

# VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NA SAÚDE: ANÁLISE DO CONCEITO

## PROGRAMMATIC VULNERABILITY IN HEALTH: CONCEPT ANALYSIS

## VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA EN LA SALUD: ANÁLISIS DEL CONCEPTO

 Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo<sup>1</sup>

 Raquel Sampaio Florêncio<sup>2</sup>

 Virna Ribeiro Feitosa Cestari<sup>2</sup>

 Maria Adelane Monteiro da Silva<sup>3</sup>

 Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa<sup>2</sup>

 Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará - UECE, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, CE - Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Ceará - UECE, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, CE - Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - MPSF - RENASF - Fiocruz - UVA, Sobral, CE - Brasil.

**Autor Correspondente:** Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo

**E-mail:** samirueva@gmail.com

### Contribuições dos autores:

**Coleta de Dados:** Samir G. V. Azevedo, **Conceitualização:** Samir G. V. Azevedo, Raquel S. Florêncio; **Gerenciamento do Projeto:** Thereza M. M. Moreira; **Investigação:** Samir G. V. Azevedo, Raquel S. Florêncio; **Metodologia:** Samir G. V. Azevedo, Raquel S. Florêncio, Thereza M. M. Moreira; **Redação - Preparação do Original:** Samir G. V. Azevedo, Raquel S. Florêncio; **Redação - Revisão e Edição:** Samir G. V. Azevedo, Virna R. F. Cestari, Maria A. M. Silva, Vera L. M. P. Pessoa, Thereza M. M. Moreira; **Software:** Samir G. V. Azevedo; **Supervisão:** Raquel S. Florêncio, Thereza M. M. Moreira; **Validação:** Samir G. V. Azevedo, Raquel S. Florêncio, Virna R. F. Cestari, Maria A. M. Silva, Vera L. M. P. Pessoa, Thereza M. M. Moreira; **Visualização:** Samir G. V. Azevedo, Raquel S. Florêncio, Virna R. F. Cestari, Maria A. M. Silva, Vera L. M. P. Pessoa, Thereza M. M. Moreira.

**Fomento:** Não houve financiamento.

**Submetido em:** 30/03/2022

**Aprovado em:** 28/06/2022

### Editores Responsáveis:

 José Wicto Pereira Borges

 Luciana Regina Ferreira da Mata

### RESUMO

**Objetivo:** analisar, conceitualmente, a vulnerabilidade programática com identificação de seus antecedentes, atributos e consequentes. **Método:** modelo de análise conceitual segundo metodologia de Walker e Avant. Foram etapas, I. seleção do conceito: vulnerabilidade programática; II. determinação dos objetivos: análise do uso do conceito; III. identificação de usos do conceito: estudo de revisão integrativa (buscou-se a expressão não controlada “*programmatic vulnerability*” nas bases de dados *embase*, *web of science* e *Medline* via *pubmed* e nos repositórios de artigos Biblioteca Virtual em Saúde e *Scielo*); IV. determinação dos atributos: análise dos registros da etapa III; V. identificação do caso modelo e casos adicionais: construção com base nos atributos e um caso contrário; VI. identificação de antecedentes e consequentes: painel de dados para elaboração de fenômenos antes e depois da vulnerabilidade programática; VII. referência empírica: definições operacionais extraídas dos registros.

**Resultados:** 20 registros foram incluídos na análise do conceito. Identificaram-se as variações do termo e os significados mais presentes e caracterizadores da vulnerabilidade programática, sendo a dimensão programática e acesso à saúde as mais frequentes. Foi construído o caso modelo. Os antecedentes, atributos e consequentes foram agrupados em quadro por similitude, no qual referências empíricas do conceito foram indicadas. **Conclusão:** a vulnerabilidade programática tem elementos discursivos importantes, sendo sua principal característica a falta de consultas disponibilizadas (antecedente), insuficiência/dificuldade no acesso à saúde (atributo) e evolução da doença (consequente).

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade em Saúde; Formação de Conceito; Estudo sobre Vulnerabilidade; Análise de Vulnerabilidade; Saúde; Serviços de Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to conceptually analyze programmatic vulnerability with the identification of its antecedents, attributes, and consequences. **Method:** conceptual analysis model according to the Walker and Avant methodology. There were steps, I. selection of the concept: programmatic vulnerability; II. determination of objectives: analysis of the use of the concept; III. identification of uses of the concept: integrative review study (the uncontrolled expression “*programmatic vulnerability*” was searched in the *Embase*, *Web of Science* and *Medline* databases via *Pubmed* and in the article repositories *Biblioteca Virtual em Saúde* and *Scielo*); IV. determination of attributes: analysis of records from stage III; V. identification of the model case and additional cases: construction based on attributes and an otherwise; VI. identification of antecedents and consequences: panel of data for elaboration of phenomena before and after programmatic vulnerability; VII. empirical reference: operational definitions extracted from the records. **Results:** 20 records were included in the concept analysis. Variations of the term and the most common meanings that characterize programmatic vulnerability were identified, with the programmatic dimension and access to health being the most frequent. The model case was built. The antecedents, attributes and consequences were grouped in a table by similarity, in which empirical references of the concept were indicated. **Conclusion:** programmatic vulnerability has important discursive elements, its main characteristic being the lack of available consultations (antecedent), insufficiency/difficulty in accessing health (attribute) and disease evolution (consequent).

**Keywords:** Health Vulnerability; Concept Formation; Vulnerability Study; Vulnerability Analysis; Health; Health Services.

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar conceptualmente la vulnerabilidad programática con la identificación de sus antecedentes, atributos y consecuencias. **Método:** modelo de análisis conceptual según la metodología de Walker y Avant. Los pasos fueron: I. selección del concepto: vulnerabilidad programática; II. determinación de los objetivos: analizar el uso del concepto; III. identificación de los usos del concepto: se utilizó un estudio de revisión integrador (se buscó la expresión no controlada “*programmatic vulnerability*” en las bases de datos *embase*, *Web of Science* y *Medline* a través de *pubmed* y en los repositórios de artículos *Virtual Health Library* y *Scielo*); IV. determinación de los atributos: análisis de los registros del paso III; V. identificación del caso modelo y de los casos adicionales: se construyó a partir de los atributos y de un caso contrario; VI. identificación de los antecedentes y las consecuencias: panel de datos para la elaboración de los fenómenos antes y después de la vulnerabilidad programática; VII. referencia empírica: definiciones operativas extraídas de los registros. **Resultados:** se incluyeron veinte registros en el análisis conceptual. Se identificaron las variaciones del término y los significados más presentes y característicos de la vulnerabilidad programática, siendo la dimensión programática y el acceso a la salud los más frecuentes. Se construyó el caso modelo. Los antecedentes, atributos y consecuencias se agruparon en una tabla por similitud, en la que se indicaron las referencias empíricas del concepto. **Conclusión:** la vulnerabilidad programática tiene importantes elementos discursivos, siendo su principal característica la falta de consultas disponibles (antecedente), la insuficiencia/dificultad en el acceso a la salud (atributo) y la evolución de la enfermedad (consecuente).

**Palabras clave:** Vulnerabilidad en Salud; Formación de Concepto; Estudio de Vulnerabilidad; Análisis de Vulnerabilidad; Salud; Servicios de Salud.

