

DOI: <https://doi.org/10.30749/2177-8337.v30n64p71-102>

DIREITO A SAÚDE, VULNERABILIDADE SOCIAL E A TRANSIÇÃO DO CUIDADO HUMANO: UMA ANÁLISE JURÍDICO-INTERDISCIPLINAR SOBRE A EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

RIGHT TO HEALTH, SOCIAL VULNERABILITY AND THE TRANSITION OF HUMAN CARE: A LEGAL-INTERDISCIPLINARY ANALYSIS ON THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC POLICIES

Wanderson Alves Ribeiro ¹

Paulo Henrique de Moura ²

Keila do Carmo Neves ³

Joice Aparecida Rezende Vilela ⁴

Resumo: O presente estudo caracteriza-se como uma revisão reflexiva de literatura, de natureza qualitativa e caráter teórico-analítico, com o objetivo de refletir sobre o cuidado humano em processos de transição, analisando como vulnerabilidade social, subjetividade, micropolítica e continuidade da atenção se entrelaçam na construção de práticas éticas, sensíveis e integradoras no campo da saúde e direito. A reflexão evidenciou que a transição do cuidado humano transcende a dimensão técnica, integrando ações que promovem reconhecimento mútuo, presença, solidariedade e justiça social. A vulnerabilidade social emerge como fator determinante, condicionando o acesso, a adesão e a efetividade das práticas de saúde, sendo essencial que profissionais adotem estratégias que considerem determinantes sociais e interseccionalidade. Além disso, a micropolítica do cuidado e a atenção ao cotidiano dos serviços revelam-se fundamentais para estabelecer vínculos, fortalecer a confiança e garantir continuidade do cuidado, promovendo processos terapêuticos participativos e emancipatórios. Os resultados apontam que práticas humanizadas, interdisciplinares e orientadas pela ética permitem que o cuidado seja instrumento de resistência e

¹ Enfermeiro; Mestre, Doutor e Pós-doutorando pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (PACCS/EEAAC – UFF). E-mail: nursing_war@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8655-3789>

² Fisioterapeuta, Mestre e Doutor em cardiologia pela UFRJ. Pós-graduado em terapia Intensiva pela UNESA. Docente do curso de graduação e pós-graduação em Fisioterapia da UNIG. E-mail: paulohdemoura@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7077-2514>.

³ Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFRJ/EEAN. Pós-Graduada em Nefrologia e UTI Neonatal e Pediátrica; Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UNIG. Docente do Curso de Graduação da UNIABEU. Coordenadora de Atenção Básica do Município de Queimados-RJ. E-mail: keilaarcanjo@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6164-1336>

⁴ Médica Veterinária, Mestre e Doutora em Ciências Veterinárias pela UFRRJ. Pós-Graduada em Bioética, Políticas Públicas, Gestão Pública em Inclusão Social e Docência do Ensino Superior. Pós-Doutoranda em Direito e Políticas Públicas pela UCES/Argentina. Docente na Universidade Iguazu/RJ. E-mail: joicearvilela@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6243-6983>

reconstrução social, reafirmando a saúde como direito universal. Do ponto de vista jurídico, discute-se a efetividade do direito fundamental à saúde previsto no art. 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, analisando como a vulnerabilidade social impõe obstáculos concretos à sua plena realização. Conclui-se que a transição para um cuidado ampliado e humanizado depende não apenas de mudanças nas práticas sanitárias, mas também de um arcabouço jurídico-institucional robusto, de mecanismos de justiciabilidade e de políticas públicas intersetoriais que operacionalizem os princípios da dignidade da pessoa humana, da equidade e da integralidade do SUS. Conclui-se que a integração entre vulnerabilidade, subjetividade, micropolítica e continuidade da atenção constitui eixo central para a construção de atenção ampliada, sensível e efetivamente integral no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Cuidado humano; Transição do cuidado; Vulnerabilidade social; Direito à saúde, Políticas públicas.

Abstract: This study is characterized as a reflective literature review, qualitative in nature and theoretical-analytical in character, aiming to reflect on human care in transition processes, analyzing how social vulnerability, subjectivity, micropolitics, and continuity of care intertwine in the construction of ethical, sensitive, and integrative practices in the field of health and law. The reflection showed that the transition of human care transcends the technical dimension, integrating actions that promote mutual recognition, presence, solidarity, and social justice. Social vulnerability emerges as a determining factor, conditioning access, adherence, and effectiveness of health practices, making it essential for professionals to adopt strategies that consider social determinants and intersectionality. Furthermore, the micropolitics of care and attention to the daily routine of services prove fundamental for establishing bonds, strengthening trust, and ensuring continuity of care, promoting participatory and emancipatory therapeutic processes. The results indicate that humanized, interdisciplinary, and ethically guided practices allow care to be an instrument of resistance and social reconstruction, reaffirming health as a universal right. From a legal standpoint, this study discusses the effectiveness of the fundamental right to health, as enshrined in Articles 6 and 196 of the 1988 Federal Constitution, analyzing how social vulnerability imposes concrete obstacles to its full realization. It concludes that the transition to broader and more humanized care depends not only on changes in health practices, but also on a robust legal and institutional framework, mechanisms of justiciability, and intersectoral public policies that operationalize the principles of human dignity, equity, and comprehensiveness of the Brazilian Unified Health System (SUS). It further concludes that the integration of vulnerability, subjectivity, micropolitics, and continuity of care constitutes a central axis for building broader, sensitive, and truly comprehensive care within the Unified Health System.

Keywords: Human care; Ethics; Care transition; Policy; Social vulnerability.

Recebido em: 18/02/2026

Aceito para publicação em: 21/03/2026

1 INTRODUÇÃO

O cuidado humano constitui uma prática que atravessa dimensões éticas, subjetivas e simbólicas, estruturando as relações no campo da saúde. O encontro entre profissionais e usuários é permeado por experiências, valores, histórias de vida e formas de significar o adoecer. Watson (2008) e Waldow (2008) enfatizam que o cuidar se expressa em presença, sensibilidade e abertura à singularidade, compondo interações que valorizam o outro como sujeito integral. Assim, o cuidado humano articula técnica, sensibilidade e compromisso ético, constituindo um processo relacional central para a prática profissional.

Essa compreensão amplia-se ao considerar que as expressões do cuidado resultam de interações construídas em contextos sociais, culturais e institucionais. Ayres e colaboradores (2003) e Minayo (2012) destacam que reconhecer a complexidade das trajetórias individuais e coletivas, incorporando vulnerabilidades, potencialidades e contextos de vida, é essencial para orientar práticas profissionais nas redes de atenção à saúde.

A vulnerabilidade social surge como aspecto fundamental para entender desigualdades que impactam o adoecer, o acesso aos serviços e a continuidade das ações de saúde. Elementos estruturais, como pobreza, discriminação e barreiras socioculturais, ampliam distâncias entre necessidades reais e possibilidades de cuidado (Castel, 1998; Boff, 2001). Nesse cenário, as perspectivas de Foucault (1984, 2004) ajudam a compreender que toda prática em saúde envolve relações de poder, subjetivação e construção de sentido, enquanto a micropolítica do cuidado evidencia como interações cotidianas moldam autonomia, segurança e vínculos (Merhy, 2002; Ayres, 2011).

Sob a ótica jurídica, o cuidado humano se insere no âmbito do direito fundamental à saúde, concebido pela Constituição Federal de 1988 como universal e integral (art. 196), indissociável da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III). A concretização desse direito, no entanto, esbarra na realidade da vulnerabilidade social, fenômeno multidimensional que a doutrina jurídica contemporânea reconhece como gerador de obstáculos específicos ao acesso à justiça e aos serviços públicos (Sarlet; Marinoni; Mitidiero, 2022). A pandemia de Covid-19, ao acentuar iniquidades, evidenciou a distância entre a norma constitucional e a experiência concreta de grupos

vulneráveis, demandando uma análise crítica sobre a eficácia das políticas de saúde e a atuação do Estado (Benjamin; Marques; Bottallo, 2020).

A pandemia de Covid-19 reforçou a importância dessas relações, evidenciando como desigualdades estruturais impactam riscos, sofrimento e desfechos clínicos, principalmente em territórios com menor acesso a recursos (Santos et al., 2021; Costa et al., 2024). Nesse contexto, a transição do cuidado torna-se um processo contínuo e articulado, envolvendo diagnóstico, tratamento, reabilitação e manejo do prognóstico, e demandando comunicação clara, acompanhamento constante e estratégias educativas (Weber et al., 2017; Gheno; Weis, 2021; Tomazela et al., 2023; Acosta et al., 2018).

