

REVISTA DE
ESTUDOS E
INVESTIGAÇÕES
ANTROPOLÓGICAS

Práxis de cuidados dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de escopo com implicações para a saúde

Claudia Camilo¹ 

Mariana Cabral Schweitzer² 

Carlos Roberto Castro-Silva³ 

Universidade Federal de São Paulo
São Paulo – SP – Brasil

Resumo

Introdução: 71,5% da população brasileira depende do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido constitucionalmente em 1988. 100% da população se beneficia do SUS (vacinação, saneamento, ANVISA, farmácia *etc*). Desde sua implementação, ele vem sendo sucateado pelas forças neoliberais. Entre 2016 e 2022, o desmonte afetou usuários, trabalhadores e gestores. A perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), por viverem nos territórios, pode revelar os desafios da população mais afetada. **Objetivo:** mapear estudos e analisar criticamente os efeitos dos cortes orçamentários. **Métodos:** revisão de escopo. **Fonte de dados:** pesquisa realizada em 12 de julho de 2024, incluindo 23 estudos. **Resultados/Discussão:** dois eixos: 1) os desafios que afetam o atendimento e 2) as práticas coletivas-emancipatórias melhoram os direitos. **Conclusão:** a equipe multiprofissional de atendimento, baseada nos princípios do SUS e da educação permanente, em uma abordagem ético-política e democrática, fortalece a Estratégia Saúde da Família (ESF), o SUS e os direitos humanos.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; agentes comunitários de saúde; direitos humanos; prática em saúde; gênero.

-
- 1 Antropóloga, Pós-doutoranda e Doutora em Ciências pelo PPGICS, Universidade Federal de São Paulo, Mestra em Antropologia pela Freie Universität Berlin, Alemanha, membra do Laboratório de Estudos Sobre a Desigualdade Social - LEDS. Email: camilo.claudia@unifesp.br
 - 2 Enfermeira, Pós-doutora pela Universidade de São Paulo, Professora Associada da Universidade Federal de São Paulo em Medicina Preventiva. Email: mariana.cabral@unifesp.br
 - 3 Filósofo e Psicólogo. Pós-doutorado em Ciências Sociais pela University of Western Ontario-Canadá. Professor Associado da Universidade Federal de São Paulo - ISS - Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Coordenador do Grupo de pesquisa Laboratório de Estudos sobre Desigualdade Social – LEDS. Email: roberto.castro@unifesp.br

Situando o estudo

Cuidar (Guimarães e Hirata, 2021), como um objeto no contexto atual, exige uma reflexão crítica através da lente do sistema de garantia de direitos (SGD), da justiça, da forma do Estado e de seus efeitos sobre a diversidade da população. Práxis do cuidado é a ação consciente e transformadora baseada na reflexão crítica, que articula teoria e prática na transformação da realidade em relação ao cuidado. Mais de duas décadas após a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1991 (Brasil, 2012), no Brasil, há padrões que dificultam sua consolidação. Desde a implementação do SUS (Paim e Almeida-Filho, 2014) com a Constituição de 1988, houve um desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), das Políticas Nacionais de Saúde, do tripé social (assistência, aposentadoria e saúde) e do SGD (Oliveira Cecílio e Reis, 2018). De dezembro de 2016 a dezembro de 2022, essa situação se tornou sistemática, agravando a precariedade da vida da população brasileira e afetando as práticas de cuidado da ESF na Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), especialmente após a Emenda Constitucional 95 (Oliveira Cecílio e Reis, 2018). Isso está relacionado ao sistema capitalista exploratório, à lógica neoliberal e à privatização do sistema público de saúde (Campos, 2018), mantidos por conluios legais e políticos, afetando os avanços na agenda da justiça, dos direitos e da saúde. Torna-se necessário um resgate crítico para demonstrar a relevância, os limites e os desafios dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Em janeiro de 2023, foi promulgada a Emenda Constitucional 126 (Oliveira Cecílio e Reis, 2018), permitindo ao governo aumentar o orçamento de 2023 em R\$145 bilhões, para cobrir gastos sociais e políticas públicas. Ainda há dificuldades para trabalhar com esse orçamento, e agora, os desafios residem na reorganização das ações da rede do sistema de saúde (Oliveira Cecílio e Reis, 2018). Um dos principais obstáculos é evidenciado na iniquidade social e vulnerabilidade (Silva, Casotti e Chaves, 2013), produzindo inúmeros casos de violência, principalmente contra meninas, mulheres e LGBTQIAP+, atravessados por questões de raça e classe.

Houve avanços na descentralização das políticas públicas de saúde, resultantes da Reforma Sanitária (Paim e Almeida-Filho, 2014; Narvai, 2022). No entanto, o paradigma do cuidado em saúde, biológico e higienista, ainda representa um desafio no Brasil (Paim e Almeida-Filho, 2014). Como a maioria dos usuários do SUS em territórios vulnerabilizados é composta por mulheres racializadas empobrecidas e suas famílias, LGBTQIAP+, e os trabalhadores são Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhadores multiprofissionais da saúde no nível primário do



SUS, majoritariamente mulheres (Paim e Almeida-Filho, 2014; Araújo, 2018; Guimarães e Hirata, 2021; Camilo et al., 2021), as categorias gênero e sexualidade em intersecção com classe e raça são aqui aplicadas criticamente para nos ajudar a entender o contexto das práticas de cuidado e sua relação com os territórios, com o acesso real (ou não) a serviços humanizados, aos direitos humanos e à justiça (Camilo *et al.*, 2021; 2023; Camilo, 2024), considerando a manutenção das feridas coloniais ao longo dos séculos, bem como a iniquidade social como status quo (Araújo, 2018; Camilo *et al.*, 2021; Guimarães e Hirata, 2021). Quais humanos são considerados humanos, e quais não estão incluídos nessa equação?

Padrões como a desvalorização do trabalho e a desigualdade salarial ainda representam desafios para o sistema público de saúde. Por exemplo, somente em 5 de julho de 2023, após décadas de luta, foi implementado o piso salarial da enfermagem (COREN-MG, [2023]). Os valores estabelecidos foram os seguintes: enfermeiros terão um piso de R\$ 4.750,00, técnicos de enfermagem de R\$ 3.325,00 e auxiliares de enfermagem e parteiras de R\$ 2.375,00.

No entanto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cuidadores e outros profissionais da saúde ainda não foram contemplados, o que pode impactar negativamente o trabalho do cuidado. As desigualdades e a falta de pagamento efetivo e de aposentadoria não apenas geram insatisfação entre os trabalhadores do cuidado, mas também afetam a saúde mental e, consequentemente, o direito de toda a população a um atendimento de qualidade.

Para compreender melhor o escopo atual dos estudos que pesquisaram a práxis do cuidado, as circunstâncias e as implicações relacionadas aos direitos humanos e às questões de gênero, sexualidade e diversidades em territórios vulnerabilizados, a partir da perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil, este estudo foi desenvolvido.

Fundamentação para uma Revisão de Escopo

Após uma avaliação inicial da literatura, observamos lacunas em relação ao escopo recente e crítico da práxis do cuidado, especialmente no que tange aos direitos humanos, ao Sistema de Garantia de Direitos (SGD), à forma Estado e às noções êmicas-éticas-políticas, o que demonstra a necessidade de uma revisão de escopo.

Os trabalhadores que mediam o cuidado entre a população local e os equipamentos do Estado são os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) (Coelho e Vasconcellos, 2018). Oficialmente implementado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1991, o Programa de Agentes Comunitários

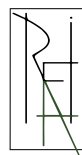


de Saúde (PACS) teve início no final da década de 1980 (Camilo *et al.*, 2021). Foi uma iniciativa para melhorar as condições de saúde das comunidades socialmente vulnerabilizadas.

O PACS criou uma categoria nova de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e integrando a equipe de saúde fornecida nos territórios (Paim e Almeida-Filho, 2014; Narvai, 2021). A equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) é composta por enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde (ACS) (Paim e Almeida-Filho, 2014). O papel dos ACS é promover a comunicação entre a população e os profissionais de saúde dos serviços de APS (Coelho e Vasconcellos, 2018).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) avançou na reorganização e horizontalização do modelo de Atenção à Saúde Pública (Narvai, 2022). Ela valoriza os sujeitos e produz efeitos concretos na qualidade de vida da população. A ESF surgiu como um impulsionador para a consolidação da APS, com o objetivo de promover um cuidado integral, efetivo e contínuo, realizado por equipes multiprofissionais (Paim e Almeida-Filho, 2014; Narvai, 2022). Essas equipes destacam a importância do vínculo como uma das principais práticas de cuidado dentro da comunidade (Paim e Almeida-Filho, 2014; Guimarães e Hirata, 2021; Narvai, 2022).

