JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

Vulnerabilidade em saúde e Atenção Primária à Saúde

Vulnerabilidad sanitaria y Atención Primaria de Salud

Health vulnerability and Primary Health Care

Recebido: 06 dez. 2024
Revisado: 14 jun. 2025
Aceito: 17 jul. 2025

Autor de correspondência
Carla Jorge Machado
carlajmachado@gmail.com

Como citar: Aguiar RAT, Oliveira HN, Machado CJ, Afonso MPD. Vulnerabilidade em saúde e atenção primária à saúde. J Manag Prim Health Care. 2025;17:e004. https://doi.org/10.14295/jmphc.2025-v17.1450

Contribuição autoral: RATA: concepção, planejamento, análise, interpretação, redação e revisão do trabalho; HNO, CJM, MPDA: revisão crítica do conteúdo técnico - intelectual completo do manuscrito e discussão dos resultados.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Common (CC-BY-NC).

Raphael Augusto Teixeira de AGUIAR[1]
https://orcid.org/0000-0002-5285-1742 / http://lattes.cnpq.br/9321472507252450
Helian Nunes de OLIVEIRA[1]
https://orcid.org/0000-0003-1635-5175 / http://lattes.cnpq.br/2872805590419095
Carla Jorge MACHADO[1]
https://orcid.org/0000-0002-6871-0709 / http://lattes.cnpq.br/9799543313637032
Marcelo Pellizzaro Dias AFONSO[1]
https://orcid.org/0000-0003-2331-6027 // http://lattes.cnpq.br/2143500321613029

[1] Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social – MPS. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo
Vulnerabilidade – termo usado frequentemente em saúde – é um conceito com inequívoca importância no âmbito da Atenção Primária à Saúde – APS, que é um *locus* de cuidado responsável pelo cuidado integral de indivíduos, famílias e comunidades em determinados espaços geográficos. A partir do levantamento da propensão, exposição e resiliência das pessoas a certos riscos, as equipes de saúde da família devem elaborar e executar planos personalizados de cuidado nas dimensões da comunidade, da família e do indivíduo, independentemente da fase, ou mesmo da existência, de problemas de saúde com risco significativo de ocorrência.
Descritores: Vulnerabilidade em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

Resumen
Vulnerabilidad – término utilizado frecuentemente en salud – es un concepto de inequívoca importancia en el ámbito de la Atención Primaria de Salud – APS, que es un *locus* de cuidado responsable del cuidado integral de individuos, familias y comunidades en determinados espacios geográficos. A partir de la evaluación de la propensión, exposición y resiliencia de las personas a ciertos riesgos, los equipos de salud familiar deben elaborar y ejecutar planes personalizados de cuidado en las dimensiones de la comunidad, la familia y el individuo, independientemente de la fase, o incluso de la existencia, de problemas de salud con risco significativo de ocurrencia.
Descriptores: Vulnerabilidad en Salud; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia.

Abstract
Vulnerability – a term frequently used in health – is a concept of unequivocal importance within the scope of Primary Health Care – PHC, which is a locus of care responsible for the comprehensive care of individuals, families, and communities in specific geographic areas. By assessing people's propensity, exposure, and resilience to certain risks, family health teams must develop and implement personalized care plans at the community, family, and individual levels, regardless of the phase or even the existence of health problems with significant risk of occurrence.
Descriptors: Health Vulnerability; Primary Health Care; Family Health.

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

Introdução

O termo **vulnerabilidade** vem sendo usado de forma frequente em saúde, sobretudo nos âmbitos da saúde pública e da Atenção Primária à Saúde – APS. O objetivo deste artigo é analisar esse conceito tendo em vista a sua importância e o seu uso na Atenção Básica (AB).[1] no Brasil, tendo-se em vista que esse âmbito do cuidado se insere em uma posição vantajosa na identificação e no monitoramento das vulnerabilidades de indivíduos, famílias e comunidades em um dado espaço geográfico. A AB também prevê, a partir do entendimento das vulnerabilidades presentes no território, a elaboração e execução de planos personalizados de cuidado que levem em conta todo o contexto de propensão, exposição e resiliência das pessoas em relação a riscos de saúde, entre os quais está o uso de drogas lícitas e não-lícitas.

Metodologia

Este trabalho constitui-se como um ensaio crítico de natureza teórico-reflexiva, conforme definição metodológica proposta por Gil,[2] que tem por objetivo desenvolver uma análise conceitual sobre a vulnerabilidade no contexto da APS. A escolha pelo ensaio crítico justifica-se pela necessidade de articular teoricamente conceitos consolidados na literatura, estabelecendo relações analíticas entre vulnerabilidade e os atributos da APS, sem a pretensão de realizar levantamento sistemático ou exaustivo da produção científica sobre o tema.

