

Concepções de saúde de usuários, familiares e profissionais de um serviço de saúde mental: uma análise sobre a perspectiva do campo saúde

Health conceptions of users, families and professionals of a mental health service: an analysis on the perspective of the health field

Camila Irigoneh Ramos¹
mila85@gmail.com

Michele Mandagará de Oliveira¹
mandagara@hotmail.com

Luciane Prado Kantorski¹
kantorskiluciane@gmail.com

Maria Laura de Oliveira Couto¹
marialauradeoliveiracouto@gmail.com

Bruna Irigoneh Ramos²
irigbru@gmail.com

Katerin Sosa³
katerinmgs72@hotmail.com

Resumo

O estudo objetivou compreender a influência do campo saúde e de seus subcampos na concepção de saúde de usuários/as, familiares e profissionais da saúde de um Centro de Atenção Psicossocial II. Utilizou-se o trabalho de Pierre Bourdieu como referencial teórico e metodológico. A seleção dos participantes (oito) ocorreu por meio da técnica de bola de neve. A coleta de dados ocorreu entre 2018 e 2019 por meio de entrevista semiestruturada. A análise se deu com base nos conceitos: campo, habitus e capital. Verificou-se que, mesmo ocupando posições distintas no campo, os diferentes agentes possuem a mesma concepção de saúde, a qual se centra na ausência de doença e nas responsabilidades e ações individuais, não estabelecendo relações com fatores sociais e coletivos. Isso ocorre, em parte, pela construção do habitus e capitais do campo saúde.

Palavras-chaves: saúde; saúde coletiva; saúde mental

Abstract

The study aimed to understand the influence of the health field and its subfields on the health conception of users, family members and health professionals of a Psychosocial Care Center. The work of Pierre Bourdieu was used as a theoretical and methodological framework. The selection of participants (eight) took place through the snowball technique. Data collection took place between 2018 and 2019 through semi-structured interviews. The analysis was based on the concepts: field, habitus and capital. It can be seen that, even occupying different positions in the field, the different agents have the same conception of health, which focuses on the absence of disease and on the responsibilities and

¹ Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

² Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Terapia Ocupacional.

³ Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Nutrição.

individual actions, not establishing relationships with social and collective factors. This occurs, in part, through the construction of the habitus and capitals of the health field.

Key words: *health; collective health; mental health*

Introdução

A Constituição Federal de 1988 assegura a todos os cidadãos brasileiros uma série de direitos sociais. Dentre eles, destaca-se a saúde (Brasil, 2016). Soma-se à Constituição a Lei nº 8.080, por meio da qual as ações e serviços de saúde são regulamentados. Tais leis concretizaram, no âmbito jurídico, as propostas da Reforma Sanitária Brasileira.

A mudança na assistência também foi proposta no modelo assistencial psiquiátrico. A experiência em Trieste, na década de 1970, na Itália, com Franco Basaglia, foi uma das que mais influenciou a reforma psiquiátrica brasileira e ampliou a visibilidade da mudança que vinha sendo proposta. O psiquiatra propunha que se tratasse do sujeito em sofrimento realocando a ênfase da atenção da doença para a pessoa e sua complexidade psicossocial. Essa nova maneira de assistir requer novos locais de tratamento e práticas terapêuticas, hospitais psiquiátricos começaram a ser fechados e substituídos por serviços territoriais (Lancetti e Amarante, 2012).

No Brasil, muitos hospitais psiquiátricos foram construídos, especialmente entre 1960 e 1980, pois se tornaram um negócio rentável. Porém, com a Constituição de 1988, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tais espaços começaram a ser criticados por seu exercício prático, político, sanitário e ideológico. A Constituição possibilitou um avanço na história da saúde mental brasileira (Lancetti e Amarante, 2012).

Nesse contexto, e entendendo que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, especialmente a partir dos anos 90, o Ministério da Saúde assume o compromisso de propor diretrizes para a inversão do modelo assistencial centrado no Hospital Psiquiátrico, colocando como princípio organizativo da atenção à saúde a construção das redes municipais de serviços de saúde mental. Para tanto, começam a ser aprovadas leis federais e estaduais capazes de regulamentar essa nova rede de serviços. Em 2001, ao ser sancionada a Lei nº 10.216, modifica-se, sobretudo, o cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico. Para o adequado funcionamento da Política de Saúde Mental, além da definição de normas e da garantia dos recursos para a sua implementação, é necessária a definição de novas estratégias de cuidado. Nesse sentido, o foco das ações de saúde deve ser redimensionado, deixando de ser restrito à doença (Mângia e Barros, 2009).

