade; e, estabelecer relações intersetoriais que atendam às demandas relacionadas às condições de vida com políticas públicas mais integradas. Orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, e outros, na intenção de oferecer ao sujeito atenção integral às suas necessidades (BRASIL, 2017). Essa mudança, no entanto, não se deu isenta de conflitos, contradições e disputas, que refletem o caráter heterogêneo e, em boa medida, excludente da ordem social brasileira.

A conformação da Atenção Básica sob a égide da ESF viabiliza o planejamento das ações de saúde, possibilita a construção de vínculo, permite a compreensão das reais necessidades de saúde, assim como a busca das alternativas mais adequadas para a resolução dos problemas (JUNIOR, JESUS, CREVELIM; 2010). O trabalho na ESF é desenvolvido por equipes multiprofissionais compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, uma equipe de saúde bucal partilhada por duas ou três equipes de saúde da família e agentes comunitários. Preconiza-se que a organização do processo de trabalho aconteça de forma transversal e que as ações sejam compartilhadas entre os diferentes profissionais para potência do cuidado em saúde (BRASIL, 2009). Esses, por sua vez, cumprem carga horária pré-definida, atuam com adscrição de clientela (BRASIL, 2017), e se constituem em atores sociais fundamentais para a efetivação do acesso aos cuidados em saúde.

Outrossim, na Atenção Básica, os profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (LABBATE, 1994), onde os serviços ofertados devem ter suas ações baseadas nas necessidades de saúde das pessoas, e não apenas em um conjunto pré-estabelecido de ações e procedimentos (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, haja vista a atual conjuntura política e econômica e com o advento da Nova Política Nacional de Atenção Básica que permite novas configurações da Atenção Básica de acordo com realidades locais, emerge a necessidade de compreendermos a relevância da mesma para a rede de serviços de saúde, para a ordenação e coordenação do cuidado, legitimação do SUS, assim como para sustentação do modelo de vigilância em saúde – âncora para sua existência. Desta forma, considerando que um conjunto de ações, práticas, instituições e atores sociais situam-se dentro da Atenção Básica, em rede e em relação continuamente reconfigurada, de acordo com interesses, recursos e intencionalidades diversas, e respondendo a conjunturas mutáveis, este artigo propõe uma reflexão teórica sobre o campo da Atenção Básica considerando as concepções de Pierre Bourdieu sobre campo e suas características.

2 A visão bourdieusiana sobre campo

Pierre Bourdieu, considerado como um dos maiores sociólogos de língua francesa das últimas décadas e um dos mais importantes pensadores do século XX, foi um grande crítico das desigualdades sociais, da ocupação de espaços sociais diferenciados e da formação de determinados grupos. Desenvolveu conceitos que se mostram centrais, não somente para a compreensão da estrutura social, mas, para o entendimento da produção/ "re"produção do conhecimento. Cabe ressaltar que seus escritos retratam influência dos pensadores Karl Marx, Max Weber e Emile Durkheim (SETTON, 2017).

As análises do teórico buscaram compreender os fenômenos sociais, tanto sob uma perspectiva estrutural, na interposição entre agentes dominantes e dominados em um campo social determinado, quanto sob a perspectiva "concreta" desses mesmos fenômenos, a exemplo das análises empíricas sobre alta-costura, sobre as visitas aos museus na Europa, sobre o mercado imobiliário, sobre a agenda setting no jornalismo, ou até sobre os jogos olímpicos (SOCHA, 2017). As suas obras são permeadas pela influência do pensamento econômico e o mesmo destaca a relevância de conhecer a formação social do campo, apreender a necessidade específica da crença que o sustenta e do jogo de linguagem que nele se joga, assim como as coisas materiais e simbólicas geradas nele.

O conceito de campo na sua vasta literatura entra em cena na obra "O campo científico". Nesta obra, o campo é compreendido como o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a ciência e como um lugar de luta concorrencial em que se tem em jogo o monopólio pela autoridade científica e o acúmulo de capital científico (BOURDIEU, 1983). O campo pode ser definido também como um universo social particular constituído de agentes ocupando posições específicas dependentes do volume e da estrutura do capital eficiente dentro do campo considerado (BOURDIEU, 2001.) Cada campo tem um interesse que é fundamental, comum a todos os seus agentes. Esse interesse está ligado à própria existência do campo (sobrevivência), às diversas formas de capital, isto é, aos recursos úteis na determinação e na reprodução das posições sociais (BOURDIEU, 2003).