O cuidado e suas diversas formas podem ser compreendidos a partir do conceito da ética do cuidado, caracterizado como a capacidade humana de cuidar responsavelmente de outros sujeitos, de si mesmo e do meio ambiente (Kuhnen, 2014). A ética envolve a sistematização dos conceitos morais de certo e errado para a humanidade, como uma tentativa de universalizar as ações e os direitos humanos, bem como as necessidades para uma vida digna no nível político, como saúde, alimentação, moradia, educação, trabalho e acesso a esses direitos (Maia, 2009; Palácios, 2019). A história dos estudos sobre cuidado, especialmente na perspectiva Latino-Americana, enfatiza que a sociedade não pode funcionar sem o trabalho do cuidado. No entanto, esse trabalho ainda precisa ser regulamentado dentro do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), tanto para os trabalhadores do cuidado e administradores quanto para que os usuários tenham o direito de receber cuidado em qualquer fase da vida, sempre que necessário (Guimarães e Hirata, 2021). O cuidado democrático inclui direitos, justiça, equidade, premissas de responsabilidade e vínculo, garantidos por lei (Mota e Tronto, 2015). Nesse sentido, a ética do cuidado na América Latina precisa considerar as desigualdades sociais, especialmente no que se refere às interseccionalidades (Araújo, 2018) relacionadas a gênero, sexualidade, raça, classe e outras diversidades, de maneira transversal nas constelações econômicas, políticas, jurídicas, educacionais e de saúde (Camilo *et al.*, 2021; 2023). A categoria do cuidado democrático promove uma reflexão sobre o cuidado ético-político e



compõe, pelo menos teoricamente, a política pública do SUS. Nessa abordagem, ética e política se conjugam de forma que uma não pode ser pensada sem a outra (Pintasilgo *et al.*, 1998), ainda que as características êmicas de cada território nem sempre sejam plenamente contempladas pela ética ou pela política. As dinâmicas êmicas são padrões de práxis, de certo e errado, que prescrevem o que as pessoas de um determinado território e grupo devem fazer, com sentido para a coletividade local (Santos, 1997; Akerman, 2005), bem como suas subjetividades, experiências e demandas no nível micropolítico (David, 2023; Passos, 2023).

É importante reconhecer que, no Brasil, há uma profunda desigualdade social, construída desde o colonialismo e impulsionada pelo sistema capitalista e pelas forças neoliberais (Narvai, 2022; Camilo, 2024). As mudanças ocorridas entre 2016 e 2022 desmantelaram ainda mais o sistema de saúde, tanto público quanto privado, corroborando antigas práticas liberais (Narvai, 2022; Camilo, 2024). A fome, a miséria e as condições de vida desumanas pioraram desde 2019, evidenciando as ações necropolíticas do governo federal até 2022 (Mbembe, 2016).

Atualmente, 71,5% da população brasileira depende do SUS e não tem condições de pagar por um plano de saúde privado ou por cuidadores particulares (Araújo, 2018; Guimarães e Hirata, 2021; Narvai, 2022; Camilo *et al.*, 2021, 2023). Dentro desse percentual, como os grupos vulnerabilizados são tratados segundo as experiências dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e como os ACS realizam a práxis do cuidado?

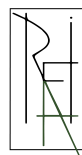
Traçando o objetivo

O objetivo desta revisão de escopo é mapear estudos que investigaram violência, mortes, traumas e sofrimentos, suas circunstâncias e corolários para a práxis de cuidado dos ACS no Brasil e suas implicações para a saúde. Buscou-se mapear sistematicamente essas situações, relacionando-as ao cuidado como objeto de estudo, considerando dimensões êmicas, éticas e políticas através da interseccionalidade de gênero, raça, idade e classe.

Métodos utilizados

Desenho

Esta revisão de escopo baseia-se no quadro metodológico desenvolvido por Arksey e O'Malley (2005). Seu objetivo é mapear e compilar informações sobre um determinado tema a partir de fontes primárias. Contribui para discussões críticas sobre uma questão central, facilitando



o acesso ao conteúdo pesquisado na literatura e promovendo a melhoria e implementação de políticas públicas.

Estratégia de busca

Foram seguidos cinco passos fundamentais: identificação das questões de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; coleta dos dados; colagem, sumarização e relato dos resultados (Arksey e O'Malley, 2005). Para o desenvolvimento deste trabalho, foi elaborado um protocolo com base nas diretrizes do PRISMA-ScR (Minayo, 2014). Para identificar a questão de pesquisa, foi aplicada a estratégia PCC: P (População): Agentes Comunitários de Saúde; C (Conceito): Práticas de cuidado; C (Contexto): Atenção Primária à Saúde. A questão orientadora formulada foi: Como os Agentes Comunitários de Saúde realizam práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde no Brasil?

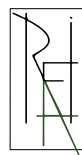
Com base na questão orientadora, os termos foram obtidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e utilizados nas bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE, Coleciona SUS, INDEXPSI da BVS, além de literatura cinzenta a partir de referências.

A estratégia elaborada foi:

(care OR cuidado OR Practice OR Práticas) AND ('Community Health Worker' OR 'Family Planning Personnel' OR 'Village Health Worker' OR 'Community Health Aides' OR 'Agente Comunitário de Saúde' OR 'Agente de Saúde Comunitária' OR 'Agente de Saúde Pública' OR 'Agentes de Saúde Pública' OR 'Agentes de Saúde Comunitária' OR 'Programa de Agentes Comunitários de Saúde' OR 'health personnel' OR 'pessoal da saúde' OR 'profissionais de saúde' OR 'profissional de saúde') AND (mj:('Atenção Primária à Saúde' OR 'Atenção Básica')) OR (violence OR violência) OR (deaths OR mortes) OR (sofrimento OR sufrimiento OR suffering) OR (trauma) OR (year_cluster:[2006 TO 2025]) OR (year_cluster:[2006 TO 2025])

Crerios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram estudos originais qualitativos ou quanti-quali em português, espanhol, inglês e alemão. Estudos qualitativos capturam a amplitude das pesquisas sobre as práticas de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) público e universal no Brasil.



Os critérios de exclusão foram estudos anteriores a 2006, com base na Lei Federal 11.350/2006. Os artigos anteriores à Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, foram excluídos da revisão de escopo por não refletirem o marco legal que regulamenta a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e de combate às endemias (ACE). Essa lei consolidou a regulamentação do § 5º do art. 198 da Constituição Federal, estabelecendo diretrizes claras para a contratação, atribuições e vínculo desses profissionais com o serviço público. Assim, estudos anteriores à sua promulgação não consideram as condições institucionais e legais que estruturam o trabalho desses agentes na forma vigente, o que comprometeria a comparabilidade e a relevância dos dados para os objetivos desta revisão. Estudos exclusivamente quantitativos também foram descartados por não abordarem reflexões aprofundadas sobre a práxis do cuidado, suas circunstâncias e implicações. Estudos que não se enquadravam no referencial conceitual ou que foram publicados em meios não científicos também foram excluídos.

Resultados da Busca

A busca na literatura foi realizada no dia 20 de março de 2025. Um total de 6.426 estudos científicos sobre a práxis do cuidado dos ACS no Brasil, relacionados à violência, mortes e sofrimento, publicados entre 2006 e 2025, foram identificados.

Os estudos identificados foram exportados para o gerenciador de referências Rayyan e divididos para triagem e verificação de elegibilidade entre três autoras, a fim de diminuir vieses. Os títulos que não atendiam aos critérios de inclusão foram excluídos, enquanto aqueles que apresentavam dados pouco claros foram selecionados para leitura dos resumos. A leitura completa dos textos foi realizada para avaliação de elegibilidade. Os estudos incluídos na revisão de escopo foram definidos por consenso em uma reunião com todas as autoras.

Avaliação da Qualidade: organização dos dados

Após a leitura imersiva, os dados dos estudos incluídos foram organizados. A lista de verificação PRISMA *Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR, com 20 itens) foi utilizada como método de sistematização.

Os dados obtidos incluíram, por exemplo: ano, autoras, título, periódico, objetivo, população, tipo de estudo, método, metodologia de análise, principais resultados, entre outras informações. Eles foram verificados quanto à precisão e rigor. O Excel foi utilizado para integrar as práxis de cuidado.



Extração de Dados: organização, resumo e relato dos resultados

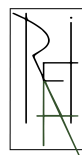
Os dados organizados foram sistematizados, resumidos, relatados e analisados considerando o processo narrativo (Arksey e O'Malley, 2005) da Análise de Conteúdo (Minayo, 2014). O modelo utilizado para apresentação dos resultados foi inspirado nos cinco domínios: Padrões, Avanços, Lacunas, Evidências para a Prática e Recomendações para Pesquisa (Bradbury-Jones *et al.*, 2021). Os resultados e discussões foram estruturados em dois eixos temáticos.