Uma vez que a saúde sofre interferência de fatores econômicos, políticos, sociais e culturais, as mudanças ocorridas no âmbito de cada um desses processos influenciam diretamente na qualidade de vida das pessoas, visto que a saúde é um fator essencial para o desenvolvimento humano. Entende-se que é por

meio das orientações e das práticas de cuidado em saúde, que profissionais e usuários expressam essas influências. Logo, para se compreender como se conformam tais práticas, este estudo toma como base o referencial teórico e metodológico de Pierre Bourdieu, com ênfase nos conceitos de *habitus*, campo e capitais que serão desenvolvidos ao longo deste trabalho. O presente estudo objetivou compreender a influência do campo saúde, e de seus subcampos, na concepção de saúde de usuários/as e profissionais da saúde de um Centro de Atenção Psicossocial.

Métodos

Este estudo é fruto de uma pesquisa maior, que contou com a participação de 26 pessoas, entre as quais estavam 14 usuários(as) de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, dois familiares, além de cinco profissionais da saúde deste serviço e cinco de Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede de atenção à saúde dos usuários(as). O estudo respeitou os princípios éticos, conforme as resoluções nº 466/13 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 2.919.644.

O tipo de amostragem utilizado para todos os participantes da pesquisa foi a bola de neve (Vinuto, 2014; Handcock, 2011). O início da seleção da amostra começou com a seleção das sementes - informantes-chaves - que auxiliaram na localização das pessoas com o perfil necessário para a pesquisa. A partir destes começaram as indicações dos demais participantes do estudo, os quais indicaram um profissional da saúde (do CAPS e da UBS), outro usuário do CAPS e um familiar. Para a pesquisa maior, os perfis buscados dos participantes deveriam, necessariamente, ter relação com a alimentação e nutrição do entrevistado, pois todos os participantes usuários foram mapeados e incluídos no estudo em decorrência do evento sentinela que, devido ao objetivo da pesquisa maior, estava associado à alimentação e nutrição. Ou seja, ligado a vivência de algum evento (consulta, doença, momento feliz, de prazer...) relacionado com a alimentação e/ou preocupação com a sua alimentação e nutrição.

Apenas os usuários(as) indicaram novos contatos para o presente estudo. Sendo assim, o(s) usuário(s) indicado(s) pela(s) semente(s) sugeriram um novo contato (outro usuário) com as características desejadas, e, assim, sucessivamente, até que comesçassem a repetir as indicações de usuários/as e profissionais.

Para este artigo, selecionaram-se oito dos 26 sujeitos que compunham a pesquisa, sendo três usuários/as, um familiar e quatro profissionais (três trabalhadores do CAPS e um da UBS). O critério para essa seleção foi o fato de serem esses os partici-

pantes que melhor representam o *habitus* de classe sobre a situação de saúde dos usuários/as, contribuindo para a questão do estudo. Esse *habitus* de classe é expresso de maneira objetificada, no estilo de vida, e que promulga graus diferentes de capital cultural, conceito que será explorado no decorrer deste estudo.

A coleta de dados se deu entre junho de 2018 e junho de 2019 e o procedimento metodológico empregado foi a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas com a concordância dos(as) participantes e, posteriormente, transcritas e analisadas. A participação de todos(as) os(as) integrantes deu-se de forma voluntária e os nomes foram mantidos em sigilo, utilizando-se termos que identificam o segmento do participante na rede de atenção à saúde. Foi utilizado o referencial teórico e metodológico de Pierre Bourdieu, o qual possibilitou analisar a trajetória social dos agentes, assim como a sociogênese do campo saúde e de seus subcampos.

Os conceitos de campo, *habitus* e capital

A escolha dos conceitos para a análise dos dados tem relação com o entendimento de Pierre Bourdieu de que as práticas são o resultado do *habitus* e do capital em determinado campo. Expliquemo-nos. O *habitus* representa as estruturas estruturantes e estruturadas, isto é, a forma como agimos, sentimos e pensamos. Dito de outra forma, pode-se afirmar que são esquemas generativos, que presidem a escolha, ou ainda, disposições internas, socialmente construídas, como uma grade de leitura que o agente dispõe para ler a vida social (Bourdieu, 2017).

Já o capital, por sua vez, em suas diferentes formas – econômica, cultural, social e simbólica –, deve ser compreendido como bens trocados dentro de redes e campos, sendo que estes constituem-se como esferas da vida social, na qual cada agente possui uma posição. Em conjunto, o *habitus* e o capital (capitais), de determinado campo, conformam as práticas, definidas como condições subjetivas, relacionadas com as condições objetivas da sociedade (Bourdieu, 2017). No contexto do presente artigo, por exemplo, pode-se pensar que a forma como se compreende a relação entre saúde e doença foi interiorizada (*habitus*) por influência do exterior (campo), bem como das condições econômicas, sociais e educacionais adquiridas e acumuladas (capitais), que acabam constituindo as práticas diárias dos profissionais da saúde ou dos usuários/as dos serviços.

