



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Gerência de Serviço Social

Nota Técnica N.º 1/2025 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESS

Brasília-DF, 02 de julho de 2025.

Senhor Subsecretário,

Assunto: Nota Metodológica do Índice de Vulnerabilidade da Pessoa em Hemodiálise para Organização do Serviço de Transporte da SES-DF (IVP-Transp).

1. ASSUNTO

1.1. Nota Metodológica do Índice de Vulnerabilidade da Pessoa em Hemodiálise para Organização do Serviço de Transporte da SES-DF (IVP-Transp).

2. OBJETIVO

2.1. Esta nota tem como objetivo trazer informações detalhadas sobre os critérios utilizados para a formulação do Índice de Vulnerabilidade da Pessoa em Hemodiálise para Organização do Serviço de Transporte da SES-DF (IVP-Transp), elaborado pela Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP), com apoio da Gerência de Serviço Social (SES/SAIS/COASIS/DASIS/GSS), com análise e deliberação do Grupo de Trabalho composto pela Portaria Conjunta nº 20/2023 (116685723) - SES/TCB, de 05 de junho de 2023, que teve como resultado o [Decreto nº 46.024, de 12 de julho de 2024](#).

3. JUSTIFICATIVA

3.1. O Índice foi elaborado como um instrumento de apoio à organização da fila de transporte de usuários/as em hemodiálise do Distrito Federal, considerando a necessidade da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) utilizar uma metodologia padronizada, fundamentada nas melhores evidências, leis, decretos, portarias e demais fontes oficiais de informação, utilizando critérios bem definidos e consensuados que sejam representativos da realidade do Distrito Federal (DF).

3.2. O Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizado como uma política de proteção social e compõe o sistema de seguridade social, devendo se comprometer com a superação das desigualdades sociais. Considerando isso, a criação do IVP-Transp foi pautada na necessidade de elaboração de uma medida síntese que torne possível a organização do acesso ao transporte desses/as usuários/as com base nas vulnerabilidades. Tal iniciativa possui como objetivo tornar equânime os processos organizacionais dos serviços de transporte oferecidos pela SES-DF às pessoas em hemodiálise.

3.3. Orientado pela equidade em saúde, prevista no SUS, o desenvolvimento do Índice é uma proposta pioneira que propõe uma métrica inédita que considera a interseccionalidade como ferramenta de análise para a intervenção baseada nas determinações sociais em saúde e com o objetivos de subsidiar decisões de planejamento e operacionalização de uma das mais complexas filas no setor Saúde no Distrito Federal, a qual não consegue ter resolutividade ao se utilizar de critérios exclusivamente clínicos.

3.4. Futuramente, espera-se que este índice possa ser utilizado como referência na construção de outros instrumentos regulatórios para organização e acesso aos demais serviços de saúde, caminhando para a garantia da equidade, da integralidade e do atendimento das reais necessidades da população do Distrito Federal no acesso ao Sistema Único de Saúde.

4. CONTEÚDO

4.1. Para o desenvolvimento do Índice, inicialmente foi considerado o seguinte ementário legal distrital e federal, referência para as políticas de promoção de equidade no SUS e atualmente vigente, assim como outros dispositivos legais afetos ao tema:

4.1.1. [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#) - que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

4.1.2. [Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002](#) - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

4.1.3. [Política Nacional de Assistência Social \(PNAS/2004\)](#);

4.1.4. [Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009](#) - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);

4.1.5. [Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009](#) - Política Nacional para a População em Situação de Rua;

4.1.6. [Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011](#) - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF);

4.1.7. [Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015](#) - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

4.1.8. [Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017](#) - que altera o Estatuto do Idoso e assegura prioridade especial aos maiores de oitenta anos em relação aos demais idosos;

4.1.9. [Portaria Nº 1.675/2018 do Ministério da Saúde](#) - altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

4.1.10. [Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023](#) - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD).

4.2. Além disso, também foram selecionados dados do Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF), de sites oficiais de órgãos do Estado Brasileiro e feitos levantamentos bibliográficos, selecionando artigos científicos no Portal de Periódicos da Capes e no Scielo Brasil.

4.3. Esses artigos oferecem uma visão abrangente sobre como os conceitos de vulnerabilidade e regulação são aplicados em diferentes contextos de saúde, contribuindo para a compreensão e aprimoramento das políticas e práticas no setor.

4.4. Após análise documental extensa, foram selecionados critérios que pudessem traduzir as barreiras de acesso aos serviços de hemodiálise e as condições de vulnerabilidade individuais relacionadas à maior dificuldade de controle da doença renal crônica, considerando inclusive fatores de risco para o desenvolvimento dela, e aos cuidados necessários quando há necessidade de hemodiálise.

4.5. Visando transparência metodológica, os critérios foram especificados pormenorizadamente, com atribuição de critérios de ponderação definidos em consenso pelo referido Comitê, buscando alcance de maior equidade e sensibilidade frente ao conjunto de condições elencadas.

5. CRITÉRIOS

5.1. Para a composição do IVP-Transp, foram eleitos sete indicadores, sendo eles: faixa etária, raça/cor, grau de escolaridade, localização da moradia, Índice de Vulnerabilidade Social (IVS-DF) da Região Administrativa que o indivíduo habita, se é pessoa em situação de rua ou em instituição de acolhimento da política de assistência social e se é pessoa com deficiência. Esses indicadores foram selecionados com o objetivo de garantir a igualdade de oportunidades de acesso aos serviços de saúde, levando-se em conta as disparidades sociais, raciais, econômicas e das próprias comorbidades que estão correlacionadas ao desenvolvimento de complicações renais.

5.2. Para cada um desses indicadores foi atribuído um peso específico a partir de uma análise qualitativa que correlacionou questões epidemiológicas e demográficas da população do Distrito Federal à DRC, descrito no “Método de Cálculo”, de forma a garantir uma avaliação equânime da condição de vulnerabilidade de cada paciente com DRC. A seguir, cada indicador é detalhado para melhor compreensão da composição do IVP-Transp.

5.2.1. Faixa etária

5.2.1.1. Para o acesso ao transporte de pessoas em tratamento hemodialítico, considerando o quesito faixa etária, foram elencados prioritários os usuários crianças, adolescentes e idosos, sendo os mais prioritários desse grupo os com idade menor de 18 anos, de acordo com o estabelecido sobre absoluta prioridade no Art. 4º, Parágrafo único, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e com idade maior de 80 anos, sendo essa última categoria amparada pelo Artigo 2º da [Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017](#), que estabelece prioridade especial para os idosos acima dos 80 anos sobre os demais idosos em todo atendimento de saúde.

5.2.1.2. Em relação aos menores de 18 anos, essa priorização é respaldada na [Constituição Federal](#), que, no artigo nº 227, determina ser dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente a absoluta prioridade do direito à saúde. Complementarmente, norteando-se pela Doutrina da Proteção Integral, o artigo nº 4 do [Estatuto da Criança e do Adolescente](#) (ECA), também reforça o disposto acima ao dizer que é dever do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à saúde, além de garantir precedência de atendimento para crianças e adolescentes nos serviços públicos ou de relevância pública. Tais priorizações consideram as complexidades que envolvem a rede de cuidados desses sujeitos, tendo em vista os seus aspectos socioemocionais como pessoa em condição peculiar de desenvolvimento e que demandam cuidados específicos e em compartilhamento com outras pessoas responsáveis.

Falar sobre direitos e sua relação com a totalidade da vida social pressupõe considerar os indivíduos em sua vida cotidiana, espaço-tempo em que as expressões da questão social se efetivam, sobretudo, como violação dos direitos. A vida humana não é mera reposição aleatória dos indivíduos ou explicitação de uma essência natural, mas expressa, além das respostas às demandas imediatas, vínculos com a produção da vida genérica, vida essa que se caracteriza pelo fato de os indivíduos serem relacionais, diversos e interdependentes (BEHRING e SANTOS, 2009, p. 276).

5.2.1.3. Além disso, considerando o crescente envelhecimento da população brasileira, o acesso de pessoas idosas aos serviços de saúde também é uma pauta prioritária.

5.2.1.4. É necessário compreender que o envelhecimento da população está posto como um avanço e também um desafio para as políticas públicas, especialmente, no contexto da saúde. De acordo com o Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal - IPEDF (2021) a população idosa do DF tem crescido, acompanhando a tendência demográfica mundial e nacional. Em 2018, 303.017 idosos viviam no DF, cerca de 10,5% de seu contingente populacional, mas, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa do DF pode chegar a 565 mil, em 2030 (CODEPLAN. Retratos sociais, 2018. A população idosa no Distrito Federal).

5.2.1.5. Tal cenário, marcado por essa transição demográfica combinada a transformações nas dinâmicas socioculturais brasileiras, com novas configurações dos arranjos familiares; um maior número de pessoas morando sozinhas (famílias unipessoais); vínculos familiares fragilizados ou rompidos; e/ ou com ausência/insuficiência de renda para sobrevivência, impactam nas demandas por necessidades de cuidados de um modo geral (NOGUEIRA, e MONTEIRO, 2013). O que pode ser verificado na realidade do DF, tendo em vista que existem diversas situações de pessoas idosas que mesmo em condição de alta clínica permanecem nos leitos hospitalares, devido aos desafios listados e que se somam à dificuldade de acesso à instituições de acolhimento, equipamento ou à política do Estado que atenda de forma integral as suas necessidades de moradia, renda e cuidados.

5.2.1.6. Os fatores de risco para a DRC incluem hipertensão, diabetes, uso prolongado de medicamentos, fatores comuns em idosos, além da própria idade avançada. Esses fatores aumentam a vulnerabilidade renal nesta população, especialmente em contextos de dificuldades socioeconômicas que limitam o acesso a cuidados preventivos e intervenções em tempo oportuno. Os idosos enfrentam barreiras como acessibilidade física limitada, dificuldades financeiras e transporte inadequado, o que compromete o acesso regular aos cuidados de saúde necessários. Esses obstáculos podem levar a um agravamento de problemas de saúde, especialmente das doenças crônicas, comuns entre essa faixa etária.

5.2.1.7. Segundo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2024), a faixa etária também é um fator muito relevante para a taxa de mortalidade por DRC, pois é entre as pessoas idosas que atinge seu ápice “[...] quando o acúmulo de condições como diabetes e hipertensão ao longo da vida, combinado ao decréscimo das funções renais relacionadas ao envelhecimento.” (MS, 2024, p. 14).

5.2.2. Raça/cor

5.2.2.1. Populações negras e indígenas sofrem barreiras no acesso a serviços de saúde e enfrentam piores indicadores de saúde, como maior mortalidade materna e infantil. De acordo com o Censo 2022, a população total do DF passou de 2,57 milhões de pessoas, em 2010, para 2,81 milhões em 2022, sendo, a população indígena do Distrito Federal correspondente a 0,21% da população total. Vale destacar que, em 2010, as pessoas que se autodeclararam pardas já eram maioria no Distrito Federal, representando 48,24% da população, o que correspondia a aproximadamente 1,23 milhão de pessoas. Esse número teve um leve crescimento em 2022, quando passou para 1,37 milhão de pessoas, ou 48,66% da população. Além disso, o número de pessoas autodeclaradas pretas também aumentou, passando de 198 mil para 300 mil, o que representou 10,71% da população total do DF.

5.2.2.2. Diversos estudos apresentam dados que fundamentam a necessidade de considerar questões étnico-raciais e as desigualdades enfrentadas por pessoas pretas, pardas e indígenas que repercutem nas suas condições de saúde, apontando para a necessidade da promoção da equidade, viabilizando o acesso aos meios necessários à garantia do direito à saúde, aos cuidados e tratamentos, como é o caso do acesso ao transporte sanitário para pessoas com DRC.

5.2.2.3. Na [Estatística Cardiovascular](#), uma compilação de vários estudos realizada no ano de 2023, uma revisão sistemática e metanálise evidenciou que as pessoas indígenas não aldeadas apresentaram maiores taxas de obesidade e hipertensão quando comparadas com aquelas aldeadas, inclusive apresentando maiores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares. Já estudos realizados com indígenas aldeados indicam hábitos alimentares prejudiciais à saúde, sedentarismo, alta porcentagem de sobrepeso, sedentarismo e hipertensão arterial nesse grupo (Soares LP, Fabbro ALD, Silva AS, et al, 2018; Chagas CA, Castro TG, Leite MS, et al, 2020; Francisco PMSB et al, 2024).

5.2.2.4. Diversos estudos também revelam a invisibilização dessas comunidades na elaboração de políticas públicas e na formação de profissionais de saúde, o que contribui para os números elevados de condições crônicas e altas taxas de mortalidade, principalmente materna e infantil. O acesso a serviços especializados é um desafio para essas populações, que enfrentam as distâncias para os serviços de saúde, muitas vezes, de baixa qualidade, longas filas de espera e discriminação racial, dificultando a obtenção de consultas, exames e internações oportunas e o recebimento de tratamento adequado.

5.2.2.5. Sobre a DCR e a população indígena, são poucas as pesquisas que se preocupam em analisar as relações entre a doença e esse grupo populacional. Contudo, estudo publicado em outubro de 2024 pela revista The Lancet Regional Health - Americas, e realizado pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf) por um projeto que investigou 1.715 adultos indígenas de Pernambuco, argumenta que o aumento da prevalência da DRC globalmente devido a alterações no estilo de vida e ao crescimento de doenças não transmissíveis afeta mais intensamente comunidades socioeconomicamente vulneráveis, como as indígenas, por exemplo (GOMES et al., 2024) . O estudo encontrou como resultado:

Os resultados mostraram uma alta prevalência de DRC na população estudada, composta por pessoas relativamente jovens, não associada aos fatores de risco tradicionais para a doença, como hipertensão e diabetes. Nosso estudo revelou uma prevalência de DRC em consonância com estimativas globais,¹ mas notavelmente superior ao achado de 8,9% em um estudo realizado com a população geral brasileira, que empregou os mesmos parâmetros de rastreamento da DRC.¹² Essa disparidade identificada também foi observada anteriormente em um estudo com foco na população idosa da mesma comunidade indígena. A mediana de idade dos pacientes com DRC foi de 71 anos (II, 66,0–78,0), e a prevalência de DRC foi significativamente maior em comparação com a população idosa brasileira não indígena (26,1% versus 21,4%). (GOMES et al., 2024, p. 8-9, tradução livre).

5.2.2.6. Sobre a população preta e parda, a Estatística Cardiovascular explicita os seus piores indicadores em diversos quesitos que são risco para o desenvolvimento e/ou o agravamento de condições renais, como: maior incidência de hipertensão, maior probabilidade de multimorbidade, mais hospitalizações por hipertensão ou suas complicações e limitação grave ou muito grave decorrente disso, menor probabilidade de controle da pressão arterial, maior prevalência de hipercolesterolemia familiar, menor probabilidade de controle glicêmico e maiores percentuais de sobrepeso e obesidade. Outro estudo sobre essas condições na população negra, o estudo Elsa-Brasil, também reforça os dados acima, evidenciando

que pretos e pardos possuem maior incidência de hipertensão, diabetes e doenças renais, especialmente entre mulheres pretas, e também a maior prevalência de multimorbidade.

