saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Cuidado ético-político e lógica neoliberal: vivências de lideranças e profissionais da saúde em território vulnerabilizado

Ethical-political care and neoliberal logic: Lived experiences of health leaders and professionals in vulnerable territories

Cuidado ético-político y lógica neoliberal: experiencias de líderes y profesionales de la salud en territorio vulnerabilizado

Carlos Roberto Castro-Silva[1], Hailton Yagiu[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202615111209P

RESUMO O artigo aborda a produção do cuidado em saúde como uma ferramenta de enfrentamento da lógica neoliberal, especialmente em práticas da Estratégia Saúde da Família. O estudo, de abordagem qualitativa, realizado em um município da Baixada Santista com lideranças comunitárias e profissionais de saúde, analisa os sentidos e os significados da produção do cuidado na Estratégia, a partir de experiências de lideranças comunitárias e profissionais de saúde na região dos mangues, em Cubatão (SP), contexto marcado pelo avanço das políticas neoliberais excludentes. Aponta a influência da terceirização no setor da saúde, destacando as dificuldades de acesso da população e o acirramento da lógica produtivista. Em contrapartida, a afetividade surge como um pilar para as reflexões críticas sobre o cuidado, suscitando a proposição da noção de cuidado ético-político – noção alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, enfatizando a importância da luta pelos direitos, a promoção da solidariedade e o sentido de comunidade e, por fim, contribuindo para o enfrentamento da mercantilização da saúde e das injustiças sociais.

PALAVRAS-CHAVE Cuidado em saúde. Saúde da família. Pesquisa qualitativa. Cuidado.

ABSTRACT *This article addresses the production of care in health as a tool for confronting neoliberal logic, especially in Family Health Strategy practices. The study, employing a qualitative approach and conducted in a municipality of the Baixada Santista region with community leaders and health professionals, analyzes the senses and meanings of care production within the Strategy, based on the experiences of community leaders and health professionals in the mangrove areas of Cubatão (SP), a context marked by the advance of exclusionary neoliberal policies. It points to the influence of outsourcing in the health sector, highlighting the populations' difficulties of access and the intensification of the productivist logic. In contrast, affectivity emerges as a pillar for critical reflections on care, giving rise to the notion of ethical-political care – a notion aligned with the principles of the Unified Health System, emphasizing the importance of the struggle for rights, the promotion of solidarity and a sense of community, and ultimately contributing to the fight against the commodification of health and social injustices.*

KEYWORDS *Health care. Family Health. Qualitative research. Care.*

RESUMEN *El artículo aborda la producción del cuidado en salud como una herramienta de enfrentamiento a la lógica neoliberal, especialmente en las prácticas de la Estrategia Salud de la Familia. El estudio, de enfoque cualitativo, realizado en un municipio de la Baixada Santista con líderes comunitarios y profesionales de la salud, analiza los sentidos y los significados de la producción del cuidado en la Estrategia, a partir de las experiencias de líderes comunitarios y profesionales de la salud en las zonas de manglar de Cubatão (SP), un contexto marcado por el avance de las políticas neoliberales excluyentes. Señala la influencia de la tercerización en el sector salud, y destaca las dificultades de acceso de la población y la intensificación de la lógica productivista. En contrapartida, la afectividad surge como un pilar para las reflexiones críticas sobre el cuidado, lo que da lugar a la propuesta de la noción de cuidado ético-político – noción alineada con los principios del Sistema Único de Salud, que enfatiza la importancia de la lucha por los derechos, la promoción de la solidaridad y el sentido de comunidad y, por último, contribuye al enfrentamiento de la mercantilización de la salud y de las injusticias sociales.*

PALABRAS CLAVE *Cuidado de la salud. Salud de la familia. Investigación cualitativa. Cuidado.*

[1] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp Baixada Santista) – Santos (SP), Brasil.
carobert3@hotmail.com

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

Os discursos sobre o desenvolvimento econômico e social no âmbito internacional se intensificaram após a II Grande Guerra, engajando diversos países em prol de formulações norteadoras de suas políticas econômicas, inclusive a da saúde. As desigualdades entre os países foram crescendo, tornando necessárias proposições para a superação da distribuição e da utilização dos recursos naturais e financeiros[1].

O crescimento econômico e as inovações tecnológicas de alguns países não se refletiram na melhoria das condições e da qualidade de vida de outros, sobretudo os mais empobrecidos. Desde o pós-guerra, as proposições que enfatizavam o papel do Estado na superação dessa crise – associada à desigualdade e à própria concepção de desenvolvimento – conviveram com as que apostaram no poder do mercado para transformar a realidade social[1].

