



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Análise do campo da Atenção Básica à luz da teoria de Pierre Bourdieu

Analysis of the field of Primary Care in light of Pierre Bourdieu's theory

Tarciso Feijó da Silva¹, Helena Maria Scherlowski Leal David²

RESUMO

Objetivo: apresentar aspectos estruturais, relacionais e prescritivos do campo da Atenção Básica e ressignificar o acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado. Metodologia: estudo descritivo, com abordagem qualitativa delineado pela observação sistemática, cuja análise dos dados foi realizada à luz da teoria de Pierre Bourdieu. Resultados: os diferentes aspectos observados permitiram compreender a lógica de organização, funcionamento e as fragilidades existentes no campo. Por sua vez, através do acolhimento identificado, foi possível estabelecer sentido sobre a prática em saúde instituída pelos profissionais. Conclusão: apoiado em Pierre Bourdieu, o olhar sobre a Atenção Básica permitiu ressignificá-la como um campo, sendo possível observar que ela é conformada por regras que a orientam e dão sentido à sua existência. No que tange ao acolhimento, observaram-se formas distintas de perceber e utilizá-lo, em que esse não emergiu no estudo como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Atenção Básica em Saúde. Vigilância em Saúde. Cuidado centrado no paciente

ABSTRACT

Objective: to present structural, relational and prescriptive aspects of the field of Primary Care and to redefine hospitality as a health surveillance strategy for the production of care. Methodology: a descriptive study, with a qualitative approach outlined by systematic observation, in which the data analysis was performed in

¹ Enfermeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz; Graduado em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá. E-mail: tarcisofeijo@yahoo.com.br

² Professora titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz; Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz; Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Católica de Petrópolis.

light of Pierre Bourdieu's theory. Results: the different observed aspects allowed us to understand the logic of organization, functioning and the weaknesses that exist in the field. In turn, through the identified hospitality, it was possible to establish meaning about the health practice instituted by the professionals. Conclusion: supported by Pierre Bourdieu, the look on Primary Care allowed to reframe it as a field, it was possible to observe that it is shaped by rules that guide it and give meaning to its existence. With regard to hospitality, there were different ways of perceiving and using it, in which it did not emerge in the study as a health surveillance strategy for the production of care.

KEYWORDS: User Embracement. Primary Health Care. Public Health Surveillance. Patient Centered Care

INTRODUÇÃO

Este artigo é um recorte da tese de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) intitulada “Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica”.

O acolhimento na literatura tem sido compreendido de forma distinta por diferentes teóricos e nem sempre as colocações são divergentes, pois, por vezes, se complementam. Assim sendo, neste artigo, o acolhimento no contexto da Atenção Básica em Saúde (ABS) é considerado não apenas uma forma humanizada, respeitosa e comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, mas um recurso para produção do cuidado em saúde. Toma-se o mesmo como um dispositivo disparador de reflexão e mudança a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde e de como os saberes vêm sendo, ou deixando de ser, utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde¹ e como uma estratégia para a produção do cuidado, à medida que contribui para ampliação do acesso aos serviços de saúde, com alteração do fluxo assistencial e potencialização do trabalho em equipe².

A ABS é regulada por políticas prescritivas que a normatizam, ditando como ela deve ser organizada e como a gestão e os profissionais devem gerir suas ações visando à produção do cuidado. No entanto, na prática, muitas vezes, a realidade se sobrepõe ao prescrito e é afetada por diferentes fatores, sendo os de ordem estrutural e humana aqueles que mais geram impacto sobre as ações de saúde. Aproximar-se do campo fez-se necessário para compreender sua história, sua vida, sua constituição e as regras que o orientam, como também para conhecer o coletivo de atores que trazem sentido à sua existência.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi criada para ser o nível da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecido para encontros permanentes entre profissionais e usuários³. O termo APS refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de Atenção Básica em Saúde (ABS)⁴, sendo que

a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica em Saúde” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como equivalentes³.

A ABS como nível do serviço de saúde, segundo suas normativas, deve se constituir em entrada preferencial no sistema, para todas as necessidades e todos os problemas; fornecer atenção centrada na pessoa (não direcionada para a enfermidade), ao longo do tempo e em todas as condições, exceto as muito incomuns e raras; e coordenar ou integrar a atenção em saúde recebida em outro serviço⁵. Tem como prerrogativa o exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações⁶.

O processo de trabalho da ABS, de acordo com o prescrito, deve iniciar com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade⁷. Essa demanda implica que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

O trabalho em equipe na ABS é considerado um dos pilares para a mudança do modelo hegemônico em saúde pautado no biológico, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si, para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. Desta forma, as ações desenvolvidas na ABS têm como objetivo promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliar o acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais³.

A noção de campo tem sido utilizada para designar espaços (microcosmos) dotados de certa autonomia, ao mesmo tempo em que são submetidos a leis sociais mais amplas (macrocosmo). Como espaços sociais relativamente autônomos, esses podem compor suas próprias regras e leis, assumir posições e tomar decisões⁷. A ABS, por ser legitimada pelo Estado, possuir objetivos específicos e atores que ocupam diferentes posições e que estão em constante relação uns com os outros, pode ser considerada como uma estrutura social e, por conseguinte, um campo.

O campo é conformado e consolidado por três elementos (estrutura, agentes e leis) densamente imbricados que traduzem sua razão de ser e trazem sentido à sua existência^{8,9,10}.

A estrutura do campo comunica os aspectos objetivos necessários para o funcionamento, a organização e o posicionamento do ator no campo, que existem

independentemente da consciência e da vontade desses atores e aos subjetivos que se relacionam à disposição dos atores, às suas crenças, suas intenções e suas representações⁸.

Os agentes são indivíduos em interação, dotados de um senso prático, um sistema adquirido de preferências, de classificações e de percepção⁸; os atores do campo são dotados de *habitus* e capitais, sendo que o primeiro orienta a postura/o fazer/o agir do agente no campo, e o segundo traz relevo sobre os diferentes recursos que estes possuem e que são utilizados no campo⁹.

As leis são tidas como regras prescritas/institucionalizadas que traduzem a razão de ser do campo, qualificam sua existência e descrevem o *modus operandi* dos agentes que nele atuam. Essas são próprias de cada campo, contribuem para sua autonomia e configuram-se como essenciais para sua existência¹⁰.

Neste sentido, visando compreender como o campo da ABS está estruturado, a dinâmica das relações existentes entre os profissionais e as leis que o sustentam, este artigo tem por objetivo apresentar aspectos estruturais, relacionais e prescritivos do campo da ABS e ressignificar o acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa. O cenário escolhido foi o Centro Municipal de Saúde (CMS Parque Royal), que tem como área de abrangência o sub-bairro da Portuguesa, no bairro da Ilha do Governador (Comunidade do Parque Royal) no município do Rio de Janeiro. A Comunidade do Parque Royal é composta, em sua maioria, por imigrantes da região Nordeste do Brasil, possuindo um total de 9.093 cidadãos que estão cadastrados em prontuário eletrônico¹¹. O CMS Parque Royal pertence à Área Programática (AP) 3.1, sendo o primeiro de um total de três Unidades de Saúde da Família que estão inseridas nesse território¹¹.