A construção argumentativa baseou-se em revisão narrativa da literatura especializada, utilizando-se referenciais teóricos consolidados nas áreas de vulnerabilidade em saúde, APS e Saúde da Família. Foram priorizados marcos teóricos fundamentais, incluindo trabalhos sobre vulnerabilidade, atributos da APS, e modelo de História Natural das Doenças além de documentos normativos gerais. A seleção das referências pautou-se pela relevância conceitual e pela capacidade de fundamentar a argumentação proposta, sem estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão típicos de revisões sistemáticas.

O desenvolvimento do ensaio estruturou-se em três eixos analíticos: (1) distinções conceituais entre risco e vulnerabilidade; (2) caracterização dos atributos essenciais e derivados da APS; e (3) aplicabilidade prática do conceito de vulnerabilidade nos diferentes níveis de prevenção. A argumentação foi organizada de forma a demonstrar a tese central de que o conceito de vulnerabilidade oferece uma ferramenta teórico-prática mais adequada à APS do que o enfoque tradicional baseado exclusivamente em fatores de risco.

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

Resultados

Vulnerabilidade e saúde

O conceito de **vulnerabilidade** é mais recente que o conceito de **risco**, com o qual se costuma confundir com certa frequência. Ressalta-se aqui, entretanto, que a principal distinção entre ambos os termos citados pode ser expressa da seguinte maneira: enquanto o conceito de risco enfoca sobretudo eventos ou propriedades que **aumentam a chance** de determinar um dano a um indivíduo ou grupo de indivíduos, o conceito de **vulnerabilidade** é mais amplo na medida em que busca fornecer uma visão geral não apenas da chance em si de dano, mas também dos recursos com os quais o indivíduo, sua família ou sua comunidade contam para enfrentá-lo, ou dele se proteger.[1,3]

Dessa forma, um risco considerado relativamente baixo em relação à população geral de um país pode ser mais preocupante, do ponto de vista de saúde pública, em uma área ou comunidade na qual a vulnerabilidade a esse problema é, por inúmeros fatores, particularmente mais alta. Um exemplo nos dias atuais é a existência de uma prevalência importante de desnutrição infantil em áreas indígenas, em oposição à relativa baixa prevalência de privação calórica entre as crianças brasileiras no geral. Diz-se, então, que a população infantil indígena é mais **vulnerável** a esse problema do que as crianças não-indígenas.

O oposto também ocorre: um risco considerado alto pode não ser preocupante em um contexto no qual a população exposta tem acesso a meios para se proteger (baixa vulnerabilidade). Um exemplo dessa situação é a existência de serviços de pronto-atendimentos com equipes bem preparadas e que disponham de soro antiofídico em regiões com alta população ofídica. Pode-se ir além nesse exemplo: em uma região na qual as pessoas conhecem o risco de serem picadas por cobras e mantêm observância de normas elementares de cuidado – como uso de calçados adequados e cautela ao se aproximar de arbustos –, esses cuidados já se traduzem, em algum grau, em uma vulnerabilidade menor da comunidade em relação ao problema, ainda que o risco geral de acidente ofídico seja mais alto do que na população em geral.

Cabe destacar que o conceito de vulnerabilidade na saúde não teve seu início exclusivamente com a pandemia de HIV/AIDS, tendo sido anteriormente utilizado no campo das ciências sociais da saúde. Entretanto, ele ganhou maior projeção e sistematização em saúde a partir da pandemia de HIV/AIDS ao final do século XX.[1] Devido ao rápido avanço do letal vírus HIV e à incapacidade tecnológica de se interferir diretamente em sua disseminação – ou mesmo de se descobrir o agente responsável pela doença –, toda a capacidade inicial de proteção do homem contra essa doença se resumiu primeiramente ao

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

entendimento das características da população acometida pela doença, e em seguida à compreensão dos comportamentos e eventos que permitiam o seu contágio. O conhecimento acumulado baseou a realização de diversas campanhas educativas voltadas para a população em geral e para públicos com maior chance de infecção.

Nota-se, entretanto, a ineficácia das primeiras medidas de saúde pública, que priorizavam majoritariamente os chamados **grupos de risco**. Uma vez que se baseavam na visão dualista de indivíduos atingidos e/ou perigosos e indivíduos a proteger, essas medidas promoviam o estigma e a discriminação contra os portadores do vírus, além de subestimar comportamentos pessoais causadores de infecção em grupos populacionais supostamente com baixo risco de contágio. Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade individual foi importante para o deslocamento das políticas preventivas de grupos de risco para os comportamentos de risco, melhorando assim os resultados da prevenção.[1]