Os campos são esferas da vida social (como, por exemplo, o campo saúde, o campo escolar/acadêmico, o campo alimentação etc.), espaços estruturados de posições ocupadas pelos diferentes agentes. No campo da saúde, profissionais da saúde e usuários/as são agentes que ocupam posições antagônicas, de um lado estão os profissionais, os dominantes, e, de outro, os usuários/as, os dominados. Um campo faz parte do espaço social global. Cada campo possui suas regras e desafios específicos. A posição e a maneira como os indivíduos agem no campo se dão para adquirir ou conservar o capital específico

dele, os quais são definidos pelas regras do jogo do campo. No campo saúde, por exemplo, uma das regras está relacionada ao volume de capital escolar, já que a formação dos profissionais da saúde possibilita aos mesmos a detenção do saber biomédico, tido como legítimo neste campo (Bourdieu, 2017; Lahire, 2017). O capital escolar é a conversão do capital cultural, no ambiente acadêmico. O capital cultural, diz respeito aos recursos culturais que permitem ao indivíduo apreciar obras, bens e práticas advindos da cultura erudita. Este capital pode estar incorporado ao indivíduo, relacionando-se ao *habitus*; objetivado sob a forma de bens, e institucionalizado na forma de títulos acadêmicos (Bourdieu, 2017).

Desta forma, existem normas que definem quem entra e quem eleva de posição no campo, o qual é consolidado pela adesão e crença dos jogadores às regras deste jogo, sendo que essas normas seguem uma lógica interna do próprio campo, delimitam um campo de ação e nem sempre são explícitas. Um campo apresenta uma luta de forças, pois, em todo campo, há uma desigualdade na distribuição de recursos que irão determinar diferentes posições no campo. Existem, assim, os dominantes (com mais capital) e os dominados (com menos capital). Essa desigualdade, por sua vez, cria uma relação de forças que dá sentido às posições dos agentes, isto é, elas só existem relacionalmente (Bourdieu, 2017; Lahire, 2017).

Resumidamente, o campo é o conjunto de organizações de estruturas estruturantes ligadas pelo *habitus*. Cada campo possui um *habitus*, sendo assim, o *habitus* permite que o conhecimento e reconhecimento das regras do jogo sejam interiorizadas e que, desse modo, as práticas se ajustem às exigências do campo. Para estudar um campo é necessário conhecer a sua gênese, pois ele não é fixo, podendo-se traçar a sua história e aquilo que é exigido para mantê-lo ou adaptá-lo. Este estudo será realizado a seguir com o campo saúde e seus subcampos saúde coletiva e saúde mental.

Resultados e discussão

Para se compreender como são organizadas e desenvolvidas as práticas de cuidado em saúde, é preciso conhecer os agentes que realizam a ação e investigar o campo no qual as práticas se constituem (Vieira-da-Silva, *et al.*, 2016). Como ponto de partida para essa análise buscou-se relativizar, junto aos agentes usuários/as, como estavam seus estados de saúde, por meio da frase: "Me fale sobre a sua saúde". É possível verificar, conforme demonstrado abaixo, que as respostas convergiram, em sua maioria, para a doença.

USUÁRIA 1 - Minha saúde é boa, deu uma alterada de uns tempos pra cá porque minha pressão aumentou... Não me sinto bem por causa do Biperideno. Esse remédio me dá tremor, me desanima.

USUÁRIA 6 - Minha saúde são as minhas doenças. Desde os meus 20 anos sou doente.

USUÁRIO 3 - Física ou mental? A física acho que está boa, mas a mental tá meio ruim. Eu achava que depressão era doença de fresco, mas, não! É uma doença que não queria pra mim e nem pra ninguém, porque abala a estrutura mental.

FAMILIAR 2 - Minha saúde agora está bem, já tive depressão e tenho a pressão alta. A saúde da minha filha (usuária 10) é ruim. Ela é muito teimosa, sem vontade de viver. Relaxamento... parece que ela gosta de ser infantil. Ela não quer amadurecer.

Com os agentes profissionais, o mesmo ponto de partida foi utilizado, mas, para isso, a reflexão foi conduzida por meio da frase: "Me fale sobre a saúde dos usuários do CAPS". Novamente, o que emergiu foi a doença, mas, além disso, também foram identificados aspectos voltados ao indivíduo e às responsabilidades individuais, não citando a relação com a estrutura social e econômica, como pode ser observado a seguir.

PROFISSIONAL 1 - Têm usuários que estão em situação grave, com problema cardíaco, hipertensão, diabetes e não se cuidam. Têm outros que comem/comiam do serviço, são bem carentes, tem uma que vive só com o LOAS, sozinha. Tem um déficit, então, não sabe administrar o dinheiro e se alimenta mal.

PROFISSIONAL 2 - Os usuários têm um pouco de dificuldade de fazer essa separação de saúde física de saúde mental, então nós questionamos se tomaram a medicação. Têm muitos usuários com diabetes, hipertensão; fazem o tratamento, na medida do possível. Acabam deixando a questão da saúde física um pouco de lado, porque, no CAPS, mesmo com toda a dificuldade, ainda é mais fácil ter suporte do que na rede.