### Como citar este artigo:

Azevedo SGV, Florêncio RS, Cestari VRF, Silva MAM, Pessoa VLMP, Moreira TMM. Vulnerabilidade programática na saúde: análise do conceito. REME - Rev Min Enferm. 2022[citado em \_\_\_\_\_];26:e-1463. Disponível em: \_\_\_\_\_ DOI: 10.35699/2316-9389.2022.39021

## INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade em saúde (VS) traz novas concepções às práticas de cuidado no campo da saúde coletiva. Isso porque, apesar de o termo carregar uma conotação negativa, tem potencial para ser trabalhado com ênfase na promoção da saúde de sujeitos nos âmbitos público e privado dos serviços de saúde, assim como para produzir reflexões sobre necessidades de saúde que podem ser supridas.

A VS tem suas dimensões sustentadas em três (individual, social e programático)<sup>1</sup> ou dois elementos essenciais (sujeito e social).<sup>2</sup> Os componentes individual e social indicam situações claras de vulnerabilidade que sujeitos podem ter ou apresentar. Já a vulnerabilidade programática (VP) ainda gera questionamentos quanto à sua utilização e operacionalização nos serviços de saúde, assim como a questão de integrar ou não a parte social do construto VS.

Existem definições na literatura da VP<sup>1-3</sup> que buscam mediar a noção do risco, mas sem consenso. Ayres<sup>1</sup> descreveu o grau de compromisso e as políticas públicas pensadas numa realidade próxima dos sujeitos para reduzir as vulnerabilidades envolvidas. Junges<sup>3</sup> traz a explicação de problemas éticos que geram vulnerabilidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Florêncio<sup>4</sup> completa a assertiva de Ayres ao esclarecer que VP se refere às características e aos processos dos serviços de saúde, caracterizadas pela infraestrutura e pelo processo de trabalho em plano da ausência ou insuficiência. Outros trabalhos menos relevantes do ponto de vista conceitual são encontrados,<sup>5,6</sup> mas sem maior acréscimo de definições e significados atribuídos à VP.

Apesar de não ser termo polissêmico, como VS na literatura, a VP traz variações de usos e termos que dificultam a identificação de como sujeitos estão vulneráveis. Esse contexto justifica a necessidade do presente estudo para, ao analisar tal conceito, preencher lacuna do conhecimento e estruturar melhor a VP e sua operacionalização como parte da VS nas práticas de cuidado. A partir do exposto, objetivou-se analisar conceitualmente a vulnerabilidade programática, com identificação de seus antecedentes, atributos e consequentes.

## MÉTODO

Análise conceitual segundo metodologia de Walker e Avant. Esse tipo de análise busca tornar conceitos mais fortes e sólidos para estruturar uma teoria. Para tanto, deve-se nomear claramente o conceito a que se refere e ter uma estrutura (definição), e suas funções na teoria devem ser esclarecidas (usos) para que qualquer

pessoa que veja o conceito e sua definição dentro da teoria saiba o que foi escrito, explicado ou previsto.<sup>7</sup>

Assim, seguiram-se as etapas<sup>7</sup>: seleção do conceito; determinação dos objetivos da análise; identificação de todos os usos do conceito que você consegue descobrir; determinação dos atributos; identificação do caso modelo; identificação de casos adicionais; identificação dos antecedentes e consequentes; e definição das referências empíricas.

A seleção do conceito deve ser gerenciável, ao mesmo tempo que se devem evitar conceitos definidos apenas por exemplos ou *umbrellas*. Diante disso, selecionou-se a VP porque ela está relacionada à VS, a qual dialoga com várias interfaces dentro e fora da saúde coletiva. A VP remete aos serviços de saúde e como eles passam a potencializar condições de VS quando alguns atributos relacionados às características físicas ou da gestão e organização estão desestruturados. Assim, esses aspectos tornam o fenômeno relevante para profissionais e usuários dos serviços de saúde. Ademais, optou-se por selecionar esse conceito porque é o mais disseminado nos estudos sobre VS relacionados aos serviços de saúde, que foi definido como os recursos sociais que as pessoas necessitam para não se exporem e não sofrerem danos.<sup>1</sup>

A determinação dos objetivos da análise foram: identificar os usos, as variações de termos utilizados e a delimitação do conceito VP. Apesar de o conceito de VP se apresentar bem estruturado na literatura científica quanto aos seus sentidos, há variações nos termos utilizados, e a clarificação quanto à existência da VP enquanto parte da VS é relevante.

Subsequentemente, para identificação de todos os usos do conceito, não foram limitados aspectos. O referencial metodológico estimula buscar os usos via dicionários, sinônimos, colegas ou literatura disponível. Portanto, utilizou-se, para essa etapa, de levantamento sistemático em bases de dados, determinado como estudo de revisão integrativa.<sup>8</sup> Esse tipo de estudo é comum em estudos na saúde para analisar criticamente um tópico específico- neste caso, é a VP.

Essa etapa consistiu em selecionar registros que trouxessem, em seus títulos ou objetivos, a VP. A busca ocorreu em maio de 2021 e foi utilizado o termo não controlado *programmatic vulnerabilty*. Embora esse termo tenha sido seletivo para busca de dados, justifica-se o uso por não haver descritor em saúde (DECS), *mtree* ou *medical subject heading* (MESH) que represente o conceito. As bases de dados onde se buscaram os registros foram *Web*