É importante reconhecer, contudo, que o conceito de vulnerabilidade não está isento de controvérsias. Sua ampla difusão a partir dos anos 1990 coincide com o período de consolidação do neoliberalismo, levando alguns críticos a questionarem se sua utilização não serviria para despolitizar questões estruturais, transferindo a responsabilidade pelos problemas de saúde do âmbito das políticas públicas para o individual. Segundo essa perspectiva crítica, o enfoque na vulnerabilidade individual poderia obscurecer determinantes sociais mais amplos, como as desigualdades socioeconômicas estruturais e os efeitos das políticas de ajuste neoliberal sobre as condições de vida das populações. Por outro lado, defensores do conceito argumentam que ele permite justamente uma compreensão mais complexa e contextualizada dos problemas de saúde, superando abordagens puramente individualizantes.[4,5]

O mesmo raciocínio pode e deve ser feito em relação aos usuários de drogas lícitas e não-lícitas: em vez de um enfoque que valorize apenas o risco de abuso em populações peculiares, deve-se considerar a intrincada cadeia de fatores determinantes da vulnerabilidade individual – que pode ser salientada por diferentes fatores, em diferentes contextos, para pessoas distintas.

A Atenção Primária à Saúde pode possibilitar o acompanhamento de vulnerabilidades individuais, familiares e sociais, bem como a concepção e execução de planos personalizados de cuidado a partir do monitoramento realizado. As duas seções seguintes farão uma explicação sucinta desse conceito, de sua importância no contexto atual e também de seus princípios.

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

Por que Atenção Primária à Saúde hoje?

A importância da APS –ou AB, como convencionou-se denominar no Brasil – pode ser explicada por vários motivos: o primeiro deles é a transição epidemiológica, fenômeno observado a partir do começo do século XX que se caracteriza pela mudança das causas de adoecimento e morte em uma população.[6] Assim sendo, os principais inimigos de saúde pública deixaram de ser os agentes infecciosos para se tornarem as condições crônicas, como hipertensão e diabetes, as neoplasias, as causas externas de morte (incluindo acidentes, violência e suicídio) e os transtornos que causam sofrimento mental.

Já a transição demográfica é causada diminuição das (então altas) taxas de fecundidade e mortalidade, resultando em um aumento proporcional do número de pessoas em idade avançada – e, portanto, potencialmente portadoras de condições crônicas e susceptíveis ao desenvolvimento de algum grau de incapacidade. Essa transição acarreta altos custos aos sistemas de saúde e previdenciários, sobretudo quando ocorre de forma acelerada, como é o caso em nosso país.[7]

As transições epidemiológica e demográfica são fruto não de um fenômeno catastrófico, mas de uma evolução tecnológica e social. Em outras palavras, os problemas de saúde vivenciados de forma mais frequente hoje não são propriamente consequências de uma derrota, mas sim da vitória do homem sobre os seus maiores algozes históricos.[8] Como, ainda assim, o homem continua mortal – embora viva mais hoje e morra de problemas diferentes daqueles que o assolavam até épocas recentes – observou-se uma **complexificação** dos problemas responsáveis por adoecê-lo e matá-lo. Ainda que sempre vários fatores tenham se relacionado para favorecer um desfecho desfavorável em uma enfermidade (*e.g.* interações genéticas, ambientais e microbiológicas em um doente terminal de tuberculose), observa-se hoje, principalmente nas condições crônicas, a ausência de um fator dominante e vulnerável a uma única ou poucas intervenções, como um patógeno vivo para o qual se descobre um antibiótico ou se desenvolve uma vacina.

Assim sendo, as enfermidades que mais adoecem e matam hoje podem ser consideradas mais complexas que as do passado, pois envolvem intrincadas cadeias de fatores – o que se convencionou chamar de Determinantes Sociais da Saúde – DSS – como idade, genética, alimentação e prática de exercícios físicos ao longo da vida, **estresse**, condições de trabalho, uso de drogas lícitas ou não lícitas, condições econômicas e sociais e presença ou ausência de políticas de proteção social, como serviços de saúde, educação e benefícios previdenciários.[9]

Essas características, devido à complexidade de suas inúmeras relações entre si, com o indivíduo e com o contexto no qual este se encontra, exigem uma organização diferente

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

dos sistemas de saúde em relação àquelas necessárias no passado: enquanto esses sistemas se desenvolviam em outras épocas para dar respostas rápidas a problemas de evolução rápida e alta letalidade, o desafio que se coloca hoje é a constituição de sistemas de saúde capazes não somente de reagir a eventos agudos, mas também de agir ativamente para prevenir ou controlar condições que, embora sejam de baixa letalidade e de evolução lenta, são responsáveis por uma alta prevalência de morbidades, incapacidades e mortalidade.[8,9]

É por esses motivos que se faz necessária a organização de sistemas de saúde baseados em Atenção Primária à Saúde, como se verá a seguir. É também por esses motivos que o entendimento e a aplicação do conceito de vulnerabilidade se fazem importantes nesse âmbito de atenção, uma vez que as condições crônicas (incluindo-se aí a drogadição) surgem de interações complexas e demandam, por isso, acompanhamento individualizado.