Os critérios para escolha da unidade foram possuir mais de 15 anos de inauguração, já que o tempo de existência da unidade contribui para reconhecimento social pelos usuários do seu papel no contexto territorial em que está inserido; e ter mais de 80% dos profissionais em atuação há mais de três anos, tendo em vista que se espera que com o tempo de atuação os profissionais tenham conhecimento ampliado sobre os objetivos do campo, leis e regras que orientam seu funcionamento, assim como compreendam sua relevância para Rede de Atenção em Saúde.

Participaram do estudo 37 (trinta e sete) profissionais que atuavam na unidade na ocasião da coleta de dados, independentemente da categoria profissional, do tipo de vínculo e da carga horária, sendo 1 gerente, 4 médicos, 3 enfermeiros, 1 dentista, 1 farmacêutico, 4 profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção

Básica, 3 técnicos de enfermagem, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 13 Agentes Comunitários de Saúde, 3 Agentes de Vigilância em Saúde, 2 Administrativos e 1 Auxiliar de Serviços Gerais. Ressalta-se que os profissionais participaram indiretamente da pesquisa, pelo fato de o estudo ater-se a observar as ações desenvolvidas, as relações construídas e as posições deles no campo. O único critério utilizado para a inclusão dos profissionais foi estar ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e estar vinculado à unidade no momento da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2018 e março de 2019, tendo obtido anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e aprovação dos Comitês de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob nº 3.035.782 e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob nº 3.103.928.

O pesquisador utilizou a observação sistemática como método para se aproximar do campo de pesquisa, na perspectiva de elucidar como o campo está estruturado, que posições os atores ocupam, como a lógica de organização prescrita se estabelece no cotidiano e como as relações/interações a partir do acolhimento contribuem para a produção do cuidado. A observação sistemática considerou diferentes aspectos, na perspectiva de produzir maior compreensão sobre o campo e o acolhimento, na perspectiva de ampliar o olhar sobre ambos¹².

Com a utilização de um roteiro previamente elaborado, buscou-se compreender como o cenário de pesquisa está configurado; os diferentes serviços existentes e disponíveis para atendimento aos usuários; a totalidade dos atores e seus papéis; as relações/interações existentes entre eles; a(s) modalidade(s) de acolhimento existente(s); os diferentes recursos que estão em circulação; e o uso que os profissionais fazem deles para a produção do cuidado.

Os dados da observação sistemática sobre a ABS foram registrados em um diário de campo, tratados e analisados buscando construir sentidos sobre sua estrutura, seus agentes, as leis que a orientam e o acolhimento. O pesquisador manteve-se atento aos detalhes que influenciam e permeiam as relações entre os sujeitos desse campo e entre eles com os usuários do serviço.

As impressões relacionadas ao campo e ao agir dos profissionais, assim como aquelas que envolvem o movimento produzido por eles a partir do acolhimento, visando à produção do cuidado, foram identificadas e registradas a partir da percepção do pesquisador, descritas e discutidas à luz das principais referências.

Apoiada na Teoria Geral dos Campos de Pierre Bourdieu, a análise da observação sistemática procurou descrever os aspectos estruturais, relacionais e prescritivos do campo da ABS que contribuem para considerá-lo como um espaço social em constante movimento, com agentes que estão em constante relação uns com os outros, porém ocupando posições que são determinadas pelo volume de capital que detêm, assim como ressignificar o acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa está localizada próxima a vias expressas, tem um vasto comércio local e se apresenta invisível aos atores armados nas proximidades. Apesar disso, seu acesso não foi visto como hostil pelos pesquisadores. É relevante esclarecer que, no município do Rio de Janeiro, as regiões são muito heterogêneas, em função da história e forma como ocorreu o processo de urbanização, sendo que as áreas programáticas 3.1, 3.2 e 3.3 juntas conformam como a área mais populosa da cidade (37,9%), tendo metade de seus moradores residindo em favelas¹³. Nesses cenários, a população enfrenta dificuldade de acesso a transporte público, a saneamento e a outros bens essenciais, além de sofrer com a violência cotidiana e com a frágil intervenção do Estado em áreas como segurança, habitação, educação e saúde.

A pequena rua para acesso ao CMS Parque Royal fica conectada a uma via expressa, com vasto comércio local, no que foi necessário buscar informações em um dos estabelecimentos acerca de sua localização. A informação de que a unidade de saúde ficava a cerca de 200 metros da principal rua e de que bastava seguir em frente surpreendeu o pesquisador. A rua pequena, apesar de possuir mão dupla, permitia passagem apenas de um único veículo e, ao ingressar nela, logo foi possível avistar a pequena unidade toda em adobe, revestida e pintada nas cores azul e branca. Em frente a ela, havia apenas duas vagas de estacionamento e nos seus arredores pequenos comércios, casas e transeuntes. Nada tipificado como diferente do que se presume como normal foi visto e ouvido, nada que pudesse justificar a preocupação inicial do pesquisador em entrar na comunidade.

A impressão inicial foi favorável e possibilitou reflexões. No senso comum paira certo preconceito relacionado aos cenários de favela, muitos deles motivados por questões sociais, como os que envolvem a violência e que são amplamente divulgados pela grande mídia. O preconceito, por sua vez, acaba alcançando o mundo acadêmico, na medida em que se constitui como um impeditivo para a realização de pesquisas científicas nesses espaços, contribuindo para conhecimento incipiente da realidade a que as pessoas desses locais estão expostas, assim como pouca visibilidade dessas, que acabam por não poder compartilhar da percepção que possuem sobre o contexto e a realidade a qual vivenciam. Sobre esse aspecto, para Porto et al.¹⁴, é fundamental considerar os impactos das intervenções urbanas pontuais e da violência nos territórios; particularmente, o impacto na vida das pessoas, compreendendo-o, em sua dimensão, como uma experiência coletiva. São dramas que se repetem no tempo e no espaço, mas que não assumem visibilidade pública; logo, são percebidos como casos pessoais e isolados.

O pesquisador, apesar de já ter atuado na ABS do município do Rio e apoiado ações das unidades de saúde do território da AP 3.1, não conhecia o cenário da pesquisa,

nem os profissionais que ali trabalhavam. Ao entrar na unidade, a gerente administrativa mostrou-se receptiva à pesquisa, apresentando a unidade, assim como os profissionais que naquele dia seguiam trabalhando. De imediato, desculpou-se pelos transtornos advindos do intenso calor em determinados ambientes, face à falta de manutenção dos aparelhos de ar-condicionado. Visando não atrapalhar o processo de trabalho dos profissionais e o fluxo de atendimento aos usuários, explicou-se à responsável pela unidade como a observação sistemática seria conduzida e todo o cuidado que seria dispensado para minimizar quaisquer transtornos.