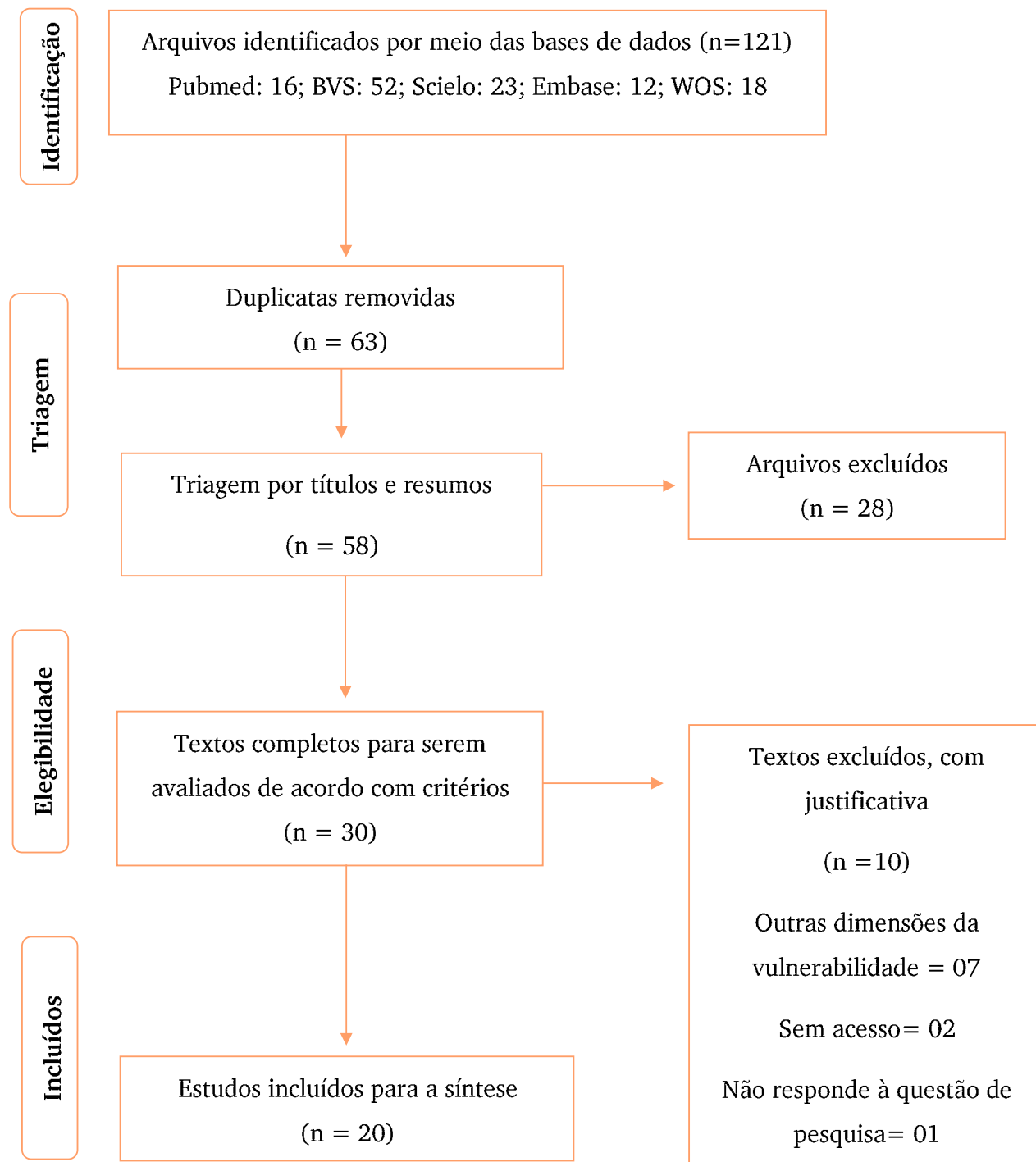


Figura 1 - Fluxograma dos registros selecionados

of Science (WOS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via Pubmed), *Excerpta Medical Database* (EMBASE); e os repositórios de artigos foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os critérios de elegibilidade foram registros que trataram da VP referente ao conceito VS, publicados em qualquer idioma, sem limitação de ano ou tipo de publicação, independentes da faixa etária ou de correlação com outras condições de saúde. O processo de triagem dos registros foi leitura de títulos e resumos

e, caso estivessem elegíveis, foram lidos os textos na íntegra. Após a identificação do registro, fez-se releitura para extrair os dados, resultando em 20 registros para análise (fluxograma 1). Excluíram-se cartas, editoriais e pesquisas que davam ênfase para outras questões da VS.

A extração dos dados ocorreu por meio de instrumento previamente elaborado em planilha do Microsoft Excel®, contemplando autores, ano, tipo de publicação, objetivo do estudo, definição da dimensão programática e principais resultados. Não houve necessidade de fazer uma classificação segundo nível de evidência, por se tratar de contexto pertencente ao âmbito da saúde coletiva, não sendo específico da clínica nem da epidemiologia.

Com a principal parte da análise conceitual, procedeu-se a determinação dos atributos, a qual, por ajudar a nomear a ocorrência do fenômeno e diferenciá-lo de outro, deu-se a partir do estudo dos resultados dos registros da etapa anterior para saber quais usos estavam mais associados com a VP. Esses usos são *clusters* frequentemente associados ao conceito que permite que quem investiga tenha visão ampla das instâncias que o caracterizam.

Para determinar um atributo, foi lido o registro na íntegra e extraído dos resultados o que era representativo da VP, uma ideia central. A partir disso, foi feita uma reflexão sobre o que é próprio da vulnerabilidade. A identificação dos atributos serviu para construir a etapa da formulação do caso modelo. As variações do conceito foram retiradas no momento da identificação dos atributos, tendo sido elencadas aquelas que apareceram em determinados momentos nos registros como sinônimo de VP.

A etapa do caso modelo foi exemplo para o uso do conceito que demonstra os atributos e pode ser feita a partir da vida real, encontrada na literatura ou escrita por quem explora o conceito, servindo para entender a estrutura interna e, portanto, esclarecer seu significado e contexto. A construção do caso modelo ocorreu a partir de experiências prévias do autor com base em situação real e envolveu um caso prévio do diagnóstico de uma condição de saúde até seu mau manejo e incluiu os atributos surgidos na etapa anterior.

A etapa identificação de casos adicionais objetivou determinar o que conta ou não para delimitar o conceito e o referencial metodológico,<sup>7</sup> dispondo de cinco tipos: *borderline*, *related cases*, *contrary cases*, *invented* e *illegitimate cases*. O uso de cada um depende do objetivo da análise; portanto, escolheu-se o caso contrário que pretende exemplificar o que não pertence ao conceito. Dessa forma, foram postos outros aspectos da VS, como o nível de escolaridade, o nível de letramento

funcional e a motivação do paciente para delimitar mais claramente o que não é a VP.

A penúltima etapa se referiu à determinação de antecedentes (eventos que antecedem a ocorrência do fenômeno) e consequentes (eventos que sucedem a ocorrência do fenômeno), que são contextos sociais em que o conceito é usado, o que também foi feito a partir dos resultados dos registros. Levou-se em consideração que um atributo não pode ser um antecedente ou consequente. Foi elencado cada resultado relacionado à VP, construído um painel de dados para visualizar o conjunto de resultados e, por fim, analisaram-se quais antecediam a VP e quais consequências que se apresentaram nos registros.

A análise conceitual foi finalizada com a definição de referências empíricas, que são classes ou categorias reais que, pela sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do próprio conceito<sup>7</sup>. Elaborou-se um quadro contendo os registros utilizados na análise, com foco nos usos do conceito para que fosse mostrado como a VP tem sido enfatizada na literatura e nas práticas do cuidado em saúde. Ressalta-se que os registros tratam de vários segmentos da VP, desde organização e gestão do cuidado, preparo tecnocientífico dos profissionais até o acesso à saúde.

Tabela 1 - Termos que expressam a essência do fenômeno vulnerabilidade programática na saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

Dificuldade/insuficiência/ausência no acesso à saúde; <sup>9,11,12,15,16,18-20,22,24,25</sup>
Insuficiência na capacitação da equipe; <sup>9,10,18,26,27</sup>
Fragilidades na articulação da equipe; <sup>9,15</sup>
Insuficiência na articulação com outros serviços; <sup>3,9,15</sup>
Problemas na estrutura física dos serviços de saúde; <sup>4,17,20,21,23</sup>
Problemas na organização dos serviços de saúde; <sup>12,13,15,17,21,19</sup>
Problemas na gestão dos serviços; <sup>10,11,13-15</sup>
Desvalorização aos direitos humanos. <sup>14,25</sup>

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

Não houve necessidade de submeter este estudo a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos, pois analisa dados secundários.

## RESULTADOS

A maior parte dos registros (95%, 18 registros) trouxeram em seus escritos o conceito vulnerabilidade programática.<sup>9-22,25-27</sup> No entanto, houve aqueles que trouxeram variações como ações programáticas,<sup>14,21,26</sup> vulnerabilidade

institucional,<sup>25</sup> componente programático,<sup>23</sup> e dimensão programática.<sup>20,21,25,27</sup> A grande disseminação da VP pode ter contribuído para que autores a utilizassem para relatar a VS de sujeitos quanto à capacidade dos serviços de saúde produzirem vulnerabilidade, o que repercutiu em suas variações, como a própria *dimensão*, termo medível que relata o espaço ocupado por algo.