Uma sucinta caracterização da Atenção Primária à Saúde

Segundo a Organização Mundial as Saúde – OMS, a APS configura-se como o nível essencial da atenção sanitária, fundamentada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente validadas e socialmente aceitas. Deve ser universalmente acessível a indivíduos e famílias da comunidade, assegurando sua participação ativa no processo de cuidado, e ofertada a um custo compatível com a capacidade de financiamento da comunidade e do Estado, em todas as etapas do desenvolvimento socioeconômico. É fundamentada nos princípios de autodeterminação e corresponsabilidade dos sujeitos em relação à própria saúde e têm função estruturante. É o eixo central do sistema nacional de saúde, integrando-se também às estratégias mais amplas de desenvolvimento social e econômico das comunidades. A APS representa o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde, devendo garantir, sempre que possível, a prestação de cuidados no território onde as pessoas vivem e trabalham. Desempenha, portanto, um papel estratégico como porta de entrada preferencial e ordenadora das ações e serviços de saúde, compondo o início de um processo contínuo e abrangente de atenção integral.[10]

Starfield,[9] em um esforço para melhor definir a atenção primária e dar uma maior objetividade àquele conceito, enumerou os atributos essenciais da APS da seguinte forma:

Primeiro contato: um serviço de APS deve ser uma porta de entrada para resolução de problemas comuns e filtro para acesso a serviços especializados.

Longitudinalidade: esse serviço deve se constituir por meio de uma equipe responsável pelo acompanhamento de longo prazo do usuário, independentemente da ausência ou presença de enfermidades. Essa equipe deve, ao longo do tempo,

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

conhecer cada vez mais o usuário e suas circunstâncias, de forma a compreender a sua vulnerabilidade frente a inúmeras condições de saúde.

Abrangência ou integralidade: esse atributo implica o reconhecimento de que a complexidade de inúmeras condições de saúde abordadas nesse âmbito de atenção se traduz em demandas não meramente orgânicas, mas também psíquicas e sociais. A APS deve, assim, organizar-se para desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce de determinadas condições, cura e reabilitação.

Coordenação do cuidado: esse atributo surge como uma resposta à tendência de fragmentação do cuidado por diferentes especialistas ou profissionais. O médico de família e comunidade deve estar preparado para estabelecer contato com outros especialistas que estejam porventura assistindo a seus pacientes e articular o cuidado, de forma a evitar interações medicamentosas potencialmente danosas e condições iatrogênicas de modo geral.

Além dos atributos essenciais da AB, citam-se também seus **atributos derivados**, que determinam as dimensões nas quais se realizam as ações de cuidado governadas pelos atributos acima mencionados:[9,11]

Orientação para a comunidade: significa conhecer as necessidades de saúde da área adscrita à equipe em razão do seu contexto econômico e social; bem como da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos existentes na comunidade para enfrentá-los.

Centralidade na família: a equipe deve conhecer e considerar o contexto e a dinâmica familiar, de forma a compreender de que recursos uma determinada família dispõe, e quais membros são chave para o sucesso do cuidado de outros membros (ex: qual filho um usuário etilista teria mais chances de ouvir, caso ele tente abordar o problema). A equipe deve também conhecer as condições e enfermidades de cada membro da família, bem como sua eventual repercussão em problemas de saúde dos demais membros.

Competência cultural: esse atributo visa à compreensão da cultura local, dos valores e das crenças individuais, familiares e comunitárias, de forma a individualizar melhor o cuidado e provê-lo de forma respeitosa e eficaz.

Como se pode notar, a APS é fortemente vinculada à noção de acompanhamento a longo prazo de pessoas, famílias e da própria comunidade, buscando-se entender sempre

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

o contexto no qual elas estão inseridas, com todos os riscos à saúde e mecanismos de proteção contra os mesmos. Para que esse acompanhamento seja, pois, eficaz, faz-se importante o entendimento não apenas do conceito de vulnerabilidade, como também de seu uso no âmbito da APS.

A seguir será discutida, de forma mais detalhada, a importância do conceito de vulnerabilidade para a AB, bem como as formas de aplicá-lo em sua prática cotidiana.