PROFISSIONAL 4 - Percebo que os usuários não têm muito cuidado com a alimentação, comem mal e têm maus hábitos de saúde; fumam muito, tomam muito café. Acredita que eles não têm esse cuidado clínico? Alguns têm, mas os mais comprometidos não têm muito essa percepção, esse cuidado.

PROFISSIONAL 10 - Muitos são diabéticos e hipertensos. Observo que muitos pacientes têm ansiedade e depressão. Acho que as pessoas, hoje em dia, não têm coragem de enfrentar as situações simples da vida e confiam muito na questão medicamentosa.

Para se compreender os motivos que levam os agentes usuários/as e profissionais a relacionar a doença e as ações individuais quando se conversa sobre a saúde, é preciso analisar: 1) quais são as práticas e as crenças em saúde e como estas foram construídas dentro do campo; 2) o capital específico do campo saúde; e 3) as exigências do campo, que instituições e agentes o compõem, quais são as regras e desafios específicos desse microcosmo.

Logo, torna-se necessário traçar a gênese sócio-histórica do campo saúde (e seus subcampos), além de compreender as condições sociais, históricas e políticas que intermediam, dentro deste campo, as práticas de cuidado em saúde dos agentes. Regressar na história permite ao pesquisador reviver os fatos e, com isso, reconhecer disputas que, muitas vezes, estão explicitadas na criação do campo, mas que, com o tempo, e sua institucionalização, acabam por ser esquecidas (Jacobina, 2016).

Entende-se, com isso, que, para se compreender melhor o campo saúde, suas normas, seu *habitus* e seu capital é preciso começar com a reflexão sobre o que é saúde. Empiricamente, "ter saúde" apresenta diferentes significados, a depender da história e das experiências individuais diante da vida. Porém, a ideia da saúde como ausência de doença, que surge a partir das perspectivas da semiologia médica e da clínica, é a que ainda vigora e está presente na formação dos diferentes profissionais da área da saúde. É esta perspectiva, também, que hegemoniza o senso comum, desconsiderando a amplitude da saúde enquanto processo dinâmico (Czeresnia, *et al.*, 2016).

As maneiras de se conceituar os estados de saúde e de doença modificaram-se ao longo da história, e o mesmo ocorreu com o tratamento para o adoecimento. Tais pontos ligam-se no que tange as ações e as instituições voltadas para a saúde e para a doença. Dessa maneira, os conhecimentos, as representações e as recomendações vêm se modificando. Na antiguidade, a doença era tida como castigo divino. O período pré-socrático, na Grécia, foi influenciado pela concepção de natureza da Grécia Arcaica. O isolamento, junto com medidas de quarentena, foi adotado diante da peste, também com o intuito de proteger o corpo de influências malélicas de diferentes ordens (Czeresnia, *et al.*, 2016; Maciel, 2018).

Com o renascimento e o surgimento da civilização moderna, começam a surgir estudos anatômicos e a ideia de contágio, mas ainda não há sucesso na superação das práticas anteriores de tradição hipocrática. É somente a partir da metade do século XIX que aspectos históricos, geográficos e sociais entram nos estudos da formação epidêmica (Bezerra, 2017).

Os anticontagionistas colocaram em evidência a população e as práticas sanitárias voltadas para reformas sociais ou intervenções públicas assistenciais. No entanto, o discurso de higiene desenvolve-se, em muitas partes do mundo, a partir dos aspectos individuais e liberais, ao mesmo tempo em que está crescendo a necessidade por conhecimentos específicos sobre a doença. Fatos que, unidos ao advento da microbiologia, influenciaram na prática e na constituição da medicina, que passa a se voltar mais para o corpo individual e menos para o coletivo, para o social (Czeresnia, *et al.*, 2016).

Além das aquisições que ocorreram por meio dos avanços dos estudos da anatomia, da fisiologia e da microbiologia, há com John Snow a introdução da epidemiologia, do conceito de transmissão e do estudo das doenças em populações. Leavell e Clark definiram o modelo de causalidade das doenças e as relações entre agente, hospedeiro e meio ambiente: a história natural das doenças (Czeresnia, *et al.*, 2016; Czeresnia e Freitas, 2008; Carvalho, 2013).

A perspectiva da prevenção das doenças, a partir de 1950, movimentou os estudos para as doenças não transmissíveis (DCNT), ou crônicas degenerativas, motivados pela mudança no perfil de adoecimento e de morte que ocorria com maior prevalência, devido às doenças infecciosas. Começa-se, dessa forma, a relacionar as doenças aos modos de vida e de meio ambiente e à exposição a fatores biológicos, físicos e químicos. Tal quadro

impulsiona novas pesquisas clínicas e epidemiológicas e, ainda, as propostas relacionadas à prevenção primária. Também é dada maior ênfase à causalidade e aos fatores de risco e desenvolvem-se novas ferramentas de diagnóstico e novas tecnologias, incorporadas, rapidamente, à prática médica, as quais a medicina baseada em evidências tenta racionalizar (Czeresnia, *et al.*, 2016; Czeresnia e Freitas, 2008; Carvalho, 2013).