As definições utilizadas nos registros para identificar o que os autores dos estudos consideram como VP mostra que o termo *acesso aos serviços* foi mais apresentado como elemento envolvido nesse tipo de vulnerabilidade. Ressalta-se que a VP não foi usada exclusivamente como sinônimo de risco e considerou aspectos da infraestrutura, processo de trabalho, organização dos serviços e intersetorialidade. Os termos que expressam a essência do fenômeno VP são apresentados no Tabela 1.

Após a identificação dos atributos, a análise seguiu com identificação de caso modelo para delimitar a operacionalização do conceito VP no cuidado em saúde. Optou-se pela construção com base na vivência do autor em uma unidade básica de saúde (UBS). O caso segue:

*Após observar alguns sintomas como sede excessiva, ter micção frequente, cansaço e sono excessivos mulher de 59 anos que mora no interior decide fazer exame de rotina para verificar se está tudo bem com sua saúde. Ao chegar na UBS para se consultar e conseguir a requisição para fazer o exame a senhora é informada que **consultas para solicitar exames são feitas apenas à tarde (dificuldade no acesso à saúde)**. Ela volta para casa, pede ao chefe para faltar ao trabalho (período em que trabalha) e volta a unidade. Ao chegar, é uma das últimas a ser atendida por causa da classificação segundo nível de urgência. Na consulta com o profissional de saúde, ela repassa informações que tem observado. **O profissional não tem interesse em saber mais coisas além da situação atual (insuficiência na prevenção primária)** e dá a solicitação do exame que a mulher queria. **Ao fazer o exame a mulher não foi orientada se deveria ter feito jejum ou não ou outras orientações daquele procedimento (insuficiência na capacitação profissional)**. Leva duas semanas para receber o resultado. Quando recebe observa alteração em sua glicemia. Retorna ao profissional responsável pela solicitação do exame após uma semana do recebimento dos exames porque **o atendimento é restrito (número limitado de pessoas) (insuficiência na capacidade de resposta do serviço de saúde)**. Ao mostrar os resultados, o profissional da saúde relata para a senhora, que está aflita com os resultados, que ela não tem que se preocupar pois o resultado confirma que ela está com diabetes mellitus, doença que pode ser controlada.*

*O profissional dá explicações gerais da condição de saúde dessa mulher e explica que ela precisa fazer uso de medicamento contínuo para controlar o “açúcar” no sangue, mas não informa qual medicamento é (ações pontuais e sem planejamento). A mulher questiona se realmente é necessário o medicamento pois ela já toma outros dois por questões relacionadas à saúde mental (o profissional não questionou se já exista outras condições de saúde) (insuficiência na capacitação profissional). O profissional da saúde responde que sim, não tem problema. Mesmo que pouco, a mulher já escutou falar sobre diabetes e ouviu dizer que tinha que mudar sua alimentação. O profissional responde que ela não tem que se preocupar, que ela **pode comer todo tipo de alimento, contanto que coma pouco (insuficiência na capacitação profissional)**. Ela pergunta se pode beber refrigerante sem açúcar, o que é confirmado pelo profissional. Ela deixa a consulta e apesar de estar triste por causa do diagnóstico, mais um em sua vida, permanece tranquila e em silêncio. **A mulher passou apenas por esse profissional (insuficiência na articulação entre a equipe)**. Alguns dias depois, conversando com uma vizinha, relata o acontecido. A vizinha informa que há uma nutricionista na UBS do bairro delas. A mulher prontamente volta para tentar marcar uma consulta para ter mais informações de como melhorar a sua alimentação. Mas, ao procurar sua agente comunitária de saúde, é informada que **a agenda da nutricionista está lotada, e tem que esperar “esvaziar” para ser encaixada (insuficiência no acesso ao tratamento/dificuldade no acesso à saúde)**. A mulher, pacientemente, espera sua hora de ser chamada para uma avaliação. **Um ano depois ela consegue essa consulta (insuficiência na organização do serviço/problemas de ordem institucional)**. Durante a conversa, a nutricionista fala sobre readequação alimentar e faz um plano de refeições para a mulher. Na consulta, **em nenhum momento foi falado em “retorno” para acompanhamento (ações específicas)**. Apesar de ter sido um plano conforme sua renda, a mulher não o adere porque não condiz com suas necessidades nutricionais, antes ela fazia refeições espaçadas, porém com quantidade maior. **Desmotivada com o serviço de saúde, após um ano, já com 60 anos (agora considerada idosa por políticas públicas e leis brasileiras), a mulher agora toma três comprimidos para controlar sua glicemia, não segue o plano da nutricionista, toma refrigerante sem açúcar quando pode, não tem consultas de retorno para avaliação sobre o diabetes e suas receitas são trazidas a cada seis meses por sua agente de saúde, colocando-a em situação de vulnerabilidade programática (violação dos direitos humanos)**.*

Todavia, esse conceito pode se sobrepor a outros, por isso a identificação do caso contrário para delimitar o que não é exatamente igual ao conceito, mas que gera interpretações equivocadas, é apresentado a seguir. O objetivo foi apresentar para ajudar a decidir o que conta ou não como atributo relacionado ao conceito.

*A mulher do caso acima, tem baixa escolaridade e baixo letramento funcional em saúde. Ao fazer os exames de rotina, demora ir para um profissional de saúde para mostrar os exames. Ao se consultar e o profissional dar explicações do desenvolvimento da doença, explicar o uso das medicações, quais os tipos que têm, o porquê dela vai*

*usar determinado medicamento, fazer encaminhamentos para consultas com outros tipos de profissionais como enfermeiros, profissional da educação física e nutricionista (que estão disponíveis na unidade) a mulher vai embora e diz que retorna para ver um melhor dia para esses profissionais. Ao voltar, sabe que tem grupos coletivos na unidade para promoção da atividade física e que apesar de ter agenda cheia, a nutricionista pode atendê-la em uma semana. Mas, ao passar do tempo, desiste de ir ao grupo porque não está gostando. Teve uma boa consulta com a nutricionista, mas decide que irá seguir apenas algumas indicações do plano alimentar por não estar acostumada a comer de três em três horas em porções pequenas.*

Tabela 2 - Elementos da vulnerabilidade programática do conceito de vulnerabilidade em saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