O neoliberalismo apareceu nos anos 1970-1980, como alternativa para a superação da crise do capitalismo global, criando uma nova crise em relação às políticas públicas e sociais[2]. Esse modelo imprime uma nova racionalidade, que intervém nos mercados e também nos modos de produção da subjetividade. Pode ser definido como "[...] o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal da concorrência"[3(17)], defendendo um Estado mínimo e austero nos controles fiscais, que se concentra cada vez menos na satisfação das necessidades das pessoas e na promoção da cidadania e da autonomia por meio da proteção social e das políticas públicas.

Além disso, transmuta direitos em oportunidades de consumo e, ao se basear em princípios individualistas de competitividade e merecimento, e não na solidariedade[2], fragiliza vínculos e laços entre indivíduos. Para Dardot e Laval[3], o Estado passa a gestar políticas públicas como se fosse uma empresa. Assim, os cidadãos de direitos tornam-se consumidores de ações bastante fragmentadas.

Nesse contexto, nos anos 1990, o Brasil implementou o Sistema Único de Saúde (SUS), política pública fundamentada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade que busca reorganizar os modelos de atenção à saúde, com vistas a promover e garantir os direitos sociais básicos[4]. Surge como um contraponto à desresponsabilização estatal e à transformação do direito à saúde em mercadoria, ao reafirmar o cuidado como um direito social e coletivo. Destacam-se as Políticas Nacionais de Atenção Básica, fundamentais para o fortalecimento dos princípios e das diretrizes do SUS, tendo como modelo principal a Estratégia Saúde da Família (ESF)[5-7].

Apesar de pesquisas e publicações comprovarem os efeitos positivos das ações da Atenção Básica na saúde integral da população, desde sua concepção a ESF vem enfrentando desafios e tensões provocados pelo modelo neoliberal de desenvolvimento do País[8]. É importante destacar que a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (2017) abre a possibilidade de desmonte do modelo da ESF como organizador do SUS, por meio da terceirização dos serviços e da distorção na composição das equipes, favorecendo a exclusão do Agente Comunitário de Saúde (ACS)[7,9].

O Ministério da Saúde instituiu, em 2019, o Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento que altera a forma de repasse de recursos federais para os municípios, baseado em três princípios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a ações estratégicas. Com isso, esperava-se melhorar a qualidade dos serviços e o acesso da população à Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada ao SUS. Porém, para autores como Massuda[10], em vez do combate e da redução das desigualdades na saúde, essa nova política contribuiria para a reversão das conquistas históricas, ao limitar a universalidade, aumentar as distorções no financiamento e induzir a focalização de ações da APS no SUS. O programa foi descontinuado em abril de 2024, com a adoção de nova metodologia de cofinanciamento federal da APS.

Sob o ponto de vista de análise, no presente trabalho a intersubjetividade foi considerada uma estratégia teórico-metodológica que possibilita a compreensão da influência dos fenômenos sócio-históricos na vida das pessoas, pois dialeticamente elas são produtos e produtoras da realidade em que vivem[11,12]. Considerando a dimensão da vivência subjetiva, Sawaia[13] considera a afetividade um parâmetro de análise da exclusão social, propiciando um balizamento da efetividade das políticas públicas[14], especificamente das práticas da ESF na melhoria de vida. Essa perspectiva permite uma valorização da dimensão subjetiva/afetiva e contribui para a ressignificação de lutas contra diversas formas de opressão, assimetrias de poder e desideologização da vida cotidiana[15-17].

Assim, os modos de produção do cuidado nas práticas da ESF podem expressar a qualidade dos vínculos afetivos e sociais estabelecidos em diferentes níveis, revelando-nos o que Boff[18] e Pintasilgo[19], ao tomarem o cuidado como o cerne das políticas públicas sociais, denominaram dimensão ético-política do cuidado[20]. Para esses autores, ao considerar a existência do outro, a solidariedade e a responsabilidade coletiva, a ética do cuidado ultrapassa a simples assistência por meio da técnica, tratando-se de um compromisso ético-político. No contexto da saúde pública e da ESF, essa perspectiva torna-se fundamental por valorizar a intersubjetividade, a construção dos vínculos e a atenção às necessidades singulares das pessoas. Contrapondo-se à lógica neoliberal, cuja tendência é fragmentar o sujeito e mercantilizar o acesso à saúde, essa ética se alinha aos princípios do SUS, colocando o cuidado como um direito fundamental e instrumento na luta contra a precarização da vida.

Desse modo, o presente artigo pretende analisar os sentidos e os significados da produção do cuidado na ESF, a partir de experiências de lideranças comunitárias e profissionais de saúde na região dos mangues, em Cubatão (SP), contexto marcado pelo avanço das políticas neoliberais excludentes.