Em 1986, ocorre a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resulta a Carta de Ottawa. Neste documento, a saúde é relacionada à qualidade de vida e a determinantes externos ao tratamento, resultado complexo de elementos, como: renda, educação e justiça social. No Brasil o conceito ampliado de saúde foi destacado, no mesmo ano, no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Este conceito ressalta o desafio da intersetorialidade e das mudanças nas práticas, além de uma reflexão a respeito da vida. A promoção da saúde envolve ações do Estado, por meio de políticas, assim como a individualidade de cada pessoa. Apesar do avanço na compreensão sobre amplitude, bem como sobre os diferentes fatores que conformam a saúde, é na identificação das causas que as ações se desenvolvem. O conceito de risco é o que mais tem guiado as ações e as atividades cotidianas em busca da saúde. Central na tomada da decisão, o risco é um fator que influencia na liberdade de escolhas e comportamentos (Czeresnia, *et al.*, 2016).

Logo, as ações, políticas e práticas de saúde são orientadas pela maneira de se conceber o que é saúde e o que é doença. Mundialmente, o conceito de saúde é guiado pela OMS, que na sua criação, conceituou a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não se resume apenas à ausência de doença ou de enfermidade. Em 1978, a OMS promoveu a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde (Alma-Ata), onde o conceito ampliado de saúde foi aprovado. Alguns pontos foram elencados neste documento, como as desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; a responsabilidade do governo na saúde; e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde. Desde então, o conceito de saúde sofreu – e sofre – transformações que, cada vez mais, o caracterizam como um processo dinâmico que envolve aspectos sociais, políticos e econômicos, sendo a predominância de um sobre o outro dependente do contexto no qual se desenvolve (Bezerra e Sorpreso, 2016).

No Brasil, o conceito de saúde que está contido na Constituição Federal, de 1988, que norteia (ou, pelo menos, deveria nortear) as ações, as políticas e a formação dos profissionais, considera a saúde como resultado de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, acesso e posse da terra e dos serviços de saúde (Brasil, 2016).

Ao longo da história a saúde vem sendo tema de discussão empírica, filosófica e científica. Todas as abordagens acabam por ser parciais e restringem o alcance de suas contribuições. Compreende-se, com isso, que cada disciplina valoriza o seu objeto e método. Essa fragmentação, a falta de um consenso em relação ao conceito do que é saúde e, ainda, a ausência de uma

teoria geral e de uma perspectiva metodológica transdisciplinar, dificulta o entendimento da complexidade do que é saúde, bem como das práticas e das ações a serem realizadas na área (Almeida-Filho, 2018).

Diante do exposto, é possível verificar que a constituição do conceito de saúde esteve intimamente relacionada com a doença; com o movimento/avanço da medicina; com a relação antagonista, ou de força, entre o cuidado com o indivíduo/biológico e com o social; pelo poder econômico, e foi sendo disposto pelos agentes do campo cujo capital saúde é mais elevado, o qual é determinado pela formação acadêmica, que está intimamente ligada ao capital econômico, social e simbólico. Esse conjunto de relações estabelecidas na história do campo saúde explica, em parte, porque os agentes usuários/as e os agentes profissionais da saúde referem-se à doença e as responsabilidades individuais quando são instigados a falar da saúde.

Os agentes profissionais da saúde analisam a saúde dos agentes usuários/as a partir da sua posição no campo saúde. Como dominantes tais agentes possuem *habitus* e volumes de capitais diferentes dos agentes usuários/as. Os profissionais da saúde puderam estudar, completando, em sua maioria, o ensino superior, o que os proporcionou uma condição financeira e social diferenciada com relação aos agentes usuários/as, além de apresentar uma rede social e um capital simbólico elevado devido ao acúmulo dos demais capitais. Com isso, os profissionais da saúde acabam por considerar pouco as necessidades dos usuários/as, pois não colocam em questão, em suas orientações, uma concepção de saúde ligada à realidade social, econômica e familiar deles.

As crenças e regras do campo saúde, constituídas pelo *habitus* e capital desse campo, organizam as estruturas subjetivas e as relações objetivas entre os agentes e as instituições de saúde, gerando concepções de saúde semelhantes entre os agentes. Como foi possível observar, o modelo biomédico é hegemônico no campo saúde, o qual tem como base que ter saúde é não estar doente, além de relativizar as ações e comportamentos individuais a essa ausência de doença. Por ser o conhecimento considerado legítimo, o saber biomédico produz concepções de saúde semelhantes entre os agentes dominantes e dominados. Desse modo, o usuário/a reproduz o mesmo parecer sobre saúde que o profissional, mesmo que o primeiro tenha um *habitus*, volumes de capitais e posição no campo diferentes do segundo. Tal fato pode ser observado nas falas dos agentes usuário 3 e profissional 2 ao separarem a saúde física e mental, assim como entre as agentes usuárias 1 e 6 e os agentes profissional 1 e 10, que relacionaram a saúde às doenças.