Antecedentes	Atributos	Consequentes	
Ausência de vínculo	Dificuldade no acesso à saúde	Falta de informação à população	Ausência de integralidade
Falta de confiança no profissional ACS	Insuficiência na capacitação profissional	Diminuição de testes diagnósticos para ISTs	Remarcação frequente de consultas
Não disponibilizar preservativo nos últimos 12 meses	Insuficiência na articulação entre a equipe	Dificuldade em viajar para outra cidade	Ausência de dados sobre o território
Ausência de programas sociais	Insuficiência na articulação com outros serviços	Atrasos na vacinação	Ausência de participação em câmaras técnicas
Rotina de internações frequentes	Ações específicas	Longo tempo de espera	Não expansão de equipes de saúde da família
Problemas para iniciar um acompanhamento	Ações pontuais e sem planejamento	Demanda para serviço odontológico reduzida	Resultados de exames maior do que 7 dias
Falta de vaga	Problemas de ordem institucional	Motivação para o cuidado diminuída	Acompanhamento do sujeito comprometido
Manejo inadequado da condição de saúde	Inapropriada estrutura física do serviço	Evolução do processo infeccioso/doença ou condição de saúde	Não indicação de tratamento à parceiro(a)
Insuficiência no aconselhamento	Insuficiência na organização do serviço	Aumento da vulnerabilidade física ou social	Frustração
Insuficiência com grupos educativos	Insuficiência na gestão à saúde	Mecanismo de triagem	Problemas em gerar números consolidados
Insuficiência de educação permanente	Insuficiência no acesso ao tratamento	Baixa adesão dos pacientes	Baixa adesão a exames primários
Ausência de reunião entre equipes	Insuficiência na prevenção primária	Não fazem abordagem sindrômica adequada	Sobrecarga emocional
Ausência de comunicação	Insuficiência na capacidade de resposta do serviço de saúde	Angústia, insegurança e aumento de dificuldades	Culpabilização da mulher
Insuficiência no sistema de referência e contrarreferência	Violação dos direitos humanos	Atendimento técnico	Assistência baseada em patologia
Ausência de comunicação com ONGs	Insuficiência na implementação de políticas públicas	Abordagem grosseira	Violação dos direitos sociais
Problemas na requisição da ficha de testagem	Insuficiência de insumos	Quebra de sigilo	Aborto legal suspenso
Caráter prescritivo de consulta	Precariedade e sucateamento das instituições de saúde	Insatisfação da equipe	Retirada dos direitos sexuais e reprodutivos
Identificação da APS como modelo biomédico	Insuficiência de aplicativos de saúde	Assistência fragmentada	Falta de compromisso

Continua...

...Continuação

Tabela 2 - Elementos da vulnerabilidade programática do conceito de vulnerabilidade em saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

Antecedentes	Atributos	Consequentes	
Orientações gerais ou incipientes		Baixa adesão	Ausência de coalizão
Insuficiência na avaliação dos serviços		Aumento da vulnerabilidade	Falta de ações estratégicas estruturais de enfrentamento às epidemias
Ausência de projeto terapêutico compactuado		Insuficiência de ações integradas	Ausência de atividade educativa
Rotatividade dos profissionais		Inexistência de retorno de informações à unidade de origem	Priorizar demandas
Falta de instrumentos para exames		Dados incompletos que impedem a avaliação e devolução dos resultados	Processo de trabalho fragilizado
Falta de consultas		Ausência de cuidados preventivos	Desigualdade de gênero
Alteração frequentes em protocolos		Ausência de participação comunitária	Silenciamento
Ausência de planejamento de processos internos		Comportamento de risco	
Inexistência de encaminhamentos internos		Baixa adesão	
Ausência de instituições de saúde habilitadas para determinada condição		Descompromisso dos profissionais em ações de prevenção	
Ausência de cuidado à distância		Afeta as ações e serviços no combate às doenças transmissíveis	
Demanda reprimida de hipertensos e diabéticos		Ausência de estratégias	
Insuficiência de notificações		Atraso na retirada de medicamentos	
Decisões tomadas antes de conversar com profissional da saúde		Ausência de exames de rotina	
Forçar amamentação		Ausência de monitoração contínua	
Atitudes impositivas		Insuficiência na ampliação de ofertas	
Prejulgamento		Concentração e não priorização de recursos	
Insuficiência de serviços de proteção			
Falta de empenho em elaborar e sustentar os programas existentes			
Ausência de documentos formalizados e abrangentes			
Ausência de materiais básicos para atividade educativa			
Dificuldade de abordar violência por meio de aplicativo			

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 - Referências empíricas da Vulnerabilidade Programática. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

Atributo e referência empírica	Citação
Dificuldade no acesso à saúde <i>Impor cotas para retirar preservativos</i> <i>Exclusão de pessoas que trabalham em horários comerciais</i> <i>Dificultar no acesso a informações</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup> , Zuge <i>et al.</i> <sup>11</sup> , Passos <i>et al.</i> <sup>16</sup> , Barbosa <i>et al.</i> <sup>22</sup>
Insuficiência na capacitação profissional <i>Não desenvolve manejo adequado</i> <i>Desenvolve prática disciplinadoras</i> <i>Desenvolve práticas normativas</i> <i>Diagnóstico não precoce</i> <i>Trata apenas aspectos biológicos</i> <i>Falta de orientação</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup> , Cirino <sup>10</sup> , Pedroso <i>et al.</i> <sup>17</sup> , Val <sup>18</sup> , Feliciano <i>et al.</i> <sup>26</sup>
Insuficiência na articulação entre a equipe <i>Não consegue manter sigilo profissional</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup>
Insuficiência na articulação com outros serviços <i>Não utiliza papel de encaminhamento</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup>
Ações específicas <i>Desenvolve ações específicas apenas para adolescentes com foco em IST</i>	Cirino <sup>10</sup>
Ações pontuais e sem planejamento <i>Oferecer grupos coletivos com caráter normativo</i> <i>Disponibiliza preservativo em locais não estratégicos</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup> , Cirino <sup>10</sup> , Pasqual <i>et al.</i> <sup>19</sup>
Problemas de ordem institucional <i>Realiza triagem como forma de encaminhamento para médico</i> <i>Barreiras de comunicação</i> <i>Não realiza projeto terapêutico</i> <i>Não tem confiança no profissional ACS</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup> , Cirino <sup>10</sup> , Souza <i>et al.</i> <sup>13</sup>
Inapropriada estrutura física do serviço <i>Não tem segurança no serviço</i> <i>Não tem sala privativa</i>	Cirino <sup>10</sup> , Oliveira <sup>12</sup>
Insuficiência na organização do serviço <i>Não oferece testagem para ISTs</i> <i>Remarca consultas frequentemente</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup> , Araújo <i>et al.</i> <sup>20</sup>
Insuficiência na gestão à saúde <i>Não repassa de informações entre equipe</i> <i>Não tem dados do território</i> <i>Fragmentação da rede de saúde</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup> , Oliveira <sup>12</sup> , Junges <i>et al.</i> <sup>3</sup>
Insuficiência no acesso ao tratamento <i>Dificuldade a retirada de medicamentos</i>	Zuge <i>et al.</i> <sup>11</sup>
Insuficiência na prevenção primária <i>Ausência de aconselhamento</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup>
Insuficiência na capacidade de resposta do serviço de saúde <i>Realiza visitar domiciliar com baixa resolubilidade</i>	Silva <i>et al.</i> <sup>9</sup> , Cirino <sup>10</sup>
Violação dos direitos humanos <i>Falta de compromisso dos profissionais</i> <i>Julga os sujeitos</i> <i>Culpabiliza os sujeitos</i>	Zuge <i>et al.</i> <sup>11</sup> , Souza <i>et al.</i> <sup>13</sup> , Calazans <i>et al.</i> <sup>25</sup>
Insuficiência na implementação de políticas públicas <i>Não realiza construção de redes e suportes sociais</i> <i>Não estabelece normas técnicas</i> <i>Não faz uma interligação com outras políticas</i>	Zuge <i>et al.</i> <sup>11</sup> , Figueiredo <i>et al.</i> <sup>14</sup>
Insuficiência de insumos <i>Disponibiliza apenas do teste para HIV</i> <i>Não tem transporte na unidade de saúde</i>	Cirino <sup>10</sup> , Oliveira <sup>12</sup>
Precariedade e sucateamento das instituições de saúde <i>Não tem materiais básicos para o funcionamento do serviço</i> <i>Desestrutura a unidade</i> <i>Ter que decidir qual demanda priorizar</i>	Val <i>et al.</i> <sup>15</sup> , Pedroso <i>et al.</i> <sup>17</sup> , Araújo <i>et al.</i> <sup>20</sup> , Cabral <sup>23</sup>
Insuficiência de aplicativos de saúde <i>Não consegue monitorar pacientes a distância</i>	Campos <i>et al.</i> <sup>21</sup>

Fonte: Dados da pesquisa.