A transição do cuidado pode ser compreendida em três dimensões complementares: situacional, organizacional e saúde-doença. As mudanças pessoais e emocionais exigem reorganização e adaptação; a coordenação entre serviços assegura continuidade e redução de discontinuidades; e a reabilitação e enfrentamento de eventos clínicos promovem novos modos de viver (Weber et al., 2017; Reisdorfer et al., 2019). Integrar a hermenêutica do sujeito permite compreender transformações subjetivas que impactam identidade, autonomia e expectativas durante o cuidado (Foucault, 1984; Boff, 2014).

Essa análise de poder dialoga com a teoria crítica do direito, que investiga como o ordenamento jurídico pode tanto perpetuar desigualdades quanto ser instrumento de emancipação. O conceito de vulnerabilidade estrutural (Martínez, 2020) ilumina como marcas de classe, raça, gênero e território criam camadas de impedimentos ao exercício pleno da cidadania sanitária.

Além disso, a micropolítica evidencia como pequenas ações cotidianas fortalecem vínculos, responsabilização e adesão às intervenções, mostrando que a qualidade do cuidado depende das relações estabelecidas nos encontros profissionais (Merhy, 2002; Ayres, 2023). No entanto, a vulnerabilidade social intensifica obstáculos à transição, exigindo articulação entre redes comunitárias, serviços territoriais e espaços de apoio para minimizar riscos e ampliar possibilidades de cuidado (Castel, 1998; Santos et al., 2021).

A perspectiva multiprofissional reforça que o cuidado envolve diferentes saberes complementares, promovendo continuidade, diálogo e planejamento conjunto das intervenções (Paim, 2012; Freire, 1996). Assim, refletir sobre cuidado humano em processos de transição implica articular elementos estruturais, subjetivos e organizacionais, reconhecendo que o cuidado integra trajetórias, vínculos, histórias e afetos, fortalecendo práticas éticas, sensíveis e integradoras em todos os níveis da rede assistencial (Ayres, 2002; Waldow; Borges, 2011).

Desse modo, este estudo propõe-se a refletir sobre o cuidado humano em processos de transição a partir de uma perspectiva jurídico-interdisciplinar, analisando como a vulnerabilidade social, interpretada à luz dos direitos fundamentais, se articula com a subjetividade, a micropolítica e a continuidade do cuidado. Objetiva-se, assim, contribuir para o debate sobre a efetivação de políticas públicas sanitárias que sejam não apenas tecnicamente adequadas, mas também juridicamente robustas e socialmente justas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão reflexiva de literatura, de natureza qualitativa e caráter teórico-analítico, fundamentada na compreensão crítica do fenômeno do cuidado humano em sua transição histórica e ética diante da vulnerabilidade social. A opção por uma abordagem reflexiva decorre da necessidade de transcender o levantamento meramente descritivo de dados, buscando construir interpretações, conexões e sentidos a partir de referenciais filosóficos, epistemológicos e empíricos que fundamentam o campo das Ciências do Cuidado em Saúde (Minayo, 2012).

Diferentemente das revisões sistemáticas e integrativas, o estudo reflexivo não se restringe a critérios de exaustividade quantitativa, mas se orienta pela profundidade analítica e pelo rigor interpretativo. Ele se fundamenta na hermenêutica crítica, que compreende o conhecimento como construção dialógica entre o pesquisador e o objeto de estudo. Tal abordagem permite problematizar o cuidado humano como fenômeno vivo, mutável e situado histórica e socialmente, integrando dimensões técnicas, éticas, culturais e políticas (Gadamer, 1999).

Incorporou-se também a análise documental de normas jurídicas (Constituição Federal, leis orgânicas da saúde, decisões judiciais emblemáticas) e de documentos de políticas públicas, visando examinar a interface entre o marco legal e as práticas de cuidado relatadas na literatura.

O percurso metodológico seguiu as etapas propostas por Minayo (2012) para a pesquisa qualitativa em saúde: a leitura flutuante, a ordenação e categorização dos achados e a síntese interpretativa. Na primeira etapa, procedeu-se à imersão no material teórico por meio da leitura abrangente de obras clássicas e contemporâneas sobre cuidado humano, vulnerabilidade social e ética em saúde. Essa fase teve como propósito captar as ideias centrais, os conceitos estruturantes e as tensões discursivas entre os autores, permitindo o delineamento dos eixos temáticos reflexivos.

Na segunda etapa, denominada ordenamento dos dados, foram selecionadas e agrupadas as ideias convergentes e divergentes entre os autores, compondo unidades de sentido. Essa fase corresponde ao momento analítico, no qual as categorias de reflexão foram construídas a partir do diálogo entre as teorias e as vivências sociais relacionadas ao cuidado e à vulnerabilidade. O objetivo foi favorecer a emergência de interpretações críticas e integradoras, evitando leituras fragmentadas ou meramente descritivas (Minayo, 2012).

A terceira etapa, denominada síntese interpretativa, correspondeu à produção reflexiva propriamente dita. Nessa fase, as categorias foram analisadas sob a ótica da ética, da alteridade e da micropolítica do cuidado, considerando a interlocução entre os autores estudados, como Watson, Waldow, Merhy, Ayres e Boff e os contextos sociais contemporâneos. A reflexão foi guiada pela pergunta norteadora: como a transição do cuidado humano se manifesta diante das vulnerabilidades sociais e das transformações ético-culturais da sociedade contemporânea?

Para a construção do corpus teórico, foram consultadas bases de dados acadêmicas (SciELO, LILACS e Google Scholar), livros clássicos da enfermagem e da filosofia do cuidado, além de documentos institucionais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Os critérios de inclusão compreenderam publicações em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra e que abordassem pelo menos um dos eixos temáticos: cuidado humano, vulnerabilidade social, ética e

micropolítica em saúde. Foram excluídas obras de acesso restrito, textos opinativos sem referencial teórico e publicações sem relação direta com o tema central.

A seleção seguiu etapas sistemáticas de identificação, remoção de duplicatas, triagem de títulos e resumos, análise de elegibilidade e inclusão final, garantindo a relevância teórica e a diversidade de perspectivas sobre os eixos temáticos: cuidado humano, vulnerabilidade social, ética, transição do cuidado e política.

Quadro 1 – Fluxo de seleção do material para o corpus teórico. Rio de Janeiro – Brasil

| Etapa | Descrição | Número de registros |
|-----------------------|--|----------------------------|
| Identificação | Registros encontrados nas bases de dados e livros consultados: SciELO, LILACS, Google Scholar, livros clássicos de enfermagem e filosofia do cuidado, e documentos institucionais (MS e OMS) | 95 |
| Remoção de duplicatas | Eliminados registros duplicados entre bases e livros | 80 |
| Triagem | Leitura de títulos e resumos para verificar pertinência aos eixos temáticos: cuidado humano, vulnerabilidade social, ética, transição do cuidado e política | 50 |
| Elegibilidade | Análise do texto completo considerando critérios de inclusão: idioma (português, inglês ou espanhol), disponibilidade integral, relevância teórica | 40 |
| Inclusão | Material final selecionado para composição do corpus teórico | 35 |

Fonte: Construção dos autores, com base nos dados extraídos aos estudos selecionados (2026).

A partir do processo de seleção apresentado, foram incluídos 35 registros que atenderam aos critérios estabelecidos, refletindo a pluralidade de abordagens sobre o cuidado em saúde. Observa-se a presença de obras clássicas e contemporâneas, artigos científicos e publicações institucionais, o que permitiu a construção de um referencial teórico robusto, capaz de subsidiar reflexões sobre as práticas de cuidado humano, as dimensões éticas e políticas, e os desafios relacionados à transição do cuidado em contextos de vulnerabilidade social. Este corpus fornece, portanto, a base necessária para a análise crítica e a discussão dos resultados desta pesquisa.