Considera-se, neste trabalho, que há um campo maior, da saúde, dentro do qual existem diferentes subcampos: da saúde coletiva e da saúde mental. Neste campo – e subcampos –, os agentes usuários se movimentam e têm contato com outros agentes. Essa dinâmica influencia na conformação das práticas de cuidado com a saúde. Desta forma, além de se compreender as relações de poder e disputas que conformam o campo saúde, é imprescindível entender como se construíram os subcampos saúde coletiva e saúde mental.

Os subcampos saúde coletiva e saúde mental

A história da saúde coletiva se cruza com a história da medicina social e do projeto preventivista, os quais criticavam o modelo de medicina vinculada ao modelo biomédico. Esta crítica gerou um movimento que produziu a criação de departamentos e disciplinas de medicina preventiva e social, assim como direcionou os trabalhos para a comunidade. Na década de 1970, a saúde coletiva inicia a sua estruturação formal. Assim, em conjunto com a formatação da medicina social, se entrelaça com a reformulação da medicina e do Estado (Nunes, 2015).

A partir de 1980, muitos movimentos sanitários começam a surgir, os quais culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. No entanto, não se formou um consenso sobre a definição do que é "saúde coletiva", mas afirmar-se que o subcampo não surge apenas em crítica ao modelo biomédico, mas, também, como forma de romper com a saúde pública voltada apenas para os aspectos biológicos (Nunes, 2015).

Pode-se dizer, com isso, que o campo da saúde coletiva é diverso, com muitas interfaces, da mesma forma que o conceito ampliado de saúde. A saúde coletiva tem um caminho que, em certos momentos, liga-se com o da saúde pública, com a reforma sanitária brasileira e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo na compreensão do papel dos determinantes do processo saúde e doença. No entanto, conforme Campos (2000, p. 220),

sua institucionalização tem bloqueado a reconstrução crítica de seus próprios saberes e práticas, provocando uma crise de identidade manifesta em sua fragmentação e diluição como campo científico.

A saúde coletiva é, por conseguinte, um espaço de discussão científica e um movimento ideológico em construção, com o compromisso na produção da saúde. Por isso, historicamente, ela surge na crítica ao positivismo e na saúde pública calcada no modelo biomédico. Houve, assim, uma tendência da saúde coletiva confundir-se com o campo da saúde, sendo vista como um modelo alternativo aos demais e não como um modo de intervenção sobre o que já se tinha. Deste modo, ela adotou a mesma postura autoritária dos modelos que criticava, uma vez que sugeria sua superioridade aos modelos que já existiam (Campos, 2000; Silva, et al., 2019).

No campo saúde, a saúde coletiva seria parte constituinte, que atuaria compondo os saberes e as práticas, como na reforma sanitária, influenciando a transformação dos agentes - e o modelo de atenção dos serviços - e cumprindo seu papel enquanto área específica de intervenção. Para o campo saúde, seria necessária uma teoria sobre a produção da saúde, que não seria específico da saúde coletiva, e sim de todo o campo saúde. Tal teoria, pensada para superar o modelo biomédico, precisaria colocá-lo dentro da discussão, isto é, a clínica, a epidemiologia e

as ciências sociais deveriam compor essa teoria, que funcionaria como orientadora para todas as práticas, evitando a fragmentação da produção da saúde, baseada em uma perspectiva mais fisiológica, epidemiológica ou social. Seria, portanto, uma teoria diversificada, composta de diversos saberes (Campos, 2000).

Retoma-se a importância do conceito de saúde, pois é por meio deste conceito que se consegue enxergar e compreender a realidade objetiva. Uma pesquisa documental analisou o conceito de saúde na saúde coletiva. Os pesquisadores concluíram que "as definições de saúde, apesar de diversas, são, na grande maioria convergentes e formam um conjunto de noções" (Silva, et al., 2019, p.13) e avaliam que "a noção é uma aproximação parcial do conhecimento sobre um objeto [...] quando se estuda um objeto (com vistas a transformá-lo), é necessário realizar aproximações mais profundas que a simples noção" (Silva, et al., 2019, p.14). Uma análise sócio-histórica da gênese da saúde coletiva no Brasil, concluiu que não foi possível caracterizá-lo como campo, pois tal espaço não conseguiu construir uma identidade e um *habitus* próprio, e uma autonomia com relação aos demais campos (Vieira-da-Silva, 2015).