Material e métodos

Este estudo é qualitativo e referenciado na pesquisa participante. A apreensão de parâmetros que balizam a construção das intersubjetividades, destacando a qualidade dos vínculos, os contextos culturais, os aspectos psicossociais e os graus de comprometimento com a condição de vida das pessoas, mostra-se uma base necessária não só para se compreender o território vivido, mas também para propiciar transformações na realidade e maior efetividade das políticas públicas de saúde[21,22].

A noção de sentido e significado que orienta as reflexões tem origem na psicologia sócio-histórica. O sentido se refere à maneira singular com que os sujeitos interpretam suas vivências no mundo, enquanto o significado diz respeito à dimensão simbólica, culturalmente compartilhada entre as pessoas[23].

As questões suscitadas emergiram da atuação diversificada e intensa dos pesquisadores vinculados ao Laboratório de Estudos sobre a Desigualdade Social (Leds). Trata-se de mais de uma década de atividades de ensino, extensão e pesquisa, em consonância com o Projeto Político-Pedagógico da Universidade Federal de São Paulo – *Campus* Baixada Santista (Unifesp/BS), na busca de sentidos e significados sobre a saúde e o cuidado em territórios de vulnerabilidade social[24].

Foram analisadas informações qualitativas[11] provenientes de três projetos que tiveram seu campo de pesquisa circunscrito em uma comunidade no mangue de Cubatão (SP). Dois deles – Desigualdade social e subjetividade: trajetórias de vida e lutas por melhores condições de vida e saúde em território vulnerável da Baixada Santista e Ética do cuidado e construção de direitos: acolhimento psicossocial em práticas da saúde da família em situações de exclusão social – foram realizados entre junho de 2017 e outubro de 2018. O terceiro, Cuidado na desigualdade social: abordagens interdisciplinares no enfrentamento aos agravos da covid-19 em território vulnerável, foi realizado entre março de 2024 e julho de

2025 e teve como foco o período da pandemia e o pós-pandemia.

Com a utilização de informações provenientes de projetos de pesquisa distintos, coletadas com um intervalo entre si, pretende-se enriquecer a compreensão do fenômeno da produção do cuidado em saúde no enfrentamento da lógica neoliberal na ESF. O presente trabalho considerou que informações de diferentes momentos históricos singulares, ao serem articuladas, revelam os desafios impostos pelo neoliberalismo, e que a integração das diferentes fontes de informação fornece uma visão mais robusta e multifacetada da realidade investigada.

As mudanças no contexto, destacando a crise sanitária da covid-19 e a implementação de novas políticas de saúde, foram consideradas na interpretação das narrativas. Dessa forma, foi possível compreender como esses eventos moldaram vivências, percepções, sentimentos e estratégias de enfrentamento de lideranças, profissionais de saúde e população local, indicando, por fim, diferentes dinâmicas do cuidado, e sugerindo a construção da noção de cuidado ético-político.

Região dos mangues de Cubatão (SP)

Cubatão (SP) é uma das nove cidades da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS). Segundo dados de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[25], a população estimada do município era de 112.476 habitantes. A principal atividade econômica é a petroquímica, cujas indústrias se instalaram na década de 1950, juntamente com a construção das principais rodovias, como a Via Anchieta, que possibilitou o surgimento dos bairros nas encostas da Serra do Mar, conhecidos como Cotas. Além disso, a cidade foi erguida sobre manguezais, revelando a complexidade de sua urbanização em relação à preservação do meio ambiente e das condições de vida[26].

Cubatão (SP) possui um alto Produto Interno Bruto (PIB), decorrente das atividades industriais. No entanto, as riquezas não são distribuídas de forma equânime entre os cidadãos. Apesar do grande potencial hídrico, cerca de 7,4% da população não tem acesso à água[27] e apenas 59,3% têm acesso a esgotamento sanitário; o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,737 e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) aponta para 32,68% de pessoas vivendo em territórios de vulnerabilidade muito alta[28,29]. Essa contradição faz com que o município seja considerado um dos mais desiguais da Baixada Santista.

O bairro denominado Mangue de Cubatão está localizado entre o Rio Casqueiro e a Rodovia Anchieta. Conta com Unidade de Saúde da Família (USF) de modelo misto, possuindo três equipes de saúde da família, compostas por ginecologista-obstetra, psicóloga, fisioterapeuta e dentista. Com exceção dos ACS e do gerente da unidade, todos os profissionais da Atenção Básica são contratados por uma Organização Social (OS).

Construção da informação qualitativa

As informações foram construídas por meio de técnicas mistas, incluindo: pesquisa de dados oficiais e análise documental; observação participante, com registro em diários de campo; e formação de Grupos Gestores de Pesquisa (GGP), a partir dos quais foram obtidas as indicações dos entrevistados, por meio de entrevistas semidirigidas e oficinas temáticas. A pesquisa de dados oficiais e a análise documental serviram para atualizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico.