A escolha por uma metodologia reflexiva também se justifica pela natureza do fenômeno investigado. O cuidado humano, em sua essência, não pode ser reduzido a mensurações objetivas, pois envolve subjetividades, valores e significados. Nesse

sentido, o estudo reflexivo permite apreender as múltiplas dimensões simbólicas e existenciais do cuidar, articulando o saber científico ao saber experiencial. Trata-se, portanto, de uma abordagem que reconhece a indissociabilidade entre pensar e agir, entre teoria e prática (Ayres, 2005).

Outro aspecto essencial da metodologia é a postura epistemológica do pesquisador, compreendido como sujeito participante do processo reflexivo. A produção do conhecimento, nesse contexto, ocorre em movimento dialógico e circular: o pesquisador não é neutro, mas coautor da interpretação, mobilizando sua experiência, sensibilidade e criticidade para dar sentido aos achados teóricos (Waldow; Borges, 2011). Essa implicação ética reforça a necessidade de rigor e coerência na argumentação, respeitando a diversidade de perspectivas e a complexidade do fenômeno.

O processo de reflexão foi estruturado em quatro eixos analíticos, que emergiram da leitura e sistematização do material teórico: 1. Do cuidado técnico ao cuidado humano: trajetórias e transições; 2. Vulnerabilidade social como expressão das iniquidades em saúde; 3. Ética, alteridade e micropolítica do cuidado; 4. Transição do cuidado humano frente às novas realidades sociais.

Quadro 2 – Síntese dos eixos temáticos. Rio de Janeiro – Brasil.

| Eixo | Temas a serem discutidos |
|--|---|
| 1. Do cuidado técnico ao cuidado humano: trajetórias e transições | <ul style="list-style-type: none">- Transformações históricas do cuidado em saúde- Integração entre técnica e sensibilidade- A centralidade do vínculo profissional-usuário- Reconhecimento da subjetividade do sujeito |
| 2. Vulnerabilidade social como expressão das iniquidades em saúde | <ul style="list-style-type: none">- Determinantes sociais e interseccionalidade- Barreiras ao acesso e à adesão ao cuidado- Impacto das desigualdades estruturais na saúde- A vulnerabilidade como fator ético e político |
| 3. Ética, alteridade e micropolítica do cuidado | <ul style="list-style-type: none">- Fundamentos éticos do cuidado- Reconhecimento da singularidade do outro- Relações de poder e decisões cotidianas- Cuidado de si e cuidado do outro |
| 4. Transição do cuidado humano frente às novas realidades sociais | <ul style="list-style-type: none">- Desafios contemporâneos: tecnologia, mercantilização e mudanças sociais- Continuidade do cuidado e práticas interdisciplinares- Humanização e ética na prática profissional- Estratégias para integração de saberes e promoção de equidade |
| 5. Marco jurídico e efetividade do direito à saúde: análise de políticas públicas e judicialização | <ul style="list-style-type: none">- O direito à saúde na Constituição e na legislação infraconstitucional.- Vulnerabilidade social como categoria jurídica e seu reconhecimento pelo Poder Judiciário. |

-
- Judicialização da saúde e seus impactos na equidade.
 - Análise de políticas públicas e princípios da integralidade e da equidade.
 - Interseccionalidade e proteção jurídica para grupos vulneráveis.
-

Fonte: Construção dos autores, com base nos dados extraídos dos estudos selecionados (2026).

O quadro sintetiza os quatro eixos centrais que estruturam a análise do cuidado humano e sua transição em contextos de vulnerabilidade social. Cada eixo identifica os principais temas a serem discutidos, permitindo organizar a reflexão sobre trajetórias do cuidado, dimensões éticas, relações interpessoais, vulnerabilidades e desafios contemporâneos. A apresentação visual facilita a compreensão das interconexões entre aspectos teóricos e práticos que orientam a construção de práticas de saúde sensíveis, integradoras e humanizadas.

A sistematização dos temas evidencia que o cuidado humano transcende o domínio técnico, articulando ética, subjetividade, micropolítica e continuidade da atenção. Ao considerar determinantes sociais, desigualdades estruturais e transformações contemporâneas, os eixos destacam a necessidade de práticas reflexivas, interdisciplinares e orientadas para a justiça social. Dessa forma, o quadro oferece um guia conceitual que norteia a análise crítica e a construção de estratégias para atenção ampliada e integral no contexto do Sistema Único de Saúde.

Cada eixo foi analisado como um campo de diálogo entre autores, permitindo identificar convergências, tensões e possibilidades de resignificação do cuidado no contexto contemporâneo. Ao final, as reflexões foram integradas de forma interpretativa, compondo um mosaico conceitual que evidencia a transição do cuidado humano como processo histórico, político e ético.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Eixo 1 – Do cuidado técnico ao cuidado humano: trajetórias e transições

A princípio, a estrutura do cuidado em saúde foi historicamente orientada por racionalidades tecnocráticas que privilegiaram a objetividade, a mensuração e a

previsibilidade como pilares da prática assistencial. Sob esse viés, o sujeito do cuidado foi reduzido a parâmetros biomédicos, transformando-se em portador de disfunções corporais e esvaziando sua complexidade existencial. Esse modelo, como descreve Waldow (2008), gerou distanciamentos significativos entre profissionais e usuários, ao restringir o cuidado à dimensão instrumental, produzindo práticas limitadas diante das experiências subjetivas do adoecimento. Desse modo, a técnica, ainda que preservada, eclipsou o encontro humano que sustenta as relações de confiança e corresponsabilidade (Ayres, 2011).

Em primeira análise, a superação desse paradigma emerge quando novas perspectivas reconhecem que o cuidado não se reduz ao procedimento, mas se realiza na intersubjetividade, na escuta e na sensibilidade ética. Watson (2008), ao introduzir o cuidado transpessoal, evidencia que o ato de cuidar envolve presença, atenção plena e abertura para a alteridade. A humanização, nesse sentido, não é mero adorno do cuidado técnico, mas condição para que o encontro terapêutico se concretize como relação dialógica e não hierárquica. Conforme Castro e Garcia (2022), essa mudança amplia o entendimento do profissional sobre sua própria responsabilidade ética e relacional no processo assistencial.

Sob essa perspectiva, a compreensão do ser humano como unidade biopsicossocial se torna indispensável. Waldow e Borges (2011) afirmam que o cuidado humano integra dimensões simbólicas, afetivas e culturais, permitindo que o indivíduo seja reconhecido em sua totalidade e não apenas em sua condição fisiopatológica. Ademais, esse reconhecimento convoca um redirecionamento das práticas formativas, exigindo que currículos e processos de capacitação incorporem competências éticas e comunicacionais capazes de sustentar uma atuação reflexiva e sensível (Silva; Prado; Mendes, 2023).

A análise filosófica proposta por Foucault (1988) contribui para essa transição ao conceber o "cuidado de si" como exercício ético que transforma o sujeito e o capacita a transformar o outro. Nessa perspectiva, o autoconhecimento se apresenta como via para o fortalecimento de atitudes empáticas e para o desmonte de relações verticalizadas no campo da saúde. Como evidenciam Ferreira e Ramos (2024), a hermenêutica do sujeito amplia a capacidade de interpretar narrativas e experiências

singulares, oferecendo bases para um cuidado que considere medos, expectativas e universos simbólicos.

Entretanto, essa evolução epistemológica esbarra em condições materiais e institucionais que frequentemente impedem a efetivação de práticas cuidadoras mais humanas. A sobrecarga de trabalho, as rotinas aceleradas e a hegemonia da produtividade dificultam a construção de diálogos qualificados e a manutenção de vínculos terapêuticos sólidos (Merhy, 2002). Portanto, a reorganização das práticas e dos processos institucionais torna-se necessária para que o cuidado possa ser experienciado como encontro e não apenas como execução de tarefas (Oliveira; Neri, 2025).

A cultura institucional marcada pela racionalidade produtivista tende a invisibilizar dimensões subjetivas do adoecimento. Como afirma Ayres (2005), o protagonismo do usuário é frequentemente negligenciado, reduzindo sua participação ativa na construção do próprio processo terapêutico. Instituições que promovem espaços de diálogo, escuta e corresponsabilidade criam condições para práticas mais inclusivas e emancipatórias (Gomes; Teixeira, 2022).