Em um campo e em um subcampo estão os agentes e as instituições que produzem, reproduzem, ou difundem, o que os caracteriza como tal, o qual, neste caso, seria a saúde coletiva. É um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas, um espaço relativamente autônomo, dotado de leis próprias. Uma das grandes questões do campo ou subcampo é o grau de autonomia que eles possuem, ou seja, quais os mecanismos que esse espaço utiliza para se libertar das imposições externas e, com isso, passar a se reconhecer por suas determinações internas (Bourdieu, 2004).

Ao que parece, a saúde coletiva não conseguiu se desvincular das determinações biomédicas impostas pelo campo saúde e pelos campos científicos e econômicos. Além disso, não obteve êxito em estabelecer suas leis próprias, suas causas internas e desprender-se das do campo saúde, não promovendo, como o esperado, uma mudança na concepção e nas práticas de saúde. O mesmo parece ter ocorrido com o subcampo saúde mental, que apesar do desenvolvimento da reforma psiquiátrica no Brasil, a qual tomou como base os ideais da psiquiatria democrática italiana, de Franco Basaglia, permanece fortemente vinculado ao modelo biomédico, com práticas de cuidado centradas na doença. Entende-se que essa configuração do subcampo da saúde mental no Brasil pode ter relação com o fato de que não houve uma implementação satisfatória da lei Federal 10.216, a qual previa a substituição do modelo manicomial pelo do cuidado em liberdade, no território. Dessa forma, os hospitais psiquiátricos ainda não foram abolidos no país e, como consequência, os CAPS não se estabeleceram como serviços substitutivos, mas complementares. Portanto, essa trajetória histórica da saúde mental no Brasil converge para que o modelo biomédico e a centralidade na doença permaneçam como predominantes também neste subcampo.

Diante disso, assim como se buscou o conceito de saúde na saúde coletiva, é importante explorar qual o conceito de saúde na saúde mental. A OMS define saúde mental como um

estado de bem-estar, no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. Por outro lado, a saúde mental também foi definida, mesmo que de maneira implícita, como não ter doença mental, tema que foi central nas discussões das políticas de saúde mental (Sadock, 2016). Doença mental seria, então, não estar mentalmente saudável – possuir um desequilíbrio mental – e saúde mental seria estar em um estado mental sadio (Amarante, 2017).

Um estudo com profissionais de saúde buscou investigar o que estes profissionais concebiam como conceito de saúde mental. Os autores encontraram que a maioria dos profissionais relacionavam a saúde mental com a ausência de doença e ao bem-estar, assim como o conceito de saúde da OMS (Gaino, *et al.*, 2018).

No entanto, a saúde mental é uma área de conhecimento que envolve, de forma transversal, diversos saberes, e que requer a intersectorialidade nas ações, o que pode tornar complexa e difícil a definição de um conceito de saúde mental. O que se tem, da mesma forma que na saúde coletiva, são noções do que é saúde mental. Torna-se, portanto, imprescindível atentar-se para a importância da teoria e dos conceitos, pois estes influenciam nas práticas sociais (Campos, 2000).

Compreende-se, com isso, que a inexistência de um conceito de saúde, no campo da saúde, bem como nos subcampos da saúde coletiva e da saúde mental, tem reflexos na orientação das percepções pela doença no lugar da saúde, relatadas pelos agentes usuários e agentes profissionais destes subcampos. Isso ocorre porque, conforme analisado na gênese sócio-histórica do campo saúde e de seus subcampos, é a doença, e os aspectos individuais, que tomam o papel principal na construção destes e não a saúde.

Ao manter a conceitualização de saúde como ausência de doença, ou algo ligado às responsabilidades e ações individuais, os profissionais da saúde não conseguem se desprender das regras e do *habitus* relativos ao campo saúde, mesmo estando inseridos em instituições como CAPS e UBS, que fazem parte da proposta de mudança do modelo assistencial voltado aos hospitais e indivíduos, para a atenção a saúde voltada à coletividade e ao território. Tais fatos auxiliam na compreensão dos motivos que levam a saúde coletiva e a saúde mental a serem subcampos e não campos.

Além disso, as posições no campo, juntamente com a trajetória social, vão gerar *habitus* saúde diferentes nos agentes, bem como a maneira de classificar o que é “bom” ou “ruim”, “saudável” ou “não saudável”. Vale dizer, também, que dentro de um campo, subcampo e, em menor escala, em uma instituição, há uma naturalização das ações, as quais não passam mais a ser analisadas e discutidas, já que são consideradas como pertencentes a esse espaço (Bourdieu, 1996).

Considerações finais

Foi possível analisar com este estudo que as exigências do campo saúde, durante a sua conformação histórica, política

e social construíram um capital específico, embasado no capital escolar, biomédico, econômico e simbólico. Nesse contexto, formaram-se as práticas e as crenças em saúde. Os agentes e instituições que compõem o campo deparam-se com regras e desafios que a influência do campo saúde e de seus subcampos gera na formação da concepção de saúde.