O GGP constituiu-se em um importante instrumento de construção coletiva de diferentes etapas da pesquisa e da produção conjunta de conhecimento, garantindo que os objetivos da investigação estivessem adequados à realidade e às necessidades da comunidade. Sua formação incluiu professores, pesquisadores, profissionais do serviço de saúde e lideranças comunitárias. Os participantes da comunidade foram selecionados por meio da indicação dos profissionais de saúde e das lideranças

comunitárias, tendo sido escolhidos aqueles que tiveram o maior número de indicações. A dinâmica do GGP teve como objetivo promover o diálogo, fomentar a participação e garantir que a pesquisa fosse conduzida de forma ética. Cada reunião foi guiada por um roteiro e documentada por diários de campo e gravações de áudio, posteriormente transcritos e armazenados em um banco de dados.

A pesquisa foi conduzida conforme os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012[30], que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos, e pela Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016[31], que estabelece normas aplicáveis às pesquisas em ciências humanas e sociais, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Foram assegurados aos participantes o caráter voluntário da participação, o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, a confidencialidade das informações e o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Todas as entrevistas e as oficinas foram gravadas e transcritas na íntegra, com anuência dos envolvidos, conforme Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 66235417.3.0000.5505, Parecer nº 2.047.444; CAAE nº 68720217.8.0000.5505, Parecer nº 2.198.202; e CAAE nº 76944323.8.0000.5505; Parecer nº 7.122.283).

Análise das informações qualitativas

As informações foram analisadas por meio da Hermenêutica de Profundidade (HP)[32], que propõe análise de fenômenos culturais, contextualizados sócio-historicamente, e uma metodologia que privilegie tais fenômenos e suas formas simbólicas, dentro de contextos estruturados. A HP é composta por três etapas: análise sócio-histórica, que procura compreender os contextos de produção, circulação e apropriação das formas simbólicas; análise formal ou discursiva, que reflete sobre a organização interna das formas simbólicas, buscando padrões e relações internas ao discurso dos sujeitos em situações concretas de existência; e a interpretação/reinterpretação, que articula as duas fases anteriores, inferindo a partir de uma nova perspectiva situações e temas elaborados pelos sujeitos, à luz da Psicologia Social[32,33].

Resultados

Na contramão da crise contemporânea regida pela lógica neoliberal, compreende-se o cuidado como uma atitude de vida que se traduz em um compromisso ético-político com a existência do outro, o cuidado de si e a responsabilidade pela sustentabilidade do planeta. Essa perspectiva se constrói a partir dos sentidos de cuidado defendidos por Boff[18], Pintasilgo[19] e Jonas[34], e marca a trajetória de lideranças comunitárias que trazem um histórico de luta por melhorias nas condições de vida, ao remetê-lo ao sentido de comunidade[35] como elemento ético que baliza as conquistas.

Aspectos que integram um processo histórico de tensionamento e subfinanciamento do SUS podem ser observados em iniciativas como a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016[36], que estabeleceu um teto para os gastos públicos por duas décadas e produziu impactos significativos sobre o financiamento da saúde. Embora substituída posteriormente pelo novo arcabouço fiscal instituído pela Lei Complementar nº 200/2023, a lógica de contenção e disputa por recursos públicos destinados às políticas sociais não foi completamente superada. Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) sobre os efeitos da EC 95/2016 indicaram perdas expressivas de recursos destinados ao Piso Federal da Saúde (SUS) nos primeiros anos de vigência da medida, evidenciando os impactos do contingenciamento sobre a capacidade de financiamento do SUS.

Nesse cenário, o programa Previne Brasil, instituído em 2019 sob o argumento de

aprimorar o financiamento e a gestão da APS, tem sido alvo de críticas por incorporar mecanismos associados à racionalidade neoliberal na organização do cuidado[10,37,39]. Ao introduzir critérios de captação ponderada e pagamento por desempenho, o programa tendia a induzir a valorização de metas e indicadores quantitativos, em detrimento de abordagens orientadas pela integralidade e pelas necessidades dos usuários[38,40]. Essa lógica, ao reduzir o vínculo ao registro cadastral, tendia a tensionar a construção de vínculos longitudinais entre profissionais e comunidade, afetando dimensões ético-políticas do cuidado e da solidariedade associadas aos princípios do SUS, especialmente em contextos já marcados por restrições orçamentárias e processos de reorganização da gestão pública. Em 2024, o Previne Brasil foi substituído por uma nova metodologia de cofinanciamento federal da APS, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024[41]. A experiência do programa, no entanto, segue relevante para a análise, por evidenciar como essa racionalidade pode se inscrever nos próprios instrumentos de financiamento do SUS.