Do mesmo modo, a micropolítica do trabalho em saúde evidencia que o cuidado é produzido no cotidiano, nas interações sutis, nas escolhas éticas e na sensibilidade do encontro. Merhy (2002) descreve que afetos e subjetividades atravessam o processo de trabalho, revelando que transformações institucionais podem emergir de pequenas ações diárias. Estudos contemporâneos confirmam que a potência do cuidado está naquilo que se constrói de maneira silenciosa, afetiva e contínua (Cunha; Duarte, 2023).

Nessa direção, Watson (2008) destaca que a presença autêntica é elemento central para que o usuário se perceba reconhecido e incluído, favorecendo relações de confiança e implicação terapêutica. Assim, como indicam Ribeiro e Santos (2024), experiências de reconhecimento mútuo fortalecem a integralidade do cuidado e ampliam sua efetividade. O cuidado, portanto, configura-se como espaço intersubjetivo de construção de significados e não apenas de aplicação de saberes técnicos.

O Eixo 1 discute a trajetória do cuidado em saúde, enfatizando a transição do modelo técnico para práticas centradas no humano. A reflexão sobre essas transformações permite compreender como saberes científicos, experiência prática e sensibilidade ética se articulam, promovendo atenção integral e fortalecendo vínculos profissionais-usuário. Este quadro detalha os aspectos centrais desse processo, suas dimensões e repercussões para a prática reflexiva.

Quadro 3 – Do cuidado técnico ao cuidado humano: trajetórias e transições

| Tema | Descrição | Dimensões abordadas | Implicações para a prática reflexiva |
|--|---|---|---|
| Transformações históricas do cuidado | Evolução das práticas de saúde do enfoque técnico para o centrado no humano | História da enfermagem e medicina, políticas de saúde, paradigmas assistenciais | Permite compreender o contexto histórico das práticas e refletir sobre mudanças de paradigma |
| Integração entre técnica e sensibilidade | Articulação entre saber científico e habilidades humanas | Relação técnica-subjetiva, tomada de decisão, empatia | Favorece a reflexão sobre a importância de equilibrar competência técnica com atenção às necessidades individuais |
| Centralidade do vínculo profissional-usuário | Relação de confiança e proximidade que sustenta o cuidado | Comunicação, vínculo terapêutico, escuta ativa, corresponsabilidade | Incentiva análise crítica sobre a construção de relações terapêuticas significativas |
| Reconhecimento da subjetividade do sujeito | Consideração das experiências, valores e singularidade de cada paciente | Dimensão psicológica, cultural e social | Orienta o profissional a adotar estratégias que respeitem a individualidade e promovam autonomia |

Fonte: Construção dos autores, com base nos dados extraídos dos estudos selecionados (2026).

O detalhamento desses temas evidencia que o cuidado humano é resultado de múltiplas dimensões interligadas. Compreender a história das práticas, integrar técnica e sensibilidade e valorizar o vínculo com o usuário são elementos que potencializam a reflexão ética e crítica sobre a atuação profissional.

Portanto, a transição do cuidado técnico para o cuidado humano exige que profissionais de saúde reconheçam a complexidade do sujeito e do contexto, promovendo ações integradas e éticas. A reflexão sobre cada dimensão favorece

práticas conscientes, solidárias e centradas no fortalecimento da autonomia e da integralidade do cuidado.

É necessário reafirmar que a técnica não se opõe ao cuidado humano, mas se integra a ele como dimensão complementar. Consequentemente, práticas clínicas adquirem maior densidade quando incorporam aspectos subjetivos, culturais e sociais constitutivos da experiência de adoecer (Boff, 2001). Diante do exposto, a transição do cuidado técnico ao cuidado humano implica não apenas reorganização de serviços, mas uma revisão ontológica sobre o que significa cuidar. Sob a perspectiva foucaultiana, esse movimento desloca o cuidado de um ato unidirecional para um processo relacional que produz dignidade, sentido e emancipação (Silveira; Costa, 2025).

Eixo 2 – Vulnerabilidade social como expressão das iniquidades em saúde

A vulnerabilidade social manifesta-se como resultante de desigualdades históricas que estruturam a vida coletiva e configuram barreiras no acesso ao cuidado. Ayres *et al.*, (2003) descrevem que vulnerabilidades se expressam nas dimensões individual, social e programática, revelando que adoecimento e exclusão se enraízam em condições materiais e simbólicas que limitam escolhas possíveis. Essa perspectiva amplia o entendimento da saúde para além de fatores biológicos, integrando os determinantes sociais como elementos centrais no processo de adoecer e cuidar (Santos; Alves, 2024).

A vulnerabilidade social, quando analisada pelo prisma jurídico, deixa de ser um mero dado sociológico e se converte em categoria jurídica que demanda respostas específicas do Estado. O ordenamento jurídico brasileiro, especialmente após a Constituição de 1988, reconhece deveres especiais de proteção (*duty of care*) em relação a grupos vulneráveis, conforme desenvolvido pela doutrina dos direitos humanos (Piovesan, 2022). A inefetividade de políticas públicas voltadas a esses grupos configura, portanto, não apenas uma falha administrativa, mas uma violação a direitos fundamentais, em especial ao princípio da isonomia material (art. 3º, III, CF/88), que exige tratamento desigual para os desiguais.

Diante desse cenário, os territórios são marcados por desigual distribuição de recursos, resultando em disparidades significativas no acesso a serviços essenciais. Castel (1998) argumenta que precarização social intensifica riscos e fragiliza vínculos comunitários, efeitos que permanecem evidentes em estudos contemporâneos. Pesquisas recentes demonstram que grupos racializados, populações empobrecidas e mulheres vivenciam maior exposição a riscos e menor acesso a políticas de proteção (Reis; Cunha, 2022). Assim, desigualdades sociais convertem-se em iniquidades sanitárias persistentes e injustiça social.

A emergência da pandemia de Covid-19 tornou ainda mais visível a profundidade dessas iniquidades. Santos *et al.*, (2021) evidenciaram que populações vivendo em áreas densamente habitadas, com saneamento precário e trabalho informal, sofreram impactos desproporcionais. Essa conjuntura expôs limites das políticas redistributivas e mostrou que o cuidado não pode ser desvinculado de contextos socioeconômicos (Moura; Felipe, 2023). Sob essa compreensão, a resposta em saúde torna-se também resposta ética às injustiças.

Inicialmente, compreender a vulnerabilidade social requer considerar os territórios, as redes de convívio e as oportunidades concretas de vida das pessoas. Ayres (2023) enfatiza que comportamentos e escolhas em saúde são fortemente influenciados pelas condições objetivas disponíveis, desfazendo interpretações moralizantes sobre responsabilidades individuais. Dessa forma, as práticas de saúde precisam reconhecer que desigualdades estruturais condicionam não apenas os comportamentos, mas também as expectativas, os riscos de adoecimento e as possibilidades de cuidado e cura (Rego; Paixão, 2024).

Sob esse viés, a interseccionalidade emerge como abordagem capaz de elucidar sobreposições de vulnerabilidades. Grupos historicamente discriminados vivenciam múltiplas camadas de exclusão que afetam diretamente sua saúde (Brasil, 2023). Pesquisas atuais mostram que populações negras, indígenas e rurais apresentam indicadores negativos decorrentes de violências institucionais acumuladas ao longo da vida (Oliveira; Braga, 2025). Tais intersecções devem ser reconhecidas como elementos centrais no planejamento de políticas e estratégias de cuidado. Esse fenômeno encontra ressonância no conceito jurídico de discriminação interseccional,

reconhecido por instrumentos internacionais e pela doutrina brasileira como agravante da violação de direitos. O sistema de saúde, como aparato estatal, tem o dever positivo de formular e implementar ações que levem em conta essas sobreposições de vulnerabilidade, sob pena de ser conivente com a perpetuação de injustiças (Brasil, 2023).

A Atenção Primária à Saúde torna-se espaço estratégico para enfrentamento dessas desigualdades. Conforme Merhy (2002), o trabalho vivo em ato possibilita respostas contextualizadas e sensíveis às necessidades reais dos territórios. Essa compreensão foi retomada em estudos recentes, os quais evidenciam que equipes que estabelecem vínculos com a comunidade desenvolvem ações mais peculiares ao grupo, inclusivas, dialógicas e efetivas (Tavares; Siqueira, 2023). Assim, a proximidade territorial constitui ferramenta para redução das iniquidades.

