



ANÁLISE INTEGRADA DE VULNERABILIDADE SOCIAL E DETERMINANTES DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Relton Santos Ramos Junior¹, Flaviane Cristina Rocha Cesar²

RESUMO: Este estudo apresenta análise integrada de caso de vulnerabilidade social vivenciado durante atividades de Integração Ensino-Serviços-Comunidade em Atenção Primária à Saúde. Utilizando a Classificação de Risco de Savassi e o Diagrama de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren-Whitehead, analisou-se situação de mulher de 52 anos diagnosticada com transtorno bipolar e depressão grave, vivendo em isolamento social, sem renda e sem acesso adequado a proteção social. A análise integrada revelou que vulnerabilidade resulta de determinantes estruturais que convergem para criar crise multidimensional, incluindo risco de suicídio. O caso demonstra que compreender saúde requer transcender perspectiva biomédica individual, reconhecendo injustiças sociais e políticas que produzem vulnerabilidade. Este estudo oferece reflexão sobre formação médica humanizada e compromisso com equidade em saúde.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Vulnerabilidade Social. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Iniquidade em Saúde.

¹Discente do Curso de Medicina, Centro Universitário de Mineiros – UNIFIMES.

² Docente do Curso de Medicina, Centro Universitário de Mineiros – UNIFIMES.

Autor

correspondente: reltonramos@academico.unifimes.edu.br

INTEGRATED ANALYSIS OF SOCIAL VULNERABILITY AND HEALTH DETERMINANTS: A CASE STUDY IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: This study presents an integrated analysis of a case of social vulnerability experienced during activities of Teaching-Services-Community Integration in Primary Health Care. Using Savassi's Risk Classification and the Social Determinants of Health Diagram of Dahlgren-Whitehead, we analyzed the situation of a 52-year-old woman diagnosed with bipolar affective disorder and severe depression, living in social isolation, with zero income and inadequate access to social protection. The integrated analysis revealed that vulnerability results from structural determinants that converge to create a multidimensional crisis, including immediate risk of suicide. The case demonstrates that understanding health requires transcending individual biomedical perspective, acknowledging social and political injustices that produce vulnerability. This study offers reflection on humanized medical education and commitment to health equity.

Keywords: Social Determinants of Health. Social Vulnerability. Primary Health Care. Mental Health. Health Inequity.

Originais recebidos em
15 de março de 2025

Aceito para publicação em
18 de maio de 2025

ANÁLISIS INTEGRADO DE VULNERABILIDAD SOCIAL Y DETERMINANTES DE SALUD: ESTUDIO DE CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN: Este estudio presenta un análisis integrado de un caso de vulnerabilidad social experimentado durante las actividades de Integración Enseñanza-Servicios-Comunidad en Atención Primaria de Salud. Utilizando la Clasificación de Riesgo de Savassi y el Diagrama de Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren-Whitehead, se analizó la situación de una mujer de 52 años diagnosticada con trastorno afectivo bipolar y depresión grave, viviendo en aislamiento social, sin ingresos y con acceso inadecuado a la protección social. El análisis integrado reveló que la vulnerabilidad resulta de determinantes estructurales que convergen para crear una crisis multidimensional, incluyendo un riesgo inmediato de suicidio. El caso demuestra que comprender la salud requiere trascender la perspectiva biomédica individual, reconociendo las injusticias sociales y políticas que producen vulnerabilidad. Este estudio ofrece una reflexión sobre la formación médica humanizada y el compromiso con la equidad en salud.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud. Vulnerabilidad Social. Atención Primaria de Salud. Salud Mental. Inequidad en Salud.

INTRODUÇÃO

Contextualização do Tema

A Saúde Pública contemporânea enfrenta desafios significativos relacionados às iniquidades em saúde, caracterizadas por diferenças evitáveis nos indicadores de saúde entre grupos populacionais, resultantes de distribuição injusta de recursos, poder e oportunidades (ADLER; STEWART, 2010). A literatura internacional documenta a existência de gradientes consistentes em saúde entre estratos socioeconomicamente diferentes: cada posição mais baixa na hierarquia social associa-se com piores indicadores de morbimortalidade, menor expectativa de vida e acesso limitado a serviços de saúde (WILKINSON; PICKETT, 2006; MARMOT, 2005).