Aspectos estruturais do campo

A estrutura da unidade é toda de alvenaria; a entrada possui rampa e corrimão para acesso de deficientes. É conformada pela recepção; farmácia; saúde bucal; escovódromo; depósito de material e limpeza (DML); expurgo; esterilização; coleta; imunização; curativo; almoxarifado; salas de atendimento das equipes de saúde da família (sendo uma para cada equipe – Boa esperança, Emanuel e Tubiacanga); sala de saúde da mulher; corredor central com cadeiras dispostas próximo às diferentes salas de atendimento; cadeiras no final do corredor posicionadas lado a lado para a espera de atendimento, localizadas próximo a um portão de ferro que dá acesso à associação de moradores e que, durante observação, permaneceu fechado com cadeados; ambiente aberto na lateral esquerda no final da unidade com cerca de 10 metros quadrados; e duas poltronas flexíveis próximas à saída da sala de curativo.

A recepção é apartada da unidade e conta com um guichê de atendimento por equipe de saúde da família, com mesa, cadeira e computador conectado à internet, onde um profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) recebe os usuários que procuram os serviços ofertados pela unidade. O local é climatizado, não muito amplo, e possui um mapa da unidade com desenho de duas equipes (Emanuel e Boa esperança), televisão, bebedouro, dispensador de preservativos, cadeiras para que usuários aguardem atendimento e totem com distribuidor de senhas por equipe, o que permite ao usuário acesso por tipo de demanda (programada, espontânea, farmácia, saúde bucal, procedimentos, imunização e item que permite a avaliação dos serviços prestados).

Nos 12 turnos de 5 horas cada (total de 60 horas) destinados à observação sistemática, os usuários não estavam utilizando o totem, que seguiu desligado, assim como a televisão. Não estavam disponíveis para visualização a relação dos grupos de promoção da saúde e o cronograma de atividades da equipe Tubiacanga.

A presença do totem com distribuidor de senha nas unidades de saúde do Rio de Janeiro já está naturalizada pelos profissionais e até mesmo pelos usuários, que, durante a observação, teciam críticas por ele não estar em funcionamento. No contexto de outros ambientes, que não aquele que presta serviços de saúde, o totem tem a tarefa pontual

de gerir filas, evitando aglomerações e até mesmo reclamações. Como se o simples fato de pegar um número e saber que existe uma ordem pré-estabelecida para ser chamado, ouvido e atendido fizesse o usuário esperar com mais paciência.

A presença do totem, que já tinha sido visto e utilizado por esse pesquisador em outras unidades, no momento da observação, talvez pelo distanciamento necessário e exigido pela pesquisa, causou certo estranhamento e gerou alguns questionamentos: o totem, em uma unidade de saúde, não retrata uma lógica bancária que pode contribuir para a diminuição da escuta e de um acolhimento com foco nas reais necessidades de saúde dos usuários? Este não fragiliza a atenção às demandas que necessitam de respostas imediatas, já que não distribui senha de acordo com critérios de risco e vulnerabilidade, e sim por tipologia de atendimento que é ofertado? Este não compromete um acolhimento, que nesse campo deveria ter como foco a vigilância em saúde para a produção do cuidado?

Após a recepção, à direita, encontra-se o serviço de farmácia, que funcionou durante todos os dias de observação, distribuindo medicamentos de uso contínuo e controlados. A farmácia é bem climatizada e organizada com medicamentos dispostos em prateleiras e identificados. Observou-se que parte das prateleiras estava vazia, devido à falta de alguns medicamentos. As condições de trabalho inadequadas, como a falta de climatização em alguns ambientes da unidade, atreladas à falta de suporte, no caso, ausência de medicamentos, tornam evidente certa precariedade instalada no campo, e isso limita o trabalho dos profissionais e interfere na produção do cuidado.

A falta de equipamentos e insumos necessários para a prática profissional converge para problemas de ordem objetiva e subjetiva no trabalhador, tais como desorganização, interrupções constantes do trabalho, exposição a riscos diversos, tanto para a pessoa que está sendo cuidada quanto para o profissional, ansiedade e sensação de trabalho incompleto¹⁵. Para amenizar essas situações, Maissiat et al.¹⁶ recomendam que gestores e trabalhadores se mobilizem conjuntamente para renormatizar a organização e as condições laborais, a fim de elaborarem medidas que contribuam para a redução do sofrimento e potencialização das fontes de prazer no trabalho. Este, por sua vez, não percebido, não sentido, não externado nos dias em que o pesquisador permaneceu em campo e manteve contato com os profissionais.

A sala de atendimento da equipe de saúde bucal é conformada pela cadeira de atendimento da odontologia, por mesas para guarda de material e atendimento e computador conectado à rede e com impressora. A presença da equipe de saúde bucal no dia a dia da unidade foi pouco notada, em razão da lógica de atendimento individual prestada pelos profissionais, ausência de ações de prevenção em saúde bucal e pouca integração desses com os outros profissionais da unidade. Para Moysés e Silveira Filho¹⁷, o isolamento, o corporativismo e a insegurança na prática da equipe de saúde bucal são fatores que fragilizam o trabalho desses profissionais e impedem a integração deles com

os demais profissionais da ABS, o que dificulta a troca de conhecimentos e articulação de um campo de produção do cuidado. Segundo os mesmos autores, os profissionais podem até estar juntos no campo, na visita domiciliar ou nas demais atividades externas que exigem certo grau de convivência, mas o aprisionamento do processo de trabalho a estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado torna o mesmo morto¹⁷.

As salas das equipes de saúde da família são padronizadas, possuindo mesa, cadeira para profissional e usuário, computador conectado à internet e com impressora, mesa ginecológica com gavetas para guarda de insumos, armário com duas portas, balança infantil digital, aparelho de pressão e régua antropométrica infantil. A balança digital para os adultos é compartilhada pelas equipes, permanecendo no corredor da unidade. A sala de saúde da mulher dispõe dos mesmos equipamentos descritos anteriormente para as salas das equipes, o que permite sua utilização pelos profissionais para atendimento aos outros ciclos de vida, sendo que o que a diferencia é a disponibilização de um banheiro em sua estrutura.

A sala de imunização funciona todos os dias com porta aberta para a administração de todas as vacinas, exceto antirrábica, que tem como referência a unidade específica da CAP 3.1, e a vacina BCG, que é administrada apenas às terças-feiras. Além disso, possui refrigerador com porta de vidro para guardar as vacinas, isopores, mesa, cadeiras, computador conectado à internet, maca e pia com torneira. Na ocasião da observação, a sala de imunização não estava funcionando, em virtude de um defeito no ar-condicionado, o que impedia a climatização do local.

Não obstante, não fosse à precarização do ambiente, o que, mais uma vez, desponta, ocasionando dano à produção do cuidado, de toda forma, os usuários do serviço teriam o atendimento em imunização de forma limitada, pelo estabelecimento de rotinas que implicam no cuidado integral dos usuários. O campo insere-se em uma área densamente populosa, com aglomerado de pessoas e casas que, pela proximidade, são pouco ventiladas. Esses fatores, associados ao contexto social de vulnerabilidade e risco a que os usuários estão expostos, podem predispor os usuários à tuberculose, o que não justifica a limitação da imunização por BCG. Outro ponto que merece ser destacado é que a rotina instituída vai contra a orientação da própria Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, que, no documento em que orienta as ações nesse campo, explicita que os serviços de curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de dados vitais e acolhimento devem estar disponíveis durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde e que a sala de vacina deve ser mantida aberta, aproveitando todas as oportunidades para a atualização do cartão vacinal, não existindo dias para vacinas específicas, como a BCG¹⁸.