Outrossim, o cuidado em contextos vulneráveis demanda compromisso ético e político. Boff (2001) argumenta que reconhecer a dignidade da vida implica enfrentamento da indiferença e defesa ativa de direitos sociais. As discussões contemporâneas reforçam que políticas públicas equitativas e a participação da comunidade constituem pilares essenciais para reduzir desigualdades e ampliar o acesso a bens fundamentais (Gonçalves; Lima, 2024). Logo, cuidar em territórios vulneráveis significa também sustentar projetos de justiça social.

Por outro lado, a micropolítica revela que a produção do cuidado não se resume às diretrizes macroestruturais. Merhy (2002) mostra que encontros cotidianos podem fortalecer confiança, reconhecimento e corresponsabilidade, mesmo em cenários adversos. Estudos recentes apontam que gestos simples, quando situados na realidade do território, transformam percepções de segurança e acolhimento (Dias; Moura, 2025). Essa dimensão cotidiana evidencia que o cuidado possui também potência política, ainda que microscópica.

A redução de vulnerabilidades exige articulação intersetorial entre saúde, educação, assistência social e cultura. A cooperação entre setores promove expansão de redes de apoio e possibilita a construção de respostas mais integrais às necessidades da população (Siqueira; Barreto, 2021). Esse movimento amplia a

capacidade de intervenção e reforça a compreensão de que saúde é inseparável de condições de existência dignas.

O Eixo 2 enfoca a vulnerabilidade social como expressão das desigualdades estruturais que atravessam o cotidiano das populações e impactam o acesso e a efetividade do cuidado em saúde. Compreender essas dimensões permite que profissionais adotem práticas éticas, sensíveis e integradoras, reconhecendo o contexto social e econômico dos sujeitos. O quadro abaixo detalha os elementos centrais da categoria e suas implicações para a prática reflexiva.

Quadro 4 – Vulnerabilidade social como expressão das iniquidades em saúde

| Tema | Descrição | Dimensões abordadas | Implicações para a prática reflexiva |
|--|---|---|--|
| Determinantes sociais da saúde | Condições de vida, educação, renda, moradia e acesso a serviços que influenciam a saúde | Socioeconômica, cultural, ambiental | Incentiva reflexão sobre como fatores sociais condicionam escolhas de saúde e adesão às intervenções |
| Interseccionalidade e desigualdades acumuladas | Sobreposição de fatores de vulnerabilidade (raça, gênero, idade, situação socioeconômica) | Políticas públicas, discriminação, exclusão | Auxilia o profissional a adotar práticas que considerem múltiplas dimensões de desigualdade e promovam equidade |
| Barreiras de acesso e adesão | Limitações no acesso a serviços, medicamentos e ações preventivas | Logística, geografia, informação, estrutura de serviços | Estimula análise crítica sobre obstáculos institucionais e sociais, orientando estratégias inclusivas |
| Impacto da vulnerabilidade na prática de cuidado | Como desigualdades estruturais afetam a efetividade do cuidado e resultados em saúde | Saúde individual e coletiva, adesão, participação | Orienta profissionais a desenvolver abordagens contextualizadas e sensíveis às necessidades específicas da população |

Fonte: Construção do autor com base na reflexão dos estudos selecionados (2026).

O quadro evidencia que a vulnerabilidade social é multifacetada, envolvendo determinantes estruturais, barreiras institucionais e desigualdades interseccionais. Compreender essas dimensões é fundamental para que o cuidado ultrapasse abordagens técnicas, integrando fatores sociais, culturais e econômicos na construção das práticas de saúde.

A reflexão sobre vulnerabilidade social também revela a necessidade de práticas intersetoriais e estratégias de cuidado que considerem contextos específicos, fortalecendo redes de apoio e promovendo a equidade. O reconhecimento de diferenças individuais e coletivas orienta profissionais a agir de forma ética, sensível e responsiva. Assim, a análise reflexiva das iniquidades sociais amplia a compreensão do processo de cuidado, demonstrando que a atenção à saúde não pode ser dissociada do contexto social. Profissionais são convidados a incorporarem perspectivas críticas, garantindo que o cuidado se configure como instrumento de justiça social e inclusão efetiva.

Consequentemente, reconhecer vulnerabilidade social significa compreender que o cuidado ético requer ações integradas que promovam equidade, reconhecimento e participação cidadã. Ayres (2005) enfatiza que a saúde deve ser tratada como direito humano universal e inalienável, o que implica compromisso coletivo com a dignidade e com a superação das iniquidades. Assim, a vulnerabilidade deixa de ser categoria meramente analítica e converte-se em horizonte ético e político para o cuidado em saúde.

Eixo 3 – Ética, alteridade e micropolítica do cuidado

A ética no cuidado configura-se como dimensão que encontra paralelo na ética jurídica dos direitos humanos e convoca o profissional a reconhecer a singularidade do outro e a assumir responsabilidade diante de seu sofrimento. Lévinas (1997) enfatiza que o rosto do outro constitui chamada ética, exigindo compromisso contínuo. Assim, o cuidado ultrapassa protocolos e normas, tornando-se prática relacional que produz saúde e sentido (Rios; Oliveira, 2023). Cada gesto cotidiano pode ser ato ético, capaz de reconhecer vulnerabilidades e potencialidades.

Sob essa perspectiva, a alteridade evidencia que cada sujeito é portador de histórias, valores e modos de existir que precisam ser compreendidos. Waldow e Borges (2011) indicam que escuta atenta e acolhimento promovem relações terapêuticas horizontais e fortalecem vínculos de confiança. Estudos recentes reforçam que reconhecimento e presença aumentam adesão às intervenções e favorecem

autonomia (Farias; Jordão, 2024). Logo, a alteridade transforma o cuidado em experiência compartilhada e ética.

A micropolítica do cuidado, conforme Merhy (2002), revela que práticas de saúde se constituem nos encontros cotidianos, nos pequenos gestos que muitas vezes escapam à normatização institucional. O cotidiano torna-se campo de criação, onde afetos e escolhas moldam intervenções sensíveis e integradoras. Pesquisas atuais demonstram que ambientes que estimulam autonomia, reflexão e criatividade promovem cuidado mais integral e responsivo (Martins; Ribeiro, 2025).

Em virtude disso, torna-se necessário compreender as relações de poder que atravessam os serviços de saúde. Foucault (1988) argumenta que práticas de cuidado estão imbricadas em tecnologias de poder que disciplinam comportamentos e corporalidades. Reconhecer essas dinâmicas permite construir relações mais horizontais, favorecendo participação, diálogo e corresponsabilidade. A hermenêutica do sujeito orienta a interpretação ética do outro e de si mesmo, ampliando a sensibilidade profissional (Silva; Franco, 2023).

O cuidado de si, segundo Foucault (1988), potencializa a capacidade de autoconhecimento do profissional, tornando suas ações mais éticas e menos autoritárias. Estudos contemporâneos indicam que práticas reflexivas, como supervisão e educação permanente, aumentam a sensibilidade emocional e ética, fortalecendo o cuidado ao outro (Pereira; Leite, 2024). Assim, o cuidado de si e o cuidado do outro constituem movimento simultâneo e indissociável.

A ética do cuidado envolve habilidade para lidar com tensões e conflitos que surgem do contato com diferentes experiências. Ayres (2011) enfatiza que o diálogo constitui ferramenta central para práticas mais justas e acolhedoras. Pesquisas recentes apontam que espaços de escuta coletiva fortalecem equipes e promovem cooperação, gerando cuidado mais humano e eficiente (Bueno; Castro, 2025).

Nesse contexto, a micropolítica evidencia que o cuidado não se limita a normas, mas se concretiza no cotidiano. Merhy (2002) descreve que a potência do cuidado reside no encontro e não apenas na técnica. Estudos atuais confirmam que práticas baseadas na interação e co-construção promovem vínculos sólidos e ampliam

autonomia (Lopes; Figueiredo, 2023). Portanto, o cotidiano se revela espaço ético por excelência.

Sob essa ótica, a alteridade exige sensibilidade para compreender diferentes formas de viver, sofrer e resistir. A abertura ao outro possibilita cuidado que respeita singularidades e evita reducionismos. Boff (2001) ressalta que cuidado é atitude que preserva a vida e compreende sofrimento. Evidências recentes indicam que empatia e reconhecimento são determinantes para experiências positivas e significativas de cuidado (Trindade; Costa, 2025).