A disputa conceitual entre APS e AB

Os conceitos de APS e AB não são meras questões terminológicas, mas refletem disputas históricas e ideológicas sobre modelos de atenção à saúde. A Conferência de Alma-Ata, em 1978, propôs uma APS abrangente como estratégia para reorganizar sistemas de saúde. Contudo, durante os anos 1980 e 1990, prevaleceu uma interpretação seletiva da APS, caracterizada por programas com intervenções restritas e custo-efetivas, voltados predominantemente para populações em extrema pobreza.[12]

No contexto brasileiro, a escolha pelo termo "Atenção Básica" representou uma opção política estratégica da Reforma Sanitária para se distanciar da perspectiva seletiva internacional. A AB foi concebida como expressão nacional da APS abrangente, fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e orientada para universalidade, integralidade e equidade.[13] Esta distinção conceitual permaneceu até a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, de 2017, que estabeleceu formalmente a equivalência entre os termos, reconhecendo "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde (APS)" como conceitos equiparáveis no contexto brasileiro.[14]

Vulnerabilidade e Atenção Básica: importância e aplicação prática

De uma forma geral, pode-se dizer que a importância do conceito de vulnerabilidade na Atenção Básica reside na necessidade de se acompanhar, ao longo do tempo, diversas variáveis que dialogam entre si e determinam o dano final ao usuário do sistema de saúde: os riscos inespecíficos e específicos aos quais está submetido, a exposição frequente aos mesmos, sua propensão a receber um maior ou menor dano proveniente dessa exposição, os recursos com os quais conta – individual ou coletivamente – para lidar com esses riscos e danos, a evolução desses danos ao longo do tempo e a adoção de medidas para minimizá-los.[1]

Em suma, pode-se dizer que a Atenção Básica deve ir além do simples raciocínio epidemiológico de distribuição de riscos e doenças: uma vez que a equipe de Saúde da Família está inserida em um território específico e é responsável por prover o cuidado

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

necessário para proteger a saúde e aumentar a qualidade de vida da população adscrita, o mero estudo de riscos é insuficiente para a empreitada, pois essa equipe precisa priorizar ações não apenas em função deles, mas também a partir dos recursos efetivos que podem diminuir o impacto dos riscos identificados no território – razão pela qual a avaliação da vulnerabilidade é mais adequada a esse âmbito da atenção. Nota-se aqui que, muitas vezes, mais do que identificar esses recursos, caberá à equipe auxiliar a comunidade a desenvolvê-los efetivamente.

A relação entre os conceitos de vulnerabilidade e APS pode ser mais facilmente entendida a partir da apresentação do modelo da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark.[15] De uma forma geral, esse modelo distingue diferentes fases na evolução de uma doença: período pré-patogênico (ausência de enfermidades, com ou sem riscos), período patogênico (enfermidade instalada) e um período pós-patogênico que varia de acordo com o desfecho da doença (cura, invalidez temporária ou permanente, morte). A seguir, veremos como se pode avaliar e diminuir vulnerabilidades na APS a partir dessas fases.

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO, SEM RISCOS ESPECÍFICOS PARA A SAÚDE

Esse é o momento em que o indivíduo, livre de doença, não está submetido a algum risco específico que possa comprometer a sua saúde. Assim sendo, ele estará sujeito a riscos genéricos de adoecer e morrer como qualquer ser humano, mas não se identifica, em sua trajetória laboral e de vida, algum risco maior do que para a média da população. Exemplificando a questão, pode-se dizer que uma pessoa que não vive em um ambiente com alta exposição a drogas, que não tem casos conhecidos de abuso na família ou entre os amigos, e que não possui antecedentes de transtornos mentais, possui um risco relativamente baixo de drogadição. Entretanto, esse risco provavelmente não é nulo. Dessa forma, as ações de cuidado que poderão ser oferecidas a ele serão igualmente inespecíficas, como ações educativas voltadas para esse e outros problemas de saúde e avaliação/reforço dos mecanismos de proteção existentes: apoio familiar, relações sociais (amigos, associações comunitárias, clubes ou igrejas das quais faz parte), acompanhamento contínuo pela equipe de Saúde da Família, garantia de usufruto de seus direitos sociais de uma forma geral.

O conjunto de ações inespecíficas voltadas para indivíduos saudáveis e sem riscos específicos aparentes é, segundo o modelo de história natural das doenças, denominado de **Promoção da Saúde**. Esse conceito é estratégico em relação à discussão sobre vulnerabilidades, uma vez que também é definido como o **aumento da capacidade de uma comunidade em controlar os fatores que determinam a sua saúde e sua qualidade de**

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

vida.[16] Ou seja, a promoção da saúde visa ao aumento da **resiliência** do indivíduo para que ele se proteja de riscos inespecíficos.

A promoção da saúde é, por natureza, **multidisciplinar**, uma vez que não trata de um risco específico à saúde e na medida em que depende de diversas condições e recursos que não se encontram, necessariamente, no setor saúde. Para que haja uma efetiva promoção da saúde nesse nível, é preciso melhorar as condições gerais de vida e de desenvolvimento humano, de forma a possibilitar a qualidade de vida à comunidade. Isso pode ser feito a partir da melhoria geral da renda, da escolaridade, dos próprios serviços de saúde e dos demais serviços de proteção social. Quanto mais esses recursos se desenvolverem, maior será a resiliência da população local em relação aos riscos à sua saúde.