Os agentes profissionais de saúde, a indústria farmacêutica, os governos, dentre outros agentes que detêm os capitais saúde, saúde coletiva e saúde mental, impõem que é a doença e as questões individuais, e não as coletivas, que determinam quem tem ou não saúde e, desta forma, contribuem na estruturação das percepções e práticas daqueles que não detêm tais capitais e são dominados por eles, tanto dentro do campo saúde quanto de seus subcampos, mantendo, assim, suas posições de dominantes.

Além de ser incapacitante, a doença é o que impulsiona o “cuidado”, o tratamento, a utilização das instituições públicas ou privadas de saúde e a importância dos agentes profissionais da saúde. A doença é necessária para o campo saúde, pois é por meio dela que o capital econômico e político dos agentes dominantes cresce.

Sendo assim, infere-se que é possível que o conhecimento instituído como verdadeiro – o científico –, constitutivo do capital escolar e do capital simbólico, tenha, ao longo da história, reduzido o conceito saúde apenas a um objeto, o que fez com que a doença passasse a ser estudada e a saúde viesse a ser compreendida como “não ter doença”. Deste modo, ao serem instigados a refletir sobre a sua saúde, os agentes usuários fizeram referência à doença, ao uso do medicamento e à divisão entre a saúde física e a saúde mental. Fatores também referidos pelos agentes profissionais, em conversa sobre a saúde dos agentes usuários.

Para se entender e orientar elementos que contribuam para as práticas de cuidado em saúde dos agentes usuários é preciso, portanto, pensar nas relações sociais. Nesse sentido, a teoria dos campos de Pierre Bourdieu revela-se fecunda, pois, ao reconhecer a pluralidade dos mundos sociais e os diferentes capitais que estruturam cada campo e subcampos, possibilita a compreensão da dinâmica interrelacional entre as estruturas objetivas e as estruturas mentais na sociedade. Dessa forma, o presente estudo permite evidenciar que a lógica de um campo, a hierarquização dos interesses e a discriminação dos objetos pertinentes, instituídos, funcionam como um pano de fundo, impensado, das práticas dos agentes.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. 2018. *O que é saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 160p.
- AMARANTE, P. 2017. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 123p.
- BEZERRA, A. C. V. 2017. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. *Saúde e Sociedade*, 26(4): 1044-1057.
- BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO I.C.E. 2016. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *J Hum Growth Dev*, 26(1): 11-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>

- BOURDIEU, P. 1996. *As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário*. São Paulo, Cia das Letras, 431p.
- BOURDIEU, P. 2004. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo, UNESP, 86p.
- BOURDIEU, P. 2017. *Razões práticas: Sobre a teoria da ação*. 11ª ed., Campinas, Papirus, 224p.
- BRASIL. 2016. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 496p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf Acesso em: 10/10/2021.
- CAMPOS, G.W.S. 2000. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, 5(2): 219-230.
- CARVALHO S. R. 2013. *Saúde coletiva e promoção de saúde: sujeito e mudança*. São Paulo, Editora Hucitec, 183p.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. 2008. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 176p.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. 2016. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 119p.
- GAINO, L. V.; SOUZA J.; CIRINEU, C.T.; TULIMOSKY, T. D. 2018. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 14(2): 108-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>
- HANDCOCK, M. S.; GILE, K. J. 2011. On the Concept of Snowball Sampling. *Sociological Methodology*, 41(1): 367-371.
- JACOBINA, A. T. 2016. *O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sua relação com os partidos políticos de matriz marxista*. Salvador, BH. Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia - UFBA, 217p.
- LAHIRE, B. C. 2017. Homem plural: os determinantes da ação. In: A. M. CATANI; M. A. NOGUEIRA; A. P. HEY; C. C. C. MEDEIROS (org.), *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte, Autêntica, p 64-66.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. 2012. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: G. W. S. CAMPOS, et. al., (org.), *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Hucitec, p. 753-781.
- MACIEL, R. M. T. A. 2018. Lepra no Oriente e Ocidente: da Antiguidade à Idade Média. *Revista Mosaico*, 11: 131-143.
- MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. 2009. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Rev. Ter. Ocup. Univ*, 20(2): 85-91. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i2p85-91>
- NUNES, E. D. 2015. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: G. W. S. CAMPOS et al., (org.), *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo, Hucitec, p. 17-38.
- SADOCK, B. J. 2016. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11ª ed., Porto Alegre, Artmed, 1490p.
- SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. 2019. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis*, 29(1): 1-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>
- SILVA, L. M. V. et al. 2016. Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: C. F. TEIXEIRA (org.), *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador, EDUFBA, p. 15-40. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0002>
- SILVA, L. M. V. 2015. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: N. T. LIMA, J. P. SANTANA, C. H. A. PAICA. (Org.), *Saúde Coletiva: a ABRASCO em 35 anos de história*. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 25-48. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415900.0003>
- VINUTO, J. A. 2014. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Revista Temáticas*, 22(44): 203-220. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.1097>

Submetido: 11/10/2021
Aceite: 16/05/2023