Quadro 5 – Fundamentos éticos e alteridade no cuidado. Rio de Janeiro – Brasil

| Tema | Descrição | Dimensões abordadas | Implicações para a prática reflexiva |
|-------------------|--|--|--|
| Ética no cuidado | Princípios que orientam decisões, valorizando dignidade, justiça e respeito | Moral, política, relacional | Permite que profissionais reflitam sobre escolhas e responsabilidades éticas diante do sofrimento alheio |
| Alteridade | Reconhecimento do outro como sujeito singular, com histórias, valores e perspectivas próprias | Subjetividade, cultura, história de vida | Favorece práticas que respeitam diferenças, promovendo escuta sensível e cuidado personalizado |
| Relações de poder | Influência de normas institucionais, hierarquias e tecnologias de poder sobre o cuidado | Institucional, social, simbólica | Estimula análise crítica sobre estruturas de poder e possibilidades de relações mais horizontais |
| Cuidado de si | Capacitação do profissional para autoconhecimento, reflexão ética e manejo das próprias fragilidades | Psicológica, ética, prática | Facilita o desenvolvimento de relações menos autoritárias, mais empáticas e reflexivas |

Fonte: Construção do autor com base na reflexão dos estudos selecionados (2026).

Este quadro evidencia que ética e alteridade são elementos centrais para a construção de práticas de cuidado humanizadas, não se limitando a normas ou protocolos rígidos, mas integrando dimensões subjetivas e valorativas do cuidado. A compreensão reflexiva permite que o profissional perceba o outro em sua singularidade e reconheça as múltiplas implicações éticas presentes em cada decisão clínica e relacional. Ao articular teoria e prática, o olhar reflexivo possibilita identificar

os dilemas cotidianos, considerando que cada ação ou omissão repercute na experiência do paciente, na construção de confiança e na percepção de dignidade.

O cuidado de si emerge como prática essencial para sustentar relações éticas e solidárias, ampliando a sensibilidade do profissional para escutar, interpretar e responder às demandas individuais. O autoconhecimento possibilita que o profissional se posicione de forma menos autoritária, mais empática e crítica, reconhecendo suas próprias limitações, preconceitos e fragilidades, o que favorece a construção de relações horizontais e respeitadas. Ainda, promove reflexão contínua sobre as próprias escolhas e práticas, fortalecendo a competência ética e a capacidade de agir de acordo com princípios de justiça e solidariedade. Ao refletir sobre relações de poder e alteridade, os profissionais são incentivados a questionar hierarquias institucionais e a criar espaços de cuidado mais horizontais. Este olhar crítico permite compreender como normas, rotinas e tecnologias de poder podem afetar a autonomia do usuário, influenciar decisões e condicionar a adesão ao tratamento. Assim, o exercício reflexivo contribui para práticas mais inclusivas, que valorizam a participação ativa dos sujeitos, fortalecem vínculos de confiança e promovem a integração entre ética, humanização e responsabilidade social.

Quadro 6 – Micropolítica e práticas cotidianas de cuidado. Rio de Janeiro – Brasil

| Tema | Descrição | Dimensões abordadas | Implicações para a prática reflexiva |
|--------------------------|--|------------------------------------|--|
| Micropolítica do cuidado | Produção do cuidado nos pequenos gestos, decisões e interações diárias | Cotidiano, relacionamento, ação | Destaca a importância de ações que ultrapassam protocolos, considerando afetos, criatividade e contexto social |
| Práticas de interação | Relações intersubjetivas entre profissionais e usuários | Comunicação, vínculo, empatia | Permite avaliação reflexiva de como interações fortalecem confiança, adesão e bem-estar do usuário |
| Decisões cotidianas | Escolhas éticas e práticas que moldam a experiência do cuidado | Responsabilidade, autonomia, ética | Reforça a reflexão sobre como pequenas decisões impactam o cuidado integral e humanizado |
| Construção de vínculo | Estabelecimento de confiança e proximidade entre profissionais e pacientes | Relacional, afetiva, contínua | Promove análise da importância do vínculo para continuidade e eficácia das intervenções |

Fonte: Construção do autor com base na reflexão dos estudos selecionados (2026).

O quadro evidencia a dimensão prática da micropolítica, mostrando que o cuidado não se restringe a protocolos ou rotinas padronizadas, mas se realiza na vida cotidiana dos serviços de saúde, através de pequenas ações, gestos, escolhas e interações significativas. Cada contato entre profissional e usuário constitui oportunidade de intervenção ética e relacional, que pode fortalecer ou fragilizar vínculos e impactar diretamente na percepção de acolhimento, confiança e segurança do paciente.

A análise reflexiva das práticas de interação e construção de vínculos permite que os profissionais compreendam a complexidade do cuidado humano em sua totalidade, integrando aspectos éticos, afetivos e socioculturais. A reflexão crítica possibilita perceber como decisões cotidianas, mesmo aparentemente simples, moldam a experiência do cuidado, influenciam a adesão ao tratamento e condicionam a efetividade das ações de saúde. A micropolítica do cuidado, portanto, atua como eixo estratégico para humanização, sensibilidade e co-construção de práticas participativas.

Assim, ao integrar micropolítica, ética e alteridade, o cuidado se transforma em ação sensível, crítica e humanizadora, capaz de atender às demandas específicas de cada sujeito e fortalecer a capacidade do sistema de saúde de responder de forma integrada, ética e inclusiva. A reflexão contínua sobre a prática cotidiana contribui para a formação de profissionais conscientes de seu papel social e ético, promovendo experiências de cuidado que ampliam o bem-estar, a justiça social e a integralidade das ações de saúde.

Finalmente, ética, alteridade e micropolítica articulam-se à justiça, pois o cuidado deve responder adequadamente às necessidades de cada pessoa. Ambientes que promovem escuta, participação e condições dignas de trabalho favorecem cuidado humanizado e sensível (Dias; Rangel, 2021). Assim, práticas éticas e políticas interligam-se na produção do cuidado, consolidando relações que geram vida, dignidade e sentido (Ayres, 2005).

Eixo 4 – Transição do cuidado humano frente às novas realidades sociais

As mudanças contemporâneas acionam transformações profundas nas formas de viver e cuidar, exigindo reflexão sobre como sustentar práticas humanizadas em contextos de intensa transição. Ayres (2011) descreve o cuidado ampliado como abordagem que integra saber técnico e sensibilidade, orientando ações capazes de responder às complexidades da vida. Estudos recentes reforçam que práticas humanizadas precisam considerar novas formas de interação e comunicação, que respeitem a singularidade das experiências humanas (Santos; Moreira, 2023).

O avanço das tecnologias digitais, incluindo teleatendimento, inteligência artificial e prontuários eletrônicos, impõe novos desafios para o cuidado. Minayo (2012) alerta que essas ferramentas devem estar subordinadas à ética e à dignidade do sujeito. Pesquisas recentes demonstram que, quando bem aplicadas, podem ampliar acesso e fortalecer a continuidade do cuidado; entretanto, seu uso inadequado intensifica desigualdades e barreiras ao atendimento (Ribeiro; Antunes, 2024). Equilibrar inovação e sensibilidade torna-se, portanto, questão ética central.

A formação profissional precisa acompanhar essas transformações, incorporando conteúdos relacionados à ética, subjetividade e cuidado relacional. Waldow (1995) destaca que a formação em saúde deve contemplar dimensões existenciais, preparando profissionais para lidar com situações complexas e imprevisíveis. Estudos contemporâneos sugerem que metodologias ativas e espaços reflexivos fortalecem competências humanizadoras, ampliando a capacidade de escuta e decisão ética (Pena; Lacerda, 2025). Assim, educação sensível constitui base para práticas integradoras.

A transição do cuidado humano também demanda políticas públicas comprometidas com equidade e fortalecimento dos serviços. Ayres (2005) enfatiza que o cuidado depende de condições estruturais que permitam diálogo e presença. Pesquisas mais recentes indicam que políticas centradas na pessoa promovem melhores resultados, aumentam a satisfação dos usuários e reforçam a percepção de cuidado ético e integral (Costa; Farias, 2023). Desse modo, cuidado humanizado exige articulação sistêmica, não apenas individual.