O primeiro eixo indicou padrões e impasses que mantêm práxis de cuidado restritivas, pois, em alguns casos, os ACS desconsideram o contexto e a integralidade dos pacientes. Exemplos resumidos neste eixo incluem: burocratização do trabalho, abordagem disciplinadora na educação em saúde, discriminações na práxis cotidiana, foco no modelo biomédico, consequências das práticas tecnicistas, hierarquia no ambiente de trabalho e desvalorização dos ACS. Além disso, foram identificados dilemas entre o papel profissional dos ACS, a dinâmica êmica do território, a desqualificação das epistemologias locais, a oferta de assistencialismo e ações filantrópicas.

O segundo eixo destacou práxis coletivas baseadas no cuidado ético-político e, portanto, democrático, mais voltado para o cuidado como trabalho e como direito humano, parte do SGD, mas também para o cuidado que ocorre além da forma Estado, quando este o negligencia. Esse eixo abrange avanços em torno da responsabilidade e dos direitos da população na busca por um atendimento de saúde mais eficaz. Essas práticas dialogam com as diretrizes do SUS e, por vezes, até de forma crítica, quando as demandas dos usuários não são contempladas. Exemplos dessas práticas incluem: vínculo, escuta ativa e qualificada, reconhecimento das demandas dos diferentes contextos, suporte social, valorização da cultura local, trabalho em equipe e articulação da rede de saúde como facilitadores do cuidado democrático. Essas ações buscam garantir qualidade de vida com responsabilidade, fortalecimento de direitos, justiça social, afetividade, equidade entre os indivíduos e possibilidades de emancipação.

Síntese

Ambos os eixos temáticos forneceram evidências para a prática. Às vezes, a prática do cuidado pode parecer inadequada, mas, ao aprofundar-se nos contextos sociais, históricos e culturais, certas decisões podem ser compreendidas. O contrário também é verdadeiro, pois práticas que aparentemente se alinham aos princípios do SUS nem sempre são possíveis de executar na realidade.



Resultados

A partir da busca na base de dados, foram identificados 6.420 artigos em 20 de março de 2025, dos quais 48 artigos científicos foram considerados adequados para elegibilidade. Após o processo de elegibilidade, com exclusões devidamente justificadas, foram incluídos 41 estudos.

Para responder à pergunta de pesquisa, utilizamos o processo narrativo (Arksey e O'Malley, 2005), empregando a abordagem qualitativa da Análise de Conteúdo (Minayo, 2014), aludindo às referências da psicologia sócio-histórica, da ética do cuidado e das interseccionalidades de gênero, raça, idade e classe (Araújo, 2018), sob perspectivas feministas. Dentro dessas compreensões, a saúde e o cuidado podem ser exercidos de diversas formas. Eles tornam-se questões pertinentes quando elevados a um nível moralmente significativo pelas filósofas feministas da ética do cuidado (Keller J, Kittay, 2017) e pela necessidade de valorizar e regulamentar o trabalho do cuidado, conforme pesquisado por feministas latino-americanas (Guimarães e Hirata, 2021). É fundamental para a prática baseada em evidências verificar quais práxis de saúde devem ser incentivadas e quais devem ser aprimoradas na implementação de políticas públicas de saúde. Os resultados foram analisados conforme as seguintes categorias: 1) Impasses na manutenção do cuidado restritivo em saúde e 2) Agentes Comunitários de Saúde como promotores de um cuidado integral,êmico-ético-político e democrático.

Discussão levantada

Impasses na manutenção do cuidado restritivo em saúde

No âmbito das ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), há inúmeras práticas que incluem atividades administrativas, assistenciais e educativas na comunidade. Alguns elementos dos estudos analisados corroboram a manutenção de um cuidado restritivo em saúde. Ao individualizar as práticas, desconsidera-se o contexto relacional e o caráter social, limitando a efetividade das ações dos ACS e da equipe de saúde.

Esses padrões estão presentes em três cenários distintos: práticas educativas conduzidas por meio de visitas domiciliares, desafios estruturais das políticas públicas na prática cotidiana, relacionados às configurações do trabalho e à sua valorização no contexto individual e interprofissional.



Demandas das visitas domiciliares

As visitas domiciliares são consideradas a principal prática realizada pelos ACSs, embora possam ser desempenhadas por qualquer profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estas visitas permitem identificar necessidades e realizar intervenções ao conhecer a realidade das famílias e seus membros (Mendonça, 2008; Barallas, 2008; Seoane; Fortes, 2009; Lara, Brito e Rezende, 2012; Hesler, 2013; Melo Lanzoni *et al.*, 2013; Jesus *et al.*, 2014; Magalhães, 2015; Arboit, 2018; Ribeiro, 2021).

Com relação às visitas domiciliares, a ética do cuidado aborda questões enfrentadas pelos ACS no cotidiano, como acompanhamento, encaminhamento, responsabilidade, maternidade, aborto, cuidado com doentes, idosos, crianças, pessoas com necessidades especiais, dependentes químicos, vítimas de violência e sofrimento, entre outros. O cuidado deve ser realizado de maneira integral e humanizada, incluindo e respeitando todos os corpos, o que exige reflexão sobre suas práticas (Keller e Kittay, 2017; Ribeiro, 2021).

Dentre as diversas abordagens possíveis, tensões técnicas e políticas permeadas por um cuidado discriminatório e disciplinar podem reduzir a potência das ações dos ACS. Um modelo biológico e conservador tende a centralizar o acompanhamento em doenças e corpos cisnormativos jovens, desconsiderando a saúde como um processo coletivo e social ampliado (Mendonça, 2008; Lara, Brito e Rezende, 2012; Jesus *et al.*, 2014; Arboit *et al.*, 2018; Ribeiro, 2021).

Nessa lógica, Mota (Mota e Tronto, 2015) observa que, para Tronto (2013), a forma como o cuidado em saúde é atualmente exercida promove e sustenta desigualdades por meio de uma compreensão incompleta da liberdade, direitos, igualdade e justiça (Mota e Tronto, 2015).

As visitas domiciliares podem impedir a criação de estratégias coletivas de cuidado, gerando uma educação em saúde autoritária, discriminatória, hierárquica e disciplinar, baseada no modelo biomédico e em normas conservadoras naturalizadas por ideologias patriarcais, misóginas, racistas, LGBTfóbicas e neoliberais (Barallas, 2008; Lara, Brito e Rezende, 2012; Lanzoni *et al.*, 2013; Magalhães, 2015). Aqui, surge o dilema entre prática profissional e assistencialismo, transformando o trabalho em assistência social desconectada das políticas públicas e com pouca gestão de casos (Barallas, 2008; Lanzoni *et al.*, 2013; Tronto, 2013; Magalhães, 2015). Alguns ACSs acreditam que um estilo autoritário ou biológico pode ser suficiente para lidar com questões de saúde. Dessa forma, suas atividades são moldadas pela transmissão hierárquica de regras que desconsideram o caráter integral da saúde.



[...] [sobre organização e limpeza do quintal] algumas pessoas não entendem, mas acabam fazendo porque sabem que todos os meses visitamos, orientamos e lembramos do que prometeram. Então, não há como não fazer, pois voltamos lá todos os meses [...] (Lanzoni *et al.*, 2013; Magalhães, 2015; Barallas, 2008: 214).

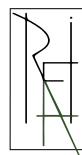
[sobre o conceito de cuidado] [...] “Para nós, trabalhadores da saúde, estamos sempre medindo a pressão arterial do paciente [...]. Mas como prevenir, cuidar disso? Eu acho que é a pressão, é isso que causa muitos problemas, aconselhamos eles [os idosos] a se exercitarem, mas eles não gostam nem um pouco” (Seoane e Fortes, 2009: 116).

A análise dos estudos aponta uma ênfase em práticas curativas e aspectos biológicos voltados para higiene, vacinação e monitoramento de doentes acamados, reduzindo o cuidado à doença e suas limitações. Isso reforça o modelo hegemônico nos serviços de saúde (Seoane e Fortes, 2009; Lara, Brito e Rezende, 2012; Silva e Casotti, 2013; Lanzoni *et al.*, 2013; Magalhães, 2015; Coelho e Vasconcellos, 2018; Ribeiro, 2021). Além disso, o quadro biomédico expressa sentimentos de onipotência e frustrações que permeiam a subjetividade dos ACSs: “[...] Eu sempre disse que queria ser médico! Para cuidar da saúde mental, saúde física, saúde emocional [...] Acho que é muito importante porque o [...] paciente [...] confia tanto no médico” (Mendonça, 2008: 57).