O Brasil, como país de renda média com elevada desigualdade social, apresenta particularidades neste contexto. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, aproximadamente 28% da população vive em condição de pobreza, enfrentando constrangimentos significativos no acesso a alimentos, educação, habitação adequada e serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2024). Esta realidade de vulnerabilidade social afeta diretamente indicadores de saúde mental, com estimativas de prevalência de depressão variando entre 8% e 12% na população geral, com taxas substancialmente maiores em populações em situação de pobreza (MATOS, I. S. et al., 2022).

A concepção tradicional de saúde em perspectiva predominantemente biomédica, que situa a causalidade de doença primordialmente em fatores biológicos e comportamentais individuais, provou-se insuficiente para explicar as disparidades observadas. Conforme argumenta Mattos (2004), integralidade em saúde requer compreensão multidimensional de pessoa em contexto social, econômico e político, reconhecendo que fatores estruturais determinam fundamentalmente as possibilidades de vida e saúde.

Revisão da Literatura Relevante

A Organização Mundial da Saúde (2008) define Determinantes Sociais da Saúde como as condições sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais em que as pessoas vivem e trabalham. Este conceito transcende abordagens centradas exclusivamente em fatores biológicos ou comportamentais, situando a produção de saúde em contextos estruturais complexos.

Pesquisas recentes demonstram impacto significativo de determinantes sociais em saúde mental. Estudos longitudinais evidenciam que pobreza, desemprego, isolamento social e falta de acesso a proteção social aumentam incidência de transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e ideação suicida (HOLT-LUNSTAD et al., 2010; BRENNER, 2002). Especificamente, isolamento social apresenta risco de mortalidade comparável ao de fumo e consumo excessivo de álcool, particularmente em populações vulneráveis (CACIOPPO; CACIOPPO, 2014).

No contexto brasileiro, a Estratégia de Saúde da Família representa esforço de reorientação do modelo assistencial em Atenção Primária à Saúde, operacionalizando princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação comunitária do Sistema Único de Saúde

(BRASIL, 1990, 2012). O Agente Comunitário de Saúde funciona como interface crítica entre comunidade e serviços, realizando visitas domiciliares que permitem compreensão contextualizada de necessidades de saúde (BRASIL, 2012; FEUERWERKER, 2014).

Ferramentas de análise estruturada de vulnerabilidade como a Classificação de Risco de Savassi (SAVASSI, 2000) e o Diagrama de Dahlgren-Whitehead (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991, 2006) oferecem marcos conceituais complementares para compreensão de vulnerabilidade. Enquanto Savassi identifica e estratifica risco, Dahlgren-Whitehead explica mecanismos através dos quais fatores em diferentes níveis convergem para produzir vulnerabilidade, fundamentando intervenções multidimensionais.

Problema de Pesquisa e Justificativa

Apesar de esforços significativos na implementação de políticas de saúde, populações em situação de vulnerabilidade social permanecem desproporcionalmente afetadas por problemas de saúde, incluindo transtornos mentais graves, doenças cardiovasculares e mortalidade prematura. Compreender os mecanismos através dos quais a vulnerabilidade social determina a saúde de uma pessoa permanece um desafio significativo para profissionais de Atenção Primária à Saúde.

A formação médica tradicional frequentemente enfatiza fatores individuais em detrimento de determinantes estruturais, resultando em tendência à culpabilização de indivíduos por comportamentos de saúde inadequados (CAMPOS, 2003). Ademais, estudantes de medicina confrontados com realidade de vulnerabilidade social em atividades práticas frequentemente carecem de ferramentas conceituais para compreensão integrada de causalidades complexas.