Essas melhorias não dependerão apenas da equipe de APS, uma vez que dependem do próprio desenvolvimento comunitário como um todo. Entretanto, há que se garantir a existência da intersetorialidade, conceituada como a articulação do planejamento de um conjunto de programas, políticas e serviços, integrados, em âmbito individual, comunitário e social mais amplo.[17] Em outras palavras: serviços e programas sociais de diferentes áreas, incluindo aqueles de Atenção Primária à Saúde, devem se conhecer e se considerar mutuamente, buscando trabalhar de forma conjunta ao compartilhar informações e outros recursos, bem como ao estabelecer metas conjuntas de trabalho integrado.

Outro conceito chave para a promoção da saúde é o **empoderamento** da comunidade. Esse conceito – conhecido em inglês como ***empowerment*** – está centrado na noção de poder, aqui entendido como a "**habilidade para controlar os fatores externos que determinam a própria vida**" [18]. Dessa forma, deve-se estimular a participação da comunidade na formulação, execução ou avaliação de políticas que influenciem diretamente em sua saúde.

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO, COM RISCOS ESPECÍFICOS PARA A SAÚDE

Nesse momento, os indivíduos estão livres de doença, porém expostos a um ou mais riscos específicos que podem vir a causar uma enfermidade. As ações que serão desenvolvidas aqui, assim sendo, não serão mais genéricas (promoção da saúde), e sim específicas (prevenção de doenças). Quanto mais recursos um indivíduo, família ou comunidade tiverem para se defender do risco em questão, menor será a sua vulnerabilidade ao problema de saúde correspondente. Vejamos que instrumentos e ações podem ser desenvolvidos no âmbito da APS para avaliar e diminuir vulnerabilidades em três dimensões sob risco: comunitária, familiar e individual. As dimensões são detalhadas na sequência.

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

Quanto à **dimensão comunitária**, é importante, aqui, conhecer os riscos aos quais uma comunidade está exposta e ao impacto causado por eles, assim como os recursos que podem atenuá-los (ou mesmo eliminá-los). A identificação de riscos pode ser feita a partir das informações que a equipe de saúde da família levanta para lançamento em sistemas de informação como o e-SUS APS (Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Também é importante checar a ocorrência de internações de pessoas da área por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde, assim como aquelas ocorridas devido a abuso de drogas lícitas e ilícitas. Isso pode ser feito pelo site do Departamento de Informática do Ministério da Saúde – DATASUS, embora esses dados sejam agregados (por município, e não por áreas adscritas à unidade de saúde) e, muitas vezes, desatualizados. Outra opção é checar os próprios registros de referência e contrarreferência porventura mantidos pela equipe, embora nem todas as unidades de saúde mantenham esse controle de forma frequente e sistematizada.

O quadro completo do alcoolismo e da drogadição só será conhecido após conversas com os agentes comunitários de saúde vinculados à comunidade abordada: eles indicarão quais são as drogas mais comuns presentes no território, assim como a existência de pontos de venda de drogas e usuários com histórico de abuso. Cabe observar que informações específicas sobre usuários são sempre sigilosas, não devendo ser compartilhadas a pessoas fora da equipe de saúde.

Os agentes comunitários de saúde poderão indicar também os recursos de proteção presentes em sua área, tanto os que compõem a rede pública de proteção social quanto aqueles ligados a Organizações Não Governamentais – ONGs e/ou o setor privado, como instituições que incentivam a prática de esportes, grupos de apoio, igrejas, serviços de apoio ao empreendedorismo e/ou de qualificação profissional *etc*. A equipe de saúde da família deve, portanto, conhecer a rede de proteção social acessível àquela comunidade, bem como atuar conjuntamente – quando necessário – com outros membros e serviços dessa rede.

Alguns municípios lançam mão do uso de indicadores de vulnerabilidade social como forma de estimar riscos sociais e, assim, priorizar ou reforçar políticas e serviços públicos em seu território. É o caso de Belo Horizonte/MG, cujo Índice de Vulnerabilidade da Saúde – IVS vem sendo usado para nortear políticas de saúde e priorizar alocação de recursos.[19] Embora esse índice não explicite um conceito claro de vulnerabilidade em seu documento oficial, ele leva em conta indicadores de saneamento (como abastecimento de água, esgoto e destino do lixo) e de situação socioeconômica (razão de moradores por domicílio, analfabetismo, renda e etnia). Nota-se, portanto, que o IVS se baseia principalmente em riscos, apesar de

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

levar também em conta fatores de proteção, como renda e escolaridade, buscando conjugá-los para obter uma situação de vulnerabilidade final.