Nesse sentido, a visita domiciliar torna-se uma atividade disciplinar que não respeita o cidadão como sujeito social. Ela se distancia da relação êmica-ética do cuidado, baseada no vínculo, em afetos positivos e em práticas, princípios, direitos e noções de justiça (Jesus *et al.*, 2014; Coelho e Vasconcellos, 2018). Não promove a conscientização e emancipação da população, mas sim a conformidade às regras por meio do julgamento, coerção, controle e medicalização do sofrimento social.

Aponta-se que, apesar da preferência pelas visitas domiciliares e de suas relações de proximidade afetiva e empática, há uma tendência ao exercício de funções administrativas e técnicas (Mendonça, 2008; Barallas, 2008; Hesler, 2013; Magalhães, 2015; Arboit, 2018; Tronto, 2018). Os serviços de saúde e as novas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), impostas nos últimos anos, direcionam esse trabalho para novas funções que se afastam da afetividade e do vínculo positivo. Elas avançam para práticas técnicas como aferição de pressão arterial, glicemia, temperatura axilar e realização de curativos (Bachilli, Scavassa e Spiri, 2008; Kebian, 2015).

Tais práticas tornam-se aquilo que Gilligan (Mota e Tronto, 2015) compreende como a voz moral masculina, também chamada de voz padrão. São decisões morais baseadas no respeito a princípios ditos universais, segundo sujeitos masculinos, brancos, jovens e ricos. Fatores importantes, no entanto, desconsideram o caráter contextual e afetivo implícito e necessário nas



relações humanas. Este último, denominado a “voz diferente” da moralidade, prioriza a manutenção das relações de cuidado na tomada de decisões morais (Mota e Tronto, 2015). Nos contextos brasileiros, o cuidado envolve não apenas a maioria do gênero feminino, mas também mulheres racializadas (negras e pardas) de classes econômicas baixas. Elas podem ser consideradas uma voz diferente das mulheres brancas e ricas (Gonzalez, 2020).

Outro elemento se refere à escuta não qualificada e ao ato de não trabalhar com os dados ouvidos em articulação com a equipe de saúde. Isso tende a reforçar normas sociais e reproduzir estigmas, como a desconsideração das questões de gênero, raça e classe. Estudos mostram que, embora haja um compromisso com o cuidado, em alguns casos, as ações desses profissionais não se traduzem no enfrentamento do problema, revelando-se incipientes e informais: “[sobre um caso de violência contra a mulher] Tentamos ajudá-la a superar e a se dar bem com a família [...] se não, pedimos para que ela lute por seus direitos” (Arboit *et al.*, 2018: 511).

Ao discutir o papel ético-político do ACS, os autores fazem as seguintes inferências: segundo a percepção dos cidadãos, os ACS são frequentemente considerados apenas como facilitadores do acesso ao serviço. Eles agendam exames e entregam recados (Mendonça, 2008; Bachilli, Scavassa e Spiri, 2008; Seoane e Forte, 2009; Jesus *et al.*, 2014). Em algumas situações, o ACS é visto pela população como um secretário: “[...] tem gente que acha que a gente vai marcar consulta, dar remédio [...]. E não valorizam muito o nosso trabalho” (Chuengue e Franco, 2018: 216).

A caridade ou o assistencialismo para suprir políticas públicas deficientes ou inexistentes também faz parte de algumas práticas. Elas demonstram dificuldades em estabelecer limites entre o trabalho e ações filantrópicas (Chuengue e Franco, 2018; Ferreira *et al.*, 2019). As práticas caminham para a individualização, baseando-se na experiência pessoal, em vez do exercício da intersetorialidade e da garantia de direitos. “[...] Um dia eu dei um dinheiro para ela [...] para comprar o leite dos bebês, e eu fico constrangida nessas visitas, porque esperam tanto do agente comunitário de saúde. Eu sei que não posso fazer nada” (Chuengue e Franco, 2018: 233).

Aqui, os ACSs podem se sentir responsáveis por atender à população, como se suas práticas individuais e seu comprometimento pudessem controlar ou resolver todas as demandas da população.

Desafios estruturais das políticas públicas na prática cotidiana

Algumas questões elucidam fragilidades na implementação das Políticas Públicas. Entre elas, destacam-se o excesso de famílias a serem acompanhadas por cada ACS, a desvalorização moral e



econômica da profissão e, por fim, a dificuldade do trabalho em equipe, o que vai na contramão do que é recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

A partir dos estudos encontrados, observa-se que o número de famílias acompanhadas pode ultrapassar o limite estabelecido pelo Ministério da Saúde, dificultando o acompanhamento de qualidade para todos os residentes do município:

A burocracia está difícil, e se tornou constante. Você tem que ter números, qualidade não importa. Não importa se você foi lá, visitou, conversou com eles e realmente fez seu trabalho. [...] O que importa agora para a gestão são os números. Isso é muito triste (Chuengue e Franco, 2018: 7).

O vínculo requer tempo e intimidade, e esse cuidado só pode ser mais adequado se o profissional passar mais tempo com o paciente (Maia, 2009). A pressa enfraquece a prática cotidiana.

Outro elemento a considerar é a desvalorização moral e econômica da profissão. Nos estudos selecionados, nota-se que esses trabalhadores, por vezes, desempenham funções de outros profissionais, como limpeza, recepção e administração, para reduzir custos dos recursos disponíveis para a saúde. Considerando que nem todos os ACS possuem ensino superior, a desvalorização também se reflete no salário, inferior ao de outros membros da equipe com formação acadêmica. Isso pode levar ao empobrecimento das ações desenvolvidas devido à insatisfação salarial (Lanzoni *et al.*, 2013; Minayo, 2014; Bradbury-Jones, 2021).

Dificuldades no trabalho em equipe como fatores limitantes do cuidado

A falta de apoio que eu encontro na Unidade Básica de Saúde (UBS), nos profissionais de saúde, porque a gente vai em todas as casas e quando eles (os pacientes) chegam na UBS, encontram dificuldade para serem atendidos, pela falta de educação, falta de vaga, são maltratados às vezes pelos profissionais de saúde, como médicos (Ribeiro *et al.*, 2021: 93).

Os estudos ressaltam a importância da troca de informações entre as partes, o que possibilita a melhoria das abordagens e a elaboração de estratégias realistas na co-responsabilidade entre os profissionais de saúde, para um cuidado mais efetivo (Barallas, 2008; Seoane e Forte, 2009; Lara, Brito e Rezende, 2012; Tronto, 2013; Jesus *et al.*, 2014; Tricco *et al.*, 2018). Isso não significa apenas reduzir dificuldades, mas também aprimorar a resolutividade do serviço (Barallas, 2008). Essa realidade demonstra a necessidade de melhorias (Arksey e O'Malley, 2005; Lara, Brito e Rezende, 2012; Lanzoni *et al.*, 2013; Tronto, 2013; Minayo, 2014; Jesus *et al.*, 2014; Keller e



Kittay, 2017), diante do desafio da interprofissionalidade e da comunicação na Rede de Atenção à Saúde.

Os ACSs sentem-se sozinhos e impotentes diante das demandas apresentadas, contando com pouca gestão de casos e buscando alternativas individuais para solucionar um problema que é social e, portanto, coletivo. A ética do cuidado valoriza o reconhecimento do cuidado como um direito humano, de modo que práticas de educação permanente devem ser consideradas. É fundamental garantir um cuidado adequado e democrático como motor para a consolidação das políticas públicas de saúde.

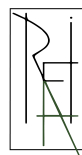
Agentes Comunitários de Saúde como promotores de um cuidado integral, ético-político e democrático

A promoção de um cuidado democrático na Ética do Cuidado considera avanços para além da lógica hegemônica do processo saúde-doença, compreendendo os sujeitos, o território e suas particularidades como fundamentais para garantir qualidade de vida. Ao incorporar as críticas das feministas negras (Kebian; Oliveira, 2015; Chuengue; Franco, 2018) e asiáticas (Brasil, 2017), as teóricas da ética do cuidado, ao reivindicarem que o ‘cuidado’ é um trabalho significativo para a sociedade, questionam a interseccionalidade, abrangendo questões de gênero, cultura, raça (etnicidade), história colonial e política atual (Mbembe, 2016).

A interseccionalidade desafia as definições de cuidado, como se observa nos estudos incluídos neste eixo. A partir das pesquisas analisadas, temos um panorama das ações desenvolvidas no cotidiano dos ACSs que proporcionam um cuidado político e social, aqui enquadrado como relacionado às questões de gênero, raça e classe. Essas ações permeiam as práticas ético-políticas durante as visitas domiciliares, pois se baseiam em afetos e direitos e promovem políticas públicas e conscientização cidadã.

O cuidado democrático contempla os conceitos de participação social, gênero, liberdade, direitos, equidade e justiça em suas formas de atuação, compreendendo o cuidado como um elemento central para a concretização da democracia.