Dessa forma, a VP não se enquadra aqui porque, apesar da atividade em grupo não ser satisfatório para ela, não é o serviço de saúde que traz a insatisfação. No entanto, questões próprias relacionadas ao sujeito e ao profissional pode identificar essas situações individuais e trabalhá-las junto à pessoa. Mesmo a consulta com a nutricionista sendo insatisfatória por não incluir algumas necessidades e desejos da mulher, seguir ou não o plano por questões alimentares em outros horários é uma condição social que envolve horário de trabalho, quantidade de tarefas pessoais a fazer, organização de agenda do dia, entre outros.

No que se refere aos antecedentes, atributos e consequentes, esses são apresentados na Tabela 2 e representam os elementos essenciais do conceito VP. Destaca-se que os atributos foram apresentados nos seus sentidos negativos, pois se compreendeu que a VP interfere nos processos do cuidado em saúde, o que os torna fragilizados. A análise possibilitou operacionalizar essa perspectiva da VS de forma mais ampla.

Diante da análise em que foram verificados os usos, as delimitações e os elementos essenciais do conceito, verificou-se que a VP é um conjunto de elementos envolvidos na ausência, insuficiência, dificuldade ou repressão dentro da gestão, organização, capacidade de resposta do serviço, infraestrutura, políticas públicas, planejamento, processo de trabalho, articulação intersetorial, compromisso social ou acesso à saúde associados aos serviços de saúde que, a partir disso, estabelecem relações precarizadoras no atendimento em saúde, resultando em iniquidades sociais, desde a inserção de sujeitos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) até passar por acompanhamento, tratamento, reabilitação ou cura de condições de saúde, sejam elas crônicas, agudas, de risco ou agravos. Entretanto, por meio da identificação de fenômenos envolvidos como atributos, antecedentes ou consequentes, é possível chegar a estratégias e ações com foco no agenciamento dessa vulnerabilidade e potencializar a promoção da saúde.

As referências empíricas são classes ou categorias de fenômenos observáveis que demonstram a ocorrência do conceito por meio de definições operacionais. Logo, exemplos empíricos por meio das definições operacionais foram identificados na perspectiva da VP em saúde e organizados na tabela 3. Ressalta-se que as referências podem estar em mais de um atributo por apresentar diversas situações de vulnerabilidade.

## DISCUSSÃO

A vulnerabilidade tem sido discutida a partir de diferentes composições organizadoras de seus processos, sendo tomadas como planos, dimensões ou subconceitos. Uma dessas perspectivas é a VP que foi analisada conceitualmente nesse texto. Ao observar seus atributos, observaram-se termos utilizados em referenciais teóricos para constatar características envolvidas em processos no campo da saúde. Os atributos se referem a insuficiência, precariedade ou dificuldades relacionadas aos problemas dos serviços de saúde que interferem no cuidado de sujeitos, tendo sido descritos na tabela 2.

Apesar de a literatura mostrar que o termo mais utilizado foi vulnerabilidade programática, suas variações trouxeram relevantes considerações sobre esse conceito. Observou-se que os sentidos que a VP têm foi de pertencer a uma instituição (vulnerabilidade institucional),<sup>26</sup> constituir parte de um sistema organizado (componente programático),<sup>23</sup> situar-se numa extensão mensurável, enquanto espaço (dimensão programática)<sup>20,25</sup> ou apenas o resultado de tudo aquilo que se faz (ações programáticas).<sup>14,21</sup> Contudo, essas qualificações, ao mesmo tempo que são necessárias para definir uma posicionalidade dentro da VS, transcenderam as ideias de vulnerabilidade, o que, no campo interdisciplinar, é essencial.

Investigaram-se os antecedentes e foram identificadas situações de fragilidade no cuidado aos sujeitos trazidos nas publicações relacionadas aos processos de trabalho na saúde. Como exemplos, temos forçar amamentação, ausência de vínculo, prejulgamento, atitudes impositivas e orientações gerais.<sup>9,10,13</sup> Esses são temas que estudos já evidenciaram como práticas incoerentes com cuidado à saúde de qualidade.<sup>28,29</sup>

Entretanto, reforça-se que profissionais da saúde sofrem influência de questões socioculturais trazidas em suas vivências pessoais, acadêmicas e profissionais, as quais são pautadas em uma perspectiva de normas socialmente aceitáveis para a maior parte da população. Dessa forma, as questões apresentadas se tornam falhas porque o profissional não se distancia dessas convicções. Discutir os processos de trabalho na saúde é urgente para garantir respeito aos direitos humanos em âmbitos privados e públicos.<sup>30</sup>

Para isso, como forma de diminuir esses impactos negativos no âmbito da interdisciplinaridade, a progressão técnico-científica dos profissionais devem ser estimuladas sob uma ótica que vá além de normas

técnicas, protocolos ou procedimentos inerentes a cada profissional de saúde, para que, de forma dialógica, o cuidado de sujeitos socialmente desfavorecidos possa permitir trabalho horizontal que favoreça a corresponsabilização e assistência oportuna. Outros antecedentes necessitam de julgamentos mais críticos de profissionais da assistência em seus espaços de trabalho para saber como distanciar e organizar serviços de forma a evitar desfechos que representam a VP.

A construção de um campo de estudo na saúde, como o da vulnerabilidade, desenvolvido a partir do contexto do HIV/aids, é complexo. Sua forma operacionalizada para ser utilizado de forma segura e confiável na assistência à saúde é um desafio, pois é necessário mapeá-lo de modo que seja identificada sua estrutura e suas funções, a fim de clarificar aos profissionais de saúde. Parte dos registros incluídos estiveram voltados à discussão no campo de HIV/ISTs,<sup>9-11,15,16,18,25,26</sup> mas houve ampliação para outras áreas,<sup>3,12-14,17,19-24,27</sup> o que permitiu identificar, em outros objetos de estudo, questões que colocam sujeitos em situações de vulnerabilidade.

No que se refere aos atributos, eles foram apresentados em planos negativos. Isso se deve à forma que a vulnerabilidade em saúde é vista: a condição de vida humana tem movimentos de precariedade quando a promoção da saúde não é potencializada.<sup>2</sup> Da mesma forma, na VP, persistem situações, como o caso modelo exposto, em que devem ser agenciadas para melhorar a condição de cuidado dos sujeitos, embora tenham sido feitos nos últimos anos esforços para superar os fenômenos identificados como atributos da VP. Portanto, na observação dos atributos, observam-se campos da organização dos serviços, infraestrutura, acesso à saúde e desenvolvimento de políticas públicas. Essas áreas são amplas e distintas e, para melhorá-las, a multidisciplinaridade nos serviços de saúde é um meio relevante para organizar estratégias que busquem avanços e formas de enfrentamento aos desafios no cuidado aos sujeitos.