5.2.2.7. Isso evidencia que, nesses grupos historicamente discriminados, as comorbidades fatores de risco para a DRC são mais prevalentes e incidentes, surgindo e progredindo de forma acelerada quando levado em consideração o perfil étnico-racial. As populações pretas, pardas e indígenas têm o acesso à saúde diretamente influenciado pelas iniquidades estruturais em saúde. O racismo e a discriminação racial impactam negativamente a qualidade de vida e, portanto, a saúde desses grupos, refletindo-se em maiores taxas de óbitos precoces e prevalência de doenças crônicas.

5.2.3. Finalmente, as políticas de equidade do SUS, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, reafirmam a responsabilidade de todas as esferas de gestão do sistema na efetivação de ações que garantam o acesso das populações preta, parda e indígena aos serviços de saúde. Essas estratégias adotadas pelos entes federativos devem promover uma oferta de serviços oportuna, humanizada e focada na redução das iniquidades de raça, cor e outras dimensões sociais para essas populações.

5.2.4. **Grau de escolaridade**

5.2.4.1. O acesso a serviços de saúde está diretamente relacionado à escolaridade, influenciando tanto a adoção de hábitos de vida saudáveis quanto a prevenção de doenças crônicas. Pessoas com níveis mais baixos de escolaridade tendem a enfrentar maiores dificuldades para acessar cuidados médicos, o que aumenta a exposição a fatores de risco. Estudo publicado em 2011 na revista *Ciência & Saúde Coletiva* analisou a prevalência de doenças nos segmentos populacionais de menor escolaridade e verificou que, com exceção de duas comorbidades, todas as demais analisadas foram significativamente mais prevalentes em indivíduos com menor escolaridade, com as maiores taxas em cirrose, insuficiência renal crônica e tuberculose (BARROS, M.B. et al, 2011). Complementarmente, Marinho et al. (2017) em sua revisão sistemática reforça a associação da escolaridade com a doença renal crônica ao evidenciar que os com menor escolaridade são os com maior prevalência da doença, além de indicar que aqueles com melhor nível educacional possuem maior acesso ao tratamento dialítico e/ ou transplante renal.

5.2.4.2. A relação entre escolaridade e saúde é relevante na análise da prevalência de fatores de risco para doenças renais crônicas, sendo que possuir ensino médio e/ou superior completo é apontado como fator protetor contra o desenvolvimento de DRC. Além disso, conforme o Vigitel Brasil 2023, outros fatores de risco para a DRC¹, como diabetes, hipertensão, obesidade e tabagismo são mais frequentes em pessoas com menor escolaridade.

5.2.4.3. De acordo com o Censo Demográfico de 2022, o Distrito Federal (DF) apresenta uma das mais altas taxas de alfabetização do país, atingindo 97,2% entre pessoas com 15 anos ou mais, entretanto, embora o DF apresente elevados índices de alfabetização e escolarização, há desafios a serem enfrentados, especialmente no que diz respeito às disparidades entre as regiões administrativas, por exemplo, nas regiões periféricas do Distrito Federal, como Ceilândia, Sol Nascente e Itapoã, a escolaridade média é consideravelmente menor, com maior prevalência de pessoas sem o ensino médio completo (dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2018).

5.2.4.4. Portanto, ao considerar a escolaridade como um fator protetor para diversas comorbidades e seus agravamentos, para a criação do índice foi considerado que quanto menor a escolaridade do indivíduo, maior será a pontuação dele no IVP-Transp.

5.2.5. **Localização da moradia**

5.2.5.1. Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Rural (PDAD Rural) de 2022, conduzida pelo Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF), o Distrito Federal apresenta 208 comunidades rurais, que representam 69% do seu território, delas apenas 32,20% dos domicílios rurais são atendidos pela Caesb, grande parte das áreas rurais carece de infraestrutura de esgotamento sanitário, resultando no uso de fossas sépticas ou rudimentares, a coleta de resíduos sólidos nas áreas rurais é limitada, levando muitos moradores a adotarem práticas como queima ou enterramento do lixo.

5.2.5.2. Apesar de avanços, ainda existem desafios significativos a serem enfrentados. Muitas propriedades rurais carecem de infraestrutura adequada de saneamento, o que pode levar à contaminação de recursos hídricos e representar riscos à saúde pública.

5.2.5.3. Há, ainda, desafios quanto ao acesso a outras políticas públicas e serviços de tecnologia e infraestrutura. No Distrito Federal, encontramos territórios rurais em que suas comunidades estão há mais de 40 quilômetros de distância da Unidade Básica de Saúde mais próxima, assim como, observamos grande desigualdade na oferta de transporte público entre as regiões rurais e as regiões urbanas, segundo o mapa das linhas de transporte da Secretaria de Transporte e Mobilidade do DF.

5.2.5.4. Apesar da descentralização dos serviços preconizada pelo SUS, ainda existem diversas barreiras enfrentadas pela população rural, como a distância física até as unidades de atendimento, a falta de transporte adequado e a escassez de profissionais e recursos médicos nas regiões rurais, que limitam o acesso a serviços de saúde, tanto preventivos quanto de emergência. Em relação à localização da moradia, mesmo em condições socioeconômicas parecidas, pessoas que moram em áreas rurais possuem menor acesso aos serviços de saúde quando comparadas com pessoas que moram em locais urbanos.

Essas disparidades resultam em uma menor taxa de procura por cuidados médicos, especialmente para exames de rotina e acompanhamento contínuo, o que pode atrasar o diagnóstico precoce e o tratamento de condições de saúde.

Com relação aos FR para DCNT, residentes rurais do Brasil apresentam alto consumo de alimentos que são fonte de gordura e baixo consumo de frutas, vegetais e legumes. Ainda, a prevalência de fumantes atuais na zona rural do país é maior que na zona urbana (16,7 e 14,4%, respectivamente). Por outro lado, foram observadas menores prevalências de inatividade física. Contudo, no que diz respeito à ocorrência simultânea desses fatores, não foram encontrados na literatura estudos que avaliassem populações rurais

5.2.5.5. Além disso, fatores econômicos, como a menor renda per capita em áreas rurais, tornam menos acessíveis tratamentos e exames de rotina, que são essenciais para a prevenção e a gestão de doenças crônicas. “Ainda, características específicas da zona rural, como menor renda e escolaridade, podem também influenciar negativamente, uma vez que há relação entre maior consumo de frutas, legumes e verduras e mais escolaridade.” (HIRSCHMANN, R. et al., 2020, p. 10).

Os municípios com predominância de população rural, no Brasil, compartilham problemas, como menor esperança de vida ao nascer, podendo chegar a 1,63 ano a menos do que nos municípios com maior população urbana. A mortalidade infantil nesses territórios, também, é maior, chegando a uma diferença de 3,96 óbitos para cada mil nascidos vivos. Destaca-se que índices como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); proporção de jovens com ensino fundamental completo; pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequado; domicílios com banheiro e água encanada, e o número de população de baixa renda, todos esses são piores em municípios com predominância da população rural do que os com população urbana, fazendo com que eles possuam similaridades que os aproximam, mesmo localizando-se em regiões geográficas distantes. (ALVES LIMA, 2022, p. 758)

5.2.5.6. Essa combinação de barreiras físicas, econômicas e estruturais faz com que a população rural tenha menos acesso aos cuidados preventivos e uma maior dependência de tratamentos de emergência, geralmente em estágios avançados das doenças. Essas desigualdades impactam diretamente nos indicadores de saúde de populações rurais, contribuindo para maiores taxas de morbimortalidade em comparação com as populações urbanas.

5.2.5.7. Essa situação reflete a necessidade de políticas públicas mais direcionadas, com investimentos em infraestrutura e programas de saúde voltados para reduzir a disparidade de acesso e assegurar um atendimento mais equitativo para as populações rurais. Nessa perspectiva, foi provocada e publicada, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), cujo objetivo é atender às necessidades de saúde, melhorar os indicadores e a qualidade de vida da população rural (ALVES LIMA, Ângela Roberta. et al., 2022).

Internacionalmente, as políticas voltadas para garantia do acesso à saúde em áreas rurais têm apontado para a necessidade de: um modelo de atenção à saúde baseado em uma APS robusta, com forte componente comunitário e cultural; iniciativas amplas de tele saúde; reforço da capacidade logística de transporte de usuários e insumos, com lógicas distintas para atenção especializada, internações e situações de urgências; e a introdução de fortes mecanismos de fixação de profissionais nessas regiões. (BOUSQUAT A, et al., 2022, p. 8, grifo nosso)

5.2.5.8. Considerando isso, pessoas que moram em localidades rurais do Distrito Federal pontuam mais no IVP-Transp e pessoas que moram em locais urbanos, tendo em vista a maior proximidade com os serviços, não pontuam no índice.

5.2.6. Índice de Vulnerabilidade Social (IVS-DF)

5.2.6.1. O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS-DF), foi elaborado pelo Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF) e calculado com base nos dados da Pesquisa Distrital de Amostra de Domicílios (PDAD) para cada Região Administrativa do Distrito Federal. Inspirado no Índice do IPEA, a vulnerabilidade social expressa no IVS-DF, decorre da combinação de 19 indicadores, organizados em três dimensões (Figura 1).

5.2.6.2. Segundo o IPEDF,

A vulnerabilidade social expressa no IVS-DF decorre da combinação de 19 indicadores organizados em três dimensões, que, como discutido na seção sobre o conceito de vulnerabilidade social, correspondem a conjuntos de ativos ou recursos cujo acesso, posse ou privação são determinantes da qualidade de vida e do bem-estar da população. As três dimensões do IVS-DF são: i) Dimensão Infraestrutura e Ambiência Urbana (D1); ii) Dimensão Capital Humano (D2); e iii) Dimensão Renda e Trabalho (D3) (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA DO DISTRITO FEDERAL, 2024).

5.2.6.3. Figura 1 - Indicadores componentes do IVS-DF e seus respectivos pesos, por dimensão.

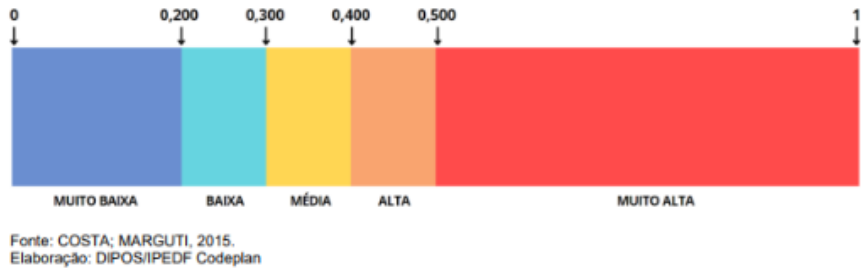
Dimensão	Indicador	Peso
D1 - Infraestrutura e Ambiência Urbana	D1.1 - Acesso a saneamento básico: Percentual de pessoas que vivem em domicílios cujo abastecimento de água não provém de rede geral ou cujo esgotamento sanitário não é realizado por rede coletora de esgoto ou fossa séptica ou sem coleta de lixo.	0,200
	D1.2 - Tempo de deslocamento entre a moradia e o trabalho: Percentual de pessoas que gastam mais de uma hora em deslocamento até o local de trabalho no total de pessoas de 14 anos ou mais, incluindo a que se deslocam diariamente para o trabalho.	0,200
	D1.3 - Condição viária: Percentual de pessoas que vivem em domicílios cuja rua não é asfaltada ou pavimentada, não tem iluminação e está sujeita a alagamentos.	0,200
	D1.4 - Condição da calçada: Percentual de pessoas que vivem em domicílios cuja rua não tem calçada ou a calçada não tem mais de 1,5 m de largura.	0,200
	D1.5 - Ambiência urbana: Percentual de pessoas que vivem em domicílios cuja rua não é arborizada e cujo entorno não possui parques e jardins.	0,200
D2 - Capital Humano	D2.1 - Crianças de até 3 anos fora da escola: Percentual de crianças de 0 a 3 anos que não frequentam creche ou escola.	0,125
	D2.2 - Pessoas de 4 a 14 anos fora da escola: Percentual de pessoas de 4 a 14 anos que não frequentam escola.	0,125
	D2.3 - Mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos: Percentual de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos.	0,125
	D2.4 - Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais: Percentual de pessoas de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler nem escrever.	0,125
	D2.5 - Pessoas de até 14 anos vivendo em domicílio em que nenhum morador tem ensino fundamental completo: Percentual de pessoas de até 14 anos vivendo em domicílio em que nenhum morador tem ensino fundamental completo.	0,125
	D2.6 - Pessoas de 15 a 24 anos que não estudam e não trabalham: Percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam e não trabalham.	0,125
	D2.7 - Pessoas de 15 a 18 anos que não concluíram o ensino fundamental: Percentual de pessoas de 15 a 18 anos que não concluíram o ensino fundamental.	0,125
	D2.8 - Pessoas de 19 a 24 anos que não concluíram o ensino médio: Percentual de pessoas de 19 a 24 anos que não concluíram o ensino médio.	0,125
D3 - Renda e Trabalho	D3.1 - Pessoas com renda domiciliar per capita de até 1/2 SM: Percentual de pessoas com renda domiciliar per capita de até 1/2 salário mínimo (SM).	0,167
	D3.2 - Desocupação da população de 18 anos ou mais: Percentual de pessoas de 18 anos ou mais que não estão trabalhando e procuram trabalho nos 30 dias anteriores à pesquisa.	0,167
	D3.3 - Informalidade da população de 18 anos ou mais com renda domiciliar per capita de até 1/2 SM: Percentual de pessoas de 18 anos ou mais em uma ocupação informal e vivendo em domicílio com renda domiciliar per capita de até 1/2 salário mínimo.	0,167
	D3.4 - Pessoas autônomas de 18 anos ou mais com renda domiciliar per capita de até 1/2 SM: Percentual de pessoas de 18 anos ou mais em uma ocupação autônoma e vivendo em domicílio com renda domiciliar per capita de até 1/2 salário mínimo.	0,167
	D3.5 - Pessoas de 18 anos ou mais com renda domiciliar per capita de até 1/2 SM fora da força de trabalho: Percentual de pessoas de 18 anos ou mais que não procuraram emprego nos 12 meses anteriores à pesquisa, não trabalharam nos 30 dias anteriores à pesquisa e vivem em domicílio com renda domiciliar per capita de até 1/2 salário mínimo.	0,167
	D3.6 - Razão entre a renda dos domicílios de homens e mulheres: Razão entre a renda média dos domicílios chefiados por homens e a renda média dos domicílios chefiados por mulheres.	0,167

Fonte: IPEDF/IPEDF Colaplan

5.2.6.4. A partir do cálculo estabelecido pela metodologia da Instituição, o IVS-DF resulta, então, em um índice que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo a 1, maior é a vulnerabilidade social da Região Administrativa analisada e, portanto, piores são as condições de vida da sua população, resultando em piores indicadores de saúde para essas populações. Valores próximos a 0, por sua vez, indicam baixa ou inexistente vulnerabilidade social no território. Sendo assim, quanto maior a pontuação no IVS-DF da Região que o indivíduo habita, maior a pontuação dele no IVP-Transp.