A sala de curativo é compartilhada para a realização de eletrocardiograma, retirada de pontos, administração de medicamentos, anticoncepcionais, realização de testes rápidos e acolhimento das demandas espontâneas pelo profissional técnico de

enfermagem. Este verifica os sinais vitais, faz a primeira escuta e direciona o usuário para o agendamento programado ou para o atendimento com profissional enfermeiro ou médico da equipe. O técnico de enfermagem também é responsável pelos pacientes que permanecem em observação clínica por condições agudas dispostos em poltronas localizadas perto da saída da sala de curativo.

Na sala de administração da unidade, foi possível observar diferentes processos sendo disparados pela gestão, tais como agendamentos para Rio Imagem, Rio Card, Cegonha Carioca, controle de Recursos Humanos, atualização do CNES, previsão e provisão de materiais, acompanhamento do funcionamento da unidade por circuito de câmeras, solicitação de manutenção de equipamentos, assim como exportação de relatórios gerenciais via prontuário eletrônico.

O processo de regulação de vagas via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) de usuários para especialidades e de transferências rotineiras por demandas espontâneas agudizadas para outras unidades da rede, conforme preconizado pela gestão, deveria ser conduzido pelos profissionais de nível superior (gerente, enfermeiro e médico), que possuem dados para acesso aos sistemas. No entanto, na prática, observou-se compartilhamento dos dados para acesso ao sistema com os profissionais de nível médio (técnico de enfermagem e administrativos), visando otimizar esses processos.

O SISREG considera diversos critérios de prioridade para representar o tempo máximo desejável de atendimento, representando-os por cores: vermelha, corresponde a situações clínicas graves e/ou que necessitam de um agendamento prioritário, em até 30 dias; amarela, as situações clínicas que necessitam de um agendamento prioritário, em até 90 dias; a verde demonstra que a pessoa pode aguardar até 180 dias; e a azul diz respeito a situações clínicas que não necessitam de um agendamento prioritário, podendo esperar por mais do que 180 dias¹⁹. A regulação de vagas via SISREG e as transferências de usuários agudizados para outros pontos da rede de atenção em saúde constituem-se como essenciais para resolutividade da atenção. No entanto, a observação fez emergir alguns questionamentos. Como esses processos são direcionados pelos profissionais de nível médio, quando se deparam com demandas que exigem um conhecimento técnico-científico e uma análise de risco? No cotidiano do trabalho, o envolvimento desses profissionais com demandas cuja responsabilidade pertence aos de nível superior existe pela e para a otimização do processo de trabalho ou tende a constituir-se como uma alternativa para a diminuição da carga de trabalho sobre os profissionais de nível superior? No campo da ABS, essas ações, em sua grande maioria, não são mobilizadas a partir do acolhimento dos usuários e não poderiam constituir-se como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado?

Na sala dos ACS, existem 3 mesas, 3 cadeiras e 3 computadores conectados à internet e armários para guardar material. Nesse ambiente, os profissionais atuam nos

lançamentos dos dados relacionados às visitas domiciliares, ao Bolsa Família e a outras ações específicas ditadas pela gestão. Durante os dias de observação, identificou-se um número expressivo de ACS nesse ambiente, sempre superior a 3, e ACS ocupando outros espaços na unidade, aparentemente não desenvolvendo tarefa correlata a sua função. Nogueira²⁰ identificou uma série de atividades sendo praticadas pelos ACS, que não aquelas incluídas no seu “hall” de atribuições, como atividades de mobilização e grupos educativos. Esse ator, no campo, além de ocupar-se com o preenchimento de sistemas de informação, prontuários e fichas, tem assumido tarefas administrativas e, em alguns contextos, até atividade de serviços gerais e procedimentos de cunho técnico que são prescritos para os profissionais de enfermagem.

O resgate histórico permite observar retrocessos na atuação desse profissional que outrora desempenhava atividades de promoção e prevenção de doenças de acordo com prioridades estabelecidas em função das necessidades de saúde identificadas no território ao qual está vinculado²¹. Na atualidade, tem prescrito, mesmo que em caráter excepcional, a possibilidade de assumir outras demandas que desconstroem o sentido da sua prática, tais como aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, realização de técnicas limpas de curativo e indicação da necessidade de internação hospitalar ou domiciliar³.

No que concerne pensar o acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado, sabe-se que esse não prescinde de espaço ou momento específico para acontecer. No entanto, especificamente no espaço físico que comporta o campo da ABS, faz-se necessário considerar o aspecto ambiência, necessário para a criação de espaços saudáveis, confortáveis, acolhedores e que respeitem a privacidade dos usuários, como também propiciar mudanças no processo de trabalho e contribuir para o encontro entre as pessoas²². Durante a observação sistemática, identificou-se que a produção do cuidado é influenciada pela estrutura do campo e pelo comportamento dos agentes, que, em um contexto de condições de trabalho precário, são atravessados por fatores que podem produzir desde desmotivação até processos de adoecimento.

Aspectos relacionais do campo

A recepção apartada dos outros componentes estruturais da unidade concentra sobre os profissionais ACS a responsabilidade pelo acolhimento inicial dos usuários, considerando o fato de a unidade não possuir profissional que atue junto à portaria ou guarda e segurança. Percebeu-se que o acesso, portanto, parece depender exclusivamente da capacidade de escuta do ACS, o que, por sua vez, tem relação com a formação que este recebeu, sua inserção na comunidade, dentre outros fatores. Nesse sentido, percebeu-se que o ACS pode ser um facilitador do acesso, ou um dificultador,

fazendo com que o usuário não chegue a ser atendido por outros profissionais, que são os responsáveis por garantir a resolutividade.

A depender da capacidade de escuta dos ACS na recepção, os usuários podem ser restringidos logo na sua entrada sem que progridam em direção a outros agentes, o que pode fragilizar a produção do cuidado. Esse modelo de recepção centrado no profissional ACS, por sua vez, contrapõe-se à proposta de integralidade do SUS. Na ABS, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, especialmente na questão da abordagem multidisciplinar, a qual se caracterizaria pela busca, também contínua, de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, as quais não podem ser feitas sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde²³.

Os ACS são conhecidos na unidade e têm visibilidade garantida pelo lugar que ocupam e pelas ações que vêm assumindo. A posição deles e as relações que engendram no cotidiano do trabalho determinam o capital social deles no campo e os tornam atores-chave no acolhimento dos usuários. No entanto, é relevante reiterar que a posição por eles ocupada nem sempre é aquela prevista e que estes acabam por assumir ações cujo domínio não é de sua responsabilidade, o que pode influir na produção do cuidado.

As demandas espontâneas que acessam a unidade são direcionadas para o profissional técnico de enfermagem, que realiza a escuta e avalia o risco primário do usuário. No dia da observação, face à demanda, que era vultosa, dois profissionais dessa categoria atuavam em conjunto na sala de curativo, atendendo os usuários. Ambos estavam sem jaleco, um com crachá de identificação e o outro sem nenhuma identificação. Eles permaneceram em constante diálogo um com o outro, mostravam-se empáticos, disponíveis para a escuta e envolvidos com os procedimentos que desenvolviam.