Nos estudos incluídos sobre o cenário brasileiro, um cuidado democrático deve considerar a interseccionalidade de gênero, raça e classe para alcançar as realidades dos ACSs e suas práticas de cuidado, em consonância com o contexto político-econômico. Tal contexto, dentro da lógica neoliberal, configura a permanência do descompasso entre a relação da democracia com o cuidado democrático, bem como a manutenção das desigualdades (Maia, 2009).



O Cuidado e a Urgência da Questão de Gênero e Sexualidade

O gênero feminino está relacionado não apenas às práticas de cuidado, mas também à profissão de Agente Comunitário de Saúde (Lanzoni *et al.*, 2013; Jesus *et al.*, 2014; Keller e Kittay, 2017; Ribeiro *et al.*, 2021). Diante disso, há uma predominância de mulheres nessa ocupação, assim como na maioria das atividades de cuidado. Em territórios socialmente vulnerabilizados, a prática do cuidado realizada por mulheres se intersecta com raça e classe, onde mulheres negras empobrecidas tanto oferecem quanto recebem cuidado, em jornadas duplas ou triplas (no trabalho, em casa e nas casas de familiares, vizinhos ou amigos). Os estudos a seguir mostram a motivação dos ACSs para o seu trabalho:

Sempre via as pessoas trabalhando. Gosto de cuidar das pessoas, porque, desde pequena, cuidei das pessoas. Minha mãe teve dez filhos. Os mais velhos cuidavam dos menores. [...] Porque trabalhar na saúde, a gente tem que gostar muito do próximo, então me identifico (Hesler *et al.*, 2013: 7).

Além disso, a posição de subordinação das mulheres é reforçada pelo pouco incentivo à sua formação. Há poucas oportunidades de trabalho e perspectivas que não estejam associadas às funções de dona de casa, empregada doméstica e cuidadora: “[...] Eu não fiz faculdade. [...] Falta de dinheiro [...]. Tentei fazer alguma coisa [...] que eu pudesse [...] trabalhar” (Lanzoni *et al.*, 2013: 53).

Uma discussão pertinente à ética do cuidado é que as mulheres historicamente assumem a responsabilidade pelo cuidado, especialmente daqueles que necessitam – crianças, idosos, pessoas com necessidades especiais etc. –, mesmo sem receberem remuneração por isso (Kuhnen, 2014; Mbembe, 2016). No Brasil, mulheres negras são majoritariamente responsáveis por trabalhos de cuidado mal remunerados para famílias brancas ricas ou de classe média e para instituições (públicas e privadas). Como elaborou Gonzalez (2020), o privilégio racial ocorre porque o grupo branco é beneficiário da exploração dos grupos raciais empobrecidos, por meio da qual empregadas domésticas negras possibilitam a emancipação das patroas brancas do sistema de dupla jornada. Algumas mulheres continuaram trabalhando como domésticas, expondo-se e expondo suas famílias durante a pandemia de COVID-19, o que reforçou a necessidade de melhorias nos itinerários do cuidado (Arksey e O’Mall, 2005; Lara, Brito e Rezende, 2012; Lanzoni *et al.*, 2013; Tronto, 2013; Jesus *et al.*, 2014; Minayo, 2014; Keller e Kittay, 2017).



Nesse cenário, ao ingressar no mercado de trabalho – um fenômeno que indica a feminização da força de trabalho –, mulheres sem outras opções de emprego permaneceram em espaços voltados ao cuidado do outro. Isso corrobora a manutenção patriarcal e racial da hierarquia e de estereótipos, como a subordinação aos homens e a perpetuação da desvalorização econômica das mulheres por muitas gerações.

As teóricas da ética do cuidado analisam o cuidado como trabalho e seus conceitos sociais, políticos e econômicos envolvidos, com o objetivo de unir cuidado e justiça (Guimarães e Hirata, 2021). Nesse contexto, o cuidado sai da esfera doméstica e privada para ser reconhecido nas instituições, trazendo uma nova percepção para mulheres que sempre trabalharam na invisibilidade. Ao tomarem consciência de seu poder e papel social, além de manterem a preocupação e o cuidado com o outro, essas mulheres passam a compreender a relevância de seu trabalho de cuidado. Buscam, assim, seus direitos trabalhistas para protegê-las e fortalecer políticas públicas, sistemas de cuidado e saúde integral (Kuhnen, 2014).

No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS pode ser considerada um marco do cuidado democrático. A valorização moral, econômica e política do cuidado é essencial para a vida das mulheres, que por muito tempo praticaram diferentes formas de cuidado na invisibilidade e sem reconhecimento financeiro. Essa valorização pode estruturalmente transformar o trabalho de cuidado desvalorizado entre mulheres na interseccionalidade de gênero, raça e classe.

Além disso, o reconhecimento e o empoderamento profissional das ACS podem refletir diretamente na vida de outras mulheres em situação de vulnerabilidade e violência, que precisam ser cuidadas enquanto cuidam de suas famílias. Para as teóricas do cuidado, em uma estrutura patriarcal, o cuidado é feminino, enquanto em uma estrutura democrática, o cuidado é humano e integral:

[...] a ética do cuidado é, antes, uma ética feminista que visa contribuir para a transformação da sociedade patriarcal e garantir espaço para o desenvolvimento, por mulheres e homens, de uma forma de abordagem dos problemas morais que concilie princípios e direitos, baseando-se em uma noção de justiça e na perspectiva da conexão com o outro, estimulando o cuidado responsável nas relações (Kuhnen, 2014: 4).

É necessário discutir a masculinidade hegemônica que exige os homens da responsabilidade de cuidar e mantém a divisão sexual do trabalho. Essa estrutura valoriza apenas o que é realizado pelos homens na esfera social e, conseqüentemente, desvaloriza o que é praticado pelas mulheres (Maia, 2009). A mesma responsabilidade deve ser atribuída a mulheres e homens de diferentes



raças e classes, pois uma proposta verdadeiramente democrática deve visar a redução de todas as inequidades.

A Profissão como uma Prática Êmica-Ética-Política

Com base nas experiências de trabalho analisadas, é notória a importância que gestores, trabalhadores e cidadãos atribuem às visitas domiciliares. Investigamos a qualidade do vínculo que os ACSs estabelecem com a comunidade, bem como as estratégias que utilizam para melhorar a atenção à saúde, servindo como parâmetros para compreender a base do exercício desta mediação essencial entre serviço e comunidade de forma democrática. Isso ocorre através da responsabilidade política e ética do cuidado como direito, mediado pela afetividade e pelo vínculo.

A interação dos ACSs com a população influencia diretamente na qualidade do cuidado prestado. Isso permite consolidar dois elementos essenciais do seu trabalho: o vínculo e a escuta qualificada (Collins, 1991; Hooks, 2000; Arksey e O'Malley, 2005; Barallas, 2008; Tronto, 2013; Lanzoni *et al.*, 2013; Minayo, 2014; Keller e Kittay, 2017; Tricco *et al.*, 2018; Ferreira *et al.*, 2019; Gonzalez, 2020; Ribeiro *et al.*, 2021). A confiança conquistada pelos ACSs é apontada como fundamental para o desenvolvimento das ações realizadas. O vínculo é assegurado pelo fato de que o ACS reside na comunidade, e principalmente pela partilha da escuta, do diálogo horizontal, dos compromissos, da confiança e das responsabilidades: “Então, às vezes, eu até sinto o carinho deles por mim. Por causa dessa confiança... e da vontade de falar sobre suas vidas privadas conosco. É bom” (Parreñas, 2001: 11).

Esse vínculo abre muitas portas. A consciência e politização do cuidado nesses momentos podem promover um cuidado democrático, que no Brasil integra gênero, mas também raça e classe na profissão do trabalho de cuidado. Nessa prática, há habilidades como empatia, altruísmo e compaixão, que contribuem para a autonomia dos sujeitos e para a superação das imposições da sociedade patriarcal e racista (Kuhnen, 2014). Estudos demonstram que os ACS podem favorecer a denúncia de situações como saúde mental (Collins, 1991), comportamento suicida (hooks, 2000), violência contra mulheres (Lara, Brito e Rezende, 2012; Jesus *et al.*, 2012), cuidado com idosos (Barallas, 2008), pacientes com HIV (Gonzalez, 2020) e outras questões relacionadas ao contexto socioeconômico. Os sujeitos estão imersos nesse contexto, demonstrando a importância do seu trabalho para a produção do cuidado ético-político, fortalecendo a comunidade, as políticas públicas, os equipamentos do Estado e suas próprias vidas: “No primeiro momento, você acolhe, você escuta. Muitas vezes, acabamos ajudando de alguma forma, informando sobre seus direitos,



onde deve ir, o que fazer, como proceder [...]” (Lara, Brito e Rezende, 2012: 184); “[...] eles precisam de atenção. Não devemos ter pressa, precisamos visitar e realmente pensar que estamos ali, naquela visita, para tentar resolver o problema do idoso” (Parreñas, 2001: 8).