Este estudo justifica-se pela necessidade de: (1) proporcionar análise estruturada de caso real de vulnerabilidade social utilizando ferramentas consagradas internacionalmente; (2) contribuir para formação de profissionais de saúde comprometidos com equidade e reconhecimento de determinantes sociais; (3) exemplificar como análise integrada de múltiplas ferramentas produz compreensão mais profunda que qualquer abordagem isolada.

Objetivos do Estudo

Objetivo Geral: Realizar análise integrada de caso de vulnerabilidade social em Atenção Primária à Saúde, utilizando Classificação de Risco de Savassi e Diagrama de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren-Whitehead, com objetivo de compreender como fatores estruturais e contextuais determinam saúde e vulnerabilidade, fundamentando reflexão sobre formação médica humanizada e compromisso com equidade em saúde.

Objetivos Específicos: (1) Aplicar Classificação de Risco de Savassi ao caso estudado, identificando e justificando indicadores que determinam categoria de risco; (2) Analisar o caso segundo os cinco níveis de Determinantes Sociais da Saúde do Diagrama de Dahlgren-Whitehead; (3) Integrar as análises de ambas ferramentas para compreensão holística de vulnerabilidade e seus determinantes estruturais; (4) Identificar riscos à saúde física e mental, e fatores protetores presentes na situação; (5) Refletir criticamente sobre implicações do caso para formação médica e prática profissional;

REFERENCIAL TEÓRICO

Atenção Primária à Saúde e o Agente Comunitário

A Estratégia de Saúde da Família foi implementada no Brasil em 1994 como reorientação fundamental do modelo assistencial em Atenção Primária à Saúde, superando a lógica tradicional centrada em ações curativas hospitalares. A ESF estrutura-se em equipes multiprofissionais que atuam em territórios definidos, geralmente responsáveis por 600 a 1000 famílias, oferecendo atendimento integral considerando contexto social e comunitário (BRASIL, 2012).

Conforme aponta Starfield (2002), quando adequadamente desenvolvida, a Atenção Primária consegue resolver aproximadamente 80% dos problemas de saúde de uma população, oferecendo atendimento mais eficiente e equitativo que modelos centrados em especialidades hospitalares. Neste contexto, o Agente Comunitário de Saúde emerge como profissional estratégico diferenciado pela origem comunitária, possibilitando compreensão contextualizada de realidades sociais, culturais e econômicas específicas (BRASIL, 2012; FEUERWERKER, 2014).

Durante visita domiciliar, o ACS realiza atividades multidimensionais: observação direta de contexto habitacional e ambiental, escuta qualificada de história de vida familiar, identificação de necessidades de saúde e proteção social, educação em saúde, mobilização de recursos comunitários disponíveis e articulação com serviços especializados. Conforme explica Feuerwerker (2014), trabalho do ACS constitui espaço de encontro entre diferentes formas de conhecimento e realidades sociais que fundamentalmente determinam saúde, transcendendo atividades técnicas isoladas e oferecendo oportunidade para prática de integralidade.

Vulnerabilidade Social e Determinantes Sociais da Saúde

Vulnerabilidade social refere-se às capacidades e recursos (ou a falta deles) que indivíduos e famílias possuem para aproveitar oportunidades disponíveis e proteger-se contra riscos diversos (KAZTMAN; FILGUEIRA, 2006). Transcende conceituação limitada de pobreza material, envolvendo deficiências multidimensionais em educação, acesso a serviços especializados, capital social, possibilidades de inserção laboral e acesso a proteção social adequada.

Vulnerabilidade social associa-se intrinsecamente a iniquidades em saúde, definidas como diferenças evitáveis em indicadores de saúde entre grupos populacionais que resultam de distribuição injusta de recursos, poder e oportunidades estruturalmente determinada (ADLER; STEWART, 2010). Pesquisas epidemiológicas documentam existência de gradiente social em saúde consistente: cada posição mais baixa na hierarquia social associa-se com indicadores de saúde significativamente piores, mesmo controlando-se por fatores biológicos.