Na prática, no campo da ABS, a interiorização do exterior pelos técnicos de enfermagem pode contribuir para a conformação de um novo *habitus*, diferente do familiar, que é apreendido na infância, e do acadêmico, de base escolar. O *habitus* profissional se conforma através das experiências, do fazer cotidiano, do desenvolvimento de habilidades e do envolvimento dos atores com os objetivos do campo. No entanto, ele não é uma aptidão natural, é socialmente construído. Pode ser durável, mas não deve ser considerado estático ou eterno, já que o campo e os atores estão em constante processo de transformação²⁴.

A posição dos técnicos de enfermagem foi vista como fator que influi no processo de trabalho, já que parte das demandas de saúde dos usuários são repassadas aos mesmos pelos ACS. Dessa forma, a atitude que esse profissional adota frente às demandas foi observada como essencial para a criação de vínculo

e desfecho de novas ações ou para o distanciamento dos usuários da unidade, pelo fato de acharem-na pouco resolutive.

Durante parte da observação, a noção de “acolhimento” emergia na fala dos técnicos de enfermagem ao se referirem aos ACS (“tem mais alguém aguardando acolhimento?”) ou ao se voltarem para os próprios usuários (“aqui no acolhimento, a gente só classifica o risco”). A concepção presente na fala dos profissionais converge para um acolhimento centrado na recepção e triagem, na classificação de risco e no atendimento possível à necessidade real e presumida dos usuários, pouco contribuindo para vigilância em saúde e produção do cuidado. Reitera-se, no entanto, que o discurso se contrapunha à prática observada, já que a classificação de risco no campo da ABS deve envolver critérios previamente estabelecidos que permitam atendimento e direcionamento responsável das demandas²⁵.

O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado tem como princípio basilar o conceito positivo de saúde na medida em que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades inerentes a cada indivíduo para lidar com as diferentes situações que enfrenta²⁶. Quando orientado pela vigilância em saúde, ele permite reconstruir as práticas de saúde visando dar conta da globalidade do processo saúde-doença. A vigilância em saúde, na reformulação das práticas assistenciais e coletivas²⁷, está implicada com as diferentes dimensões que envolvem o processo saúde-doença, tais como as necessidades sociais de saúde, a atuação com enfoque em grupos de risco, a gestão da agenda para atendimento de demandas programadas e espontâneas e a articulação das atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação²⁸.

Se, na prática, os profissionais técnicos de enfermagem da unidade vêm assumindo a responsabilidade por acolher demandas que englobam diferentes condições clínicas e sociais, presume-se que uma abordagem integral dos usuários poderia contribuir para a análise de outros aspectos que não aqueles específicos que os fizeram procurar os serviços de saúde.

Ao observar as consultas médicas, percebeu-se que elas se diferenciam pelo tipo de demanda. No atendimento das demandas espontâneas, a avaliação clínica tinha como foco a queixa, que, por sua vez, acarretava em condutas prescritivas com solicitação de retorno dos usuários, caso esses não apresentassem melhora do quadro. A observação das condutas disparadas a partir desse tipo de demanda (procedimentos, exames e terapia farmacológica), convergiu para aproximá-las da perspectiva biomédica de atenção à saúde. Os olhares e interesses pelas histórias, pelos contextos e por outras necessidades dos usuários que acessavam a unidade por demanda espontânea, até onde foi possível observar, pareceram ser secundários.

A consulta médica programada tinha como foco atender à necessidade que motivou o agendamento, no que quando havia tentativas por parte dos usuários de

pautar outras demandas, que não aquela relacionada ao mesmo, a profissional solicitava agendamento de “nova consulta”. Fato é que, durante a observação, foi possível identificar que o número de faltas às consultas de demanda programada compensaria não só o atendimento integral das demandas programadas, como também das espontâneas. Percebeu-se, assim, o quanto a postura burocratizada adotada no acolhimento às demandas pelo profissional médico influi na produção do cuidado.

A burocratização do campo e do acolhimento na grande maioria das vezes pareceu não ser percebida pelos profissionais e por aqueles que o gerenciam. Pelo prescrito, os atores que têm atribuições pré-estabelecidas devem orientar suas ações em referência aos objetivos que orientam o campo. Pelo observado, os mesmos ou norteiam suas ações a partir das normativas, rotinas e fluxos instituídos, ou têm seus modos de perceber, de sentir, de fazer, de pensar e de agir inscritos no *habitus*²⁹. Esse, por sua vez, é produto de uma aprendizagem, de um processo do qual já não temos mais consciência e se expressa por uma atitude “natural” do profissional em conduzir suas ações em determinado meio. Ele percebe, pensa e age dentro da estreita liberdade, dada pela lógica do campo e da situação que nele ocupa³⁰.

A participação em um grupo de promoção em saúde voltado para usuários hipertensos e diabéticos permitiu compreender a dinâmica utilizada pelos profissionais, a metodologia e o manejo das dúvidas dos usuários. O total de usuários participantes do grupo foi de 7 usuários, sendo conduzido por um profissional enfermeiro e um profissional técnico de enfermagem. Houve avaliação antropométrica, verificação da glicemia capilar e da pressão arterial. Vídeos ilustrativos voltados para a prevenção da evolução das doenças foram assistidos pelos usuários e, em seguida, fomentou-se a discussão sobre a relevância da adesão ao tratamento medicamentoso proposto para cada usuário. Pelo fato de a unidade estar na semana de prevenção da hanseníase na ocasião da observação sistemática, abriu-se espaço no grupo para a discussão sobre o panorama dessa doença no Brasil, formas de prevenção, sinais, sintomas e diagnóstico.

Após o grupo, percebeu-se intensa troca entre os usuários sem participação dos profissionais no grupo, uma vez que a técnica de enfermagem estava voltada para a organização do material utilizado no grupo e preenchimento de documentos e a enfermeira retornou ao consultório para atendimento individualizado de todos os participantes do grupo.

As consultas de enfermagem foram permeadas pelo caráter prescritivo, tendo como foco transcrição de medicamentos, solicitação de exames e reagendamento para a profissional médica, sendo observado pouco diálogo e troca entre a profissional e os usuários. Todos os usuários tiveram seu atendimento pautado nas linhas de cuidado de hipertensão e diabetes. A necessidade evidenciada por parte da enfermeira de atendimento de demandas associadas às outras linhas de

cuidado gerava um reagendamento para a profissional médica ou para a própria enfermeira em outro momento.

Não obstante, observou-se que todos os usuários receberam, de forma individualizada, orientações relacionadas à alimentação e à prática de atividade física. Estas, tidas como elementares para controle e prevenção de doenças, eram direcionadas pela profissional da seguinte forma: “Tem controlado o açúcar e o sal nas refeições? Sabe que eles fazem mal para a saúde? Tem caminhado um pouco? Faz algum tipo de exercício físico?”. As respostas dos usuários, pautadas em negativas ou afirmativas, permite evidenciar a dificuldade do profissional em considerar outros fatores socioculturais e por que não os ambientais (que não o não ingerir ou o não praticar), que se relacionam diretamente com o consumo de determinados alimentos ou com a atividade física, assim como em desenvolver ações promotoras de mudança de estilo de vida e envolver o usuário nesse processo.