Além da escuta, o cuidado democrático envolve outros fatores, setores e instituições. Ele desenvolve a integração da rede de atenção, que não limita o serviço às questões meramente biológicas. Há uma preocupação com o cuidado humanizado e o contexto social, direcionando suas ações de acordo com cada caso específico. Diante de situações específicas, saber quando e onde encaminhar, e acompanhar junto com toda a equipe da APS:

O cuidado da pessoa com transtorno psíquico na ESF ocorre em parceria com outros serviços da rede de saúde mental, em um processo chamado "duplo acompanhamento". Esse processo envolve o compartilhamento de responsabilidades no cuidado de pacientes com transtornos mentais com outros serviços da rede. Esse compromisso com a atenção à saúde mental parece reafirmar os princípios da Reforma Psiquiátrica de reintegração social e cuidado integral (Collins, 1991: 725).

No cuidado do comportamento suicida realizado pelo ACS (Hooks, 2000), observa-se que está em conformidade com as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS):

Entre essas ações estão: escuta com empatia, levar a situação a sério, perguntar sobre o comportamento suicida, informar outros profissionais sobre o risco e restringir o acesso a meios letais. É essencial escutar com empatia e de forma eficaz, pois este é um passo importante na redução do desejo suicida (Hooks, 2000: 4).

A questão da ética do cuidado parece ser ainda mais evidente nesse tipo de situação, já que seu contraponto remete à necessidade de um olhar empático para o outro e de oferecer algum conforto. O acolhimento e a escuta qualificada fazem parte do repertório de trabalho do ACS. No entanto, nessas situações, muitas vezes se revela a necessidade de apoio institucional. Isso implica a articulação entre a atenção primária e a saúde mental.

As práticas dos ACS corroboram as reflexões de Gilligan (Kuhnen, 2014), ao demonstrarem a importância da proximidade nas relações para manter uma vida mais saudável, não como um imperativo, mas como um aspecto potencial para a superação do isolamento social.

O cuidado, como atitude dentro das práticas dos ACS, sugere uma formação ético-política. Eles ocupam um papel de articulação entre a rede de suporte social, os equipamentos públicos e o aspecto técnico complementar às suas ações (Hooks, 2000). Assim, o cuidado se expande, atendendo à definição de Tronto (2013) sobre “[...] um tipo de atividade que inclui tudo o que fazemos para manter, continuar e reparar nosso ‘mundo’, para que possamos viver da melhor



maneira possível” (Tronto, 2013: 19). Nos contextos desiguais do Brasil, a reparação do “nosso” mundo precisa incluir as desigualdades de gênero, raça e classe. Os meios para isso parecem ser a organização coletiva, os movimentos sociais, as políticas públicas, as ações afirmativas e a valorização do trabalho de cuidado.

Há também o papel dos valores culturais. Eles facilitam a conexão natural da população com os ACSs, pois compartilham a mesma sabedoria popular. Isso aponta para a necessidade de que os profissionais considerem as implicações socioculturais para expandir suas ações em saúde. Esse conhecimento deve ser equilibrado com o conhecimento científico, criando um vínculo entre a população e o cuidado em saúde, visando um cuidado eficaz (Minayo, 2014).

Essas práticas trazem um novo significado para a equidade. Assim, o cuidado de todos requer um equilíbrio equitativo, conforme as necessidades de cada situação (Hooks, 2000).

As práticas tornam-se democráticas e relevantes para as políticas públicas de saúde. Elas permitem que novas formas de cuidado sejam consideradas e utilizadas, como o empoderamento e a emancipação cidadã. Além disso, proporcionam espaço para a participação e colaboração da comunidade em um processo que é público e que também compreende o cuidado como um direito público (Bradbury-Jones, 2021).

O potencial político desse espaço amplia a perspectiva da saúde associada às determinações sociais, promovendo a inclusão de grupos vulnerabilizados que foram historicamente excluídos da esfera pública (Kuhnen, 2014).

Além da individualização dos sujeitos e, consequentemente, de seus cuidados, os ACSs consideram o cuidado como uma assistência à vida comunitária do território (Keller e Kittay, 2017). Essas ações desenvolvem uma consciência comunitária e o empoderamento no processo saúde-doença (Minayo, 2014). Eles compreendem que há questões comuns a todos que residem em uma determinada região: “Ser um agente comunitário de saúde é se desprender de muitas coisas. [...] Consegui melhorar, crescer, porque aprendi coisas que são importantes não só para mim, mas para toda uma população” (Lanzoni *et al.*, 2013: 231).

Para o coletivo, algumas equipes de trabalho em saúde conseguem organizar atividades ao ar livre. Elas ocorrem em locais oferecidos pelos próprios moradores, como bares, casas e igrejas. O objetivo é facilitar o acesso da população às equipes profissionais de saúde. Essas ações demonstram o incentivo ao desenvolvimento comunitário e à participação social (Tricco, 2018; Arboit *et al.*, 2018). As atividades desenvolvidas fora da unidade de saúde possibilitam a criação de novos afetos e relações mais intensas (Barallas, 2008). As práticas dos ACSs, que envolvem



afetividade e vínculo, são vistas como ferramentas eficientes para o enfrentamento da realidade social, devendo ser utilizadas por toda a equipe de saúde.

Implicações para os Trabalhadores do Cuidado e Agentes Comunitários

O cuidado envolve o profissional, a pessoa que o recebe e o ambiente onde ele ocorre. Portanto, o Estado, nos níveis municipal, estadual e federal, deve atender às demandas e promover os direitos tanto dos profissionais quanto da comunidade. Para exercer o cuidado como profissionais de saúde no sistema público, o vínculo, a intersubjetividade e a afetividade aparecem como ferramentas poderosas.

Ao propor o cuidado democrático como elemento central na política, abre-se um caminho para substituir o cuidado tratado como produto por um cuidado que visa à integração do acesso e dos direitos trabalhistas, da liberdade, da responsabilidade, da equidade, da afetividade, da ética, da justiça e do tempo necessário para desenvolver relações e vínculos. Isso conduz a uma democracia mais fortalecida e a um cuidado de melhor qualidade (Mota e Tronto, 2015; Tronto, 2013).

Limitações

Como previsto por Arksey e O'Malley (2005), para desenvolver um referencial que organize e sintetize os resultados, o estudo de escopo obriga os pesquisadores a priorizar certos aspectos da literatura. Em nosso estudo, as práticas de cuidado realizadas pelos ACSs forneceram evidências para a práxis de profissionais de saúde e trabalhadores do cuidado. As experiências relatadas nos estudos foram mapeadas e analisadas dentro de perspectivas feministas, por meio da ética do cuidado, do gênero, da sexualidade e de outras interseccionalidades.

Considerações finais

A partir do mapeamento e análise dos estudos selecionados, observa-se a existência de diversas práxis relacionadas ao cuidado. Os estudos relatam diferentes formas de lidar com o outro diante de impasses e vulnerabilizações em saúde. Concluímos que as práticas de cuidado podem tanto restringir quanto expandir o acesso ao cuidado, assim como suas relações com os direitos humanos dentro, contra e além do Estado Democrático de Direito (Holloway, 2016), do poder político, judiciário e legislativo, e do SGD.



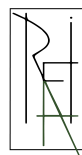
Práticas focadas no padrão biomédico e técnico podem limitar a efetividade das ações, concentrando o cuidado no campo individual, biológico e normativo-disciplinar. Essas abordagens desconsideram questões como gênero, sexualidade, classe, raça e história social e comunitária, tornando o cuidado mais restritivo.

Por outro lado, há práticas que ampliam o olhar para o indivíduo inserido em sua realidade social. Nessa perspectiva, expandir o cuidado democrático significa refletir sobre a democracia com base na justiça, igualdade, equidade e direitos. O cuidado como trabalho e as responsabilidades trabalhistas emergem como um posicionamento ético que propõe um cuidado universal e público, oferecido por meio de políticas baseadas nas dinâmicas êmicas dos territórios. Essas práticas fortalecem o cuidado democrático e promovem avanços na práxis do cuidado e nos direitos trabalhistas.

O conceito de ética do cuidado valida sua relevância ao permitir uma compreensão crítica dos modos de atenção à saúde na sociedade. Ele demonstra novas possibilidades de cuidado baseadas na responsabilidade coletiva e na garantia de direitos, desde que todas as pessoas tenham acesso real e sejam respeitadas como cidadãs plenas, portadoras de epistemologias locais. Isso torna a ética do cuidado uma ferramenta eficaz para a implementação das Políticas Públicas existentes no Brasil e em outros países.