A terceirização do setor de saúde, por meio das OS, é uma forma de administração indireta dos recursos públicos pelo setor privado, evidenciando as contradições entre Estado e mercado. Segundo Pilotto e Junqueira[42], o Estado de São Paulo é a unidade da Federação que concentra o maior número desse tipo de administração, trazendo consequências negativas às formas de gestão e formação de vínculos para a produção efetiva do cuidado.

O relato dos profissionais da USF do Mangue atribui à gestão da nova OS o acirramento das dificuldades de acesso aos serviços e a contratação insuficiente de profissionais, além da dificuldade de renovação de contrato com laboratórios, gerando filas de espera sem previsão de solução, conforme relatado em uma das oficinas.

> *[...] o que prejudica em relação a nós é o sistema da Secretaria de Saúde, a gestora da OS. Eles não dão condições, não só aqui para o posto, mas pros outros postos também, pra dar qualidade melhor pra esse povo também! Porque é chato você ficar desde dezembro sem ter exame de sangue, fezes, urina, preventivo! [...] a ginecologista atende uma vez por semana! Eu sempre cito isso: duas médicas é muito pouco! Tem que ter três clínicos geral!* (Oficina 6, Profissional-F/Mangue).

Nessa oficina, as ACS disseram que os usuários do serviço 'sabem esperar'. Tais experiências de espera, impostas pela burocracia do Estado, segundo Auyero[43], destituem as populações marginalizadas do poder de intervir e modificar sua realidade, reiterando e reproduzindo em suas subjetividades a condição de subalternidade e passividade.

Os maiores prejudicados pelo modelo neoliberal no Brasil são os mais pobres ou, como afirmam Souza[44] e Luna[45], os subcidadãos, que historicamente são expropriados de seus direitos, desde a escravidão. Para Luna[45], as instituições de saúde não problematizam o grande conflito advindo da escravidão, que reproduz a condição de subcidadania daqueles indivíduos que tradicionalmente não tiveram acesso aos privilégios das classes dominantes.

Territórios pouco estruturados, marcados por uma lógica excludente, apresentam condicionantes que determinam o modelo de organização das instituições e impactam diretamente os modos de vida daquelas populações. Para Pessoa et al.[46], a dimensão político-operativa do sistema de saúde compreende o território para além de um limite espacial, considerando sua história e seu perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, caracterizando-o como em permanente construção. Neste sentido, as contradições vividas nos territórios marcam a crise do modelo neoliberal de desenvolvimento, expressas pelos indicadores sociodemográficos dos territórios estudados.

No mangue, os modos de apropriação do território são marcados pelo aglomerado de palafitas. Em uma oficina com os ACS, a vulnerabilidade imposta pela falta de infraestrutura foi destacada.

Tudo interfere em relação à saúde, as condições de vida. Aquela pessoa que mora lá na palafita, a maré enche e, às vezes, enche o barraco que a pessoa tá morando. Tem alguns locais que, quando a maré enche, o rato vai pra dentro de casa, principalmente os barracos de madeira. Então, isso interfere em relação às doenças também (Oficina 6, profissional-F/Mangue).

Nesse cenário de dificuldades, somado à terceirização do SUS, com destaque para a falta de profissionais e os baixos salários, há um aumento na rotatividade dos colaboradores, o que compromete as práticas em saúde produzidas pela ESF. Tal processo relaciona-se à incorporação de modelos gerenciais orientados por princípios como redução de custos, flexibilização das relações de trabalho, estabelecimento de metas e avaliação por desempenho, características associadas à racionalidade neoliberal de gestão em saúde. Essas dinâmicas podem contribuir para a precarização dos vínculos profissionais e para a fragilização da continuidade do cuidado[41]. Durante uma oficina, surgiram narrativas que revelaram a interferência do modelo de gestão da atenção básica pelas OS na precarização das práticas dos ACS[47].

Então, tem essas ligações: por ser agente de saúde, você acaba tendo todo esse vínculo com a [comunidade]*... isso, pra uma agente, não essas agentes de saúde que tá aí, né? Porque essas agentes de saúde que tá aí não faz nem o básico do básico [...] A culpa é da gestão, não é nem do governo, é da gestão* (Entrevista M, Liderança-M/Mangue).

[...] o cara lá da minha área caiu e ele precisa muito de uma fisioterapeuta que vá até lá fazer. Vai ter? Não vai! E o que eu vou falar para o cara? [...] Esses dias, eu falei pra ele: Olha, a sua vez na fisioterapia chegou, mas com um detalhe... Tem que ir até Cubatão! [...] mas como ele vai até Cubatão!? Eu acho que hoje em dia não é que acabou a humanização do posto e das pessoas que trabalham no posto! [...] Muitas coisas você queria ter, mas não tem! Não tem investimento pra isso! (Oficina 6, profissional-S/Mangue).