5.2.6.5. As cinco faixas na escala do IVS-DF e a classificação de cada Região Administrativa do Distrito Federal estão demonstradas na Figura 2 e Figura 3, respectivamente.

5.2.6.6. Figura 2 - Faixas de vulnerabilidade social do IVS-DF, feito pelo IPEDF.



5.2.6.7. Figura 3 - IVS por Região Administrativa do Distrito Federal

Território/Região Administrativa	IVS-DF 2021		
XXV. SCIA/Estrutural	0,75	XXI. Riacho Fundo II	0,30
XXXII. Sol Nascente/Pôr do Sol	0,71	XXX. Vicente Pires	0,27
XXXI. Fercal	0,60	II. Gama	0,27
XIV. São Sebastião	0,54	XIV. Candangolândia	0,26
VII. Paranoá	0,53	V. Sobradinho	0,23
XXVIII. Itapoã	0,49	VIII. Núcleo Bandeirante	0,21
VI. Planaltina	0,48	III. Taguatinga	0,21
XV. Recanto das Emas	0,48	XXVII. Jardim Botânico	0,17
IV. Brazlândia	0,41	XXIV. Park Way	0,15
IX. Ceilândia	0,39	XVIII. Lago Norte	0,15
XII. Samambaia	0,38	XXIX. SIA	0,14
XXIII. Varjão	0,37	X. Guará	0,14
XIII. Santa Maria	0,37	XI. Cruzeiro	0,12
XXVI. Sobradinho II	0,35	XX. Águas Claras	0,12
XXXIII. Arniqueira	0,35	I. Plano Piloto	0,11
XVII. Riacho Fundo	0,31	XXII. Sudoeste/Octogonal	0,09
		XVI. Lago Sul	0,07

Fonte: elaborado pelas autoras.

5.2.6.8. Importante destacar que o IVS-DF elaborado pelo IPEDF também considera alguns dos indicadores eleitos pelo Grupo de Trabalho para a construção do IVP-Transporte, como escolaridade, idade e local de moradia, reforçando a importância desses determinantes para a condição de vulnerabilidade.

5.2.7. **Pessoa em Situação de Rua e/ou em serviço de proteção social especial de alta complexidade da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**

5.2.7.1. A população em situação de rua, conforme estabelecido no Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, é um grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

5.2.7.2. Segundo estudos (MARTIN P, LIAW W, BAZEMORE A, JETTY A, PETTERSON S, KUSHEL M., 2019; ANDRADE, et al.,2022; BARBA, M. L., et al., 2021; JUNIOR, N.C.; JESUS, C.H.; CREVELIM, M.A., 2025), as pessoas em situação de rua enfrentam grandes dificuldades para acessar serviços de saúde de média e alta complexidade, além de, muitas vezes, acessar os serviços de alta complexidade com o estado de saúde agravado devido a demora no atendimento de suas demandas.

Dentre os motivos para a dificuldade de acesso, refere-se o preconceito, a exigência de documentação, a restrição na demanda espontânea, os atrasos e longo tempo de espera, o limite na atuação

intersetorial, a ausência de serviço de saúde no local, a dificuldade de transporte, a falta de conhecimento de onde obtê-los, além dos custos do atendimento. Como consequências desse distanciamento dos serviços de saúde, observam-se a restrição de atividades de promoção e de prevenção de saúde, uma entrada tardia no serviço de saúde que acarreta atrasos em diagnósticos, adiamento de cuidados, problemas em continuidade de tratamentos, além de aumento no autotratamento e no autogerenciamento de tratamento, o que aumenta as taxas de internações. (BARBA, M. L., et al., 2021, p. 9266)

5.2.7.3. Diante disso, criar mecanismos que promovam a equidade no SUS é fundamental para garantir o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, dessa forma é imprescindível o fornecimento de meios que garantam o ingresso dessa população nesses espaços, inclusive em casos que essa pessoa esteja abrigada em uma instituição, considerada com um alto grau de vulnerabilidade social e de saúde.

5.2.7.4. Segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, as pessoas em acolhimento institucional são classificadas como público-alvo da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, que abrange serviços voltados para pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade extrema ou violação de direitos.

5.2.7.5. São considerados acolhimento institucional previstos na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais: atendimento integral institucional; casa lar; república; casa de passagem; albergue; família substituta; família acolhedora; medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade; e trabalho protegido.

5.2.7.6. No contexto do Distrito Federal, essas unidades são de responsabilidade da Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES) e também existem algumas que são executadas em parceria com Organizações da Sociedade Civil. Esses locais atendem adultos e famílias, mulheres, idosos, crianças e adolescentes.

5.2.7.7. Dentre os diversos tipos de serviço de proteção social especial de alta complexidade, serão aceitos para compor o indicador apenas as públicas ou privadas sem finalidade de obtenção de lucro (filantrópicas), por exemplo, os serviços de acolhimento institucional, os abrigos, as casas de passagem e as repúblicas públicas que abrigam pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de se sustentarem.

5.2.8. **Pessoa com deficiência**

5.2.8.1. Pessoas com deficiência frequentemente apresentam necessidades de saúde específicas e mais complexas em comparação com aquelas sem deficiência, sendo que essas demandas de saúde geralmente não são atendidas de forma adequada em decorrência do capacitismo². Além das necessidades comuns de saúde, como a imunização, elas enfrentam dificuldades no acesso aos serviços e têm piores desfechos de saúde. Estudos mostram que, no Brasil, pessoas com deficiência apresentam níveis mais altos de morbidade, comportamentos prejudiciais à saúde e uma maior necessidade de utilização de serviços médicos e hospitalares.

5.2.8.2. Estudos revelam que a população com deficiência enfrenta diversas barreiras no acesso aos serviços de saúde. Do ponto de vista dos usuários, destacam-se problemas de comunicação entre profissionais e pacientes ou cuidadores, questões financeiras, além de barreiras comportamentais e atitudinais. Também são apontadas dificuldades devido à escassez de serviços, barreiras organizacionais e limitações de transporte, o que agrava ainda mais o acesso limitado dessa população aos serviços de saúde (CLEMENTE, K A P, et al, 2022).

5.2.8.3. De acordo com a PDAD 2021, conduzida pelo Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF), 113.642 pessoas com deficiência viviam no Distrito Federal, o que corresponde a 3,8% da população com dois anos ou mais. A distribuição das deficiências era a seguinte: 43,2% deficiência visual, 22,6% deficiência múltipla, 19,8% deficiência física, 7,2% deficiência auditiva, 7,2% deficiência intelectual/mental.

5.2.8.4. Ao se analisarem dados da PDAD 2021 referentes às pessoas com deficiência no Distrito Federal, é possível afirmar que as pessoas com deficiência no Distrito Federal enfrentam desafios significativos em diversas áreas, refletindo as desigualdades estruturais da região. As barreiras de acessibilidade, tanto físicas quanto sociais, limitam o pleno exercício de seus direitos, incluindo acesso a serviços básicos, saúde e educação. No âmbito da saúde, por exemplo, ainda há dificuldades relativas à infraestrutura e à formação profissional para atender adequadamente esse público. No campo do trabalho, os índices de desemprego e subemprego entre pessoas com deficiência permanecem altos, indicando dificuldades de inclusão no mercado formal. Essas questões se agravam em áreas periféricas, onde as condições de mobilidade e acesso a políticas públicas são ainda mais restritas. Tal cenário reforça a necessidade de ações governamentais integradas e eficazes para promover a equidade e a inclusão social desse segmento da população no DF.

5.2.8.5. Quanto ao transporte para a hemodiálise, conforme Castro et al. (2011), as pessoas com deficiência que utilizam transporte público para chegar aos serviços de saúde são impactadas com os gastos extras e com o pior acesso aos locais. Além do mais, deve-se considerar que, apesar das pessoas com deficiência possuírem direito a gratuidade no transporte público, o tratamento de hemodiálise é realizado em hospitais ou clínicas especializadas, durando cerca de 4 horas diárias, no mínimo 3 vezes por semana, e algumas complicações da hemodiálise podem ser encontradas, como hipotensão, câimbras, náuseas, cefaleia, convulsões, entre outros, e que, por essas questões, o transporte público pode não contemplar a necessidade proveniente da mobilidade reduzida do/a paciente em hemodiálise.

5.2.8.6. Portanto, considerando os fatores acima, ser uma pessoa com deficiência foi elencado como um fator de maior pontuação no IVP-Transp.

6. **MÉTODO DE CÁLCULO**

6.1. Após a seleção dos critérios, aqui denominados de indicadores, foram elencadas faixas e atribuídos pesos a cada uma das mesmas (Tabela 1):

6.1.1. Tabela 1 - Critérios de Ponderação do Índice de Vulnerabilidade da Pessoa em Hemodiálise para Organização do Serviço de Transporte da SES-DF (IVP-Transp).

INDICADOR		FAIXA	PESO
1	IDADE	<18 anos ou >=80 anos	2
		60 a 79 anos	1
		>=18 anos a <=59 anos	0
2	RAÇA-COR	Pretos, Pardos, Indígenas	1
		Amarelos e Brancos	0
3	GRAU DE ESCOLARIDADE	Nenhuma escolaridade	3
		Ensino Fundamental (Incompleto ou completo) ou EJA ou Alfabetização para Adultos (Mobral etc.);	2
		Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) ou Ensino Médio EJA (Supletivo)	1
		Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	0
4	LOCALIZAÇÃO DA MORADIA	Rural	4
		Urbano	0
5	IVS - RA DE MORADIA	Muito Alto	4
		Alto	3
		Médio	2
		Baixo	0
		Muito Baixo	0
6	PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU EM SERVIÇO DE PROTEÇÃO ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE DA PNAS	Sim	3
		Não	0
7	PESSOA COM DEFICIÊNCIA	Sim	3
		Não	0
VARIAÇÃO DO CÁLCULO		0	20

6.1.2. Após a classificação das faixas de cada indicador foi calculado o índice de vulnerabilidade multidimensional, representado pela fórmula de cálculo abaixo:

$$\text{IVP Tranp} = \frac{(P. \text{ idade} + P. \text{ raça/cor} + P. \text{ escolaridade} + P. \text{ Local} + P. \text{ IVS} + P. \text{ PSR ou Em serviço de proteção especial de alta complexidade da PNAS} + P. \text{ PCD}) \times 10}{20}$$

6.1.3. O índice tem variação entre 0 a 10, em que quanto maior a pontuação maior a situação de vulnerabilidade individual e maior a prioridade para oferta do serviço de transporte. Em caso de usuários/as com a mesma pontuação, o critério de desempate será o tempo de espera na fila para o transporte, sendo prioritários/as aqueles/as que estão inseridos há mais tempo na fila.

6.2. Importante pontuar que deve-se considerar a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, bem como a Constituição Federal/88, em especial os artigos Nº 195 a 200, as quais estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal, integral e gratuito à saúde a todos os cidadãos, independentemente de qualquer distinção. Portanto, o índice será aplicado após a classificação clínica dos/as usuários/as, que deverá ser realizada conforme protocolos e normativas próprias, não implicando, portanto, em alteração nessas priorizações ou em critérios de exclusão para o acesso ao serviço.

7. CONCLUSÃO

7.1. A aplicação dos indicadores que compõem o IVP-Transp permite uma análise criteriosa e mais abrangente das necessidades de cada paciente em relação ao acesso ao transporte para a hemodiálise. Ao considerar os determinantes sociais da saúde ,no contexto do território do Distrito Federal, o índice busca tornar o acesso ao transporte oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde do DF mais justo e equitativo, priorizando populações específicas e que possuem maior dificuldade de acesso ao serviço. Entretanto, ele não deverá ser utilizado como parâmetro de exclusão para acesso ao serviço de saúde, pois, segundo as legislações e normativas que regem o direito à saúde, ele deve se dar de modo universal, garantindo os meios necessários ao cuidado à pessoa com doença renal crônica, inclusive ao transporte, de acordo com as características territoriais.

7.2. Dessa forma, o IVP-Transp se apresenta como uma ferramenta essencial para otimizar a logística do transporte da hemodiálise e assegurar que os recursos disponíveis sejam utilizados de modo equânime, considerando a realidade dos territórios e as condições de saúde dos/as pacientes que necessitam desse suporte.

8. VIGÊNCIA

8.1. O presente documento tem a validade de 24 meses após assinaturas, podendo, a qualquer tempo, ser revisado pelas áreas técnicas responsáveis, se julgarem pertinente.

9. NOTAS

1. Uma pesquisa publicada na Revista Brasileira de Epidemiologia (AGUIAR, L.K. et al., 2020a) identificou que indivíduos com maior escolaridade apresentaram menor prevalência de DRC. Outro estudo, também na Revista Brasileira de Epidemiologia (AGUIAR, L.K. et al., 2020b), encontrou que possuir ensino superior completo está associado a uma menor prevalência de DRC, sugerindo que a maior escolaridade pode estar relacionada a condições socioeconômicas favoráveis e menor exposição a fatores de risco.

2. O capacitismo é uma forma de discriminação e preconceito direcionada a pessoas com deficiência, baseada na ideia de que elas são inferiores ou menos capazes em comparação às pessoas sem deficiência. Esse comportamento reflete normas culturais, sociais e institucionais que desvalorizam, excluem ou marginalizam indivíduos com deficiência, muitas vezes apresentando barreiras para o acesso aos direitos dessas pessoas e ignorando suas habilidades e necessidades.

10. ELABORADORAS

10.1. Juliana Oliveira Soares - Coordenadora COASIS/SAIS/SES-DF

10.2. Letícia de Araujo Siqueira - GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS/SES-DF

10.3. Mariana Mota da Silva - Gerente GESS/DASIS/COASIS/SAIS/SES-DF

11. COLABORADORES E VALIDADORES

11.1. Alessandra Hilbert Sandrini - Gerente da Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade

11.2. Emanuelle Ferreira Lustosa Pereira Lustosa - Gerente da Gerência de Serviços de Internação

11.3. Francinara Moraes Cunha - Referência Técnica Distrital Nefrologia

11.4. Iara Campos - Referência Técnica Distrital Nefrologia Colaboradora

11.5. Thiago Santos Martins Alves - Secretaria Adjunta de Gestão em Saúde

11.6. Tiago Pessoa Alves - Gerente de Regulação do Transporte Sanitário do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, L.K. et al. Fatores associados à doença renal crônica segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. REV BRAS EPIDEMIOL 2020a; 23: E200101. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/LsVwG3Rq3YRqLYRq6DCnY5Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 jan 2025

AGUIAR, L.K. et al., 2020b. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. REV BRAS EPIDEMIOL 2020; 23: E200044. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/JY5X7GG6mbjfdcX5gcGW6Km/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 jan 2025.