No que se refere à **dimensão familiar**: a abordagem de famílias requer a identificação personalizada de todos os riscos aos quais elas estão submetidas, bem como os mecanismos de proteção aos mesmos que se encontram mais acessíveis a ela, seja por afinidade (*e.g.* religião), seja por proximidade ou facilidade de acesso. Uma das chaves para o êxito é a relação criada entre ela e a equipe de saúde da família – mais especificamente o Agente Comunitário de saúde. Os profissionais da equipe de saúde da família devem, cada um em seu âmbito de ação, registrar informações básicas sobre riscos e recursos protetores identificados em cada família, verificar habitualmente o surgimento de riscos antes inexistentes e, por fim, monitorar a evolução dos riscos para condições de saúde francamente estabelecidas.

Um instrumento importante para a avaliação dos riscos familiares são as Fichas de Cadastro Domiciliar e Individual (que substituíram a antiga Ficha A) – formulários que devem ser preenchidos e atualizados pelos agentes comunitários de saúde para cada família sob sua responsabilidade. O objetivo desses instrumentos é realizar o cadastro familiar, por meio de dados básicos de características socioeconômicas e de moradia da família. Informações sobre saúde autoreferida e escolaridade são anotadas para cada indivíduo.[20]

Outro instrumento importante é o genograma, instrumento da Medicina de Família e Comunidade que é uma representação gráfica de uma família contendo seus membros, o padrão de relacionamento entre eles e as principais morbidades.[21] A existência de relações conflituosas pode ser um fator que contribua para o desencadeamento ou agravo de problemas de saúde. Por outro lado, boas relações entre dois ou mais membros podem indicar um fator protetor, na medida em que podem significar uma pessoa a quem recorrer ou com o potencial de estimular uma mudança positiva.

Por fim, o ecomapa –outro instrumento usado por médicos de família e comunidade, complementar ao genograma– consiste em uma representação gráfica da rede social da família. Nela, devem ser representados todos os suportes da família, assim como a intensidade com que usufruem dos mesmos: trabalho, igreja, grupos comunitários, clubes, vizinhança e outros. Uma família com poucas conexões com a comunidade necessita de maior atenção e investimento da equipe.[22]

Finalmente, a **dimensão individual** está relacionada à avaliação e diminuição de vulnerabilidades do indivíduo. Deve-se atentar para a sua história pregressa e familiar, seu contexto social, riscos pessoais (físicos, psicológicos e sociais) e fatores de proteção presentes em sua vida.

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

Um conceito importante no que diz respeito ao desenvolvimento e à manutenção de hábitos saudáveis é o do autocuidado apoiado, que significa a gestão colaborativa do cuidado. Dessa forma, em vez de meramente prescrever alterações no estilo de vida dos usuários, os profissionais da equipe lhe darão apoio por meio da motivação pessoal, do delineamento de metas, da negociação de um plano personalizado de cuidado e do apoio durante deslizes e recaídas – vistos aqui como parte do próprio processo de superação de hábitos nocivos.[23] Em suma, o autocuidado apoiado visa ao desenvolvimento, por parte do usuário, de um sentido de responsabilidade por sua própria saúde, de forma metódica e apoiada pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.[24]

PERÍODOS PATOGÊNICO E PÓS-PATOGÊNICO

Nesse período, no qual já há uma enfermidade instalada, temos duas possibilidades: a condição de saúde presente é assintomática –o que exige, portanto, ações permanentes de rastreio da população assistida– ou sintomática, levando o próprio usuário (ou sua família) a procurar ajuda. No segundo caso, ou quando se diagnosticar uma enfermidade assintomática por rastreio, a abordagem estará mais restrita à dimensão individual.

Nesse caso, é importante atentar para as condições apresentadas (queixas, sinais e sintomas), assim como para as suas histórias pregressa, familiar e social. O profissional de saúde –no caso o médico da equipe de saúde da família– deve, então, realizar o seu diagnóstico, que pode ser imediato ou exigir a solicitação de exames laboratoriais ou imaginológicos. Uma vez firmado o diagnóstico, inicia-se o tratamento. Caso necessário, ações de reabilitação deverão ocorrer por meio de parceria entre a equipe de saúde da família e outros profissionais (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas *etc.*), provenientes tanto de equipes multiprofissionais (eMulti) como de serviços especializados.

O conhecimento dos riscos e de fatores de proteção relativos à enfermidade apresentada é importante para se definir o prognóstico e/ou a chance de recidiva, recaída ou cronificação. Para tanto, o profissional médico deve lançar mão do próprio prontuário do usuário, bem como de outras informações coletadas pela equipe, como o cadastramento familiar (realizado por meio das Fichas de Cadastro Domiciliar e Individual).