Os Agentes Comunitários de Saúde demonstram sua importância e seu papel fundamental na Atenção Primária à Saúde, ao lado de enfermeiros e médicos. Eles são promotores do vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde, obtendo informações privilegiadas sobre as reais condições das famílias que acompanham. Ações específicas como diálogo, escuta qualificada, conscientização social, emancipação e reconhecimento do contexto histórico demonstram sua efetividade. Essas ações possibilitam o desenvolvimento de práticas potentes e intersetoriais entre enfermeiros, médicos e outros membros da APS, prevenindo diversas formas de violência contra mulheres, pessoas LGBTQIAP+, jovens, crianças e outros membros da comunidade. Estudos indicam que as estratégias desenvolvidas pelo primeiro nível de atenção das unidades básicas de saúde, apesar do subfinanciamento, foram eficazes na redução de internações por COVID-19 e outras doenças, antes e durante a pandemia, demonstrando um desempenho resiliente (Mota e Tronto, 2015; Garbin, 2019). A ampliação do financiamento não só melhora as relações de trabalho, mas também a qualidade do atendimento prestado à população local.

Ainda há muitos desafios para garantir um cuidado integral na práxis em saúde para mulheres racializadas, pessoas LGBTQIAP+ e outras diversidades. As políticas para esses grupos carecem de



transformações que viabilizem sua adequada operacionalização. A discriminação de gênero, sexualidade e raça, especialmente em territórios vulnerabilizados, manifesta-se no modelo biomédico centrado na doença, na cisnormatividade, na prática eurocêntrica, na dificuldade de articulação intersetorial dos profissionais de saúde e na limitação do encaminhamento das ações de cuidado para outros níveis da assistência. Soma-se a isso o impacto da herança colonial, do patriarcado, do racismo, do machismo e da cultura classista, tanto nos equipamentos públicos quanto em todas as estruturas sociais (públicas e privadas) do Estado, expressando-se por meio de múltiplas formas de violência: de gênero, física, psicológica, sexual, financeira, tráfico humano, abuso sexual infantil, tortura, negligência, abandono e assassinato.

A educação permanente e intersetorial em gênero, sexualidade, raça e classe é necessária em diversas instâncias e estruturas da sociedade (Lanzoni, Cechinel e Meirelles, 2014; Miskolci e Pereira, 2019). A práxis do cuidado deve considerar as interseccionalidades e as dinâmicas territoriais, pois são determinantes nos processos de saúde, potencializando a emancipação e criando estratégias efetivas no combate à violência, às injustiças e às desigualdades sociais e econômicas existentes.

Aprofundar o debate sobre o trabalho do cuidado e sua valorização moral, jurídica, política e material é essencial para reconhecer sua importância na reprodução da própria vida, uma vez que todas as pessoas necessitam de cuidado em diferentes momentos. O cuidado baseado nos princípios do SUS e nas dinâmicas territoriais deve alcançar toda a diversidade de corpos com respeito e aceitação. Para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o financiamento da educação permanente inclusiva, assim como o reconhecimento do cuidado como trabalho no SGD, é o caminho comprovado para uma relação efetiva com a forma-Estado. Negar isso ou tentar privatizar a saúde, transformando-a em um produto acessível a poucos, é praticar necropolítica.

A partir do mapeamento e da análise dos estudos selecionados, identificamos múltiplas práticas de cuidado que evidenciam modos diversos de lidar com o outro em contextos de impasse e vulnerabilização em saúde. A análise orientou-se por dois eixos centrais: 1) como determinadas práticas podem restringir o acesso ao cuidado, reproduzindo exclusões, violências institucionais e limitações impostas pelo próprio Estado e pelas dificuldades nos territórios; e 2) como outras práticas, muitas vezes construídas em resistência ou à margem das normas oficiais, contribuem para expandir esse acesso, fortalecendo vínculos, reconhecendo saberes diversos e afirmando os direitos humanos dentro, contra e além do Estado Democrático de Direito. O artigo contribui, assim, ao demonstrar que o cuidado não é neutro, mas atravessado por disputas políticas e éticas,



podendo tanto reforçar desigualdades quanto criar caminhos potentes de transformação social. A práxis do cuidado tem este potencial.

Recomendações para pesquisas

Deve-se dar atenção específica às pesquisas sobre o cuidado como oferta de saúde, por meio das categorias analíticas de gênero, sexualidade, raça e classe, especialmente ao estudar o cuidado em contextos de vulnerabilização social. É fundamental focar criticamente no processo de privatização dos sistemas públicos de saúde em meio às estruturas neoliberais e ao fortalecimento das práticas capitalistas. Esse processo transforma o acesso à saúde de um direito para um produto, impactando diretamente a vida das pessoas e o próprio trabalho do cuidado.

Práticas socialmente descontextualizadas têm demonstrado induzir ações restritivas e disciplinares, em vez de promover uma abordagem coletiva, construída e humanizada, que inclua toda a pluralidade existente na sociedade.

Referências bibliográficas

ABREU, K. P. de; KOHLRAUSCH, E. R.; SILVA LIMA, M. A. D. da. 2008. *Caring for users with suicidal behavior: the view of Community Health Workers: a qualitative study*. Online Brazilian Journal of Nursing, vol 7(3). [Included in the scoping review]

AKERMAN, M. *Saúde e desenvolvimento local*. 2005. São Paulo: Hucitec.

ARAÚJO, A. B. 2018. *From the ethics of care to intersectionality: paths and challenges for understanding care work*. Mediações, vol 23(3):43-69.

ARBOIT, J. et al. 2018. *Domestic violence against rural women: care practices developed by community health workers*. Health and Society Journal, vol 27(2):506-517. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018169293>. [Included in the scoping review]

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. 2005. *Scoping studies: towards a methodological framework*. International Journal of Social Research Methodology, vol 8(1):19-32. DOI: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.

ASSIS, A. S. de; CASTRO-SILVA, C. R. 2018. Community health agents and the elderly: home visits and care practices. Physis., vol 28(3):e280308. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280308>. [Included in the scoping review]

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. 2008. *The identity of the community health agent: a phenomenological approach*. Collective Health Science, vol 13(1):51-60. [Included in the scoping review]



BARALLAS, M. 2008. *The community health worker: representations and difficulties concerning the daily practice of care*. [Dissertation]. Botucatu: Paulista State University, Faculty of Medicine in Botucatu. 152 p. [Included in the scoping review]

BELLAS, H. C. *et al.* 2022. *Resilient performance of primary care longitudinality during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in vulnerable territories in the city of Rio de Janeiro*. Saúde Debate, vol 46(n. esp. 8):75-88.

BRADBURY-JONES, C. *et al.* 2021. *Scoping reviews: The PAGER framework for improving the quality of reporting*. International Journal of Social Research Methodology, 1-14. DOI: <https://doi.org/10.1080/13645579.2021.1899596>.

BRASIL. 2012. Ministry of Health, Secretary of Health Care, Department of Basic Care. *National Policy for Primary Care* [Internet]. Brasília: Ministry of Health. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. 2017. Ministry of Health, Office of the Ministry. Ordinance n. 2.436 of September 21, 2017. Approves the National Policy for Primary Care, establishing the review of guidelines for the organization of Primary Care, under the Unified Health System (SUS). Brasília: Federative Republic of Brazil.

CAMILO, C. *et al.* 2021. *Care in a territory of social exclusion: covid-19 exposes colonial marks*. Saúde Soc., vol 30(2):1-11, e210023.

CAMILO, C. *et al.* *Cuidado em território de vulnerabilizado e a covid-19: interseccionalidade e dinâmica étnica na ética do cuidado*. Cadernos Pagu, Campinas, 69, e236911, 2023.

CAMILO, C. 2024. *Cuidado Decolonial. COVID-19 em territórios vulnerabilizados com organizações de mulheres empobrecidas, racializadas, potentes e as relações entre o étnico, o ético e o político: revisão de escopo e metassíntese qualitativa*. Tese de Doutorado. repositório Unifesp.

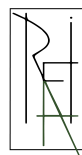
CAMPOS, G. W. S. 2018. *SUS: what and how to do?* Journal of Collective Health Science, vol 23(6):1707-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>. [Included in the scoping review]

CHUENGUE, A. P. G; FRANCO, T. B. 2018. *Recognizing and dealing with bioethics by community health workers: between ethics of care and disciplinary powers*. Physis., vol 28(4):e280423. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280423>. [Included in the scoping review]

COELHO, J. G; VASCONCELLOS, D. E. C. de. 2018. *The formation of community health agents: construction from the encounter of the subjects*. Journal Work Education Health, vol 16(2):583-604. [Included in the scoping review]

COLLINS, P. H. 1991. *Black feminist thought. Knowledge, consciousness, and politics empowerment*. New York, NY: Routledge.