ALVES LIMA, Ângela Roberta. et al. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir?. Saúde em Debate, [S. l.], v. 43, n. 122 jul-set, p. 755–764, 2022. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2511>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ANDRADE, Rebeca de et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. Saúde em Debate, v. 46, p. 227-239, 2022.

BARBA, M. L., et al. Os desafios para o manejo de doenças crônicas na população em situação de rua. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.2, p.9257-9273 mar./apr.2021. Disponível em: View of Os desafios para o manejo de doenças crônicas na população em situação de rua/ The challenges for the management of chronic diseases in the homeless persons. Acesso em: 15 jan 2025.

BARROS, M.B. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (9):3755-3768, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>. Acesso em 08 jan 2025.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 9 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 8 de julho de 2000. Dispõe sobre a prioridade de atendimento às pessoas que especifica e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm#:~:text=Art.,priorit%C3%A1rio%2C%20nos%20termos%20desta%20Lei. Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e dá outras providências. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2013.146-2015?OpenDocument. Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para dispor sobre a prioridade especial aos maiores de oitenta anos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13466.htm. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS, 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Relatório da população em situação de rua. Brasília: MDH, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Causas sociais das iniquidades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf. Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 25 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.526-de-11-de-outubro-de-2023-516446366?fbclid=IwAR18VZQX8D5AzQolomw19Sijjd932j-d3jNnbX3PgntL4kUe7JQuuGqGy-I>. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico. Cenário da doença renal crônica no Brasil no período de 2010 a 2023. Volume 55, 11 set. 2024. Disponível em: Boletim Epidemiológico - Volume 55 - nº 12.pdf. Acesso em: 08/01/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 976. Brasília, 2022. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF976MC1.pdf>. Acesso em: 24 out. 2024.

BEHRING, Elaine R.; SANTOS, Silvana M. de M. dos. Questão social e direitos. In: CFESS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEAD/UnB, 2009.

BOUSQUAT A, et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. Rev Saude Publica. 2022;56:73. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>. Acesso em 10 jan de 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: revista de saúde coletiva, v. 17, p. 77-93, 2007.

CASTRO, Shamyryl Sulyvan et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Revista de Saúde Pública, v. 45, p. 99-105, 2011.

Chagas CA, Castro TG, Leite MS, et al. Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(1):e00206818. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tTyRQWMbpZwJddy74KPmT6w/>. Acesso em: 08 de jan de 2025.

CLEMENTE, Karina Aparecida Padilha et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma

revisão de escopo. Revista de Saúde Pública, v. 56, p. 64, 2022.

CODEPLAN. Retratos Sociais do DF 2018. A população idosa no Distrito Federal. Brasília-DF, 2020. Disponível em: Estudo-Retratos-Sociais-DF-2018-A-população-idosa-no-Distrito-Federal.pdf. Acesso em 08 de janeiro de 2025.

FRANCISCO PMSB, et al. Doenças crônicas na população indígena não aldeada: dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Saúde em debate. Rio de Janeiro, v. 48, n. 142, e8889, jul-set 2024. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2024.v48n142/e8889/pt>. Acesso em: 08 de jan d 2025.

GOMES, Orlando Vieira et al. Prevalence and associated factors of chronic kidney disease among Truká Indigenous adults in Cabrobó, Brazil: a population-based study. The Lancet Regional Health – Americas, Volume 38, 100882, 2024. Disponível em: Prevalence and associated factors of chronic kidney disease among TrukA Indigenous adults in CabrobO, Brazil: a population-based study. Acesso em: 08 de jan. de 2025.

HIRSCHMANN, R. et al.. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em população rural de um município no sul do Brasil. REV BRAS EPIDEMIOL 2020; 23: E200066. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200066/pt>. Acesso em: 10/01/2025.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA DO DISTRITO FEDERAL. Relatório de evolução do Índice de Vulnerabilidade do Distrito Federal: 2018-2021. Brasília: IPE-DF, 2024. Disponível em: <https://www.ipe.df.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/Relatorio-Evolucao-do-Indice-de-Vulnerabilidade-DF-2018-2021.pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

JUNIOR, N.C.; JESUS, C.H.; CREVELIM, M.A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saude soc., São Paulo , v. 19, n. 3, p. 709-716, Sept. 2010. Disponível em: SciELO Brasil - A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Acesso em: 15 jan 2025.

KRAMER, Caroline K et al. The impact of urbanisation on the cardiometabolic health of Indigenous Brazilian peoples: a systematic review and meta-analysis, and data from the Brazilian Health registry. The Lancet, Volume 400, Issue 10368, 2074 - 2083, 2022.

MAGALHÃES, Denise Lima et al. Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. Research, Society and Development, v. 11, n. 3, p. e50411326906-e50411326906, 2022.

MARINHO, Ana Wanda Guerra Barreto et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. Cad. Saú. Colet. 25(3), 379-388, 2017.

Martin P, Liaw W, Bazemore A, Jetty A, Petterson S, Kushel M. Adults with Housing Insecurity Have Worse Access to Primary and Preventive Care. J Am Board Fam Med. 2019 Jul-Aug;32(4):521-530. doi: 10.3122/jabfm.2019.04.180374. PMID: 31300572. Disponível em: Adults with Housing Insecurity Have Worse Access to Primary and Preventive Care - PubMed. Acesso em: 15 jan 2025.

NOGUEIRA, A. C.; MONTEIRO, M. V. A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: Reflexões Críticas Sobre a Prática Profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial sobre a deficiência/World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/?sequence=4>. Acesso em: 25 out. 2024.

OLIVEIRA, Fernanda Esthefane Garrides. Desigualdades raciais na ocorrência de multimorbidade entre adultos e idosos brasileiros: 10 anos do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). 2023. 244 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Estatística Cardiovascular–Brasil 2023. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 121, n. 2, p. e20240079, 2024.

SOARES LP, Fabbro ALD, Silva AS, et al. Risco Cardiovascular na População Indígena Xavante. Arq Bras Cardiol. 2018;110(6):542-550. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/GprFHqd9cSL798rTbK4M5Rs/?lang=pt>. Acesso em: 08 de jan 2025.

SOARES, RAS et al. Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 9(2), 221-235, jun, 2015. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1718/1440>. Acesso em: 10/01/2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Direito a atendimento prioritário das pessoas com deficiência: não é apenas em filas. Sementes da Inclusão. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/acessibilidade/publicacoes/sementes-da-inclusao/direito-a-atendimento-prioritario-das-pessoas-com-deficiencia-nao-e- apenas-em-filas>. Acesso em: 24 out. 2024.

13. ANEXO

13.1. Ao buscar artigos em português no site Scielo Brasil com as palavras-chave: vulnerabilidade AND saúde AND regulação foram encontrados 11 artigos do período de 2011 a 2023.

	Título	Palavras-chave	Resumo
1	Coordenação na Atenção Básica e integração na Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos?	Atenção Primária à Saúde; Continuidade da assistência ao paciente; Sistema de saúde; Avaliação em saúde; Qualidade da assistência à saúde	Objetivou-se analisar a capacidade de coordenação do cuidado na Atenção Básica no Brasil (2012 e 2018) e a integração com os demais níveis de atenção. Estudo descritivo transversal e longitudinal, utilizando-se dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Selecionaram-se 15.378 equipes do 1º e do 3º ciclos do PMAQ-AB, e 59.354 usuários do 1º ciclo e 56.369 usuários do 3º ciclo. Constataram-se melhorias na prevalência de equipes que contam com apoio de outros profissionais da rede, e a maior parte delas dispõem de centrais de regulação; houve crescimento no percentual de equipes que garantem aos usuários agendamento com especialistas; a maior parte dos serviços asseguram exames para grupos populacionais prioritários; além de aumento de equipes que possuem referências e fluxos definidos para o atendimento na rede, incremento no número de equipes que programam consultas e exames e organizam os encaminhamentos a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade, e ampliação na prevalência de equipes que utilizam prontuário eletrônico. Percebeu-se melhoria na capacidade de exercer a função coordenadora nas redes de atenção à saúde, particularmente no que tange à melhoria no ordenamento de fluxos assistenciais, propiciando melhor gestão do cuidado.
2	Tornar-se Mãe e Profissional de Saúde na Pandemia da Covid-19	Transição para a Maternidade; Covid-19; Estudo de Caso; Psicologia Cultural das Dinâmicas Semióticas	A emergência da pandemia da covid-19 produziu uma atmosfera de medo, preocupação e incerteza, pois se apresentou como uma ruptura radical e imprevista do cotidiano. Nesse sentido, foi realizado um estudo de caso de uma mulher sotopolitana que se descobriu grávida durante um dos períodos críticos da pandemia no Brasil, enquanto trabalhava como psicóloga hospitalar na assistência a pacientes e familiares infectados pelo SARS-CoV-2. O artigo teve como objetivo analisar as dinâmicas afetivo-semióticas da transição para maternidade durante a pandemia à luz da Psicologia Cultural das Dinâmicas Semióticas. Foram realizadas três entrevistas com a participante ao longo dos seis últimos meses do ano de 2020. Os dados foram avaliados por meio do método de análise consensual da pesquisa qualitativa (Consensual Qualitative Research). A narrativa da participante evidenciou que o atravessamento da transição para a maternidade na pandemia foi entrelaçado à sua experiência como profissional de saúde diante de um contexto marcado por perdas e sofrimento. O contexto pandêmico intensificou os desafios inerentes à transição para a maternidade e inaugurou novas tensões, principalmente com a ampliação da percepção de vulnerabilidade das gestantes e puérperas, incluídas no grupo de risco associado à covid-19. Assim, a participante precisou lidar com a frustração de muitas expectativas pessoal-coletivas em relação à transição para a maternidade, principalmente quanto à presença física de pessoas importantes. A partir desse cenário ambivalente houve a formação de uma nova hierarquia de signos que promoveu a regulação da experiência da participante, bem como de suas interações sociais.
3	Necropolítica animal: mortandade de animais em situação de rua por ações do Poder Público	Necropolítica; Animais; Poder Público; Vida	Noções teóricas da concepção de necropolítica podem ser aplicadas sob o enfoque dos animais na condição de sujeitos de direitos à vida, cuja dignidade tem sido ameaçada por reiteradas ações do Poder Público que, a pretexto de atender interesses humanos, têm avocado uma autoridade para sacrificar animais em situação de rua apontados como vetores de ameaça à saúde humana local. A partir de um diálogo com as teorias de Necropolítica de Mbembe, Biopoder de Foucault e Homo Sacer de Agamben, este trabalho tem por objetivo descrever como os animais vêm sendo objeto da mesma gravidade de política de morte, exercida pelo soberano do poder estatal, contra os cidadãos de segmentos de vulnerabilidade social. Adotar-se-á a metodologia de pesquisa documental, com técnica de análise de conteúdo, tendo por objetos decisões judiciais, atos administrativos e legislativos, que possuem como mérito a regulação de ações estatais promotoras de sacrifício de animais. Concluir-se-á que o respeito à dignidade da vida deve ser igual a animais e humanos, reprovando-se toda política que vise acarretar-lhes morte.
4	Fronteiras da formação em saúde: notas sobre a potência da vulnerabilidade	Educação; Saúde; Formação; Devir	Este ensaio apresenta uma reflexão de autores implicados no debate da formação profissional em saúde. O texto discute, com referencial pós-estruturalista, as fronteiras da formação como uma abertura às forças do acontecimento, sustentando que a aprendizagem se dá não apenas por linhas institucionais formais, mas na força dos encontros e das derivas. São os fatores de exposição à diferença que dão consistência à figura de uma 'pedagogia' da vulnerabilidade. Colocam-se em questão as amarras das políticas de regulação do ensino da saúde em contraponto com brechas dos processos formativos que ocorrem no cotidiano. O texto aponta a potência de uma proposta de formação em saúde que esteja comprometida ética e politicamente com a vida enquanto devir e acontecimento.