Determinantes Sociais da Saúde, conforme define Organização Mundial da Saúde (2008), são as condições sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais em que as pessoas vivem e trabalham que fundamentalmente determinam seu estado de saúde. Compreender DSS representa mudança paradigmática: ao invés de indagar "por que este indivíduo adoecer" (respondendo com

fatores biológicos e comportamentais individuais), passa-se a indagar "por que alguns grupos populacionais adoecem significativamente mais que outros" (reconhecendo estruturas sociais que determinam oportunidades de vida).

Classificação de Risco de Savassi e Diagrama de Dahlgren-Whitehead

A Classificação de Risco de Savassi foi desenvolvida especificamente para contexto de Atenção Primária à Saúde brasileira, oferecendo método sistemático para estratificação de vulnerabilidade familiar (SAVASSI, 2000). A ferramenta classifica famílias em três categorias: Grupo A (baixo risco), Grupo B (risco intermediário) e Grupo C (risco elevado). Fundamenta-se em indicadores distribuídos em cinco dimensões: demográfica, socioeconômica, de saúde, comportamental e de acesso. Importância prática reside em permitir que recursos limitados em contexto de Atenção Primária sejam alocados equitativamente, com maior intensidade de acompanhamento para famílias com vulnerabilidade mais acentuada.

O Diagrama de Dahlgren-Whitehead, desenvolvido em 1991 pelos pesquisadores suecos Göran Dahlgren e Margaret Whitehead, representa uma das mais influentes representações visuais de determinantes sociais da saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991, 2006). Utiliza estrutura de camadas concêntricas para representar como diferentes níveis de fatores influenciam saúde, organizando determinantes em cinco níveis: (1) Nível 1 - Fatores biologicamente determinados (idade, sexo, carga genética); (2) Nível 2 - Comportamento e estilo de vida individual; (3) Nível 3 - Influências sociais e comunitárias; (4) Nível 4 - Condições de vida e trabalho; (5) Nível 5 - Macro determinantes (políticas públicas, sistemas econômicos, cultura, estruturas políticas).

Conforme argumentam Dahlgren e Whitehead (2006), utilidade prática do diagrama reside em permitir aos profissionais de saúde identificar em qual(is) nível(is) é necessário intervir, reconhecendo que intervenções exclusivamente em nível individual (educação, aconselhamento comportamental) são insuficientes se estruturas nos níveis superiores não são transformadas. Integração de Savassi e Dahlgren-Whitehead permite diagnóstico integrado: identifica-se qual é o grau de vulnerabilidade (Savassi) e compreende-se por que e como vulnerabilidade existe (Dahlgren-Whitehead), fundamentando intervenções em múltiplos níveis simultaneamente.

MÉTODO

Este trabalho configura-se como um relato de experiência, com abordagem qualitativa, de natureza descritiva e analítica. A experiência foi vivenciada no contexto da disciplina Integração Ensino-Serviços-Comunidade (IESC), vinculada ao curso de graduação em Medicina de uma instituição de ensino superior localizada no Centro-Oeste brasileiro. A atividade prática ocorreu em uma unidade de atenção primária à saúde, durante uma visita domiciliar acompanhada por um Agente Comunitário de Saúde.

A situação relatada envolve o acompanhamento de uma mulher de 52 anos, identificada neste texto pelo pseudônimo Linda Ramos, utilizado para assegurar o anonimato e a confidencialidade da participante. A escolha da família acompanhada ocorreu por amostragem de conveniência, priorizando um caso com complexidade suficiente para possibilitar uma análise multidimensional dos determinantes sociais da saúde.

A experiência envolveu a aplicação de uma entrevista semiestruturada durante a visita domiciliar, com duração aproximada de 60 a 90 minutos. Essa escuta ativa foi complementada por observações diretas e sistematizadas do ambiente domiciliar e comunitário, com o intuito de ampliar a compreensão do contexto social, econômico e de saúde da participante.