Um estudo<sup>31</sup> aponta algumas contribuições para avanço na prática clínica, como criar protocolos de acordo com o cuidado baseado em evidência, usar modelos explicativos dinâmicos para os sujeitos para elucidar o quadro clínico, fomentar pesquisas sobre práticas médicas excessivas, cuidado centrado na pessoa, conduzir investigação em saúde de forma gradual, construir relações de acordo com a prática colaborativa, incluir os sujeitos em seu plano de cuidados, considerar a experiência da família e do sujeito norteado pelo questionamento ético e reflexivo, promover campanhas sobre

intervenções médicas excessivas, incentivar práticas de desmedicalização e motivar mudanças na percepção profissional e comunitária sobre o processo saúde-doença.

Já os consequentes são desfechos negativos porque dificultam o cuidado integral. De certa forma, esses consequentes estão em relação com atributos e antecedentes porque na VP uma situação impacta na outra, mas não é possível identificar a proporção ou o momento que interagem com outros planos da vulnerabilidade. Todos devem ser evitados na prática clínica, mas sujeitos podem ser prejudicados de forma mais severa por um do que por outros.

Sobre a operacionalização, entende-se que esse tipo de vulnerabilidade interfere nos processos de cuidado à saúde, pois os sujeitos têm seu acesso ao tratamento e direitos humanos prejudicados com políticas de saúde parciais.<sup>32</sup> Embora em âmbito nacional já tenha diversas políticas de saúde para a população com a intenção de promover saúde via diretrizes organizacionais, a VP está na descontinuidade das ações, o que gera impactos relevantes na sua efetividade.<sup>33</sup>

Esse aspecto já dialoga com a definição dos conceitos de Ayres, Junges e Florêncio. Ayres<sup>1</sup> tem ampla ótica das proporções que essa dimensão programática tem e traz o nome *vulnerabilidade programática (VP)*. Já Junges<sup>3</sup> tem o eixo estrutural composto por fragilização dos profissionais, fragmentação da rede e do atendimento, protagonismo dos profissionais, planejamento participativo e educação permanente e traz a *vulneração programática*. Florêncio,<sup>2</sup> recentemente, esclareceu o conceito de VS e entende que a VP é caracterizada apenas pela infraestrutura e pelo processo de trabalho, trazendo o nome *situação programática*.

Essa multiplicidade foi causa da necessidade da análise conceitual elaborada neste estudo. No entanto, não fazia sentido separar em categorias os antecedentes e consequentes, porque eles já estão inseridos em eixos que esses autores elaboraram. A finalidade foi identificar objetivamente o que causa, qual é a situação envolvida e o desfecho surgido no desenvolvimento dessa vulnerabilidade, para que o conceito esteja mais claro, forte e sólido nos modelos de vulnerabilidade.

A análise de qual termo melhor representa a vulnerabilidade depende das aproximações conceituais em que os autores se basearam e adotaram como coerente, assim como depende de quem utilizará o termo para prosseguir com outros estudos. Não coube aqui relatar a partir da análise conceitual qual é o termo mais indicado. Ao que parece, todos representam a VP baseada em características inerentes

ao desenvolvimento de estudos realizados por esses autores.

Diante disso, o quadro proposto da VP traz, em seu bojo, a intenção de modelar ações antigas e possibilitar a criação de novas. Esse conteúdo deve ser retroalimentado continuamente na construção desses elementos caracterizadores da VP, de forma a considerar a singularidade de sujeitos. Outrossim, incorporar e articular outras esferas da vulnerabilidade é caminho valoroso para potencializar estudos nesse campo, pois ele ainda não é considerado problema de saúde pública.

No entanto, reconhece-se que há ressalvas para utilização do conceito VP, pois o termo tem uma vinculação com suscetibilidade e chance de exposição,<sup>1</sup> o que pode levar a ações restritas à epidemiologia tradicional. E, por ser o conceito mais disseminado cientificamente, estudos tendem a seguir essa perspectiva. Assim, VP tem se referido à vulnerabilidade dos programas assistenciais dentro dos serviços relacionados à organização do serviço em torno de políticas específicas, o que pode não refletir a vulnerabilidade do sujeito, pois esta é uma condição deste.

Portanto, ao analisar os usos da VP e observar que há uma complexidade na interpretação dos seus diversos elementos discursivos, como vulnerabilidade programática,<sup>9,22,25-27</sup> ações programáticas,<sup>14,21,26</sup> vulnerabilidade institucional,<sup>26</sup> dimensão programática,<sup>20,21,25,27</sup> componente programático<sup>23</sup> e vulneração programática,<sup>3</sup> considera-se usar, nessas circunstâncias, o termo “*situação programática*”<sup>2</sup> por se tratar de vulnerabilidade e entender que ela se dá pela ocorrência de vários acontecimentos em dado momento do tempo, sendo finita, de caráter profissional, organizacional e passível de ser agenciada. Esse termo ainda não circula na literatura de forma enfática, mas se apresenta como alternativa, pois a vulnerabilidade é condição da vida humana em um contexto relacional do sujeito-social.

A aproximação com o referencial no qual esse conceito está apresentado permitiu observar processos mais micro-organizacionais do que macro, feito com que essa vulnerabilidade seja vista mais próxima do sujeito. No entanto, ao se optar por usar esse termo, que envolve a infraestrutura e processo de trabalho, não se considera que a dificuldade no acesso, violação dos direitos humanos ou outros que não sejam caracterizadores da VP. Pelo contrário: são conceitos essenciais para o desenvolvimento de outros modelos estruturais.

Entre as limitações, tem-se o nível de abstração da VP, o que dificultou analisar o impacto das características apresentadas que envolveram esse conceito pelo fato de a maioria dos estudos serem qualitativos, além da busca nas bases de dados ter sido realizada apenas por um pesquisador. Por outro lado, destaca-se a relevância da análise do conceito para as atividades na saúde coletiva e a potencialidade de estudo de revisão como ferramenta para a construção desse tipo de estudo no campo da saúde, pois sintetiza pesquisas significativas.

Contribuições para a área da saúde envolvem o refinamento da VP numa perspectiva para a promoção da saúde em comparação a outras dimensões da vulnerabilidade que, por vezes, têm seus elementos usados de forma ambígua tanto na pesquisa como na prática clínica, além de fornecer a identificação de desfechos com base teórica presente em pesquisas desenvolvidas em contextos da saúde coletiva. Isso favorece compreensão subjacente dos atributos que compõem o conceito, pois foi analisada sua estrutura e função. Assim, isso facilita a criação de instrumentos de pesquisa e a padronização da sua linguagem.

## CONCLUSÃO

A VP tem elementos discursivos importantes para ser entendida enquanto parte da vulnerabilidade. Existem variações e usos do termo, em que o mais utilizado para nomear VP é o acesso à saúde. Suas principais características foram falta de consulta disponibilizadas (antecedente), insuficiência/dificuldade no acesso à saúde (atributo) e evolução da doença (consequente). Embora a variabilidade do conceito dificulte a fixação de indicadores de qualidade e a criação de instrumentos/escalas para avaliar a VP, é possível aplicá-lo no âmbito da prática assistencial. Portanto, estimula-se a identificação da ocorrência desse tipo de vulnerabilidade em diferentes contextos e áreas, com fins de entendimento sobre amplitude na prática e ensino na saúde para nortear ações direcionadas ao avanço do cuidado, progredindo no conhecimento de outros antecedentes, atributos e consequentes.