Em *Meditações Pascalianas*, Bourdieu (2001) observa o campo como espaço estruturado de posições e discorre sobre determinadas características específicas do campo:

[...] as posições ocupadas pelos atores têm certas propriedades que existem independentemente de quem as ocupa; têm atores dominantes (que tendem a defender seu monopólio e excluir a concorrência) e atores dominados (que tendem à subversão); têm objetos em disputa e interesses específicos que pertencem somente aquele campo e que não são percebidos por quem não foi formado para entrar neste campo; todo campo precisa de pessoas prontas para disputar o jogo, dotadas de habitus que impliquem o conhecimento e reconhecimento das regras e objetos de disputa;

e a estrutura do campo reflete o estado da distribuição do capital específico que foi acumulado ao longo de lutas passadas e que orienta estratégias futuras (BOURDIEU, 2001, p. 129).

O habitus está, intrinsecamente ligado ao conceito de campo sendo considerado um saber agir apreendido pelo agente na sua inserção em determinado campo (BOURDIEU, 1979). Um princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens e de práticas (BOURDIEU, 1996). Uma das suas funções é a de dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes (BOURDIEU, 1996).

No livro *Razões Práticas*, o teórico descreve o espaço social como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou a transformação de sua estrutura (BOURDIEU, 1996).

Para Bourdieu (2009), campo pode ser compreendido como um conjunto de relações objetivas que se estabelecem entre os agentes em um espaço de disputa por posições. É um terreno de lutas simbólicas, onde os atores que preenchem este espaço estrutural desenvolvem estratégias para sua reprodução e/ou renovação. Cada campo se caracteriza como um espaço onde se manifestam relações de poder, sendo sua estrutura formada por dois pólos: dominantes (que apresentam mais quantum de capital) e dominados (BOURDIEU, 1996). A dominação, por sua vez, não é o efeito direto e simples da ação exercida por um conjunto de agentes (a classe dominante) investidos de poderes de coerção, mas o efeito indireto de um conjunto complexo de ações que se engendram na rede cruzada de limitações que cada um dos dominantes, dominado pela estrutura do campo através do qual se exerce a dominação, sofre de parte de todos os outros (BOURDIEU, 1996).

Já na obra *Questões de Sociologia*, o autor reitera que cada campo possui o seu Nomos (lei fundamental) e sua Doxa (pressupostos cognitivos e avaliativos aceitos e reconhecidos pelos agentes e que são fortemente naturalizados) (BOURDIEU, 2003). Esses contribuem para a hipótese de que a sociedade é composta por vários campos, vários espaços dotados de relativa autonomia, mas regidos por regras próprias (SETTON, 2017), podendo a Atenção Básica ser considerada como um desses campos.

3 Pensando a Atenção Básica como campo

Analisar a Atenção Básica a partir do conceito de campo implica em conhecer os movimentos históricos pelos quais as relações sociais em jogo conformaram os modelos de atenção em saúde. Conjectura-se que os modelos de atenção em saúde adotados no Brasil ao longo do tempo foram sendo responsáveis pela conformação dos diferentes pontos da rede de serviços de saúde, e que estes foram responsáveis pela estruturação do campo da Atenção Básica.

Os modelos de atenção em saúde são a forma com que a assistência à saúde é produzida e se estrutura nos serviços para atender às necessidades da população. Concebe-se pela articulação entre sujeitos (gestores, profissionais de saúde e usuários), tecnologias (conhecimentos aplicados) e recursos físicos (insumos, equipamentos, infraestrutura) utilizados no processo de trabalho para intervir sobre os problemas de saúde individuais e coletivos, contextualizados sócio-historicamente (GÖTTEMS; PIRES, 2009). Conforme Moraes et al. (2012), o campo da Atenção Básica, antes do advento da ESF, configurava-se sob a lógica do modelo biomédico e a gestão do cuidado pautava-se em ações pontuais e curativas. A reorientação com base na ESF trouxe nova dinâmica para este campo, e a reestruturação e organização dos serviços considerou outros modelos explicativos sobre o processo saúde-doença, dentre eles o modelo oriundo da teoria da produção social da saúde que tem a vigilância em saúde como foco.