COREN-MG. *Wage floor*. <https://www.corenmg.gov.br/piso-salarial/>, July 2023.



DAVID, E. C. *Aquilombamento da Saúde Mental*. 2023. São Paulo: Hucitec.

FERREIRA, M *et al.* 2019. *Protagonism of community health workers in combating smoking*. Journal of Nursing UFPE Online, vol 13(2):371-77. [Included in the scoping review]

GARBIN, C. A. S. *et al.* 2019. *Care for people with HIV/AIDS from the perspective of community health workers*. Journal of Work Education and Health, vol 17(1):e0018508. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00185>. [Included in the scoping review.]

GONZALEZ, L. 2020. "Toward an Afro-Latin American feminism". In: RIOS, F; LIMA, M. (org.). Towards an Afro-Latin American feminism: essays, interventions, and dialogues. Rio de Janeiro: Zahar Publisher.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. 2021. *Care and Care Workers. A Latin American Perspective*. Cham: Springer Nature Switzerland AG.

HESLER, L. Z. *et al.* 2013. *Violence against women from the perspective of community health workers*. Journal Gaucha Nursing, vol 34(1):180-186. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>. [Included in the scoping review]

HOLLOWAY, J. 2016. *Against, and beyond capitalism*. The San Francisco Lectures: PM Press.

HOOKS, b. 2000. *Feminism is for everybody*. Cambridge: South End Press.

JESUS, A. S. de *et al.* 2014. *Community health workers: users' knowledge*. Journal of Nursing UERJ, vol 22(2):239-44. [Included in the scoping review]

KEBIAN, L. V. A; OLIVEIRA, A. S. de. 2015. *Care practices of nurses and community health workers of the family health strategy*. Journal of Health Care Science, vol 14(1):893-1000. [Included in the scoping review]

KELLER, J; KITTAY, E. F. (ed.). 2017. *The Routledge Companion to Feminist Philosophy*. Abingdon (UK): Routledge.

KUHNEN, T. A. 2014. *The ethics of care as feminist theory*. In: Annals of the III Symposium Gender and Public Policy, State University of Londrina, May 27-29.

LANZONI, G. M. de *et al.* 2013. *Context of the community health worker's network relationships and interactions*. Cogitare Nursing Journal, vol 18(3):439-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33552>. [Included in the scoping review]

LANZONI, G. M. de; CECHINEL, C.; MEIRELLES, B. H. S. 2014. *Community health worker strategies and consequences of their network of relationships and interactions*. Rene Journal, vol 15(1):1-9. [Included in the scoping review]

LARA, L. O.; BRITO, M. J. M.; REZENDE, L. C. *Cultural aspects of the practices of Community Health Agents in rural areas*. 2012. Nursing School Journal, vol 46(3):673-680. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300020>. [Included in the scoping review]



MAGALHÃES, K. A. 2015. *Aging and care: an anthropological approach focused on the view of community health agents*. [Thesis]. Belo Horizonte: Oswaldo Cruz Foundation, René Rachou Research Center, Graduate Program in Health Sciences. 74 p. [Included in the scoping review]

MAIA, M. S. (org.). 2009. *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond.

MBEMBE, A. 2016. *Necropolitics*. Journal of the PPGAV/EBA/UFRJ, vol 32:123-151.

MENDONÇA, M. K. 2008. *Excuse me, may I come in? Home visits in community health agent and family health programs and integrality*. [Thesis]. São Paulo: USP. 380 p. Included in the scoping review]

MINAYO, M. 2014. *Challenge of knowledge: qualitative health research*. 14th. São Paulo: Hucitec.

MISKOLCI, R.; PEREIRA, P. P. G. 2019. *Educação e saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas*. Interface (Online), vol 23:1-12.

MOTA, F. F.; TRONTO, J. C. 2015. *Caring democracy: markets, equality, and justice*. Brazilian Journal of Political Science, (18):317-22.

MOURA, R. F. S. de; SILVA, C. R. C. 2015. *Affectivity and its meanings in the work of the community health worker*. Physis., vol 25(3):993-1010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300016>. [Included in the scoping review]

NARVAI, P. C. 2022. *SUS: uma reforma revolucionária*. Belo Horizonte: Autêntica.

OLIVEIRA CECÍLIO, L. C. de; REIS, A. C. dos. 2018. *Notes on the (still) current challenges of primary health care*. Public Health Journal, vol 34(8):e00056917. DOI: 10.1590/0102-311X00056917. [Included in the scoping review]

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). 2014. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica.

PALÁCIOS, M. (org.). 2019. *Bioética, saúde e sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

PARREÑAS, R. S. 2001. *Servants of globalization: women, migration, and domestic work*. California: Stanford University Press.

PASSOS, R. G. 2023. *Na mira do fuzil. A saúde mental das mulheres negras em questão*. São Paulo: Hucitec.

PINTASILGO, M. L. et al. 1998. *Caring for the future: a radical program for better living*. Lisbon: Trinova Publisher.

RIBEIRO, B. S. et al. 2021. *Vivências de agentes comunitários de saúde no cuidado da pessoa consumidora de drogas*. Av. Enferm., vol 39(3):299-308. DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.86716>. [Included in the scoping review]



SANTOS, M. *A natureza do espaço*. 1997. São Paulo: Hucitec.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. 2009. *Family Health Program user perception of privacy and confidentiality of their information*. Journal Health Society, vol 18(1):42-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100005>. [Included in the scoping review]

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. 2013. *Brazilian scientific production on the Family Health Strategy and the change in the care model*. Collective Health Science, vol 18(1):221-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>. [Included in the scoping review]

SILVA, M. A. C. da; AGUIAR, M. G; G; MOREIRA, T. D. S. 2016. *Between knots in the mental health network: the practices of community health workers*. Baiana Public Health Journal, vol 40(3):713-728. DOI: 10.22278/2318-2660. [Included in the scoping review]

TRICCO, A. C. *et al.* 2018. *PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation*. Annals of Internal Medicine, vol 169(7):467-473. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.

TRONTO, J. C. 2013. *Caring democracy: markets, equality, and justice*. New York: University Press.

Recebido em: 28/08/2024

Aprovado em: 25/04/2025

Publicado em: 02/07/2025



Community Health Workers' care praxis: a scoping review with implications for health

Abstract: Introduction: 71.5% of the Brazilian population depends on the Unified Health System (SUS), constitutionally guaranteed in 1988. 100% of the population benefits from the SUS (vaccination, sanitation, ANVISA, the pharmacy etc.). Since its implementation, it has been scrapped by neoliberal forces. Between 2016 and 2022, the dismantling intensified, affecting users, workers, and managers. The perspective of Community Health Workers (CHWs), as they live in the territories, can reveal challenges and possibilities, relating to the most affected population. Objective: map studies and critically analyze the effects of budget cuts. Methods: scoping review. Data source: search carried out on July 12, 2024, including 23 studies. Results/Discussion: two axes: 1) the challenges that affect care and 2) collective-emancipatory practices improve rights. Conclusion: the multi-professional care team, based on the principles of the SUS and continuing education, in an emic-ethical-political and democratic approach strengthens the Family Health Strategy (ESF), the SUS, and human rights.

Keywords: primary health care; community health workers; human rights; health practice; gender.

Práctica de cuidado de los agentes comunitarios de salud: una revisión de alcance con implicaciones para la salud

Resumen: Introducción: El 71,5% de la población brasileña depende del Sistema Único de Salud (SUS), garantizado constitucionalmente desde 1988. El 100% de la población se beneficia del SUS (vacunación, saneamiento, ANVISA, farmacia, etc.). Desde su implementación, ha sido objeto de desfinanciamiento por parte de fuerzas neoliberales. Entre 2016 y 2022, el desmantelamiento se intensificó, afectando a usuarios, trabajadores y gestores. La perspectiva de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), al vivir en los territorios, puede revelar desafíos y posibilidades relacionados con la población más afectada. Objetivo: Mapear estudios y analizar críticamente los efectos de los recortes presupuestarios. Métodos: Revisión de alcance. Fuente de datos: Búsqueda realizada el 12 de julio de 2024, incluyendo 23 estudios. Resultados/Discusión: Dos ejes: 1) los desafíos que afectan el cuidado y 2) las prácticas colectivas-emancipadoras que fortalecen los derechos. Conclusión: El equipo de atención multiprofesional, basado en los principios del SUS y en la educación permanente, desde un enfoque émico-ético-político y democrático, fortalece la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), el SUS y los derechos humanos.

Palabras clave: atención primaria de salud; agentes comunitarios de salud; derechos humanos; práctica en salud; género.

Direitos autorais das pessoas autoras, 2025. Licenciado sob Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Esta licença permite compartilhar o material para fins não comerciais, desde que seja dado o devido crédito à obra original, sem modificações. Texto da Licença:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

