

Impactos da vulnerabilidade social na saúde mental de famílias acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde

Impacts of social vulnerability on the mental health of families followed by Primary Health Care

Impactos de la vulnerabilidad social en la salud mental de familias acompañadas por la Atención Primaria de Salud

Recebido: 27/01/2026 | Revisado: 01/02/2026 | Aceitado: 02/02/2026 | Publicado: 03/02/2026

Érico Acosta Muller¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3974-7326>

Faculdade Alcance EAD (FAAL), Brasil

E-mail: ofnufe@hotmail.com

Resumo

Este estudo objetiva analisar, a partir da prática territorial, os impactos da vulnerabilidade social na saúde mental das famílias acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) e pelo Programa Primeira Infância Melhor (PIM), relacionando observações reais, literatura científica e políticas públicas vigentes. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da atuação profissional no território, com registro sistemático de vivências, observações e acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade social. Os resultados evidenciam a presença de sofrimento psíquico crônico, sobrecarga materna, fragilização dos vínculos afetivos, insegurança alimentar, precariedade habitacional e ciclos transgeracionais de vulnerabilidade, impactando diretamente o desenvolvimento infantil e a saúde mental dos cuidadores. Conclui-se que intervenções precoces, escuta qualificada, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e políticas públicas intersetoriais são fundamentais para a construção de ambientes emocionalmente seguros e para a redução de danos psicossociais em contextos de vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social; Saúde mental; Atenção Primária à Saúde; Primeira infância; Programa Primeira Infância Melhor.

Abstract

This study aims to analyze, based on territorial practice, the impacts of social vulnerability on the mental health of families assisted by Primary Health Care (PHC) services and the Primeira Infância Melhor Program (PIM), relating real observations, scientific literature, and current public policies. This is a qualitative study, characterized as an experience report, developed from professional practice in the territory, with systematic records of experiences, observations, and follow-up of families in situations of social vulnerability. The results reveal the presence of chronic psychological distress, maternal overload, weakening of affective bonds, food insecurity, housing precariousness, and transgenerational cycles of vulnerability, directly impacting child development and caregivers' mental health. It is concluded that early interventions, qualified listening, strengthening Primary Health Care, and intersectoral public policies are essential for building emotionally safe environments and reducing psychosocial harm in contexts of social vulnerability.

Keywords: Social vulnerability; Mental health; Primary Health Care; Early Childhood; Primeira Infância Melhor Program.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo analizar, a partir de la práctica territorial, los impactos de la vulnerabilidad social en la salud mental de las familias acompañadas por la Atención Primaria de Salud (APS) y por el Programa Primeira Infância Melhor (PIM), relacionando observaciones reales, literatura científica y políticas públicas vigentes. Se trata de un estudio cualitativo, del tipo relato de experiencia, desarrollado a partir de la actuación profesional en el territorio, con registro sistemático de vivencias, observaciones y acompañamiento de familias en situación de vulnerabilidad social. Los resultados evidencian la presencia de sufrimiento psíquico crónico, sobrecarga materna, debilitamiento de los vínculos afectivos, inseguridad alimentaria, precariedad habitacional y ciclos transgeneracionales de vulnerabilidad, impactando directamente el desarrollo infantil y la salud mental de los cuidadores. Se concluye que las intervenciones tempranas, la escucha cualificada, el fortalecimiento de la Atención

¹ Programa Primeira Infância Melhor (PIM) – Prefeitura Municipal de Itaara/RS, Brasil.

Primaria de Salud y las políticas públicas intersectoriales son fundamentales para la construcción de entornos emocionalmente seguros y para la reducción de daños psicosociales en contextos de vulnerabilidad social.

Palabras clave: Vulnerabilidad social; Salud mental; Atención Primaria de Salud; Primera infancia; Programa Primeira Infância Melhor.

1. Introdução

Profissionais da APS que atuam em territórios vulnerabilizados, como os visitantes do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), observam diretamente situações que envolvem insegurança alimentar, violências silenciosas, negligência involuntária, uso de substâncias e sobrecarga materna (Lima & Yasui, 2014; Silva et al., 2020). Esses fatores se articulam e produzem ambientes instáveis, emocionalmente empobrecidos, gerando estresse tóxico, fenômeno que compromete o desenvolvimento infantil e fragiliza a saúde mental dos cuidadores (Center on the Developing Child, 2016). Além disso, a invisibilidade das demandas emocionais dentro dos serviços de saúde contribui para a cronificação do sofrimento e para a perpetuação de ciclos de vulnerabilidade (Onocko-Campos & Furtado, 2008).

No contexto das políticas públicas brasileiras, a APS é reconhecida como eixo estruturante do cuidado em saúde, responsável pela coordenação da atenção e pela organização das redes assistenciais (Brasil, 2015). Entretanto, estudos apontam que a saúde mental ainda ocupa um lugar periférico na prática cotidiana dos serviços, sobretudo em municípios de pequeno porte, onde há escassez de profissionais especializados e fragilidade da rede de atenção psicossocial (Dimenstein et al., 2017). Essa realidade gera lacunas no cuidado e sobrecarga nos profissionais da atenção básica, que frequentemente se tornam os principais responsáveis pela escuta, acolhimento e manejo inicial do sofrimento psíquico.

Nesse cenário, programas de visita domiciliar, como o PIM, assumem papel estratégico na identificação precoce de riscos emocionais, ambientais e relacionais, atuando como dispositivos de proteção ao desenvolvimento infantil e à saúde mental familiar. A presença contínua do visitador no território permite a construção de vínculos, a escuta qualificada e a observação direta das dinâmicas familiares, possibilitando intervenções sensíveis e contextualizadas, alinhadas às perspectivas ecológicas do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2011; Winnicott, 2000).