5	Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários	Análise de vulnerabilidade; Legislação como tópico	As minorias encontram-se em uma posição de inferioridade na sociedade e, por isso, são vulneráveis em vários aspectos. Este estudo analisa a vulnerabilidade legislativa e visa categorizar como “fraca” ou “forte” a proteção conferida pela lei às minorias: idoso, deficiente, LGBT, índio, mulher, criança/adolescente e negros. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa documental em que se buscou, em 30 leis federais, dispositivos legais que conferissem proteção às minorias. Em seguida, os artigos foram organizados nas categorias: cível, criminal, administrativo, trabalhista e processual para, posteriormente, serem analisados. Considerou-se a proteção jurídica como “forte” quando houvesse dispositivos legais que contemplassem as cinco categorias, e “fraca”, a que não atendia esse critério. Observou-se que seis grupos possuem uma proteção legislativa “forte”, o que elide a afirmação de que as minorias estão à margem da lei. A exceção é o grupo LGBT, cujo amparo legal é “fraco” Ademais, consagrar direitos por meio de leis reforça os canais institucionais para que as minorias exijam seus direitos. Por fim, observou-se que o amparo legislativo conferido às minorias não é homogêneo e sim é discriminatório, além de existir uma interferência do grupo majoritário na regulação dos direitos dos grupos vulneráveis.
6	Publicidade de alimentos para crianças e adolescentes: desvelar da perspectiva ética no discurso da autorregulamentação	Publicidade de alimentos; Crianças; Discurso; Vulnerabilidade; Ética	Um dos públicos de maior interesse para a publicidade de alimentos é o infantil. A regulação da publicidade de alimentos tem papel estratégico na proteção à saúde. O objetivo da pesquisa foi caracterizar a perspectiva ética presente no discurso contrário à regulação pelo Estado, com fins de compreender o contexto de produção e o modo como o discurso gera sentidos. A metodologia adotada foi qualitativa, com análise documental e utilização de conceitos e procedimentos da Análise de Discurso. As lentes que pautaram a análise e a discussão foram o pensamento de Hans Jonas e seu Princípio Responsabilidade e, de Garrafa e Porto, a Bioética de Intervenção. A análise do discurso da autorregulamentação caracterizou uma perspectiva ética em que predominam relações de consumo sobre a vulnerabilidade de crianças e adolescentes. É constante o excesso de retórica e recursos de naturalização, inverossimilidade, dissimulação ideológica e eufemização. Estão presentes o apagamento de conflitos sociais e a desvalorização de perspectivas históricas. O discurso não se alinha ao princípio responsabilidade de Jonas nem aos princípios da bioética de intervenção. A argumentação apresenta duplo paradoxo, pois a origem empresarial apaga sua raiz competitiva e se metamorfoseia em discurso ético.
7	Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro	Aborto Induzido; Instituições de Assistência Ambulatorial; Direitos Reprodutivos; Identidade de Gênero	Baseado numa investigação qualitativa desenvolvida em 2012, o artigo analisa experiências de abortos provocados de pessoas de estratos sociais médios realizados em clínicas privadas. Foram narradas 34 histórias de gravidezes interrompidas em clínicas por 19 mulheres e cinco homens, residentes em duas capitais do Nordeste brasileiro. Uma análise temática revela que existem diferentes tipos de clínicas e de atendimento prestados pelos médicos. O artigo mostra que a realização de um aborto em uma clínica privada não é garantia de um atendimento humanizado e seguro. As narrativas fornecem descrições de diversas situações e práticas, desde aquelas com algumas falhas, como a falta de informações sobre os medicamentos, até outras com abusos graves, como procedimentos realizados sem anestesia. Assim, conclui-se que a ilegalidade da prática do aborto, no Brasil, permite que as clínicas funcionem sem qualquer tipo de regulação do Estado, não impedindo que as mulheres realizem abortos, mas as expondo a situações de total vulnerabilidade e de violação dos direitos humanos.
8	Pagamento por serviços ambientais contribuindo para a saúde ambiental, uma análise em nível local	Pagamento por serviços ambientais; Saúde ambiental; Nível local	O presente artigo tem como objetivo propor que os mecanismos de pagamentos por serviços ambientais sejam utilizados como uma contribuição para a melhoria da saúde ambiental, partindo do nível local e discutindo a relação entre as mudanças trazidas por esses mecanismos e a melhoria da saúde ambiental. O campo de estudo foi o município de Rio Grande da Serra (SP), com 100% de seu território em área de proteção de mananciais, com população em alta vulnerabilidade social e localizado na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Foi conduzido em três fases: i) revisão da literatura; ii) coleta de dados; e iii) análise do conjunto. As informações relativas à saúde ambiental do município foram disponibilizadas por parte da prefeitura municipal de Rio Grande da Serra e coletadas junto à Cetesb, IBGE e Datasus, sendo posteriormente analisadas para a obtenção de um grupo de serviços ambientais com capacidade de contribuir para a melhoria da saúde ambiental em nível local. Concluiu-se que os serviços ambientais com maior capacidade de melhoria nessa área são a regulação climática, seguida por controle de erosão e retenção de sedimentos, provisionamento de água e benefícios culturais e recreacionais.

9	Inter-relações ambiente e saúde no uso de poços oficiais para consumo humano em áreas de contaminação dos recursos hídricos subterrâneos	Regulação Governamental; Sistema Único de Saúde; Poços Artesianos; Poluentes do Solo	O presente artigo aborda o uso de fontes alternativas de abastecimento no município de São Paulo, com objetivo de analisar como a desregulamentação do setor poderá oferecer riscos à saúde da população, avaliar custos incorridos no saneamento nessas áreas e estimar custos que possam ocorrer no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi feita revisão bibliográfica e projeção econométrica do impacto das doenças de veiculação hídrica no orçamento do SUS. Resultados demonstraram que, para cada 1.000 m3 de outorga concedida, serão 3.320 usuários em situação de vulnerabilidade, cujos subsídios foram sonegados, gerando custo social, déficit na universalização do saneamento e necessidade de criação de 180 leitos no SUS.
10	A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro	Estratégia de Saúde da Família; Planejamento em Saúde; Comunicação em Saúde; Atenção Primária em Saúde	As atribuições das equipes de Saúde da Família incluem a elaboração de um plano local, com participação da comunidade, considerando as peculiaridades e necessidades de saúde em cada território. Através de um estudo de caso com abordagem qualitativa, analisou-se o processo de planejamento local em três equipes, situadas em diferentes áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. A seleção priorizou maior tempo de implantação e de estabilidade na composição das equipes, considerando a probabilidade de maior integração interna e junto a seus territórios. Participaram todos os profissionais das equipes e seus supervisores regionais. Os dados foram coletados através de observação direta das reuniões das equipes e entrevistas semiestruturadas. Optou-se pela análise de conteúdo com abordagem temática, utilizando as categorias teóricas de risco, vulnerabilidade e planejamento participativo. Os resultados mostraram um processo de planejamento local ainda incipiente, sem definição clara de metas comuns, subutilização de critérios e instrumentos preconizados, tendência normativa e focado em aspectos biológicos. Entre as sugestões para fazer avançar o planejamento, destacaram-se adequação do espaço físico nas unidades de saúde, estabilidade no fornecimento de insumos, regulação da rede de serviços, inclusão de um profissional administrativo em cada unidade de saúde e ações de educação permanente. Entende-se que a formulação e implementação de metodologias e instrumentos básicos capazes de traduzir as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e se adequar às peculiaridades de cada território, junto ao fortalecimento de uma cultura de planejamento participativo, se mostram fundamentais para a integração e qualificação do trabalho nessas equipes.
11	Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco	Dor; Nascimento Prematuro; eatividade-estabilidade; Temperamento	Os recém-nascidos pré-termo são expostos a experiências dolorosas inevitáveis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Apesar de sua imaturidade biológica, esses podem tanto perceber quanto reagir à dor. A exposição repetida à dor exerce impacto negativo no desenvolvimento e pode aumentar a vulnerabilidade dos bebês, dificultando os processos autorregulatórios. A reatividade biocomportamental à dor é um indicador de autorregulação e associa-se ao temperamento da criança. Esses bebês necessitam de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor. Além disso, devem ter um contexto de interações sincrônicas com os pais, adaptadas às suas características de temperamento. Os profissionais de saúde podem atuar como suporte de regulação externa para esses bebês promovendo alívio da dor e prevenindo problemas de desenvolvimento.

13.2. Ao buscar artigos em português no Portal de Periódicos da Capes com as palavras-chave: vulnerabilidade E saúde E regulação foram encontrados 35 artigos do período de 2011 a 2024.

	Título	Palavras-chave	Resumo
1	Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários	Análise de vulnerabilidade; Legislação como tópico	As minorias encontram-se em uma posição de inferioridade na sociedade e, por isso, são vulneráveis em vários aspectos. Este estudo analisa a vulnerabilidade legislativa e visa categorizar como “fraca” ou “forte” a proteção conferida pela lei às minorias: idoso, deficiente, LGBT, índio, mulher, criança/adolescente e negros. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa documental em que se buscou, em 30 leis federais, dispositivos legais que conferissem proteção às minorias. Em seguida, os artigos foram organizados nas categorias: cível, criminal, administrativo, trabalhista e processual para, posteriormente, serem analisados. Considerou-se a proteção jurídica como “forte” quando houvesse dispositivos legais que contemplassem as cinco categorias, e “fraca”, a que não atendia esse critério. Observou-se que seis grupos possuem uma proteção legislativa “forte”, o que elide a afirmação de que as minorias estão à margem da lei. A exceção é o grupo LGBT, cujo amparo legal é “fraco” Ademais, consagrar direitos por meio de leis reforça os canais institucionais para que as minorias exijam seus direitos. Por fim, observou-se que o amparo legislativo conferido às minorias não é homogêneo e sim é discriminatório, além de existir uma interferência do grupo majoritário na regulação dos direitos dos grupos vulneráveis.

2	Fronteiras da formação em saúde: notas sobre a potência da vulnerabilidade	Educação; Saúde; Formação; Devir	Este ensaio apresenta uma reflexão de autores implicados no debate da formação profissional em saúde. O texto discute, com referencial pós-estruturalista, as fronteiras da formação como uma abertura às forças do acontecimento, sustentando que a aprendizagem se dá não apenas por linhas institucionais formais, mas na força dos encontros e das derivas. São os fatores de exposição à diferença que dão consistência à figura de uma 'pedagogia' da vulnerabilidade. Colocam-se em questão as amarras das políticas de regulação do ensino da saúde em contraponto com brechas dos processos formativos que ocorrem no cotidiano. O texto aponta a potência de uma proposta de formação em saúde que esteja comprometida ética e politicamente com a vida enquanto devir e acontecimento.
3	Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro	Aborto Induzido; Instituições de Assistência Ambulatorial; Direitos Reprodutivos; Identidade de Gênero	Baseado numa investigação qualitativa desenvolvida em 2012, o artigo analisa experiências de abortos provocados de pessoas de estratos sociais médios realizados em clínicas privadas. Foram narradas 34 histórias de gravidezes interrompidas em clínicas por 19 mulheres e cinco homens, residentes em duas capitais do Nordeste brasileiro. Uma análise temática revela que existem diferentes tipos de clínicas e de atendimento prestados pelos médicos. O artigo mostra que a realização de um aborto em uma clínica privada não é garantia de um atendimento humanizado e seguro. As narrativas fornecem descrições de diversas situações e práticas, desde aquelas com algumas falhas, como a falta de informações sobre os medicamentos, até outras com abusos graves, como procedimentos realizados sem anestesia. Assim, conclui-se que a ilegalidade da prática do aborto, no Brasil, permite que as clínicas funcionem sem qualquer tipo de regulação do Estado, não impedindo que as mulheres realizem abortos, mas as expondo a situações de total vulnerabilidade e de violação dos direitos humanos.
4	A REGULAÇÃO DA PUBLICIDADE DE ALIMENTOS E BEBIDAS NÃO ALCOÓLICAS PARA CRIANÇAS NO BRASIL	Alimentos, Bebidas Não Alcoólicas, Criança, Publicidade Infantil, Regulação.	O presente artigo tem como objeto a compreensão da regulação da publicidade infantil de alimentos e bebidas não alcoólicas no Brasil. Entende-se que essa discussão deve ser contextualizada no âmbito mais abrangente do direcionamento de publicidade de qualquer produto, serviço ou marca ao público menor de 12 anos de idade, tendo em vista que a publicidade de alimentos e bebidas é uma espécie de prática comercial considerada abusiva e, portanto, ilegal pelas normas brasileiras e por recomendações de organismos internacionais. A publicidade, ao se dirigir diretamente à criança, utiliza-se de sua hipervulnerabilidade, em função de seu desenvolvimento inconcluso, para persuadi-la ao consumo, violando direitos assegurados pela legislação, como o direito ao respeito que compreende a inviolabilidade física, psíquica e moral. Especificamente, a publicidade infantil de produtos alimentícios e bebidas não alcoólicas com baixos valores nutricionais, além de se utilizar da vulnerabilidade infantil, impacta diretamente o aumento das taxas de obesidade e sobrepeso infantis, tornando-se, assim, um problema de saúde pública importante a ser regulado. No Brasil, a regulação dessa atividade comercial ocorre dentro do contexto amplo da restrição do direcionamento da comunicação mercadológica às crianças, a qual vem sendo discutida intensamente em diversos âmbitos do Estado, inclusive por meio de ações judiciais que geraram histórico precedente no Superior Tribunal de Justiça, considerando abusiva e ilegal tal prática.
5	Reflexos da perda do controle estatal sobre os agrotóxicos no Brasil e sua regulação pelo mercado	agrotóxicos, neodesenvolvimentismo, reprimarização, regulação, flexibilização	Nos últimos anos, o Brasil tem se revelado um dos maiores produtores de commodities agrícolas como soja, milho e açúcar. Este modelo depende do uso de insumos químicos, tornando o país um dos maiores consumidores de agrotóxicos do mundo. A expansão das commodities agrícolas e, conseqüentemente, do uso de agrotóxicos, se dá em função do neodesenvolvimentismo que orienta a reprimarização da economia brasileira, ocorrida no âmbito das políticas neoliberais. O presente artigo fundamenta-se em trabalho que objetiva evidenciar a perda da função reguladora do Estado no que se refere ao registro de agrotóxicos no Brasil diante da reprimarização econômica. A lógica capitalista de rentabilidade busca substituir o Estado pelo mercado como forma de socialização e enquanto mecanismo regulatório. Em meio à expansão do agronegócio, a flexibilização da função regulatória estatal tende a desproteger a população dos efeitos nocivos dos agrotóxicos, principalmente seus segmentos de maior vulnerabilidade como trabalhadores e moradores de áreas rurais.

6	Distribuição do Profissional Médico na Macrorregião Norte do Paraná: Inequidade entre os Municípios de Diferentes Portes Populacionais	Serviços Básicos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Recursos Humanos; Médicos	A inadequada distribuição do profissional médico nas diferentes localidades do território nacional ocorre de várias formas: entre as regiões do País; entre capital e interior; entre áreas urbanas e rurais; entre áreas centrais e periféricas das regiões metropolitanas e entre assistência pública e privada. Desse modo, mesmo que se apresente uma relação medico/habitante adequada, a distribuição desses profissionais tende a se concentrar em determinadas áreas. Com o objetivo de analisar a distribuição dos médicos nos 97 municípios que compõem a macrorregião norte do Paraná, realizou-se estudo exploratório, descritivo, com base em dados secundários – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – acessados em outubro e novembro de 2014. Os resultados indicam uma distribuição desigual da população e dos médicos entre os 97 municípios da macrorregião. Os três municípios maiores abrangem 39,3% da população e 56,1% dos médicos, enquanto nos outros 94 municípios em que residem 60,7% da população atuam 43,9% dos médicos. Porém, a distribuição dos profissionais que fazem parte do Programa Mais Médicos ocorre de forma inversa, ou seja, metade desses médicos atua nos pequenos municípios em que reside aproximadamente um terço da população, o que demonstra que a distribuição destes profissionais contribui para melhorar o índice de médicos nos pequenos municípios. O enfrentamento das desigualdades na distribuição dos médicos nas diferentes regiões do País é complexo, não havendo soluções únicas e isoladas, sendo necessárias intervenções que articulem a gestão federal, estadual e municipal, estratégias de financiamento, formação dos profissionais de saúde e a regulação da formação e do processo de trabalho em saúde, políticas que fortaleçam as vulnerabilidades dos municípios menores. Investir na redução dessa desigualdade torna-se fundamental para a garantia da integralidade da atenção, sobretudo em localidades de difícil acesso, para assegurar o direito à saúde, especialmente em relação à carência de profissionais no âmbito do SUS.
7	Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e Habilidades Sociais de adolescentes	Adolescência, Vulnerabilidade, Fatores de risco, Habilidades Sociais, Região de fronteira.	Introdução: A vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira tem recebido destaque em pesquisas na área de educação e saúde pública, auxiliando na identificação e influências na alteração de comportamentos e relacionamentos nessa faixa etária, campo que as habilidades sociais tem demonstrado evidências no enfrentamento dessa problemática. O estudo buscou analisar a associação da vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e as habilidades sociais de adolescentes, a fim de fundamentar futuras estratégias de prevenção e promoção de saúde. Métodos: Estudo de coorte transversal realizado com 722 adolescentes matriculados em escolas públicas na cidade de Foz do Iguaçu. A relação da vulnerabilidade com as Habilidades Sociais foi analisada no grupo geral e estratificada por gênero. O Teste Chi-quadrado e a Regressão Logística Binomial foram usados. Resultados: Demonstrou-se uma associação entre fatores de risco em saúde e as habilidades sociais de adolescentes, sendo relevantes: 1) O consumo de álcool, sentimento de solidão e envolvimento em brigas com o auto-controle; 2) Indicadores mais amplos de saúde sexual com as habilidades sociais; 3) O bullying, regulação parental com a empatia, e por fim 4) A atividade física, regulação parental com a desenvoltura social. Conclusões: O estudo demonstra a associação entre o repertório de habilidades sociais e a vulnerabilidade em saúde de adolescentes em região de fronteira, apontando evidências de programas para instrumentalizar futuras pesquisas, sendo assim o estudo indica: (i) Considerar a caracterização da vulnerabilidade em saúde apresentada neste estudo na região de fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina e a influência no repertório de habilidades sociais de adolescentes; (ii) Conduzir futuras pesquisas e intervenções em habilidades sociais considerando as intervenções e tecnologias que apresentam melhor evidência científica.