A análise da experiência foi guiada por dois referenciais teóricos integrados. Inicialmente, foi utilizada a Classificação de Risco de Savassi, que permite a identificação de fatores críticos em cinco dimensões interligadas: demográfica, socioeconômica, de saúde, comportamental e de acesso. Na sequência, os dados foram organizados à luz do Diagrama de Dahlgren-Whitehead, que fornece uma estrutura conceitual para compreender os níveis de influência sobre a saúde, desde fatores individuais até determinantes estruturais mais amplos. A articulação desses dois referenciais permitiu uma leitura integrada da vulnerabilidade da participante, considerando os múltiplos determinantes envolvidos e suas inter-relações.

Do ponto de vista ético, trata-se de uma pesquisa que não envolveu intervenção ou coleta de dados de participantes. O foco da pesquisa está na experiência dos autores na atividade, justificando a ausência de registro em comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

A experiência permitiu evidenciar, de forma concreta, como os determinantes sociais da saúde operam de maneira integrada na produção de vulnerabilidades complexas, que extrapolam explicações exclusivamente biomédicas. A situação acompanhada revela que os agravos à saúde observados não decorrem de escolhas individuais isoladas, mas da convergência de fatores biológicos, sociais, econômicos, relacionais e estruturais, que se reforçam mutuamente.

A caracterização sociodemográfica e clínica da participante evidencia um quadro de múltiplas vulnerabilidades coexistentes. Trata-se de mulher adulta, com baixa escolaridade formal, trajetória laboral marcada por ocupações precarizadas e interrupção abrupta da capacidade laboral em decorrência de transtornos mentais graves. A presença de comorbidades cardiovasculares importantes, associada a histórico de acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio, amplia significativamente o risco clínico. Apesar disso, observa-se como fator protetor relevante a adesão regular ao tratamento medicamentoso, indicando capacidade de autocuidado preservada dentro dos limites impostos pelo contexto social.

A análise da história familiar reforça a presença de predisposições biológicas relevantes, tanto para doenças cardiovasculares quanto para transtornos mentais, incluindo suicídio. Contudo, conforme apontado por referenciais críticos dos determinantes sociais da saúde, tais predisposições não atuam de forma determinística. Elas se materializam como adoecimento quando combinadas a condições sociais adversas persistentes, como pobreza, isolamento social e ausência de redes de proteção efetivas. Nesse sentido, a experiência analisada confirma que a genética estabelece riscos potenciais, enquanto os contextos sociais definem, em grande medida, sua expressão concreta.

A situação econômica emergiu como eixo central da vulnerabilidade observada. A interrupção prolongada de benefício previdenciário, sem resposta institucional efetiva, resultou em ausência total de renda por período extenso. Tal condição produziu restrições severas à alimentação adequada, ao pagamento de despesas básicas e ao acesso a serviços especializados de saúde. Esse achado corrobora a literatura que aponta a insegurança econômica como

determinante estrutural capaz de agravar quadros de sofrimento psíquico, aumentar o risco cardiovascular e comprometer a capacidade de enfrentamento diante de doenças crônicas.

O isolamento social identificado constitui outro elemento crítico. A fragilidade dos vínculos familiares, a ausência de relações comunitárias e a participação social limitada configuram cenário de vulnerabilidade psicossocial intensa. Em indivíduos com depressão grave e histórico familiar de suicídio, esse isolamento adquire gravidade ainda maior, funcionando como amplificador de risco. Observou-se, entretanto, a existência de um vínculo afetivo significativo com as netas, que opera como importante fator de proteção simbólica e existencial, ainda que ameaçado por conflitos familiares não mediados.

A aplicação da Classificação de Risco de Savassi evidenciou uma limitação relevante do instrumento quando utilizado de forma isolada. Embora a situação vivenciada pela participante seja claramente grave, a pontuação obtida a classificaria como risco familiar menor. Esse resultado revela que instrumentos quantitativos, baseados em sentinelas específicas, podem subestimar vulnerabilidades complexas, especialmente aquelas relacionadas à saúde mental, à pobreza extrema e ao isolamento social. Tal achado reforça a necessidade de leitura crítica e contextualizada desses instrumentos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A incorporação do modelo dos Determinantes Sociais da Saúde permitiu superar essa limitação, ao oferecer uma compreensão multinível do processo de adoecimento. No nível individual, identificaram-se fatores biológicos e comportamentais relevantes, incluindo comorbidades e limitações impostas pelo sofrimento psíquico. Nos níveis intermediários, destacaram-se o isolamento social, a fragilidade dos vínculos e as restrições materiais severas. No nível estrutural, tornaram-se evidentes falhas em políticas públicas de proteção social, acesso irregular a benefícios e insuficiência de suporte institucional contínuo. A análise integrada demonstra que a vulnerabilidade observada é socialmente produzida, não sendo atribuível a negligência ou incapacidade individual.