A vigilância em Saúde como proposta de redefinição das práticas sanitárias organiza-se por processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Ela ocorre em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998). Dessa forma, orientado pela vigilância em saúde, o campo da Atenção Básica apresenta como características: a intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção nas suas ações do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A partir da noção de poder simbólico em Bourdieu, é possível pressupor que se os modelos de atenção em saúde, no contexto das práticas dos serviços de saúde, determinaram os diferentes campos da saúde, dentre eles o campo da Atenção Básica, que, da mesma forma, esses modelos condicionaram as características dos campos, assim como o sentido das ações que são desenvolvidas pelos diferentes agentes que nele atuam (BOURDIEU, 2009). As concepções de Bourdieu sobre campo, quando em diálogo com o conceito de Modelos de Atenção em Saúde, contribuem para outra conjectura que é pensar a Atenção Básica como um espaço onde são construídos saberes e desenvolvidas práticas em torno dos objetos que justificam sua existência, mas, ao mesmo tempo, como espaços de disputas por tudo quanto a faz mover-se (LOPES et al., 2013).

Para Brasil (2017), o objeto que justifica a existência da Atenção Básica, e que é reconhecido por todos os agentes que atuam nesse campo, é o cuidado em saúde, produzido por meio de ações de saúde individuais, familiares e coletivas sob a lógica de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

Sobre os saberes que sustentam essas práticas vale recorrer brevemente à obra de Michel Foucault acerca da constituição histórica e social das práticas médicas e seus efeitos sobre os espaços, as cidades e os corpos. Na sua obra mais recente, já na década de 70, Foucault traz a ideia de biopoder como o poder que associa, a partir do Século XIX, o controle sobre o corpo-individual ao controle sobre o corpo-espécie (ZORZANELLI, CRUZ, 2018), que se legitima a partir dos saberes técnico-científicos e seus aparatos tecnológicos, dentro de uma dada racionalidade científica. O conceito de medicalização passa a compor as produções críticas acerca das práticas e sistemas de saúde na literatura recente, com destaque para autores como Ivan Illich e sua crítica contra o chamado complexo médico-industrial (1975), que inspirou muitos sanitaristas brasileiros que se organizaram, desde a década de 70, em torno do movimento da reforma sanitária.

Na proposta de Atenção Básica que se centrou na Estratégia Saúde da Família, considera-se que os saberes podem ser construídos de forma compartilhada, em equipe multiprofissional, com base na interdisciplinaridade, com apoio da gestão e com foco na integralidade da atenção (o que não significa que esta construção partilhada ocorra); preconiza-se que as práticas desenvolvidas pelos profissionais sejam planejadas e desenvolvidas tendo como referência o perfil demográfico da população, os determinantes da saúde, o estudo da demanda, o conhecimento da relação de equipamentos de saúde existentes no território e que atuam como seguimento de apoio e os fluxos instituídos pela gestão que direcionam o atendimento dos usuários/família/comunidade. São trazidos, portanto, elementos conceituais que servem como dispositivos disparadores de práticas que, pelo menos em parte, buscam romper com um enfoque exclusivamente baseado no conhecimento clínico e epidemiológico.

Embora atenda a essas prerrogativas, no entanto, outras disputas podem permear e trazer mudanças para o sentido das ações, muitas vezes dificultando o acesso à saúde ou fragilizando o cuidado. Se pensarmos, por exemplo, que é no campo da Atenção Básica que se deu uma recente disputa acerca das formas de contratação de médicos, induzida pelo Programa Mais Médicos, cujos atores centrais decidiram-se pelo enfrentamento de aspectos corporativistas da categoria pela inclusão de profissionais de outros países, podemos refletir acerca da importância dos elementos relativos aos capitais simbólicos e sociais em jogo para a efetivação do cuidado em saúde, já que a maior ou menor oferta de atenção médica terá, necessariamente, impacto nas condições de saúde da população.

Está posto que a Atenção Básica, vista como um espaço social em constante movimento, pressupõe interação entre os agentes, articulação de recursos e movimentos em redes que contribuam para produção do cuidado e do conhecimen-

to. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no que diz respeito à produção do cuidado, caracteriza a mesma como porta de entrada preferencial para o SUS e a elege como um espaço privilegiado para gestão do cuidado das pessoas. Saliencia que é preciso reconhecimento, por parte deste campo da rede de serviços de saúde, das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e programação dos serviços de saúde tendo como base o planejamento ascendente (BRASIL, 2017). Reforça-se que o processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento do campo da Atenção Básica devem ser organizados de modo que garantam amplamente o acesso, o vínculo entre as pessoas e os profissionais, a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Quanto à produção do conhecimento, a política aponta a formação em saúde e a Educação Permanente em Saúde (EPS) como relevantes para o processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. No que diz respeito à formação em Saúde, esta é considerada como estratégia para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS e celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade. A EPS, por sua vez, é tida como a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Desta forma, segundo a PNAB, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados e que reuniões, fóruns territoriais, entre outros, façam parte do cotidiano do trabalho dos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Como ordenadora e coordenadora do cuidado, a Atenção Básica tende a se constituir como um campo sob a ótica de Bourdieu na medida em que responde aos fundamentos que lhe são inerentes, a saber: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; estimular a participação popular e o controle social; desenvolver atenção integral que impacte na situação de

saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade; e se configurar como o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada dos serviços de saúde e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

Bourdieu relaciona determinadas características que estruturam o campo, e essas contribuem para reanálise da Atenção Básica, ressignificando-a como um campo. Nesta ótica, a Atenção básica pode ser considerada como um campo estruturado por diferentes posições que são determinadas pelos diferentes agentes que atuam na mesma. Ressalte-se, no entanto, que nesse campo, o agente social que está sempre mais fragilizado e à mercê dos jogos e disputas reais ou simbólicas dos demais atores é constituído pela população usuária do SUS, cuja capacidade de influir nos processos que caracterizam o campo tem sido bastante limitada.

Os agentes no campo da Atenção Básica atuam numa perspectiva multiprofissional, com base territorial definida. Além disso, desenvolvem ações de cunho individual e coletivo para produção do cuidado em saúde. Suas ações, dentro deste campo, se constituem: i) em função de sua posição na hierarquia estatal, já que é o Ministério da Saúde o principal ordenador e regulador de práticas e modos de organizar os serviços, e de conduzir as pactuações com os demais entes federativos para a definição dos fluxos de financiamento das ações; e ii) de acordo com os modos como se constituíram as profissões da saúde e seu prestígio social, com destaque para o profissional médico, embora com menor visibilidade quando se compara com sua posição nos níveis de maior complexidade e nas práticas hospitalares. Os capitais em jogo se referem ao conjunto de conhecimentos técnico-científicos que sustentam as normativas, que, por sua vez, orientam as práticas de prevenção, promoção da saúde e aquelas definidas para a atenção diagnóstica e terapêutica neste nível de atenção.

As posições ocupadas pelos agentes no campo da Atenção Básica são muito bem definidas e tendem a ser determinadas por: políticas prescritivas ou institucionais, que orientam o processo de trabalho nesse campo; pela formação acadêmica dos agentes; e pelas competências e habilidades dos mesmos. Estas posições, por sua vez, têm propriedades específicas que existem independentemente de quem as ocupam. Segundo a PNAB (BRASIL, 2017), as propriedades (atribuições) específicas dos agentes que ocupam as diferentes posições na Atenção Básica são: o médico, que é o responsável por realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos e atividades em grupo; o enfermeiro, o qual é responsável por realizar consultas de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo conforme protocolos ou outras normativas técnicas; o técnico de enfermagem é responsável por participar das atividades de atenção realizando procedimentos; e o agente comunitário de saúde, este fica responsável por trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida (microárea) e pelo cadastramento de todas as pessoas mantendo-os atualizados.

A dominação inscrita, nos diferentes campos, considerada por Bourdieu nas suas obras, é outro ponto que merece ser destacado nesta reflexão. Ao

considerarmos a dominação no campo da Atenção Básica, é possível pressupor os médicos e os enfermeiros como os dominantes, já que tendem a defender seu monopólio e excluir as concorrências existentes; e os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde como os dominados, e por sua vez, inclinados à subversão. Essa dominação fica explícita no contexto prático da Atenção Básica pela gestão da equipe, tomada de decisão e papel de liderança que os primeiros assumem, assim como pela necessidade evidente que os segundos possuem de serem direcionados para condução das suas ações no cotidiano do trabalho que realizam. No entanto, percebem-se disputas entre médicos e enfermeiros pelo monopólio do poder, seja pela utilização de linguagem própria que contribui para tornar o discurso nesse campo autorizado, seja pela apropriação do conhecimento técnico-científico sobre esse campo que converge para tornar o agente central no processo de trabalho que é desenvolvido. O fato do profissional agente comunitário de saúde morar na comunidade e conhecer sua dinâmica de funcionamento, no entanto, contribui para o estabelecimento de relações de dominação que estão implícitas na Atenção Básica e que são permeadas pelo capital social que esse agente possui.