A integração entre saberes emerge como elemento essencial diante das novas demandas. Merhy (2002) argumenta que práticas interprofissionais ampliam possibilidades de resposta às necessidades da população, promovendo cuidado mais sensível e contextualizado. Estudos recentes confirmam que equipes interdisciplinares favorecem abordagem integral do sujeito, fortalecendo a compreensão de sua realidade social e cultural (Jardim; Ramos, 2023).

Por outro lado, a mercantilização da saúde representa obstáculo significativo para práticas humanizadas. Castel (1998) afirma que a lógica mercadológica transforma cuidado em serviço e fragiliza vínculos sociais. Evidências contemporâneas indicam que modelos baseados no lucro reduzem acesso e ampliam desigualdades, tornando essencial reafirmar a saúde como direito e a dignidade humana como princípio orientador (Oliveira; Salles, 2024).

As transformações sociais geram também novas formas de sofrimento e adoecimento, exigindo respostas sensíveis às experiências individuais. A hermenêutica do sujeito, inspirada em Foucault (1988), oferece ferramentas para interpretar narrativas e compreender trajetórias de vida. Pesquisas recentes demonstram que práticas narrativas fortalecem decisões compartilhadas e ampliam compreensão do contexto do adoecer (Silva; Pires, 2025). Assim, cuidado envolve interpretação ética e atenção à singularidade.

A micropolítica dos serviços assume papel central nesse cenário. Merhy (2002) enfatiza que, mesmo diante de transformações macroestruturais, o cuidado se realiza no encontro cotidiano. Estudos atuais mostram que práticas baseadas em escuta, negociação de sentidos e atenção ao contexto fortalecem autonomia, vínculos e participação ativa do usuário (Moreira; Dias, 2021). Pequenos gestos carregam, nesse sentido, significado ético e transformador.

Quadro 7 – Desafios contemporâneos do cuidado humano. Rio de Janeiro – Brasil

| Tema | Descrição | Dimensões abordadas | Implicações para a prática reflexiva |
|-----------------------|---|----------------------------|---|
| Tecnologia no cuidado | Uso de teleatendimento, prontuários eletrônicos e inteligência artificial | Digital, ética, acesso | Requer reflexão sobre como as tecnologias impactam a relação profissional-usuário, promovendo |

| | | | |
|--------------------------|---|----------------------------------|--|
| | | | oportunidades ou ampliando desigualdades |
| Mercantilização da saúde | Lógica de mercado aplicada a serviços e procedimentos | Econômica, social, ética | Estimula análise crítica sobre efeitos da mercantilização na equidade e na integralidade do cuidado |
| Mudanças sociais | Alterações nos padrões familiares, demográficos e culturais | Sociocultural, ética, relacional | Permite compreender como contextos sociais influenciam necessidades, comportamentos e estratégias de cuidado |

Fonte: Construção do autor com base na reflexão dos estudos selecionados (2026).

Este quadro evidencia que a transição do cuidado humano não ocorre de forma isolada, mas está diretamente relacionada às transformações estruturais e sociais que moldam o cotidiano dos serviços de saúde. A reflexão sobre tecnologia, mercantilização e mudanças sociais permite avaliar como novas formas de interação podem tanto favorecer quanto limitar o acesso e a qualidade do cuidado, exigindo que profissionais adotem estratégias éticas, críticas e inclusivas.

Cabe mencionar que, compreender essas mudanças possibilita antecipar impactos nos vínculos e na comunicação com os usuários, reforçando a importância de práticas centradas na pessoa e sensíveis à singularidade de cada indivíduo. O olhar reflexivo amplia a capacidade de adaptação das equipes e fortalece a construção de respostas contextualizadas, interdisciplinares e humanizadas.

Quadro 8 – Continuidade do cuidado e práticas interdisciplinares. Rio de Janeiro – Brasil

| Tema | Descrição | Dimensões abordadas | Implicações para a prática reflexiva |
|-----------------------------|---|--|--|
| Continuidade do cuidado | Garantia de acompanhamento integral ao longo do tempo | Temporal, relacional, técnica | Favorece análise reflexiva sobre estratégias para manter vínculos e monitoramento efetivo de usuários |
| Práticas interdisciplinares | Integração de saberes entre diferentes profissionais de saúde | Profissional, relacional, organizacional | Estimula reflexão sobre colaboração, co-construção de decisões e eficiência nas ações |
| Humanização da prática | Respeito à dignidade, escuta ativa e protagonismo do usuário | Ética, relacional, afetiva | Amplia a sensibilidade profissional e fortalece práticas centradas no sujeito, promovendo equidade e empatia |

Fonte: Construção do autor com base na reflexão dos estudos selecionados (2026).

A continuidade do cuidado e a integração interdisciplinar revelam que o cuidado humano se fortalece quando transcende os limites institucionais e se mantém presente ao longo da trajetória do usuário. A reflexão crítica sobre essas práticas permite identificar lacunas e oportunidades de melhoria, garantindo acompanhamento consistente, fortalecimento do vínculo e efetividade das intervenções.

O enfoque interprofissional também amplia a capacidade de resposta às demandas complexas, favorecendo a construção de soluções colaborativas e contextualizadas. Práticas interdisciplinares fundamentadas em ética e humanização promovem aprendizado mútuo, aprimoram a tomada de decisão e fortalecem a autonomia e a segurança do usuário.

Quadro 9 – Estratégias para integração de saberes e promoção de equidade. Rio de Janeiro – Brasil

| Tema | Descrição | Dimensões abordadas | Implicações para a prática reflexiva |
|-----------------------|---|----------------------------|---|
| Integração de saberes | Articulação entre conhecimento técnico, científico e experiencial | Cognitiva, prática, ética | Permite reflexão sobre como diferentes perspectivas contribuem para decisões mais completas e contextualizadas |
| Promoção de equidade | Ações direcionadas à redução de desigualdades e vulnerabilidades | Social, política, ética | Favorece análise crítica sobre a necessidade de políticas inclusivas e práticas centradas na justiça social |
| Sensibilidade ética | Atenção às singularidades, contexto e vulnerabilidades | Ética, afetiva, relacional | Estimula a construção de práticas humanizadas, responsivas e respeitadas, garantindo protagonismo e participação do usuário |

Fonte: Construção do autor com base na reflexão dos estudos selecionados (2026).

Este quadro destaca que a integração de saberes e a promoção de equidade constituem fundamentos centrais do cuidado humano ampliado. A reflexão sobre diferentes perspectivas de conhecimento favorece práticas mais contextualizadas, que consideram as experiências individuais e coletivas, respeitam diversidade e fortalecem a tomada de decisão ética e consciente.

As ações voltadas à equidade e à sensibilidade ética reforçam o compromisso social do cuidado, permitindo que práticas humanizadas se traduzam em oportunidades reais de inclusão, empoderamento e participação ativa dos usuários. A análise reflexiva permite que profissionais avaliem constantemente o impacto de suas intervenções, garantindo que o cuidado seja efetivo, integral e centrado nas necessidades reais da população.

O cuidado humano contemporâneo exige flexibilidade, criatividade e sensibilidade diante da diversidade de experiências. Boff (2001) observa que cuidar é uma atitude que preserva a vida e promove relações solidárias. Evidências recentes indicam que práticas humanizadas são mais eficazes quando integradas às condições concretas das pessoas (Gusmão; Terra, 2024). Nesse sentido, os sistemas de saúde canadense e europeu, por exemplo, destacam-se por incorporar políticas e protocolos estruturados que garantem continuidade do cuidado, articulação entre serviços e atenção centrada no paciente, enquanto o sistema brasileiro busca consolidar princípios de universalidade, integralidade e equidade na Rede de Atenção à Saúde (Paim, 2012). Assim, o cuidado se reinventa continuamente, sustentando ética, dignidade e respeito à vida em cada interação.

O cuidado humano se configura também como um processo histórico em constante transformação. O desafio está em assegurar que inovações tecnológicas, mudanças sociais e novas formas de relação não se sobreponham à dimensão ética e relacional do encontro. A transição do cuidado deve, portanto, ser orientada por sensibilidade, reflexão crítica e compromisso com a dignidade, fortalecendo práticas que promovam vida e significado (Ayres, 2011). Comparações internacionais evidenciam que, apesar das diferenças estruturais, todos os sistemas demandam atenção à continuidade, coordenação entre serviços e integração multiprofissional para efetivar práticas humanizadas.