A síntese dos resultados indica que o risco mais crítico identificado é o de suicídio, resultante da convergência de depressão grave em atividade, transtorno bipolar, isolamento social, histórico familiar de suicídio e insegurança econômica prolongada. O risco cardiovascular, embora relevante, aparece como secundário no curto prazo, ainda que potencialmente letal a médio e longo prazos. Esses achados reforçam que intervenções centradas exclusivamente em prescrição medicamentosa são insuficientes diante da complexidade do caso.

Do ponto de vista formativo, a experiência revelou-se particularmente relevante para a educação médica. O acompanhamento possibilitou aos estudantes compreender, de maneira vivencial, que comportamentos considerados “inadequados” frequentemente são respostas adaptativas a contextos sociais profundamente limitadores. Assim, o relato contribui para a construção de uma prática médica crítica, orientada não apenas ao tratamento de doenças, mas também à defesa de direitos sociais e à compreensão da saúde como fenômeno socialmente determinado. As limitações identificadas no acompanhamento apontam, ainda, para a necessidade de estudos futuros que explorem estratégias intersetoriais eficazes de enfrentamento da vulnerabilidade estrutural na Atenção Primária à Saúde.

REFLEXÃO SOBRE APRENDIZADO ACADÊMICO E PRÁTICA

Este estudo oferece reflexão sobre experiência educativa de estudante de medicina de primeiro semestre que vivenciou realidade concreta de vulnerabilidade social durante atividade prática de Integração Ensino-Serviços-Comunidade. A formação médica tradicional frequentemente enfatiza conhecimento técnico e biomédico, deixando lacunas substanciais em compreensão de determinantes sociais da saúde e suas implicações para prática clínica. Vivência direta em Atenção Primária à Saúde permitiu confronto com realidades que abstrações acadêmicas não conseguem transmitir completamente.

Compreender saúde como produzida socialmente (não exclusivamente através de mecanismos biológicos) representa transformação epistemológica. Reconhecer que medicação isolada permanece profundamente insuficiente quando pessoa enfrenta fome, desespero e isolamento; que educação individual sobre exercício e alimentação é inadequada quando pessoa carece de recursos materiais básicos; que profissionais de saúde possuem responsabilidade política além da prática clínica consultorial - estas compreensões alteram fundamentalmente perspectiva profissional.

Este aprendizado incide em como o futuro profissional atuará: ao invés de culpabilizar pessoas por comportamentos inadequados de saúde, reconhecerá contextos sociais constrangedores que limitam capacidades e possibilidades reais; ao invés de apenas tratar sintomas de doença, advocacia por políticas públicas que criem condições estruturais de saúde; ao invés de exercício profissional individualista, busca de articulação com outros setores (educação, trabalho, proteção social, habitação).

Compromisso com equidade em saúde significa reconhecimento de que saúde não constitui questão meramente técnica ou biomédica, mas fundamentalmente política e estrutural. Profissionais de saúde que integram esta compreensão tornam-se agentes de transformação social e justiça, transcendendo papel limitado de técnicos isolados de doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso de Linda Ramos exemplifica como vulnerabilidade social extrema é produzida por determinantes estruturais injustos distribuídos em múltiplos níveis sistêmicos. Análise integrada de Classificação de Risco de Savassi e Diagrama de Dahlgren-Whitehead permitiu compreensão multidimensional impossível com ferramentas isoladas: identificou-se que Linda Ramos permanece em Grupo C (risco crítico máximo) porque políticas públicas falharam sistematicamente, economia opera com desigualdade extrema, instituições públicas demonstram negligência, e estruturas sociais perpetuam vulnerabilidade de populações já marginalizadas.