É importante ressaltar que condições crônicas podem exigir reforço do autocuidado apoiado. Nesse caso, podem ser usadas técnicas para o controle de compulsões (tabagismo, alcoolismo e drogadições), como o Modelo Transteórico de Mudança e grupos operativos (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e outros), ou técnicas para melhoria de hábitos

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

de vida relacionados a condições cardiovasculares, como sedentarismo e alimentação adequada (entrevista motivacional, aconselhamento, educação em saúde).[25]

Por fim, não se deve esquecer que a equipe de Saúde da Família não está sozinha, uma vez que outros serviços e recursos podem e devem ser acionados de forma a garantir a integralidade do cuidado, tanto na área de saúde (referência a outros serviços) como em outras áreas. Citam-se, a título de exemplo, os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, o Ministério Público (notadamente em casos de violência doméstica), o Ministério do Trabalho, os Conselhos Tutelares, as escolas e as universidades (ou centros universitários). Essas instituições, se acessíveis, podem constituir valiosos mecanismos de apoio e fortalecimento das capacidades de defesa de indivíduos, famílias e comunidades.

Considerações finais

O termo **vulnerabilidade**, usado de forma frequente em saúde, tem significativa importância nos âmbitos da saúde pública e da APS. O presente artigo teve, por objetivo, analisar esse conceito a partir da Atenção Básica, responsável pelo cuidado integral de indivíduos, famílias e comunidades em determinados espaços geográficos. A partir do levantamento da propensão, exposição e resiliência das pessoas a certos riscos, a Atenção Básica deve elaborar e executar planos personalizados de cuidado nas dimensões da comunidade, da família e do indivíduo, independentemente da fase na qual o mesmo se encontra (pré-patogênica, patogênica e pós-patogênica).

As implicações de adotar o conceito de vulnerabilidade em detrimento de uma abordagem focada apenas em risco são profundas para a prática das equipes de saúde. Supera-se a lógica de apenas identificar e listar fatores de risco, para se engajar em uma análise contextualizada que considera os recursos e as capacidades de enfrentamento dos indivíduos, famílias e comunidades. Isso reforça a importância dos atributos essenciais da APS, como a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, pois é somente através do acompanhamento contínuo que se torna possível compreender a complexa teia de fatores que modulam a vulnerabilidade. Ferramentas como o genograma e o ecomapa deixam de ser meros registros para se tornarem instrumentos dinâmicos de planejamento terapêutico, que orientam a equipe a fortalecer os laços sociais e familiares protetores.

Contudo, a transição de um modelo centrado no risco para um centrado na vulnerabilidade representa um desafio considerável. Exige das equipes não apenas competência técnica, mas também tempo para escuta qualificada, habilidade para a articulação intersetorial e apoio institucional para que possam, de fato, atuar sobre os determinantes sociais da saúde. Como avanço para a discussão, aponta-se a necessidade de

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

se desenvolverem mais estudos que avaliem o impacto da aplicação desta abordagem nos indicadores de saúde das comunidades, bem como a criação de estratégias de educação permanente que capacitem os profissionais a incorporar a avaliação da vulnerabilidade de forma sistemática e efetiva em seu processo de trabalho diário.

Referências

1. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. 117-139.

2. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.

3. Gondim GMM. Do conceito de risco ao de precaução: entre determinismos e incertezas. In: Fonseca AF, Corbo AMDA, organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV; 2007. p. 87-120.

4. Escorel S. Exclusão social e saúde. Saude Debate. 1994;43(jun.):38-43.

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

6. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem Fund Q. 1971;49(4):509-38.

7. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Rev Bras Estud Popul. 2006;23(1):5-26. https://doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002.

8. Campos FE, Aguiar RAT, Belisario SA. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 885-932.

9. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; 2002.

10. Ferreira JR, Buss PM. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

11. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 493-545.

12. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health. 2004;94(11):1864-74. https://doi.org/10.2105/ajph.94.11.1864.

13. Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003. Disponível em: http://hdl.handle.net/1843/ECJS-76RHW7.

14. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS; 2017 [citado 30 jul. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

15. Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva: conceitos e níveis de aplicação. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1977.

16. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saude Colet. 2000;5(1):163-77. https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014.

17. Rivera FJU, Artmann E. Promoção da saúde e planejamento estratégico situacional: intersetorialidade na busca de maior governabilidade. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. p. 183-206.

18. Porto MFS, Pivetta F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. p. 207-229.

19. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). Índice de vulnerabilidade da saúde: 2012. Belo Horizonte: SMSBH; 2013.

20. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2005;21(6):1821-8. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600031.

JMPHC Journal of Management & Primary Health Care
ISSN 2179-6750

21. Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. Genograma. In: Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN, organizadores. A família como foco da atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Nescon; 2012. p. 64-8.

22. Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. Ecomapa. In: Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN, organizadores. A família como foco da atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Nescon; 2012. p. 69-70.

23. Cavalcanti AM, Oliveira ACL, organizadores. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.

24. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012.

25. Mendes EV. Os níveis 3, 4 e 5 do modelo de atenção às condições crônicas na APS: as mudanças na clínica e na gestão da ESF. In: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012. p. 235-412.