## REFERÊNCIAS

1. Ayres JRMC, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman

- M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012. p.375-418.
2. Florêncio RS, Moreira TMM. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. *Acta Paul Enferm.* 2021[citado em 2021 set. 17];34:eAPE00353. Disponível em: <http://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00353>
  3. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. *Trab Educ Saúde.* 2018[citado em 2021 set. 17];16(3):935-53. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00149>
  4. Florêncio RS. Vulnerabilidade em saúde: uma clarificação conceitual [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2018[citado em 2021 set. 17]. 148p. Disponível em: <http://www.uece.br/ppsac/download/teses/>
  5. Have HT. The Principle of Vulnerability in the UNESCO Declaration on Bioethics and Human Rights. In: Tham J, Garcia A, Miranda G. *Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics.* Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. 15-28. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-017-8736-9\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-017-8736-9_3)
  6. Sanches MA, Mannes M, Cunha TR da. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. *Rev Bioét.* 2018[citado em 2021 set. 17];26(1):39-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261224>
  7. Walker LO, Avant KC. Concept analysis. In: Walker LO, Avant KC. *Strategies for Theory Construction in Nursing.* 5<sup>th</sup> ed. Edinburgh: Pearson; 2014. p.163-86.
  8. Dhollande S, Taylor A, Meyer S, Scott M. Conducting integrative reviews: a guide for novice nursings researchers. *J Res Nurs.* 2021[citado em 2021 set. 17];26(5):427-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1744987121997907>
  9. Silva JA de S, Val LF do, Nichiata LYI. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao hiv/aids: uma revisão da literatura. *Mundo Saúde.* 2010[citado em 2021 set. 9];34(1):103-8. Disponível em: [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/14\\_revisao\\_estrategia.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/14_revisao_estrategia.pdf)
  10. Cirino FMSB. Ações de prevenção ao HIV/AIDS na estratégia saúde da família sob a ótica da vulnerabilidade programática [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011[citado em 2021 set. 17]. 177p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05072011-073909/en.php>
  11. Zuge SS, Paula CC, Brum CN, Ribeiro AC, Padoin SMM. Adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV e sua inter-relação com a vulnerabilidade programática. *Rev Pesqui (Univ. Fed. Estado Rio J., Online).* 2015[citado em 2021 set. 17];7(4):3406-17. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750948038.pdf>
  12. Oliveira TC. Avaliação de desempenho do programa de controle do câncer de colo do útero: um modelo para aplicação local no município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010[citado em 2021 set. 17]. 77p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-596736>
  13. Souza SNDH, Mello DF, Ayres JR de CM. Breastfeeding from the perspective of programmatic vulnerability and care. *Cad Saúde Pública.* 2013[citado em 2021 set. 17];29(6):1186-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600015>
  14. Figueiredo GLA, Mello DF de. Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. *Rev Latino-am Enferm.* 2007[citado em 2021 set. 17];15(6):1171-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000600018>
  15. Val LF, Nichiata LYI. Comprehensiveness and programmatic vulnerability to stds/hiv/aids in primary care. *Rev Esc Enferm USP.* 2014[citado em 2021 set. 17];48(spe):145-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000600021>
  16. Passos TS, Almeida-Santos MA, Hora AB, Oliveira CCC. Uso de preservativo e vulnerabilidades para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas: estudo descritivo, Sergipe, 2016-2017. *Epidemiol Serv Saúde.* 2021[citado em 2021 set. 16]; 30(2):e2020617. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000200011>
  17. Pedrosa MLR, Motta MGC. Criança e família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. *Texto & Contexto Enferm.* 2013[citado em 2021 set. 17];22(2):493-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200027>
  18. Val LF. Desafios da integralidade na atenção às DST/HIV/Aids: a vulnerabilidade programática nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012[citado em 2021 set. 17]. 273p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08012013-110534/en.php>
  19. Pasqual KK, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Health care for women over 50: programmatic vulnerability in the Family Health Strategy. *Rev Gaúch Enferm.* 2015[citado em 2021 set. 17];36(2):21-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.44822>
  20. Araújo AJS, Oliveira JF, Porto PN. Situações de vulnerabilidade programática vivenciadas por gestantes no pré-natal. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2017[citado em 2021 set. 17];6(2):93-104. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2092/pdf>
  21. Campos B, Tchalekian B, Paiva V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de SARS-COV-2/ COVID-19 em São Paulo. *Psicol Soc.* 2020[citado em 2021 set. 17];32:1-20. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240336>
  22. Barbosa KTF, Oliveira FMRL de, Fernandes M das GM. Vulnerabilidade da pessoa idosa no acesso aos serviços prestados na Atenção Primária. *Rev Eletrônica Enferm.* 2017[citado em 2021 set. 9];19:1-11. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/40200>
  23. Cabral FB. Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007[citado em 2021 set. 9]. 141p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12417>

24. Barbosa KTF. Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde do município de João Pessoa, Paraíba [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2015[citado em 2021 set. 9]. 103p. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7591>
  25. Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JRCM. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sex, Salud Soc. (Rio J.)*. 2018[citado em 2021 set. 17];(29):263-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.13.a>
  26. Feliciano KVO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2002[citado em 2021 set. 17];2(2):157-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000200008>
  27. Soares PCF, Medeiros RLSFM, Araújo WA, Silva TC, Ferreira LNF, Assis EV, et al. Vulnerabilidade programática relacionada às doenças causadas pelo Aedes Aegypti. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018[citado em 2021 set. 17];12(10):2753-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237490p2753-2758-2018>
  28. Schervinski AC, Merry, CN, Evangelista IC, Pachedo VC. Atenção à saúde da população em situação de rua. *Rev Eletr Extensão*. 2017[citado em 2021 set. 17];14(16):55-64. Disponível em: <http://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n26p55>
  29. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis*. 2017[citado em 2021 set. 17];27(4):1003-22. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>
  30. Andrade J, Ignácio MAO, Freitas APF de, Parada CMGL, Duarte MTC. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Ciênc Saúde Colet*. 2020[citado em 2021 set. 17];25(10):3809-19. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-812320202510.03522019>
  31. Maciel FBM, Santos HLPC, Prado NMBL. Contribuições técnicas e socioculturais da prevenção quaternária para a atenção primária à saúde: caminhos e desafios. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020[citado em 2021 set. 17];15(42):1-12. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2571](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2571)
  32. Santos MCF, Nóbrega MML, Silva AO, Bittencourt GKGD. Nursing diagnoses for elderly women vulnerable to HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2018[citado em 2021 set. 19];71(Suppl 3):1435-44. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0086>
  33. Gasparetto AS, Bonfim TA, Teston EF, Marcheti PM, Galera SAF, Giacon-Arruda BCC. Contexts of vulnerabilities experienced by adolescents: challenges to public policies. *Rev Bras Enferm*. 2020[citado em 2021 set. 20];73(Suppl 4):e20190224. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0224>
-