Risco mais imediato identificado é de suicídio, resultante de convergência de transtorno mental grave, isolamento social extensivo, história familiar de morte por suicídio, crise financeira iminente, ausência de proteção psicossocial. Risco cardiovascular permanece secundário mas significativo em pessoa com história prévia de eventos graves. O caso revela que compreender saúde requer transcender perspectiva biomédica individual, reconhecendo injustiças sociais e políticas que produzem vulnerabilidade e morte prematura de populações.

Implicações para Prática e Política: Profissionais de Atenção Primária à Saúde devem reconhecer que modificação de comportamentos individuais permanece insuficiente quando

estruturas políticas e econômicas mantêm pessoas em pobreza extrema. Advocacy por políticas públicas equitativas, integração com sistemas de proteção social, e articulação com especialistas constituem componentes essenciais de prática humanizada.

Direções para Pesquisas Futuras: Futuras investigações podem: (1) Examinar a efetividade de intervenções multidimensionais integradas em populações vulneráveis com transtorno mental grave; (2) Analisar impacto de falhas institucionais (como suspensão de benefícios sem avaliação) em saúde mental de populações; (3) Investigar mecanismos através dos quais isolamento social amplifica risco suicidário em contextos de pobreza; (4) Avaliar formação médica e desenvolvimento de competências relacionadas a determinantes sociais da saúde em cursos de graduação; (5) Examinar papel de advocacy profissional de médicos em transformação de políticas públicas de saúde e proteção social.

REFERÊNCIAS

- ADLER, N. E.; STEWART, J. **Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms**. Annals of the New York Academy of Sciences, v. 1186, p. 5-23, 2010.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 7. ed. Brasília: MS, 2012.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2024**. Ed. IBGE: Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv102144.pdf>. Acesso em 17/11/2025.
- BRENNER, M. H. Commentary: **The political economy of health**. International Journal of Epidemiology, v. 31, n. 5, p. 989-992, 2002.
- CACIOPPO, J. T.; CACIOPPO, S. **Social relationships and health: the toxic effects of social isolation**. Social and Personality Psychology Compass, v. 8, n. 2, p. 58-72, 2014.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling health inequalities**. Copenhagen: WHO/Europe, 2006.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T. B.; LAYTON, J. B. **Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review**. PLoS Medicine, v. 7, n. 7, e1000316, 2010.

- KAZTMAN, R.; FILGUEIRA, F. **Social inclusion and equal opportunity: what are the challenges?** In: ARRIAGADA, I.; ARANDA, V. (Ed.). *Pobreza y vulnerabilidad: diagnóstico y políticas*. Santiago: ECLAC, 2006.
- MARMOT, M. **Social determinants of health inequalities**. *Lancet*, v. 365, p. 1099-1104, 2005.
- MATOS, I. S.; CONCEIÇÃO, R. S. S.; SOUSA, N. J. R.; RODRIGUES, V. C. A.; FARIA, A. C. P.; PEREIRA, M. A. A.; SILVA, E. L. **A prevalência de depressão e os fatores associados em profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, e2021876, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/i/ress/a/YJthwW4VYj6N59BjdS94FJM/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2024.
- MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 39-64.
- SAVASSI, L. F. **Classificação de risco: uma sistematização para a priorização do cuidado**. 2000. Dissertação (Mestrado em Atenção Primária à Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.
- SILVA, L. M. V.; CALDAS, A. J. M.; PEIXOTO, H. **Vulnerabilidade à saúde e fatores associados em famílias pobres de São Luís, Maranhão**. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 44, n. 2, p. 356-365, 2010.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Brasil, 2002.
- WILKINSON, R. G. **The impact of inequality on health**. *Social Research*, v. 73, n. 2, p. 711-732, 2005.
- WILKINSON, R. G.; PICKETT, K. E. **Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence**. *Social Science & Medicine*, v. 62, n. 7, p. 1768-1784, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.