Sobre esse aspecto, nesta reflexão, é relevante trazer à tona algumas questões que permitem considerar os efeitos da dominação para estruturação e consolidação do campo da Atenção Básica: a dominação que permeia o campo da Atenção Básica não poderia ser pensada como uma reprodução da força material e simbólica que a medicina exerce sobre as demais categorias profissionais? A estrutura e organização da Atenção Básica, tal como prescrita nas políticas normativas, não contribui para a relação desigual existente – considerando a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade que essas mesmas políticas reconhecem como sendo relevantes – entre médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde? Outrossim, não corroboram para essa percepção de dominação as marcas linguísticas que podem ser evidenciadas no campo da Atenção Básica? Como por exemplo, o uso de expressões de autoridade como Doutor para médicos, mesmo não sendo esses doutores por formação acadêmica, a ocupação de cargos gerenciais por outras categorias com remuneração abaixo daquela recebida pelo profissional médico, assim como, as marcas do cotidiano dessa estrutura que trazem relevo para as ações que esse ator do campo propõe e realiza em detrimento das ações desenvolvidas pelos outros atores do campo.

No que diz respeito aos objetos em disputa e interesses específicos do campo da Atenção Básica que pertencem tão somente a esse campo, e que nem sempre são percebidos por quem não foi formado para atuar nesse, destaca-se o vínculo, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade das ações, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade. Os médicos e enfermeiros, por sua vez, podem ser considerados os profissionais dotados de habitus que contribuem para o conhecimento e reconhecimento das regras e objetos de disputa que existem neste campo. Sendo identificados como os profissionais deste

campo prontos para disputar o jogo. Esse, por sua vez, envolve conhecimento científico, capacidade gerencial, relacionamento interpessoal, fomento de ações intersetoriais e interdisciplinaridade.

O médico, como ator do campo da Atenção Básica, concentra o poder do diagnóstico e da intervenção terapêutica, cumprindo uma autoridade técnico-científica específica (VILLA et al., 2015). O enfermeiro, por sua vez, tem autoridade cognitiva para passagem de informações sobre os processos de organização do trabalho no campo da Atenção Básica. Frequentemente, além da coordenação do trabalho da enfermagem e da supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde, muitas das atividades de manutenção e controle dos serviços estão sob a gestão desse profissional, estando o campo da Atenção Básica, de forma geral, sob sua responsabilidade (GALOVETE et al., 2016).

A reflexão da Atenção Básica como campo sob a ótica Bourdieusiana converge ainda para produção de sentidos sobre o campo da Atenção Básica como espaço social dinâmico pautado nas relações entre os agentes que nele atuam. A reanálise da Atenção Básica como campo possibilita identificar os papéis e funções dos agentes que atuam neste campo, a posição ocupada pelos mesmos e as características das relações existentes (podendo ser estas relações de domínio ou de subversão), suas disputas e interesses e as regras que contribuem para a manutenção do mesmo.

4 Considerações finais

A partir da concepção epistemológica de campo de Pierre Bourdieu e suas características, e de uma breve contextualização relacionada à Atenção Básica, se fez exequível, através de uma reflexão de caráter dialético, compreender a Atenção Básica como campo. Para mais adequada execução e condução de suas atribuições, os profissionais inseridos no campo da Atenção Básica necessitam ampliar sua compreensão a respeito deste. Para isso, retomar uma análise da Atenção Básica como campo, à luz de Bourdieu, pressupõe aproximação entre teoria e prática. Neste entendimento, diferentes políticas normativas relacionam os atributos deste campo, sua função na rede de serviços de saúde, as responsabilidades dos profissionais e a necessidade de envolvimento do usuário numa perspectiva de cuidado. No entanto, as práticas e os diversos jogos de disputas de interesses que permeiam as relações no campo ameaçam o seu desenvolvimento. Esses interesses incluem os diferentes projetos terapêuticos e de cuidado, e as concepções acerca da saúde como política setorial estatal, suas formas de financiamento e como deve se dar a relação com o setor privado. Também, as dimensões da formação e da prática profissional se colocam como aspecto que integra essa arena de legitimação e disputa, e considera-se que a consciência sobre a relevância deste campo por parte dos profissionais aparenta ser limitada, o que traz à tona a necessidade de permanente construção de sentidos sobre esse campo para produção do conhecimento e do cuidado ampliado em saúde.