As narrativas expressam a necessidade de um cuidado que vai além da racionalidade biomédica. Esse cuidado se baseia na historicidade de vínculos construídos em busca de melhorias para si e para a comunidade, e fundamenta-se em diferentes dimensões da existência humana, configuradas por bons encontros, estratégias individuais e comuns para superação e enfrentamento das injustiças sociais e da fragmentação dessas conexões. Aqui, esse cuidado é entendido como 'cuidado ético-político'[48].

Os relatos a seguir ilustram o cuidado ético-político e o enfrentamento da lógica neoliberal no pós-pandemia. A ex-liderança ressalta a dimensão coletiva e solidária do cuidado, que ultrapassa as responsabilidades individuais e se manifesta na ação conjunta dos agentes de saúde e das lideranças. O profissional de saúde destaca a importância do fortalecimento dos vínculos e das redes de apoio, internas e externas à comunidade. O reconhecimento da importância dos laços sociais se contrapõe à fragmentação imposta pela lógica do mercado neoliberal na saúde. As narrativas reafirmam a importância da intersubjetividade, da solidariedade e do diálogo como uma tecnologia leve[49] para a efetivação do cuidado ético-político.

Não é falta de cuidado meu, mas cuidado de uma comunidade muito grande. Por exemplo, todo mundo é bem orientado aqui. Tem os agentes de saúde que estão nas casas fazendo visita, tem muitas lideranças que está sempre trabalhando com isso, entendeu? Muita gente aqui dentro já trabalha, e hoje são menos pessoas, mas muita gente aqui dentro já arregaçou as mangas, já foi para rua, entendeu? O cuidado é tudo isso (Entrevista ex-liderança).

[...] o estreitamento das parcerias que a gente precisa – a gente falou muito isso nos nossos encontros –, conhecendo primeiramente as redes, o que a gente tem dentro da comunidade, mas o quanto precisa expandir isso e trazer de fora pra dentro, pra trabalhar junto. Eu lembro de falar

> *nos nossos encontros o quanto isso me auxilia como profissional e o quanto me sinto trabalhando em conjunto, mais acolhida e no sentido de ter apoio para conseguir atuar, que sozinha a gente não faz nada. Então, essa formação de vínculo é importante, com essa rede, para a gente conseguir desenvolver um trabalho melhor dentro da comunidade [...] Em prol dessa comunidade* (Psicóloga da Unidade de Saúde da Família em reunião do GGP).

A desvalorização e a precariedade da infraestrutura do território afetam a política de saúde. A conscientização dos trabalhadores de saúde no território é resultado da ausência de ações das autoridades, não só no local, mas em todo o Brasil, prolongando a pandemia para além da doença; as consequências foram ainda mais severas para as populações em vulnerabilidade[50].

> *As pessoas perderam parentes, as pessoas mudaram muito, e piorou. Já existia muita depressão, muito ataque de ansiedade já existia, agora piorou. Quem dá conta disso? Como dá conta disso? Não dá, não dá. É pouco profissional para isso, e a política mesmo da saúde não investe nisso. Isso não dá voto, é isso – o resumo é isso!* (Entrevista Agente Comunitária de Saúde).

A narrativa da ACS evidencia uma experiência cotidiana de desvalorização da saúde mental no campo das políticas públicas. Ao afirmar que "*isso não dá voto*", a trabalhadora revela como determinadas demandas sociais permanecem invisibilizadas quando não produzem retornos políticos imediatos. A saúde mental, marcada por processos prolongados de sofrimento, reconstrução de vínculos e transformação das condições de vida, confronta uma racionalidade política orientada pela urgência, visibilidade e mensuração de resultados. Neste sentido, a fala da ACS permite compreender que a precariedade do cuidado não se reduz à ausência de serviços ou de profissionais, mas se relaciona a um modelo de gestão das políticas sociais que frequentemente desloca para os trabalhadores e comunidades a responsabilidade pelo enfrentamento dos problemas oriundos das desigualdades estruturais.

Essa dimensão torna-se evidente no contexto pós-pandemia quando os territórios vulnerabilizados passaram a concentrar inúmeras experiências de perda, luto e agravamento do sofrimento psíquico. No entanto, tais demandas nem sempre encontram correspondência nas prioridades institucionais, mantendo a saúde mental em segundo plano dentro da agenda pública. Neste cenário, a ESF ocupa uma posição ambivalente, ao mesmo tempo marcada pela precarização das políticas sociais e constitutiva de um espaço privilegiado de produção de cuidado baseado no vínculo, na escuta e no reconhecimento das experiências dos sujeitos.