A abordagem dispensada aos usuários pelos profissionais envolvia um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais, tipificada como medicalização da vida³¹. Segundo Tesser et al.³², a medicalização é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que poderiam ser conduzidas de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e, muitas vezes, até danosos aos usuários.

Oliveira et al.³³ apontam ser necessário atentar para os efeitos da medicalização, tendo em vista que ela não está limitada apenas ao uso do produto medicamento e possui uma lógica mais sutil e perversa que avança no controle da vida das pessoas e da sociedade. Dessa forma, o combate a esse fenômeno deve contar com ações de promoção da saúde, de modo a fornecer cuidado integral e multidisciplinar para além da prescrição medicamentosa, considerando o acesso a outras formas de tratamento. Isso passa necessariamente pela mudança na cultura que relaciona o direito à saúde à obtenção de uma prescrição de medicamentos³⁴.

O usuário M. P. S., de 76 anos, explicitou, durante a consulta de enfermagem, que evita sal e que não come em excesso. Logo em seguida, complementou, afirmando: “comi muita linguiça no último final de semana, porém com pouco sal”. O mesmo usuário relatou que faz exercício físico e que, inclusive, carrega sacos de capim na cabeça de forma rotineira no trabalho. Ele concluiu dizendo: “na minha idade, a gente não pode dar mole para a sorte”. A enfermeira, diante dos relatos, reiterou a relevância da adesão ao tratamento e dos cuidados com alimentação para o usuário, avaliou seus pés e procedeu às condutas prescritivas que ditavam o atendimento. O usuário, enquanto a enfermeira providenciava os documentos a partir do prontuário eletrônico, discorria sobre política,

externando: “como está difícil acreditar na melhoria da saúde e da segurança com os atuais governantes”. Ele pontuou ainda ser um absurdo a unidade de saúde estar funcionando sem climatização.

Outro usuário, E. F. S., de 47 anos, acompanhado da esposa durante atendimento, relatou novamente o descaso com os profissionais pela ausência de climatização. Hipertenso e tendo se submetido à última consulta há mais de um ano, solicitou agendamento para atendimento porque estava preocupado, já que o irmão havia tido um infarto agudo do miocárdio (IAM) recentemente. Mesmo ausente nas consultas, já que relatou faltar às consultas anteriores, informou tomar os medicamentos de forma correta e verificar pressão arterial vez ou outra. Sua esposa, no que diz respeito à alimentação, relatou que, após orientação recebida na última consulta da médica, comprou uma fritadeira elétrica e que só a utiliza para que não haja consumo de gordura na residência. A abordagem da enfermeira voltou-se para informar que ele deveria evitar os excessos, assim como temperos industrializados, alimentos pré-cozidos e condimentados. O usuário pediu ajuda à enfermeira porque pretende viver até os cem anos. Sua esposa retrucou, dizendo: “só depende de você”, e a enfermeira acenou com um olhar de concordância. Não houve, no contexto do atendimento, discussão propositiva sobre o viver de forma saudável, o cuidado com a saúde e o processo de morte inerente a todo ser humano e também o motivo que levou o usuário à consulta, já que o irmão teve IAM recentemente. Os procedimentos prescritivos foram seguidos e orientaram a consulta de enfermagem.

É relevante reiterar o cenário de crise que os profissionais da ABS do Rio de Janeiro vivenciavam no período do estudo com atrasos salariais que ultrapassavam 40 dias e condições de trabalho insalubres. Nas últimas semanas que antecederam a observação e durante o período da mesma, a mídia noticiou desmandos que envolveram possíveis fechamentos de unidades de saúde da ABS (o que não se concretizou); demissão de profissionais; reconfiguração da porta de entrada das unidades de ABS – do modelo anterior de um ACS por ESF na recepção para um ACS por cada três ESF. Os ACS, a partir de agora, detinham a responsabilidade de receber os usuários e direcioná-los para os profissionais de nível superior da unidade, que teriam a prerrogativa de realizar a escuta inicial, a avaliação do risco e da vulnerabilidade e os atendimentos imediatos ou agendamentos correlatos. Ressalta-se, no entanto, que, dessas mudanças veiculadas pela mídia, apenas a última, durante o curso da observação, estava em processo na unidade, que discutia os fluxos existentes para a reorganização da porta de entrada a partir da demanda institucional.

O campo da ABS orientado pela vigilância em saúde 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 operações³⁵. A dimensão relacional observada permitiu identificar que os atores ocupam posições distintas no campo e que essas são determinadas por regras que os orientam, assim como pela capacidade destes de darem respostas às demandas dos usuários. A posição dos profissionais não os impedia de circular e de estabelecer contato com os demais atores; pelo contrário, o fato de a unidade ser pequena favorecia a aproximação e a comunicação entre eles. No entanto, a formação dos profissionais foi vista como um fator capaz de estruturar hierarquias no campo, produzindo distanciamentos e determinando quem tem não só poder de fala, mas também de gerência sobre o processo de trabalho. Os profissionais com maior formação acadêmica tinham sua posição na unidade legitimada não só pelos usuários que os consideravam como aqueles capazes de resolver a maior parte dos seus problemas, mas também pelos profissionais com formação inferior, que mesmo com conhecimento ampliado sobre o contexto territorial e procedimentos técnicos a serem desenvolvidos, se sentiam inibidos nas discussões que envolviam o processo de trabalho, a organização das equipes e a gestão de casos complexos.

As relações dos atores revelaram diferentes capitais em jogo que poderiam contribuir para a estruturação do campo e produção do cuidado. No entanto, percebeu-se que cada ator imerso em uma condição de vida específica tende a nortear as suas ações em referência aos gostos, costumes e valores que contribuíram para moldar as suas características ao longo da vida. A gerente da unidade, os médicos e enfermeiros foram vistos como aqueles que detêm maior capital cultural pelos recursos adquiridos com o processo formativo e que são utilizados no cotidiano do trabalho em resposta às necessidades dos usuários; o capital social foi observado internalizado no campo através da rede de relações que existe entre os profissionais, mas os ACS emergiram como aqueles com maior capital social pela dinâmica do trabalho que desenvolvem, o qual os coloca em contato com a comunidade e, ao mesmo tempo, deixa-os ocupando posições que implicam em permanente contato com outros profissionais e usuários do serviço; durante a observação, os próprios profissionais, ao prestigiarem e reconhecerem a relevância do médico para as ações do campo, contribuíram para revelar a presença de outro tipo de capital sobre os mesmos, o capital simbólico³⁶.

O acolhimento dos usuários, de acordo com a observação, segue uma lógica instituída, estabelecida, baseada na queixa-conduta, na necessidade evidenciada, presumida e na oferta imediata de respostas. Dos ACS, passando pelos técnicos, enfermeiros, médicos e demais profissionais, ele se caracteriza pela tríade atender, direcionar e resolver. Permeado por um *habitus* grupal que procura dar conta do problema no momento em que ele ocorre, o acolhimento não foi visto como uma estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado, estando pouco implicado com a circulação do conhecimento e da informação, com a perspectiva do trabalho multiprofissional e interdisciplinar e com a integralidade da atenção.