8	Transmissão vertical do HIV na rede de saúde: reflexões bioéticas sobre gênero e cuidado a partir de um caso emblemático	Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas; HIV; Bioética; Mulheres; Interseccionalidade	Num cenário epidêmico ainda preocupante, a prevenção da Transmissão Vertical (TV) do HIV impõe problemas complexos, devido as vulnerabilidades individual, social e moral das mulheres vivendo com o vírus, somadas às fragilidades da rede de saúde. A partir de um caso emblemático, este estudo buscou compreender os desafios bioéticos do cuidado para a prevenção da TV do HIV no âmbito do Comitê de Porto Alegre/RS. Os eixos analíticos desenvolvidos refletem sobre como a produção do cuidado se articula, por um lado, com discursos e práticas relacionais pautadas no gênero e interseccionadas por raça e classe social e, por outro, com vulnerabilidades programáticas das políticas de saúde. Vislumbrou-se um processo de extrema estigmatização, em que as poucas ofertas para as mulheres cisgênero se dirigiam à regulação reprodutiva e perpetuavam dinâmicas de violência estrutural. Discute-se caminhos para a construção de um cuidado que incorpore a perspectiva decolonial e busque produzir equidade e justiça social ao reconhecer as trajetórias das mulheres.
9	ANÁLISE DA VULNERABILIDADE DOS SERVIÇOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO-ACRE APLICADA AO MODELO DE REGULAÇÃO SUNSHINE	Abastecimento de água, 4 Avaliação de Desempenho, Metodologia ACERTAR, Projeto Regulasan, Universalização do saneamento básico	Resumo estruturado – Objetivo: avaliar o desempenho e a vulnerabilidade dos serviços de água e esgoto no município de Rio Branco, Acre, no período de 2018 a 2019, aplicados ao modelo Sunshine. Referencial teórico: A realidade do saneamento básico no Brasil é marcada por desigualdades regionais e sociais na prestação dos serviços de abastecimento de água potável e sistema de esgoto. A fim de melhorar o acesso aos serviços de Saneamento Básico no Brasil, foi estabelecido o Novo Marco Regulatório, sancionado pela Lei nº 14.026/2020, atualizando a Lei Federal. A cidade de Rio Branco é marcada por um forte processo de diversificação da produção rural e de infraestrutura urbana marcando, fortemente, a dinâmica de implementação dos serviços de saneamento na cidade. Método: Foram utilizadas informações do primeiro ciclo de auditoria, conforme metodologia ACERTAR, dos serviços prestados pelo então Departamento Estadual de Água e Saneamento do Acre - DEPASA. A avaliação ocorreu com base nos indicadores de desempenho, em suas dimensões de acesso, eficiência e qualidade. Resultados e conclusão: As informações obtidas através dos indicadores analisados revelaram que a prestação dos serviços de água e esgoto em todas as dimensões avaliadas é insatisfatória, muito aquém do que se pretende para a universalização dos serviços, necessitando de um aperfeiçoamento no que tange aos mecanismos e procedimentos de avaliação e monitoramento dos serviços prestados.
10	COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS NO CIRCUITO INFERIOR DA ECONOMIA URBANA: A VENDA NA RUA	América Latina, Política econômica, Política social.	Uma das atividades de comércio informal mais comum entre as populações de menor poder aquisitivo na América Latina é a venda de alimentos na rua. Além do entendimento de ser este um ofício garantidor da sobrevivência, enquanto parte integrante do circuito inferior da economia urbana, tal atividade apresenta perigos latentes para a saúde pública no que se referem tanto à procedência das matérias-primas quanto às práticas higiênicas das preparações que se comercializam. Associado a isso, existem preocupações sociais relacionadas aos temas subemprego, oportunidades de capacitação, vulnerabilidade social e ocupação do espaço público. Bogotá e São Paulo apresentam contrastes sociais que precisam de ações políticas que devem ir além da regulação e considerar os determinantes em saúde, ao incluir ações sociais efetivas.

11	Qualidade de vida e espiritualidade dos cuidadores informais de pacientes oncológicos: uma revisão narrativa	Qualidade de vida, Espiritualidade, Oncologia.	Objetivo: Analisar as condições que interferem na qualidade de vida dos cuidadores de pacientes oncológicos e a influência da espiritualidade nesse contexto. Revisão bibliográfica: Ao desempenhar o cuidado, o indivíduo se disponibiliza a atuar além da demanda física do paciente, de maneira a acolher e entender as particularidades, limitações e necessidades do outro, fornecendo inclusive, carinho, atenção e empatia. A sobrecarga de cada cuidador pode variar, de acordo com o estágio da doença ou com os aspectos ligados ao estado do paciente. As práticas diárias espirituais, auxiliam os cuidadores a enfrentar e aceitar a doença do familiar doente, além de permitir também uma postura mais positiva por parte do doente, ajudando na regulação de emoções negativas. A manutenção da saúde do cuidador informal é essencial para a prática saudável do ofício. Quando ocorre o reconhecimento dos fatores que levam a vulnerabilidades e proteção do cuidador informal principal do paciente com câncer, há a possibilidade de melhora da qualidade de vida do mesmo. Considerações finais: Ao ressaltar o cuidador como elemento que necessita de atenção, podemos prevenir o seu adoecimento e garantir a continuidade da realização dos cuidados ao familiar dependente.
12	A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro	Estratégia de Saúde da Família; Planejamento em Saúde; Comunicação em Saúde; Atenção Primária em Saúde	As atribuições das equipes de Saúde da Família incluem a elaboração de um plano local, com participação da comunidade, considerando as peculiaridades e necessidades de saúde em cada território. Através de um estudo de caso com abordagem qualitativa, analisou-se o processo de planejamento local em três equipes, situadas em diferentes áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. A seleção priorizou maior tempo de implantação e de estabilidade na composição das equipes, considerando a probabilidade de maior integração interna e junto a seus territórios. Participaram todos os profissionais das equipes e seus supervisores regionais. Os dados foram coletados através de observação direta das reuniões das equipes e entrevistas semiestruturadas. Optou-se pela análise de conteúdo com abordagem temática, utilizando as categorias teóricas de risco, vulnerabilidade e planejamento participativo. Os resultados mostraram um processo de planejamento local ainda incipiente, sem definição clara de metas comuns, subutilização de critérios e instrumentos preconizados, tendência normativa e focado em aspectos biológicos. Entre as sugestões para fazer avançar o planejamento, destacaram-se adequação do espaço físico nas unidades de saúde, estabilidade no fornecimento de insumos, regulação da rede de serviços, inclusão de um profissional administrativo em cada unidade de saúde e ações de educação permanente. Entende-se que a formulação e implementação de metodologias e instrumentos básicos capazes de traduzir as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e se adequar às peculiaridades de cada território, junto ao fortalecimento de uma cultura de planejamento participativo, se mostram fundamentais para a integração e qualificação do trabalho nessas equipes.
13	A PRÁTICA DA HIDROGINÁSTICA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR	Promoção da Saúde, Exercício físico, Saúde Pública	Descrever a prática da hidroginástica como ferramenta de promoção da saúde cardiovascular. Relato de experiência sobre o projeto que surgiu em dezembro de 2021. A prática é realizada por mulheres, no rio Jaguaribe, em Tabuleiro do Norte, duas vezes por semana, tendo início às 04h30, contemplando 60 alunas, com duração de 45 minutos. A intensidade dos exercícios é prescrita por meio da Escala de Percepção de Esforço de Borg (6-20). Dentre os benefícios da atividade para as participantes, pode-se citar a melhoria na circulação do sangue e da capacidade cardiorrespiratória, aumento da flexibilidade, relaxamento, tonificação muscular, aumento da resistência física, regulação da pressão arterial e controle do peso. O projeto trouxe a oportunidade para uma comunidade com vulnerabilidade social realizar atividade física, com acompanhamento profissional qualificado, localizado nas proximidades das suas casas. Envolve custos mínimos, sendo o ponto forte a mobilização social.

14	QUALIDADE DE VIDA E REGULAÇÃO EMOCIONAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO ENFRENTAMENTO À COVID-19	COVID-19, Profissionais de saúde, Regulação emocional	INTRODUÇÃO: no cenário de emergência na saúde gerada pela pandemia da COVID-19, profissionais da saúde atuam em contextos expostos não só às vulnerabilidades físicas e biológicas, mas também psicológicas, que decorrem da alta intensidade emocional que tais ambientes exercem, levando a preocupações sobre seus impactos na qualidade de vida. OBJETIVO: analisar os efeitos das estratégias de regulação emocional na qualidade de vida de profissionais que atuam ou atuaram na linha de frente no combate à pandemia da COVID-19. MÉTODO: a amostra foi composta por 136 profissionais das mais diversas áreas saúde recrutados entre 2020 a 2022. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa, foram incluídos aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo utilizados um formulário on-line para coleta de dados com os instrumentos: questionário sociodemográfico; Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS-16); e Questionário de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF). RESULTADOS: foram aplicadas estatísticas paramétricas correlacionais, do tipo r de Pearson, obtendo-se correlações negativas significativas ($p < 0,05$) entre DERS-16 e WHOQOL-BREF, demonstrando relações entre estratégias de regulação emocional e qualidade de vida, explicitando que quanto maior a adoção de estratégia desadaptativas de regulação emocional, mais baixa poderá ser a qualidade de vida relatada. DISCUSSÃO: os achados refletem que o repertório de regulação emocional poderá indicar os impactos nos domínios da qualidade de vida, discute-se ainda sobre as condições de trabalho a qual esses profissionais são submetidos. CONCLUSÃO: é necessário o desenvolvimento de estratégias e políticas de prevenção quinquenária, que visem melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida de profissionais de saúde que são expostos a cenários extenuantes, também ofertar intervenções psicológicas para o grupo, com vista a propiciar a desregulação emocional e sua correlação negativa com a qualidade de vida.
15	O que Significa o Desmonte? Desmonte Do que e Para Quem?	Desmonte; Políticas públicas; Necropolítica; SUS; SUAS	O artigo tem como objetivo discutir o desmantelamento das políticas públicas, em específico, das políticas de saúde e da assistência social. A discussão situa-se no campo da Psicologia Social e inspira-se no pós-estruturalismo para análise desta problemática, tendo como questionamento norteador como se constitui o desmonte, considerando-o como processo dinâmico e inerente à produção das políticas. Por meio do método cartográfico, foi possível percorrer materialidades que emergem como pistas para compreender tal processo. Entende-se que há uma tensão na própria construção dessas políticas, com o intuito de substituir modelos anteriores que não se extinguem pela incorporação do SUS e do SUAS à Constituição. Esta se caracteriza pelo esvaziamento de conceitos norteadores das políticas, como as noções de território e vulnerabilidade. Esse esvaziamento potencializa a emergência de uma nova lógica de governo dentro das políticas públicas, não somente por via da regulação, normatização das condutas e criminalização de certa categoria da população, mas também por uma necropolítica, que visa a colocar no jogo democrático uma política de morte.
16	Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem	Serviços de saúde; Serviços médicos de emergência; Risco; Enfermagem em emergência; Promoção da saúde	O artigo faz um recorte na análise realizada em um estudo qualitativo, desenvolvido em 2009, cujo objetivo foi investigar a demanda de pedidos de socorro ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Porto Alegre (SAMU), por ele classificada como não pertinente. As informações foram obtidas em 16 entrevistas semiestruturadas, realizadas com os solicitantes desta demanda, utilizando-se, como orientação metodológica, a Teoria Fundamentada nos Dados. O artigo aborda o conteúdo da subcategoria "Entrando em conflito com a regulação do SAMU na avaliação do risco de vida", enfocando as divergências entre a regulação e a percepção dos usuários sobre o funcionamento do serviço e significado de "risco de vida", fatores implicados na construção da demanda não pertinente. A importância da Enfermagem, neste cenário, está na sua competência para realizar ações de educação em primeiros socorros e para participar de projetos intersetoriais capazes de intervir em situações geradoras de vulnerabilidade.