Pensar o cuidado como ético-político implica reconhecer que cuidar não é apenas oferecer recursos técnicos, mas sustentar relações sociais capazes de produzir pertencimento, proteção e participação[50,51]. Assim, as práticas desenvolvidas no território podem ser compreendidas como formas de resistência cotidiana aos processos de individualização do sofrimento e fragilização dos vínculos sociais que se intensificam em função das racionalidades neoliberais.

Considerações finais

Partindo da fragilização dos vínculos, a estratégia metodológica da pesquisa participante possibilitou a criação de espaços dialógicos de reflexão coletiva sobre e com a realidade vivida por profissionais, lideranças comunitárias e pesquisadores. Foi possível pensar o cuidado como uma ferramenta de luta por direitos e a ESF como *locus* privilegiado de enfrentamento no contexto de supressão de políticas públicas e sociais dos dias atuais, que interferem objetiva e subjetivamente nas condições de vida.

Os achados indicam que políticas como a terceirização no setor da saúde e o programa

Previne Brasil, ao introduzirem mecanismos de mercado e priorizarem metas quantitativas, acabaram impactando negativamente a integralidade do cuidado, precarizando os vínculos afetivos e sociais, e fragilizando os fundamentos sociais, coletivos e políticos da atenção à saúde. Dessa forma, na perspectiva do cuidado ético-político, compreende-se a saúde, para além de sua dimensão legal ou jurídica, como um elemento que abrange o tripé da seguridade social brasileira (Constituição Federal de 1988) e um compromisso com a dignidade das pessoas.

Como limitação do estudo, são reconhecidas a especificidade do contexto geográfico e a natureza qualitativa da pesquisa, que, apesar de aprofundar os sentidos e os significados, não possibilita generalizações. Sugere-se, para as futuras investigações, a realização de estudos comparativos em diferentes locais, que mensurem o impacto das políticas em maior escala e explorem estratégias de fortalecimento da ética do cuidado em cenários de crescente expansão da lógica neoliberal. A historicidade viabiliza uma compreensão dinâmica da realidade, sempre em mudança.

Por fim, a política de saúde deve considerar a perspectiva do cuidado ético-político como uma ferramenta de exercício da justiça social, para buscar a desnaturalização da desigualdade em sociedades capitalistas periféricas e promover não só saúde, mas também vida, dignidade e garantia de direitos.

Contribuições de autoria

Castro-Silva CR (0000-0002-8880-1042)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, obtenção de financiamento, redação e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual. Yagiu H (0000-0002-3860-2061)* contribuiu para obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual. ■

Referências

1. Pires-Alves FA, Cueto M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(7):2135-44. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02032017

2. Viana AL, Silva HP. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(7):2107-18. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.07582018

3. Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2016. 402 p.

4. Giovanella L, Mendonça MHM. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-546.

5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2026 mar 28 [acesso em 2025 set 26]; Seção I:71. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.htm

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 out 22 [acesso em 2025 set 26]; Seção I:48-55. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

7. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 22.

8. Morosini MGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2018;42(116):11-24. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601

9. Silva TL, Soares AN, Lacerda GA, et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Saúde Debate. 2020;44(124):58-69.

10. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc saúde coletiva. 2020;25(4):1181-8. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020

11. González RF. Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Cengage Learning; 2011.

12. Freitas MFQ. Psicologia social comunitária como politização da vida cotidiana: desafios à prática em comunidade. Teoria Crit Psicol [Internet]. 2018 [acesso em 2025 set 26];11:92-104. Disponível em: http://www.teocripsi.com/ojs/

13. Sawaia BB. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia BB. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Rio de Janeiro: Vozes; 2011. p. 99-129.

14. Bertini FMA. Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. Psicol Soc. 2015; 26(Esp 2):60-9. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000600007

15. Hepworth J. The emergence of critical health psychology: can it contribute to promoting public health? J Health Psychol. 2006;11(3):331-41. DOI: https://doi.org/10.1177/1359105306063298

16. Montero M. Teoria y Prática de La Psicologia comunitária: la tension entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Paidos; 2003.

17. Martín-Baró I. Crítica e Libertação na Psicologia: estudos psicossociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2017.

18. Boff L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes; 2012.

19. Pintasilgo ML. Para um novo paradigma: um mundo assente no cuidado. Antologia de textos de Maria de Lourdes Pintasilgo. Porto (PT): Afrontamento; 2011.

20. Castro-Silva CR, Anhas DM, Rosa KRM, et al. Quando falamos de cuidado, do que estamos falando? Entrevista com Ilze Zirbel. Psicol Soc. 2021;33:e238601. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33238601

21. Fals Borda O. Aspectos Teóricos da Pesquisa Participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense; 2006. p. 42-62.