Aspectos prescritivos do campo

Diferentes normativas orientam a organização dos serviços, o processo de trabalho e o atendimento ao usuário na ABS. A PNAB estabelece as diretrizes para a organização do campo da ABS, sendo a principal política desse campo³.

No município do Rio de Janeiro, considerando a prerrogativa da própria PNAB de que compete à gestão municipal reorganizar o território e os processos de trabalho de acordo com a sua realidade, outras políticas normativas foram elaboradas pela gestão visando nortear o campo da ABS e o processo de trabalho dos profissionais³. Nesse sentido, durante o período de observação sistemática, foram identificados no campo como principais documentos o Regimento Interno, o Plano de Acolhimento, a Carteira de Serviços e os Cadernos da Coleção Guia de Referência Rápida.

O Regimento Interno, com data de atualização no ano de 2018, apresenta informações sobre a localização da unidade; relação de profissionais que atuam no campo exportada do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e dados sociais, demográficos e epidemiológicos relacionados à população adscrita. No documento, apenas duas ESF são contempladas, fato esse justificado pelo fato de, na ocasião da sua elaboração, a unidade não possuir a terceira equipe, que foi vinculada após elaboração do documento³⁷. Estão descritos o horário de funcionamento da unidade; de reunião das duas equipes então relacionadas no regimento; da reunião geral; do colegiado gestor, que é um espaço de troca com as lideranças da comunidade, usuários, gestão e profissionais de saúde da unidade; da sala de imunização; e de realização de exames laboratoriais³⁷.

O regimento não define acolhimento, porém direciona a organização do mesmo na perspectiva da demanda espontânea. De acordo com o documento, as seguintes normativas elaboradas pelo Ministério da Saúde apoiam as ações desenvolvidas pelos profissionais no campo: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência do ano de 2009; Humaniza SUS na Atenção Básica do ano de 2010; e os CAB³⁷.

O Plano de Acolhimento apresenta as ESF do campo, o território adscrito sob sua responsabilidade, com suas principais ruas, e o fluxograma descritivo para o acolhimento das diferentes demandas³⁸. Convém ressaltar que nem o Regimento Interno nem o Plano de Acolhimento fazem alusão ao acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado, detendo sobre o mesmo a noção de recepção, acesso e avaliação de risco e vulnerabilidade.

A carteira de serviços é um documento idealizado pelos gestores e tem por objetivo nortear as ações de saúde oferecidas à população do Município do Rio de Janeiro. A versão utilizada pelos profissionais da unidade e que foi objeto de observação data do ano de 2016, sendo que o próprio documento recomenda atualização do mesmo a cada dois anos³⁹. Na publicação, estão descritas as principais condutas relacionadas

às linhas de cuidado com orientação das ações por classificação hierarquizada das condutas, dos diferentes serviços que devem existir na unidade e que estão relacionados com a vigilância em saúde (imunização, notificação compulsória, adoção de medidas de controle, investigação de óbitos, análise da situação de saúde local), as ações e práticas educativas ofertadas por meio da Promoção da Saúde e todos os procedimentos existentes nesse campo³⁹.

O acolhimento emerge no documento como uma condição necessária para uma boa prestação dos serviços na APS. De acordo com a publicação, ele deve contemplar a comunicabilidade, a atitude, a postura e a resolubilidade, sendo, dessa forma, transversal, contínuo, integrando estratégias, ferramentas e tecnologias para o alcance de respostas que garantam equidade no cuidado e a integralidade da atenção³⁹.

A coleção guia de referência rápida foi elaborada pelos gestores municipais com o objetivo de orientar a assistência clínica nas unidades de ABS na cidade do Rio de Janeiro. Ao todo, existem 12 guias, sendo eles: Infecção Sexualmente Transmissíveis, Infecção pelo HIV e AIDS, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Prevenção Cardiovascular, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Depressão, Ansiedade generalizada e transtorno de pânico em adultos, Atenção ao pré-natal, Álcool e outras drogas, Tuberculose, Câncer de pele. A leitura dos guias permitiu compreender o caráter normativo dos mesmos, na medida em que eles resumem as recomendações dos gestores e trazem a orientação de que quaisquer condutas divergentes sejam registradas em prontuário, seguidas da respectiva justificativa.

No campo, foi possível observar, através do discurso, menções aos guias de referência rápida pela gerência e por uma profissional enfermeira. A primeira recomendando sua utilização pelo profissional médico, que apresentava dúvida diante do quadro clínico de um usuário, e a segunda citando o guia Infecções Sexualmente Transmissíveis como referência para outra enfermeira realizar a abordagem sindrômica. Ressalta-se, no entanto, que não foi observada consulta aos mesmos nas diferentes abordagens realizadas aos usuários durante a atividade coletiva/grupal e nos atendimentos individuais. Isso pode ser justificado pelo conhecimento dos profissionais sobre as recomendações descritas nos mesmos ou sobre a orientação das ações tendo como referência outras normativas.

Ressalta-se que o campo da ABS é um espaço social permeado pela relação e pelo encontro entre profissional-profissional, profissional-usuário e usuário-usuário. Os encontros entre os primeiros são necessários para a integração, o intercâmbio de informação e conhecimento, a discussão do processo de trabalho e análise/planejamento da situação de saúde; o encontro entre os segundos é a base para o estabelecimento de vínculo e vinculação dos usuários ao campo, uma oportunidade de conhecer os motivos e as necessidades de saúde que levaram os usuários a buscarem atendimento, assim como a etapa inicial de todo e qualquer acolhimento; já o encontro entre os terceiros

pode ocorrer em diferentes espaços e momentos, seja no território ou na unidade saúde, contribuindo a depender do tipo de relação que eles estabelecem e vínculo que possuem com o serviço de saúde para reflexão do papel da unidade no cuidado em saúde, maior participação social, troca de conhecimento e informação, assim como adesão às ações em saúde desenvolvidas.

Feuerwerker et al.⁴⁰ explicitam que as práticas de saúde, como toda atividade humana, são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho, pois visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. O acolhimento, enquanto prática de saúde, nas normativas do campo assume duas vertentes: uma pautada em critérios de risco, com foco no atendimento às demandas espontâneas; e outra em referência à micropolítica do trabalho, ao agir no cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram⁴¹, assim como nos encontros de saberes e fazeres que eles operam no interior do campo⁴².

Ambas as vertentes integram um conjunto de regras que contribuem para estruturação do campo e que foram instituídas com a finalidade de orientar as ações dos profissionais. No entanto, a última tem potencial para legitimar as ações dos profissionais, fazendo-os avançar para além da normatividade prescrita, já que os mesmos tendem a internalizar as normativas e orientar suas ações por meio delas²⁹.