17	Flexibilização da regulação de agrotóxicos enquanto oportunidade para a (necro)política brasileira: avanços do agronegócio e retrocessos para a saúde e o ambiente	agrotóxicos, regulamentação governamental, biopoder, necropolítica, intoxicações	O modelo químico-dependente imposto pelo agronegócio expõe a sociedade brasileira a agrotóxicos associados a graves danos à saúde humana e ao ambiente. O avanço da pauta neoliberal no governo agravou o cenário de exposição a essas substâncias em decorrência do desmonte das políticas públicas que criam mecanismos de proteção. Neste sentido, este artigo coloca em foco a flexibilização de regras e normas de regulação de agrotóxicos no Brasil entre os anos de 2019 e 2020. Trata-se de um estudo descritivo e transversal que analisou normas, decisões judiciais e relatórios técnicos publicados no âmbito da União entre janeiro de 2019 e janeiro de 2021, mas com efeitos jurídicos retroativos até dezembro de 2020. Observou-se a liberação de um número recorde de agrotóxicos e a flexibilização de normativas que regulam o registro e o uso dessas substâncias no país, cujos impactos costumam atingir mais intensamente grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade. Argumenta-se que a associação entre o agronegócio e o aprofundamento de vulnerabilidades tem sido mediada por práticas de biopoder voltadas para atender aos interesses do capital financeiro, que determinam sobre quem deve recair os custos do modo capitalista de produção. Este cenário foi agravado com o avanço da pandemia do Covid-19 no país, configurando a necropolítica governamental, que se traduz em uma estratégia de eliminação de povos e comunidades tradicionais, negros, pobres e camponeses.
18	Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco	Dor; Nascimento Prematuro; eatividade-estabilidade; Temperamento	Os recém-nascidos pré-termo são expostos a experiências dolorosas inevitáveis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Apesar de sua imaturidade biológica, esses podem tanto perceber quanto reagir à dor. A exposição repetida à dor exerce impacto negativo no desenvolvimento e pode aumentar a vulnerabilidade dos bebês, dificultando os processos autorregulatórios. A reatividade biocomportamental à dor é um indicador de autorregulação e associa-se ao temperamento da criança. Esses bebês necessitam de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor. Além disso, devem ter um contexto de interações sincrônicas com os pais, adaptadas às suas características de temperamento. Os profissionais de saúde podem atuar como suporte de regulação externa para esses bebês promovendo alívio da dor e prevenindo problemas de desenvolvimento.
19	Regulação e hidropolítica na fronteira Brasil-Paraguai	recursos hídricos transfronteiriços, gestão hídrica partilhada, hidropolítica	As relações entre Brasil e Paraguai são dotadas de particularidades históricas, sociais, culturais, políticas e econômicas que resultaram em situações de cooperação e conflito no decorrer dos anos. A proximidade geográfica desses países impõe interdependência e vulnerabilidades, exigindo interações cotidianas, como é o caso do uso compartilhado dos recursos hídricos transfronteiriços. Diante disso, o principal objetivo deste artigo é traçar um panorama acerca do gerenciamento político das águas transfronteiriças no Brasil e no Paraguai. A principal conclusão é de que existem fragilidades nas relações entre os países, que quando somadas à interdependência hidrológica e a importância dos recursos hídricos na atual conjuntura ambiental, tornam o futuro do cenário hidropolítico vulnerável e instável, especialmente nessa fronteira internacional.
20	Necropolítica animal: mortandade de animais em situação de rua por ações do Poder Público	Necropolítica, Animais, Poder Público, Vida	Noções teóricas da concepção de necropolítica podem ser aplicadas sob o enfoque dos animais na condição de sujeitos de direitos à vida, cuja dignidade tem sido ameaçada por reiteradas ações do Poder Público que, a pretexto de atender interesses humanos, têm avocado uma autoridade para sacrificar animais em situação de rua apontados como vetores de ameaça à saúde humana local. A partir de um diálogo com as teorias de Necropolítica de Mbembe, Biopoder de Foucault e Homo Sacer de Agamben, este trabalho tem por objetivo descrever como os animais vêm sendo objeto da mesma gravidade de política de morte, exercida pelo soberano do poder estatal, contra os cidadãos de segmentos de vulnerabilidade social. Adotar-se-á a metodologia de pesquisa documental, com técnica de análise de conteúdo, tendo por objetos decisões judiciais, atos administrativos e legislativos, que possuem como mérito a regulação de ações estatais promotoras de sacrifício de animais. Concluir-se-á que o respeito à dignidade da vida deve ser igual a animais e humanos, reprovando-se toda política que vise acarretar-lhes morte.

21	Pagamento por serviços ambientais contribuindo para a saúde ambiental, uma análise em nível local	Pagamento por serviços ambientais; Saúde ambiental; Nível local	O presente artigo tem como objetivo propor que os mecanismos de pagamentos por serviços ambientais sejam utilizados como uma contribuição para a melhoria da saúde ambiental, partindo do nível local e discutindo a relação entre as mudanças trazidas por esses mecanismos e a melhoria da saúde ambiental. O campo de estudo foi o município de Rio Grande da Serra (SP), com 100% de seu território em área de proteção de mananciais, com população em alta vulnerabilidade social e localizado na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Foi conduzido em três fases: i) revisão da literatura; ii) coleta de dados; e iii) análise do conjunto. As informações relativas à saúde ambiental do município foram disponibilizadas por parte da prefeitura municipal de Rio Grande da Serra e coletadas junto à Cetesb, IBGE e Datasus, sendo posteriormente analisadas para a obtenção de um grupo de serviços ambientais com capacidade de contribuir para a melhoria da saúde ambiental em nível local. Concluiu-se que os serviços ambientais com maior capacidade de melhoria nessa área são a regulação climática, seguida por controle de erosão e retenção de sedimentos, provisionamento de água e benefícios culturais e recreacionais.
22	A privacidade do consumidor digital escancarada pelos portais de notícias: como a permissão involuntária ao acesso de dados pessoais desafia a eficácia da Lei Geral de Proteção de Dados	direito do consumidor digital, dados pessoais, crise pandêmica	A vulnerabilidade do consumidor digital é explorada pelas empresas ao imporem termos de uso e cookies em troca do fornecimento de informações essenciais em tempos de pandemia, como notícias de saúde, política e economia. O artigo tem como objetivo geral a análise, por meio do método hipotético-dedutivo e pesquisa teórico-bibliográfica, de natureza transdisciplinar, do impacto da pandemia de Covid-19 no direito fundamental de proteção dos dados dos consumidores digitais no Brasil, focando especialmente no consumo de informações de grandes portais de notícias e na tutela desse direito pelo Estado brasileiro, de viés neoliberal, e como objetivo específico o estudo da possibilidade de agravamento dos riscos quanto ao uso indiscriminado de suas informações sensíveis, bem como pela insuficiente regulação estatal das plataformas eletrônicas, por meio do teste da hipótese de que as plataformas de notícias se apropriam forçadamente dos dados pessoais dos consumidores, ainda mais vulneráveis durante a pandemia de Covid-19. O artigo conclui pelo reconhecimento de uma vulnerabilidade algorítmica do consumidor, bem como pela necessidade de um diálogo de fontes entre a Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e 13.809/18 (Lei Geral de Proteção de Dados), sobretudo no âmbito da criação de uma Política Nacional de Dados, através da qual o Estado desempenharia uma importante função reguladora.
23	Tornar-se Mãe e Profissional de Saúde na Pandemia da Covid-19	Transição para a Maternidade; Covid-19; Estudo de Caso; Psicologia Cultural das Dinâmicas Semióticas	A emergência da pandemia da covid-19 produziu uma atmosfera de medo, preocupação e incerteza, pois se apresentou como uma ruptura radical e imprevista do cotidiano. Nesse sentido, foi realizado um estudo de caso de uma mulher soteroopolitana que se descobriu grávida durante um dos períodos críticos da pandemia no Brasil, enquanto trabalhava como psicóloga hospitalar na assistência a pacientes e familiares infectados pelo SARS-CoV-2. O artigo teve como objetivo analisar as dinâmicas afetivo-semióticas da transição para maternidade durante a pandemia à luz da Psicologia Cultural das Dinâmicas Semióticas. Foram realizadas três entrevistas com a participante ao longo dos seis últimos meses do ano de 2020. Os dados foram avaliados por meio do método de análise consensual da pesquisa qualitativa (Consensual Qualitative Research). A narrativa da participante evidenciou que o atravessamento da transição para a maternidade na pandemia foi entrelaçado à sua experiência como profissional de saúde diante de um contexto marcado por perdas e sofrimento. O contexto pandêmico intensificou os desafios inerentes à transição para a maternidade e inaugurou novas tensões, principalmente com a ampliação da percepção de vulnerabilidade das gestantes e puérperas, incluídas no grupo de risco associado à covid-19. Assim, a participante precisou lidar com a frustração de muitas expectativas pessoais-coletivas em relação à transição para a maternidade, principalmente quanto à presença física de pessoas importantes. A partir desse cenário ambivalente houve a formação de uma nova hierarquia de signos que promoveu a regulação da experiência da participante, bem como de suas interações sociais.

24	O trabalho precarizado e a sociedade global: uma análise crítica no âmbito do gênero e da migração.	Migração. Gênero. Sociedade Global. Trabalho Precarizado.	CONTEXTO: Observa-se no âmbito da sociedade global grandes dificuldades quanto às oportunidades de emprego no âmbito do gênero e da imigração. A globalização aumentou de forma substancial a mobilidade das forças de trabalho no mundo, o que não significa dizer que a qualidade das ofertas de trabalho aumente na mesma proporção. OBJETIVO: O objetivo desse estudo é compreender as condições dos trabalhadores mais vulneráveis aos processos precarizantes e analisar quem são esses trabalhadores, identificando os grupos e os motivos que os tornam mais vulneráveis, visando assim, ao final identificar possibilidades de atuação para minimizar essa vulnerabilidade. MÉTODO: Como metodologia de pesquisa, foi adotada a abordagem qualitativa do tipo exploratória a partir da descrição das características de um determinado fenômeno a partir de revisão bibliográfica. RELEVÂNCIA/ORIGINALIDADE: Esse estudo pretende demonstrar para a comunidade acadêmica a lacuna ainda vigente em nosso país de estudos sobre a gradativa precarização das atividades dos trabalhadores a partir do avanço do processo de globalização principalmente a precarização do trabalho no âmbito do sexo feminino no contexto da sociedade global e a vulnerabilidade dos trabalhadores e trabalhadoras migrantes. RESULTADOS: A partir dos dados identificados se identifica que com o avanço de políticas neoliberais por meio das novas tecnologias, há profissões mais suscetíveis à precarização do trabalho que por sua própria natureza, não sentem a força da ruptura com o contrato trabalhista, pois eram profissões desde sempre precarizadas, com suportes legislativos inexistentes ou muito fracos. Identifica-se uma sobrecarga que recai sobre o trabalhador, entretanto as mulheres são mais vulneráveis aos processos de precarização, uma vez que ainda se espera que as mulheres arquem com a maior parte do ônus de manutenção da casa, dos filhos e da vida em família de forma geral, dentro dessa estrutura social. Sujeitos a uma precarização extrema, mulheres negras, homens negros, trabalhadores e trabalhadoras migrantes, por suas características que os tornam mais vulneráveis na sociedade, são também mais suscetíveis às relações precarizadas. CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS/METODOLÓGICAS: Os processos globalizatórios privilegiaram o capitalismo excludente, desconsiderando os indivíduos, o que provoca uma inversão de valores na regulação social. O fortalecimento dos direitos humanos e o reconhecimento dos direitos sociais torna-se essencial no processo de repensar e reconstruir o trabalho, adotando para tanto, uma abordagem transnacional que privilegie a adoção de medidas de proteção aos direitos das minorias, não somente no campo do trabalho, como referente às políticas públicas, saúde, educação e seguridade social. CONTRIBUIÇÕES: O presente estudo visa proporcionar a compreensão dos desafios representados pela implementação de um Direito Trabalhista Global Reflexivo e do papel da OIT na promoção dos Direitos Humanos e no combate às desigualdades sociais.
25	Decomposição da proteção laboral e marcador racial.	trabalho, racismo, precarização, informalidade	Este estudo refletiu sobre o fenômeno da decomposição da proteção laboral, processo articulador das tendências de desocupação, informalidade e de precarização, que se manifestam de formas diferenciadas no grupo racial branco e no grupo racial não branco – em especial pretos e pardos –, conforme estatísticas sobre o tema; o que resulta em intensidades e formas diferentes de indignidade laboral. Através de revisão bibliográfica de autores selecionados, foram delimitados os conceitos relacionados ao assalariamento, a informalidade, a desocupação e a precarização, buscando articular o eixo desocupação, informalidade e formalidade; e posteriormente a dualidade formalidade e precarização da formalidade. Assentada esta base conceitual, o estudo se voltou à narrativa das condições históricas dos grupos não brancos e sua assimilação subalternizada ao tecido social brasileiro, especialmente o grupo formado por pretos e pardos; o que possibilitou o debate sobre a vulnerabilidade laboral diferenciada dos grupos não brancos, através da discussão da existência de uma estrutura objetiva de clivagem racial na seara do trabalho, refletida nos dados estatísticos apresentados. Buscou-se ao fim a identificação de uma ocupação preferencial no processo de decomposição da proteção laboral pelo grupo racial não branco, com indicativo de existência de uma demanda específica de regulação do trabalho em face do racismo.

26	Mercado regulado de órgãos: uma possibilidade contra o tráfico?	Mercado regulado de órgãos, Tráfico de órgãos, Comodificação do corpo humano, Bioética, Biodireito	O tráfico de órgãos humanos é uma preocupação global. A principal maneira de combater essa prática tem sido a sua criminalização. Apesar dos esforços jurídicos, o tráfico tem aumentado sua abrangência fomentando um rentável mercado negro que tem como centralidade a exploração de pessoas em situação de vulnerabilidade. A escassez de órgãos aliada à proibição de qualquer mercantilização de partes do corpo humano são fatores primordiais para o crescimento do tráfico. Assim, faz-se necessário investigar a possibilidade de um mercado regulado, lícito e ético de órgãos humanos. Um mercado que aumente a oferta de enxertos disponíveis para transplante e, consequentemente, enfraqueça o tráfico de órgãos. Para tanto, a partir de uma revisão de literatura, serão analisados os principais argumentos morais favoráveis e contrários a esse tipo de mercado. Ainda, serão estudados modelos de regulação propostos, em especial o vigente no Irã. A conclusão indica que um mercado regulado e ético de órgãos pode ser uma alternativa possível para combater o tráfico.
27	Apresentação / Editorial - Vol. 7, n. 15, 2016 - Dossiê "Direito e Gênero"	Apresentação, Direito, Gênero	DOI: 10.12957/dep.2016.25364
28	Direito humano de migrar: uma aproximação à normativa migratória do Brasil	Normas Migratórias, Direito das pessoas refugiadas, Venezuelana/os, Brasil	Este artigo visa analisar as atuais normas que regem as categorias de imigração de refugiados e residentes temporários no Brasil, com o objetivo de avaliar sua abrangência, aplicabilidade e eficácia no tratamento da mobilidade venezuelana. Para obter tal resultado, os autores fundamentaram sua análise dos textos legais, nos documentos oficiais e na reflexão a partir do campo, em que foram realizadas entrevistas com pessoas venezuelanas enquadradas em diferentes categorias migratórias no Brasil, no sentido de se verificar os contrastes em termos de regulação migratória, a incompreensão das distinções relativas às categorias jurídicas no cotidiano desses indivíduos e as dificuldades no processo de regularização ou mudança de enquadramento migratório. Para tanto, parte-se de conceitos e teorias que se desenvolvem ao longo do texto para abordar a temática da mobilidade humana e a forma como o Estado atua frente a esse fenômeno, numa perspectiva que contemple diversos campos analíticos, os quais devem estar em consonância com seu caráter multifacetado e interdisciplinar. O artigo aponta que as ações brasileiras são reveladoras de um anseio de controlar e impedir o ingresso dessas pessoas, mesmo quando se reconhece a vulnerabilidade delas.
29	O idoso como objeto da prática discursiva asilar: a precarização de vidas vulneráveis	Idoso. Asilo. Prática discursiva. Objetivação. Vidas precárias.	Neste artigo, analisamos o modo como o idoso é posicionado no discurso como objeto da prática que se manifesta no espaço institucional do asilo São Vicente de Paulo, em Jacarezinho, PR. Para tanto, partimos de uma discussão sobre prática discursiva (referencial, objeto e domínio associativo) e sobre precarização das vidas idosas asilares, relacionando-as ao modo como o corpo é inscrito em um mecanismo que administra a morte pelo governo que se exerce sobre a vulnerabilidade implicada nesse espaço. A série enunciativa foi extraída de documentos oficiais, prontuários médicos e entrevistas com responsáveis pela instituição e submetida a uma análise arqueogenealógica a respeito do governo e da objetivação em exercício nessa instituição. Partimos da consideração de que velhice vulnerável é um enunciado emblemático dessa prática e, como tal, permite identificar uma regularidade em torno da incapacidade, da invisibilidade e da precariedade dos corpos envelhecidos sobre os quais opera a regulação da vida e administração da morte.