22. Schmidt MLS. Pesquisa participante e formação ética da pesquisa na área da saúde. Ciênc saúde coletiva. 2008;13(2):391-8. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000200014

23. Vygotsky LS. A construção do pensamento e da linguagem. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

24. Anhas DM, Rosa KRM. Afetividade e práxis transformadora na pesquisa qualitativa. Psicol Soc. 2018;30:e173315. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30173315

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.

26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; © 2023. Panorama Cubatão; 2018 [acesso em 2025 set 26]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/cubatao/panorama

27. Instituto Água e Saneamento. O saneamento em Cubatão (SP) [Internet]. São Paulo: IAS; 2024 [acesso em 2026 set 29]. Disponível em: https://www.aguaesaneamento.org.br/municipios-e-saneamento/sp/cubatao

28. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS [Internet]. São Paulo: Seade; 2010. [acesso em 2026 set 29]. Disponível em: https://ipvs.seade.gov.br/

29. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: perfil do município de Cubatão, SP [Internet]. Brasília, DF: PNUD; 2013 [acesso em 2026 set 29]. Disponível em: https://www.atlasbrasil.org.br/

30. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nº 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jan 13; Edição 112; Seção I:59-62.

31. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-6.

32. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011.

33. Spink MJ, Menegon VM, Medrato B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. Psicol Soc. 2014;26(1):32-43. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100005

34. Jonas H. Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade. São Paulo: Paulus; 2014.

35. Costa SL, Silva CRC. Afeto, memória, luta, participação e sentidos de comunidade. Pesq Prát Psicossociais [Internet]. 2015 [acesso em 2025 set 26];10(2):283-91. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809--89082015000200006&lng=pt&tlng=pt

36. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 dez 16 [acesso em 2025 set 26]; Seção I:2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

37. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad Saúde Pública. 2022;38(2):e00164621. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621

38. Rodrigues EC, Eberhardt LD. Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação e seus impactos na Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate. 2024;48(140):e8385. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241408385P

39. Seta MHD, Ocké-Reis CO, Ramos A. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? Ciênc saúde coletiva. 2021;26:3781-6. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020

40. Dariva HJN, Hirsch SL, Antes ML, et al. Conhecimento dos gestores de unidades de saúde da família sobre os indicadores do previne Brasil. Cuad Ed Desar. 2024;16(4):e3807. DOI: https://doi.org/10.55905/cuadv16n4-008

41. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 11 abr 2024; Seção 1:100.

42. Pilotto BS, Junqueira V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. Serv Social Soc. 2017;130:547-63. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.123

43. Auyero J. Patients of the state: an ethnographic account of poor people's waiting. Latin Am Res Rev. 2011;46(1):5-29. DOI: https://doi.org/10.1353/lar.2011.0014

44. Souza J. A gramática social da desigualdade brasileira. Rev Bras Ci Soc. 2004;19(54):79-96. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-69092004000100005

45. Luna L. Fazer viver e deixar morrer: a má-fé da Saúde Pública no Brasil. In: Souza J. Ralé Brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG; 2009. p. 305-328.

46. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro DD, et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(8):2253-62. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009

47. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídico. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 jan 8 [acesso em 2025 set 26]; Seção I:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm

48. Camilo C, Kahhale E, Ferreira M, et al. Cuidado em território de exclusão social: covid-19 expõe marcas coloniais. Saúde Soc. 2021;30(2):e210023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210023

49. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

50. Euzebios Filho A, Martin STF. Participação social de lideranças comunitárias em um contexto de desigualdade social e no enfrentamento da pandemia da COVID-19: um enfoque psicossocial. Saúde Soc. 2021;30(2):e210008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210008

51. Anhas DM, Silva CRC. Participação social e subjetividade: vivências juvenis em uma comunidade vulnerável. Psic Teor e Pesq. 2017;19(3):139-48. DOI: https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p149-158

Recebido em 08/10/2025
Aprovado em 18/07/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito e disponíveis sob demanda, condição justificada no manuscrito
Suporte financeiro: este estudo foi financiado pelos projetos: Desigualdade social e subjetividade: trajetórias de vida e lutas por melhores condições de vida e saúde em território vulnerável da Baixada Santista, financiado pelo CNPq (n. 407836/2016-0); Ética do cuidado e construção de direitos: acolhimento psicossocial em práticas da saúde da família em situações de exclusão social, pela Fapesp (n. 2016-23973-2); Cuidado na desigualdade social: abordagens interdisciplinares no enfrentamento aos agravos da COVID-19 em território vulnerável, pela Fapesp (n. 2023/05292-1)

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7877904356698023 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3152-1362 – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com