O acolhimento pautado na normatividade foi identificado no estudo realizado por Silva e Romano⁴³ em duas unidades de ABS do município do Rio de Janeiro. Os pesquisadores evidenciaram um acolhimento organizado para possibilitar a escuta dos motivos que levavam o indivíduo a procurar o serviço de saúde naquele momento, contribuindo para a exigência por parte dos usuários de que seus problemas fossem resolvidos de imediato. Scholze²⁵, na sua pesquisa, reservou ao acolhimento um caráter regulatório ao empregá-lo como uma ferramenta de classificação de risco, utilizando-se de instrumentos e critérios preestabelecidos. Nesse sentido, os resultados da observação sistemática realizada neste artigo estão alinhados com as evidências encontradas nos estudos dos autores supracitados, tendo em vista que, embora permeado pela escuta e pelo diálogo e orientador da porta de entrada, o acolhimento no campo não tem sido considerado como um dispositivo para a organização do processo de trabalho e não tem sido utilizado como uma estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado.

CONCLUSÃO

O campo da ABS é estruturado e normatizado pelo Estado, que dita não só toda uma lógica de funcionamento e objetivos, colocando-o como centro da RAS, ordenadora e coordenadora do cuidado, como também estabelece regras que contribuem para certa prescritividade nas ações e condutas dos profissionais. No entanto, no estudo,

foi observado que os atores, individualmente, norteiam suas ações permeados por um *habitus* profissional e que este não é isento de um *habitus* primário, apreendido em um contexto familiar.

Os aspectos estruturais, relacionais e prescritivos observados permitiram ressignificar a ABS como um campo e conhecer as implicações do *habitus* dos atores sobre suas ações, assim como as posições que esses ocupam determinadas pelo capital cultural e social que detêm.

No que tange ao acolhimento e a sua percepção e utilização pelos profissionais, destacou-se um *habitus* grupal construído pelo coletivo que o orienta e que interfere na produção do cuidado, tendo em vista seu caráter imediatista, pragmático, hierarquizado, com foco na demanda espontânea e no modelo biomédico.

Esperava-se encontrar no campo, considerando sua existência remota e o tempo de atuação da maioria dos profissionais, um acolhimento permeado pela utilização dos recursos acadêmicos (capital cultural) dos atores e das relações internas ou externas (capital social) construídas por suas trajetórias, na perspectiva da vigilância em saúde para a produção do cuidado. Porém, percebeu-se uma prática ora condicionada pelo campo, ora pelo *habitus* dos atores, trazendo relevo sobre um acolhimento permeado não pela empatia, escuta ou necessidades de saúde, antes por queixas.

Ademais, aponta-se como limitação da pesquisa sua realização no contexto de uma única AP e unidade de saúde. O município do Rio de Janeiro possui 10 AP com especificidades políticas, sociais, econômicas, culturais e territoriais que podem influenciar não somente na organização e configuração das unidades de saúde existentes em cada AP, mas na tipologia de demanda de atendimento, considerando que as necessidades de saúde da população estão atreladas a outros fatores que não o biológico. Nessa ótica, a realização da pesquisa em outras AP, e por consequência em outras unidades de saúde, permitiria elucidar possíveis convergências e divergências no que tange aos aspectos estruturais, relacionais e prescritivos do campo da ABS discutidos à luz de Bourdieu, assim como concluir como o acolhimento tem sido utilizado no contexto das diferentes unidades de saúde das demais AP.

REFERÊNCIAS

1. Camargo Jr KR, Campos SEM, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB, Ribeiro LC, Alves MJM. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):58-68.
2. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010.

3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [internet]. 2017. [acesso em 2017 jun 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
5. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 [internet]. 2006 [acesso em 2017 nov 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html.
7. Pereira EAT. O conceito de campo de Pierre Bourdieu: possibilidade de análise para pesquisas em história da educação brasileira. Revista Linhas. Florianópolis. 2015; 16(32):337-56.
8. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papyrus; 1996.
9. Bourdieu P. Meditações pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
10. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP; 2004.
11. Regimento interno cms parque royal. Documento da unidade. Regimento interno CMS Parque Royal. Rio de Janeiro, 2018 [acesso em 2018 jan 11]. Disponível em pdf para consulta no local.
12. Becker HSM. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec; 1997.
13. Rio de Janeiro (Cidade). Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2018-2021 [internet]. 2018. [acesso em 2018 jul 18]. Disponível em: <http://prefeitura.rio/documents/73801/1b8c0d48-1b2e-432b-825b-a934791bcf89>.
14. Porto MFS, Cunha MB, Pivetta F, Zancan L, Freitas JD. Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. Serv. Soc. Soc. 2015; 123:523-43.
15. Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002; 10(4):571-77.
16. Marsiglia RMG. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. Saúde Soc. 2011; 20(4):900-11.
17. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: Moysés SJ, Silveira Filho AD, Ducci L, organizadores. Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002.

18. Rio de Janeiro (cidade). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC; 2016.
19. Rio de Janeiro (cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. SISREG – Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
20. Nogueira ML. O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva [tese de doutorado na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação; 2017 [acesso em 2018 ago 4]. 542 f. Disponível em: <http://ppfh.com.br/wp-content/uploads/2018/05/tese-normalizada-VERS%C3%83O-FINALIZADA-MARIANA-NOGUEIRA.pdf>.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.886, 18 dezembro de 1997 [Internet]. 1997 [acesso em 2017 jan 5]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização (PNH) [Internet]. 2013 [acesso em 2018 set 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
23. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. Interface. 2017; 21(62):589-99.
24. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática; 1983.
25. Scholze AS. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2014; 9(31):219-26.
26. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde [internet]. 2002 [acesso 2018 set 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
27. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
28. Ministério da Saúde (Brasil). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular [Internet]. 2007 [acesso em 2018 jan 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.
29. Bourdieu P. Sobre o Estado. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
30. Thiry-cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. Rev. Adm. Pública. 2006; 40(1):27-53.
31. Cardoso RV. Medicalização e o Cuidado em Saúde na Estratégia de Saúde da Família [dissertação de mestrado profissional na Internet]. Campinas: Universidade Estadual

- de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2014 [acesso 2018 jun 14]. 268 f. Disponível em: <http://www.ph3c.org/ph3c/docs/27/000281/0000605.pdf>.
32. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(supl. 3):S3615-S3624.
33. Oliveira EC, Harayama RM, Viégas LS. Drogas e medicalização na escola: reflexões sobre um debate necessário. *Revista Teias*. 2016; 17(45):99-118.
34. Ministério da Saúde (Brasil). Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 21]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>.
35. Paim JS, Almeida Filho NA. Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
36. Bourdieu P. Questões de sociologia. Paris: As Éditions de Minuit; 1984.
37. Rio de Janeiro (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Regimento Interno do CMS Parque Royal [Internet]. 2018 [acesso 2018 dez 12]. Disponível em: <http://smsdc-cms-parqueroyal.blogspot.com/2015/01/regimento-interno-parque-royal.html>.
38. Rio de Janeiro (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Plano de Acolhimento do CMS Parque Royal. Documento da unidade. Rio de Janeiro, 2018 [acesso em 2018 mar 15]. Disponível em pdf para consulta no local.
39. Rio de Janeiro (Cidade). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC; 2016.
40. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
41. Franco TB. As redes na micro-política do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis; 2006.
42. Pezzato LM, L'abbate S, Botazzo C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(7):2095-104.
43. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde em debate*. 2015; 39(105):363-74.

Submissão: novembro de 2019.

Aprovação: outubro de 2020.