Eixo 5 – Marco jurídico, judicialização e políticas públicas de saúde

A efetivação do direito fundamental à saúde (CF/88, art. 196) encontra um obstáculo central na vulnerabilidade social. Embora o SUS estabeleça princípios de universalidade e equidade, a realidade mostra um acesso desigual. A judicialização da

saúde, frequentemente, atua como mecanismo corretivo individual, mas revela as falhas sistêmicas: quem consegue judicializar, em geral, não pertence aos estratos mais vulneráveis, aprofundando iniquidades (Machado; Câmara, 2023).

A análise jurídica exige verificar se as políticas públicas são desenhadas para superar barreiras específicas de grupos em vulnerabilidade estrutural (Martínez, 2020). A falta de ações direcionadas a populações periféricas, indígenas ou em situação de rua pode configurar violação ao princípio da isonomia material. A atuação do Ministério Público e da Defensoria Pública, com base nesse conceito, é crucial para demandar do Estado ações afirmativas e reparações coletivas, indo além do modelo individualista das demandas judiciais (Sarmiento, 2021).

Portanto, a transição para um cuidado humano e equitativo depende de um diálogo estruturado entre Saúde e Direito. É necessário fortalecer a participação social no controle de políticas, capacitar operadores do direito sobre a complexidade do SUS e fomentar a justiciabilidade coletiva, transformando o arcabouço jurídico em instrumento efetivo para a redução das iniquidades e a garantia do direito à saúde para todos.

Apesar das contribuições desta pesquisa para a compreensão do cuidado humano e da transição do cuidado em contextos de vulnerabilidade social, algumas limitações devem ser destacadas. A seleção de fontes, com predominância de autores brasileiros, pode ter introduzido viés e restringido a abrangência das perspectivas teóricas apresentadas. Além disso, a análise concentrou-se em publicações disponíveis na íntegra e em idiomas específicos (português, inglês e espanhol), o que pode ter excluído contribuições relevantes de outros contextos ou línguas. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados considerando essas restrições, embora reforcem a importância de refletir sobre práticas éticas, sensíveis e integradoras no campo da saúde.

4 CONCLUSÃO

A reflexão demonstra que a transição do cuidado humano em contextos de vulnerabilidade social revela-se um processo complexo que transcende o domínio técnico para configurar-se como um compromisso ético e político. Nesse cenário, a

prática profissional deixa de ser mera execução de procedimentos e assume o papel de um espaço de criação relacional e reconhecimento mútuo. Ao integrar a consciência crítica à presença sensível, o cuidado manifesta-se como um gesto produtor de dignidade, capaz de ressignificar a atuação profissional frente às demandas singulares de cada sujeito. Reconhecer a vulnerabilidade social como elemento intrínseco a esse processo amplia a compreensão sobre as condições de vida e permite a construção de itinerários terapêuticos dialógicos. Essa perspectiva emancipatória integra saberes técnicos e experiências vividas, transformando o cuidado em uma ferramenta de justiça social e equidade. Assim, a atenção à micropolítica das relações e à alteridade permite enfrentar desigualdades estruturais, fortalecendo vínculos e articulando estratégias interprofissionais que garantem a continuidade e a qualidade das ações de saúde nos territórios.

A análise desenvolvida demonstra que a transição do cuidado humano em contextos de vulnerabilidade é, em última instância, um desafio de efetivação de direitos fundamentais. A sensibilidade ética e a micropolítica do encontro carecem de sustentação em um ambiente institucional fortalecido por políticas públicas consistentes, financiamento adequado e um marco regulatório que oriente a ação estatal na direção da equidade. O Direito, nesse cenário, não se limita a um conjunto de normas a serem cumpridas, mas se configura como linguagem de exigibilidade e instrumento de transformação social. A realização plena do direito à saúde para os grupos socialmente vulneráveis exige, portanto, uma atuação coordenada que una a humanização das práticas de cuidado à rigorosa análise e implementação de políticas públicas sob a égide dos princípios constitucionais da dignidade, da não-discriminação e da justiça social.

Conclui-se que o cuidado humano, ao incorporar as dimensões da ética e da participação, consolida-se como um instrumento de resistência e reconstrução do tecido social, fundamentado na garantia da dignidade da pessoa humana. Essa transição para um modelo ampliado e solidário é indispensável para a efetivação da integralidade no SUS, reafirmando a saúde não apenas como um serviço, mas como um direito universal, inalienável e juridicamente tutelado. Portanto, o cuidado humanizado firma-se como uma prática de efetivação de direitos, configurando-se

como uma ação política, ética e filosófica orientada pelo respeito à singularidade e à potência de cada sujeito, capaz de produzir mudanças reais na vida das pessoas e na estrutura da sociedade.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F. et al. Transição do cuidado e desafios no retorno ao domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 6, p. 2743-2751, 2018.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In:
- BENJAMIN, A. H.; MARQUES, C. L.; BOTTALLO, E. D. (Orgs.). **Direito à saúde e solidariedade intergeracional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2023.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e direitos humanos: da noção de risco às práticas de proteção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 121-132, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 89-100, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1010-1023, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, supl. 7, p. 196-207, 2023.
- AYRES, J. R. C. M. **Hermenêutica e cuidado**: a construção do sujeito no campo da saúde. São Paulo: Hucitec, 2011.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado, vulnerabilidade e ética**: reelaborações contemporâneas. São Paulo: Filosófica, 2023.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOFF, L. **O cuidado necessário**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOFF, L. **Cuidar da Terra, proteger a vida**. Petrópolis: Vozes, 2014.

BOFF, L. **Ética e cuidado**: fundamentos para a humanização. Petrópolis: Vozes, 2014.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, 2018.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GHENO, R.; WEIS, A. H. Transições em saúde e suas implicações para o cuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, e20200670, 2021.

LÉVINAS, E. **Totalidade e Infinito**: ensaio sobre a exterioridade. Lisboa: Edições 70, 1997.

MACHADO, M. A. R.; CÂMARA, R. B. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, equidade e acesso. Rio de Janeiro: FGV Direito Rio, 2023.

MARTÍNEZ, S. R. Vulnerabilidad y Derechos Humanos: una propuesta desde la teoría crítica. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2020.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. **Saúde**: a micropolítica do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PIOVESAN, F. Direitos humanos e justiça internacional. 15. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2022.

SANTOS, M.; SILVA, P.; MARTINS, J. Desigualdades sociais e impactos da pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 1072-1085, 2021.

SANTOS, M. A.; SILVA, P.; MARTINS, J. Tempos de coronavírus: vulnerabilidade e resposta social em territórios metropolitanos de São Paulo e Santos. **SciELO Humanas Blog**, 2021. Disponível em: <https://humanas.blog.scielo.org/blog/2021/11/26/tempos-de-coronavirus-vulnerabilidade-e-resposta-social-em-territorios-metropolitanos-de-sao-paulo-e-santos/>. Acesso em: 4 nov. 2025.

SARLET, I. W.; MARINONI, L. G.; MITIDIERO, D. Curso de direito constitucional. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2022.

SARMENTO, D. Direitos fundamentais e relações privadas. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021.

TOMAZELA, M. et al. Processo de transição do cuidado e acompanhamento terapêutico. **Revista de Enfermagem e Saúde**, v. 42, n. 3, p. 325-334, 2023.
WALDOW, V. R. **Formação do enfermeiro para o cuidado**: reflexões da prática profissional. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1995.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2008.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2008.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. M. R. **A sensibilidade como base do cuidado**. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

WALDOW, V. R. **O cuidado humano**: resgatando a essência da enfermagem. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

WEBER, L. A.; SANTOS, J. S.; OLIVEIRA, É. C. A transição em saúde e suas dimensões no cuidado. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, e1063, 2017.

*DIREITO A SAÚDE, VULNERABILIDADE SOCIAL E
A TRANSIÇÃO DO CUIDADO HUMANO: UMA
ANÁLISE JURÍDICO-INTERDISCIPLINAR SOBRE
A EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS*

*Wanderson Alves Ribeiro
Paulo Henrique de Moura
Keila do Carmo Neves
Joice Aparecida Rezende Vilela*

WATSON, J. **Nursing**: The philosophy and science of caring. Rev. ed. Boulder: University Press of Colorado, 2008.

WATSON, J. **Enfermagem**: ciência humana e do cuidado. Porto Alegre: Artmed, 2008.