Defende-se que a apreensão da Atenção Básica como campo deve avançar na direção do paradigma da produção social da saúde corroborando para tornar factíveis na prática dos serviços o conceito positivo de saúde; a vigilância da saúde; o acolhimento com responsabilização e vínculo; o cuidado integral que integre ações de prevenção e promoção à saúde; a longitudinalidade do cuidado; o estabelecimento de relações horizontais permeadas pelo trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; o fomento de atividades intersectoriais que contribuam para potência dos projetos terapêuticos; e gestão participativa do processo de trabalho desenvolvido.

Ademais, ressaltamos a relevância da compreensão da Atenção Básica como campo pelos profissionais, gestores e instituições formadoras para preservação deste. O conhecimento relacionado à lógica de funcionamento desse campo e suas características, assim como as lutas, forças e disputas que o movimentam, podem contribuir para ressignificar o papel deste pelos agentes que nele atuam e para a rede de serviços de saúde.

Referências

- ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para discussão n. 599, Brasília: Ipea, 1998.
- BARROS, F. P. C. A municipalização, a saúde coletiva e a atenção primária em saúde. **Blog Direito Sanitário**: Saúde e Cidadania. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. 2012. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/08/20/a-municipalizacao-a-saude-coletiva-e-a-atencao-primaria-em-saude/#1>. Acesso em: 06 jun 2018.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: Ortiz, R. org. **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983.
- BOURDIEU, P. **La Distinction**. Paris: Minuit, 1979.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus, 1996.
- BOURDIEU, P. **Meditações pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Lisboa: Fim de século – Edições Sociedade Unipessoal Ltda, 2003.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. - 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e dos Enfermeiros do PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil_medico.pdf. Acesso em 05 mar 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em 10 mar 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde, 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso 03 mar 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em 30 jul 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 02 de nov 2017.
- CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (org). Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

- CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.9, p.11-13. 1980. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>. Acesso em 10 jan 2018.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em 13 set 2017.
- GALAVOTE, H. S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A. C. P.; FREITAS, P. S. S.; SEIDL, H.; CONTARATO, P. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, V. 20, n. 1. p. 90-98, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. Acesso em 21 jul 2018.
- GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (1): 21-23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>. Acesso em 30 jul 2018.
- GÖTTTEMS, L, B, D.; PIRES, M, G, P. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.2, p.189-198, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/03.pdf>. Acesso em 28 jul 2018.
- JUNIOR, N. C.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29683/31555>. Acesso em 10 jan 2018.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. 2010. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p.2307-2316, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>. Acesso em 25 jul 2018.
- LABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.10, n.04, p.481-490, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1994000400008&script=scabstract&tlng=pt>. Acesso em 12 mar 2017.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em 21 dez 2017.
- LOPES, M. E. L.; SOBRINHO, M. D, COSTA, S. F. G. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.3, p. 819-825, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a31.pdf>. Acesso em 13 mar 2017.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n.2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://aps.ufff.emnuvens.com.br/aps/article/view/307>. Acesso em 12 ago 2017.
- MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em 27 jul 2018.
- MIGUEL, L. F. Capital político e carreira eleitoral: algumas variáveis na eleição para o Congresso Brasileiro. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, n.20, p.115-134, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n20/n20a10.pdf>. Acesso em 12 mai 2018.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 21 jun 2017.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em 12 abr 2018.

O CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA:
UMA REFLEXÃO EPISTEMIOLÓGICA PELA LENTE DE PIERRE BOURDIEU

- SETTON, M. G. J. Uma introdução a Pierre Bourdieu. **Revista Cult**. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/uma-introducaoapierrebourdieu/>. Acesso em 17 maio 2017.
- SOCHA, E. Um esporte de combate. **Revista Cult**. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/um-esporte-de-combate>. Acesso em 17 fev 2017.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em 10 fev 2018.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, VII(2): 7-28, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em 14 mar 2018.
- VILLA, E. A.; ARANHA, A. V. S.; SILVA, L. L. T.; FLÔR, C. R. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01044.pdf>. Acesso em 27 jul 2018.
- ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 18, n. 66, p. 721-731, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2018nahead/1807-5762-icse-1807-576220170194.pdf>. Acesso em 01 ago 2018.