30	APRENDIZAGEM MÓVEL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: EXPERIÊNCIAS DA REDE DE VIVÊNCIAS PELA INCLUSÃO DIGITAL NO ENSINO SUPERIOR	Aprendizagem móvel. Covid-19. Inclusão Digital. Ensino superior.	As estratégias das aulas emergenciais adotadas no ano de 2020 diante da pandemia de COVID-19 levantaram uma questão fundamental no ensino superior: a garantia da acessibilidade tecnológica para a participação das aulas remotas da universidade diante das medidas de isolamento. A Universidade Federal de Pernambuco implantou o projeto Rede de Vivências pela Inclusão Digital (ReVID), objetivando oferecer suporte tecnológico para estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica e o apoio de um grupo de pesquisadores para auxiliá-los na sua adaptação à nova modalidade, procurando potencializar a aprendizagem com o aparelho tecnológico ofertado pelo projeto. A aprendizagem móvel (M-Learning) integra as linhas de pesquisa investigadas no projeto. O presente artigo tem como objetivo reportar questões e contribuições do projeto para a aprendizagem móvel na trajetória acadêmica dos estudantes de graduação contemplados pelo ReVID em seu primeiro ano, investigando fragilidades principais presentes neste contexto. A metodologia utilizada na pesquisa utilizou informações levantadas através de entrevistas semiestruturadas para análise quantitativa e qualitativa, propondo análises críticas de diálogos dos sujeitos envolvidos em grupos de redes sociais. Como resultado, verificou-se na percepção dos estudantes, o quanto o processo inclusivo interferiu positivamente no seu desempenho acadêmico, muitas vezes se apresentando como única alternativa. Todavia, foram identificadas fragilidades persistentes, em sua maioria, atreladas à condição social dos indivíduos. Sugere-se que instituições públicas de ensino superior, ao objetivarem promover estratégias de inclusão digital, analisem as possibilidades de ofertar, além de recursos tecnológicos, suporte para auxiliar necessidades e lacunas relacionadas à saúde mental, gestão pessoal de aprendizagem, auto-regulação, entre outras.
31	A Dimensão Ética das Representações Sociais: O Crack entre Usuários da Rede Socioassistencial	Representação Social; Ética; Cocaína Crack; Usuários de Drogas	O consumo de crack na cena pública tem sido simbolicamente apropriado por meio de significados e práticas inseridos em contextos de vulnerabilidade e degradação social. O objetivo desta pesquisa foi investigar as implicações da dimensão ética dos processos de construção de representações sociais sobre o crack em usuários da rede socioassistencial. Foram realizados três grupos focais com 15 homens, todos usuários do Centro de Acolhimento e Apoio do Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares (Programa Atitude), em Pernambuco. As comunicações foram transcritas e os dados submetidos a uma análise de conteúdo. Os resultados evidenciam o papel dos afetos na regulação dos modos de ser e agir dos participantes diante das normas do campo representacional do crack e seus fenômenos. Destacaram-se afetos de raiva, ódio, vergonha e humilhação articulados com processos de exclusão e estigmatização social, racial e territorial, que os constroem hegemonicamente como alteridades criminalizadas e desumanizadas. Desse modo, a dimensão ética analisada indica que o sentido de vida que circunscreve as experiências desses sujeitos se conforma pela busca de um status social valorizado, processo no qual a relação com o crack está presente, mas não é exatamente o aspecto mais importante das suas experiências no mundo.
32	A educação sobre drogas no Brasil diante do novo ordenamento legal	Base Nacional Comum Curricular, Temas Contemporâneos Transversais, Educação sobre Drogas, Leis sobre Drogas	O atual cenário político brasileiro é marcado por regulação governamental às práticas educativas sobre drogas, de orientação proibicionista, que pouco estimulam o pensamento crítico. Este artigo traça interlocuções entre cinco documentos oficiais brasileiros, para analisar limitações legais e perspectivas da Educação sobre Drogas no Brasil à luz do novo ordenamento legal. É uma pesquisa documental, qualitativa, que problematiza orientações às práticas preventivo-educativas às drogas no âmbito da educação. Observamos crescente declínio dos espaços de debate e negociação, com orientações drogacêntricas e belicosas, pouco afeitas ao debate, aos contextos, às pessoas e suas vulnerabilidades.

33	Apontamentos sobre a tristeza em estudantes com deficiência intelectual a partir dos princípios da educação emocional	Deficiência intelectual, Educação emocional, Tristeza	Este artigo tem como objetivo analisar a vivência da emoção da tristeza em estudantes com deficiência intelectual a partir dos princípios da Educação Emocional. Refletir sobre os estímulos geradores da tristeza pode levar o sujeito ao autoconhecimento e à ressignificação desses estímulos, principalmente em indivíduos que são vítimas de exclusão e vulnerabilidades, como é o caso das pessoas com deficiência intelectual. Nesse sentido, o campo da Educação Emocional surge como ferramenta pedagógica que deve ser incluída na escola, uma vez que oferece a possibilidade de o sujeito educar-se emocionalmente. Esta pesquisa adere à abordagem qualitativa e foi realizada com 27 estudantes com deficiência intelectual da Educação de Jovens e Adultos (EJA), a partir da observação direta e da realização de entrevista semiestruturada. As conclusões do estudo apontam que a emoção da tristeza em estudantes com deficiência intelectual precisa ser mais bem trabalhada e desenvolvida, através da implantação de projetos pedagógicos na área de Educação Emocional, uma vez que este campo possibilita a regulação emocional e uma vivência sadia da tristeza, permitindo que as pessoas com deficiência intelectual abram espaço para o novo e rompam com as inúmeras barreiras paralisantes que lhes são impostas socialmente.
34	SAÚDE MENTAL DE JOVENS VESTIBULANDOS DE UM CURSO PREPARATÓRIO COMUNITÁRIO	Adolescência pré-vestibular ansiedade	Caracterização do problema: A adolescência constitui uma etapa da vida marcada por significativas mudanças bioquímicas, corporais, sociais e emocionais. É uma fase marcada por grandes transformações, descobertas e instabilidade emocional. Devido a toda sua complexidade, dinamismo e a busca para a vida adulta, a vulnerabilidade nesta fase está associada à ideia de fragilidade e de dependência, devido às inúmeras alterações que repercutem de maneira direta na evolução do sujeito, em sua personalidade e na atuação pessoal da sociedade. Grande parte dos adolescentes de classe média realiza o vestibular como processo de ingresso para as universidades e o ensino superior. Entre adolescentes no período pré-vestibular é frequente existirem sintomas de transtornos de ansiedade. A idealização da aprovação, somada a dedicação e rotinas exaustivas aliada às cobranças pessoais e realidades sociais subjetivas são fatores que se tornam estressores, com isso a baixa manutenção ligada à saúde mental acaba gerando a ansiedade. Fatores fisiopatológicos, áreas emocionais e comportamentos cognitivos acabam sendo afetados e alguns sintomas como dor de cabeça e cansaço podem ser observados. Esse cansaço gera dificuldade em assimilar corretamente o conhecimento, gerando aumento da competitividade e ansiedade. Os momentos que antecedem as provas escolares são de muita tensão, mas é no período de realização do vestibular em si que as cobranças e tensões são extremas. Os vestibulandos experimentaram insônia, tensão, irritabilidade, desânimo, dificuldade de aprendizagem e impaciência. Para que os alunos possam lidar de forma mais assertiva com estas tensões, é importante que os ambientes educativos juntamente com o desenvolvimento das habilidades cognitivas promovam e desenvolvam a educação para a afetividade. A Educação Emocional precisa ser considerada como uma área de aprendizagem significativa, que abrange a multidimensionalidade humana, pois, o conhecimento e a auto regulação das emoções e sentimentos são fundamentais para que se possa formar pessoas mais equilibradas, empáticas, resilientes e com bem-estar. Nesse sentido, a inteligência emocional é um fator muito importante para o bem-estar, ela pode proporcionar às pessoas uma melhor capacidade de lidar eficientemente com suas emoções, assim como apresentar aos indivíduos todos os métodos ou ferramentas necessárias para uma melhor interação com suas emoções. Este trabalho apresenta o relato de experiência de uma Ação de Curricularização de Extensão (ACEX) desenvolvida por estudantes do sexto período do Curso de Psicologia. O público desta Ação foram adolescentes na faixa etária entre 17 e 18 anos de idade, alunos de um Curso Pré-vestibular Comunitário da cidade de Curitiba. Este curso serve como um reforço para alunos de baixa renda que almejam a entrada na Universidade. A grande maioria do público deste Curso Pré-Vestibular é formada por adolescentes que fazem parte de grupos sociais tradicionalmente excluídos do ensino superior (negros, moradores de bairros populares, egressos de escolas públicas). Com base na demanda apresentada o que se pretendeu averiguar neste estudo é: Quais maneiras de lidar com a ansiedade nesta fase do pré-vestibular? A proposta desta ação teve como objetivo geral: Contribuir para que os estudantes tenham um repertório de estratégias que auxiliem a enfrentar a ansiedade deste período de vida. E os objetivos específicos foram: desenvolver e apresentar para os vestibulandos técnicas de enfrentamento à ansiedade, visando a saúde mental dos adolescentes durante seu processo de estudo e preparo para o vestibular. A importância social desta intervenção reside no fato de contribuir para que os estudantes tenham um repertório de estratégias que auxiliem neste momento, sendo possível passar por esta experiência de

			forma mais saudável e com qualidade de vida. A relevância acadêmica deste trabalho científico se deve pelo fato de contribuir para ampliar conhecimentos a respeito desta temática. Para elaboração desta Ação de Curricularização, inicialmente realizou-se uma entrevista com professores e coordenadores da instituição, com o objetivo de conhecer a realidade sobre a comunidade em foco e levantar demandas passíveis de serem trabalhadas nesta ação. Partindo dos dados coletados optou-se pela realização de uma roda de conversas com os estudantes, onde foi trabalhada a temática da “Saúde Mental e os desafios do pré-vestibular”. Com base no aporte teórico pesquisado, foi criado um questionário e um folder educativo e informativo na plataforma Canva, abordando as principais questões referente a temática, como: o período da adolescência, ansiedade e sintomas que podem ser observados, além das formas de manejo. O material foi disponibilizado aos adolescentes de maneira virtual via QR Code no dia em que ocorreu a ação. A equipe buscou coletar a opinião dos jovens frente ao folder e para isso, uma pesquisa por meio eletrônico foi desenvolvida. A realização desta ação teve resultados muito significativos e nos mostrou a importância de mais pesquisas e práticas direcionadas ao público pré- vestibular. Os adolescentes relataram apresentar as queixas e sintomas encontrados no referencial teórico, sendo a ansiedade a principal sintoma. Houve grande interesse no momento proposto para aplicação, na pesquisa realizada após a ação 95% dos jovens consideraram que o material disponibilizado foi útil e 100% relataram a possibilidade de compartilhar com outras pessoas. A disponibilização do material via QR Code também acrescentou benefício, podendo ser distribuído para demais alunos do cursinho, em grupos de estudantes via redes sociais, bem como amigos ou conhecidos dos próprios participantes. A necessidade de um olhar específico para a saúde mental dos jovens busca contribuir para o desenvolvimento não apenas biológico e emocional, mas também possibilidade de melhores resultados e qualidade de vida durante essa etapa.
35	Análise das reverberações da intervenção psicossocial “Construindo Caminhos” no sistema prisional	Promoção de saúde; Sistema prisional; Intervenção psicossocial.	As penas privativas de liberdade atingem níveis alarmantes no Brasil, amplificando vulnerabilidades psicossociais. Considera-se que intervenções psicossociais em grupo com essa população são necessárias, especialmente para mitigar riscos à saúde. Diante disso, o presente estudo, de caráter misto, buscou avaliar a viabilidade da intervenção psicossocial “Construindo Caminhos”. As análises realizadas consideraram as perspectivas de diferentes atores: oito homens privados de liberdade que participaram dos 10 encontros grupais da intervenção e quatro policiais penais que trabalhavam no local. Os dados foram acessados através de entrevistas, instrumentos quantitativos e diários de campo, além do conteúdo dos livros produzidos pelos participantes como parte da intervenção. Identificou-se satisfação com a participação na intervenção, mudança de narrativas e de percepções sobre si e sobre os outros; a construção de planejamento de futuro e o aumento na sensação de bem-estar. Os policiais penais evidenciaram perceber mudança no comportamento dos participantes após a intervenção e consideraram ser uma atividade importante e necessária no contexto prisional, apesar de também manifestarem desconforto quanto às mudanças de rotina provocadas pela intervenção. Quanto aos aspectos quantitativos, foram identificadas mudanças individuais nos participantes da intervenção, mas contraditórias, em relação a aspectos da regulação emocional, aumento de comportamento interpessoal assertivo e expressão e manejo de raiva. É possível considerar que a intervenção “Construindo Caminhos” é viável ao sistema prisional brasileiro, pois fomenta fatores de proteção, importantes para mitigar danos e prevenir riscos à saúde. Tais indicadores são preliminares, carecendo de ensaios clínicos randomizados para aferição da eficácia e efetividade da intervenção.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **JULIANA OLIVEIRA SOARES - Matr.0190332-2, Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 02/07/2025, às 18:12, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GEANDRO DE JESUS DANTAS - Matr.1441405-8, Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 03/07/2025, às 00:02, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARIANA MOTA DA SILVA - Matr. 1686984-2, Gerente de Serviço Social**, em 03/07/2025, às 17:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
verificador= **175083888** código CRC= **1F7ED76A**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - CEP 7071904-0 - DF
Telefone(s):
Sítio - www.saude.df.gov.br

00060-00600737/2024-99

Doc. SEI/GDF 175083888