Diante disso, este estudo objetiva analisar, a partir da prática territorial, os impactos da vulnerabilidade social na saúde mental das famílias acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) e pelo Programa Primeira Infância Melhor (PIM), relacionando observações reais, literatura científica e políticas públicas vigentes.

Ao adotar um relato de experiência como abordagem metodológica, o trabalho busca contribuir para a compreensão integrada entre vulnerabilidade social, saúde mental e desenvolvimento infantil, evidenciando a necessidade de políticas públicas intersetoriais e do fortalecimento das práticas territoriais do cuidado.

2. Metodologia

Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como qualitativo, descritivo, analítico e interpretativo, estruturado na modalidade de relato de experiência. A escolha dessa abordagem justifica-se pela necessidade de compreender fenômenos subjetivos, complexos e profundamente enraizados nos contextos sociais das famílias acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa qualitativa permite acessar significados, percepções, relações humanas e formas de viver que não podem ser apreendidas por instrumentos quantitativos, por estarem inseridas na dimensão simbólica e experiencial dos sujeitos (Minayo, 2014; Flick, 2013).

O relato de experiência configura-se como estratégia metodológica adequada quando o pesquisador encontra-se diretamente inserido no contexto investigado, desempenhando papel ativo na produção do conhecimento por meio da

observação, da convivência e da interpretação crítica dos fenômenos sociais (Yin, 2015). Nesse sentido, o estudo ancora-se na vivência profissional do autor enquanto visitador do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) no município de Itaara, no estado do Rio Grande do Sul, permitindo a construção de conhecimento a partir da prática territorial cotidiana.

Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, caracterizado por população distribuída entre áreas urbana, rural e periurbana. Esse contexto territorial apresenta desafios específicos para o cuidado em saúde e para o desenvolvimento infantil, como dificuldades de mobilidade, baixa oferta de serviços especializados, fragilidade da rede de saúde mental e dependência da articulação intersetorial entre saúde, assistência social e educação.

A Atenção Primária à Saúde organiza-se principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo complementada pelas ações do Programa Primeira Infância Melhor (PIM). A APS constitui o principal eixo de organização do cuidado no território, responsável pela coordenação das ações de saúde e pelo acompanhamento longitudinal das famílias, conforme preconizado por Starfield (2002). Entretanto, em municípios de pequeno porte, observa-se limitação na oferta de serviços especializados, especialmente na área de saúde mental, o que reforça o papel da APS e dos programas de visitação domiciliar como dispositivos centrais de cuidado (Brasil, 2015; Dimenstein et al., 2017).

O PIM desempenha função estratégica nesse cenário, realizando visitas domiciliares regulares com foco no desenvolvimento infantil, no fortalecimento dos vínculos familiares e na promoção de práticas parentais sensíveis. A presença do visitador nos domicílios possibilita uma compreensão ampliada das dinâmicas familiares, dos contextos ambientais e das relações afetivas, elementos reconhecidos como centrais no desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2011; Winnicott, 2000).

Participantes

Os participantes indiretos deste estudo foram gestantes, mães, crianças de 0 a 6 anos, cuidadores informais, avós e demais membros das famílias acompanhadas pelo Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Não houve coleta formal de dados individuais, prontuários, entrevistas estruturadas ou registros identificáveis, respeitando integralmente os princípios éticos da pesquisa em saúde.

As famílias acompanhadas vivenciam diferentes graus de vulnerabilidade social, incluindo pobreza, insegurança alimentar, precariedade habitacional, fragilidades emocionais, isolamento social, conflitos familiares e histórico de violência. Essa diversidade de arranjos familiares, condições socioeconômicas e trajetórias de vida possibilitou uma compreensão multifacetada dos impactos da vulnerabilidade social na saúde mental e no desenvolvimento infantil.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de forma naturalística, diretamente nos ambientes familiares, sem intervenções experimentais ou aplicação de instrumentos padronizados. Essa abordagem caracteriza-se pela observação dos fenômenos em seu contexto real, permitindo captar comportamentos, práticas sociais e dinâmicas relacionais tal como se manifestam no cotidiano (Angrosino, 2009).

Os principais procedimentos utilizados foram:

- Visitas domiciliares regulares, possibilitando a observação direta das interações familiares, rotinas, organização do cotidiano e condições ambientais;

- Observação direta, contemplando aspectos como condições habitacionais, alimentação, práticas parentais, vínculos afetivos, segurança do ambiente e saúde emocional dos cuidadores;
- Escuta qualificada, por meio de conversas espontâneas com as famílias, permitindo acesso a sentimentos, dificuldades, medos e expectativas;
- Registros de campo sistemáticos, elaborados após cada visita, contendo descrições, sínteses e interpretações preliminares;
- Acompanhamentos intersetoriais, envolvendo articulação com equipes da APS, assistência social, educação e serviços da rede de proteção.

As informações analisadas emergem exclusivamente da prática profissional cotidiana, sem manipulação do ambiente, sem aplicação de questionários estruturados e sem técnicas interventivas, característica própria de estudos do tipo relato de experiência.

Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados seguiu um percurso qualitativo, interpretativo e reflexivo, organizado em etapas complementares:

Inicialmente, realizou-se a descrição sistemática das vivências observadas, preservando o contexto, a singularidade das famílias e os cenários em que os fenômenos ocorreram. Em seguida, procedeu-se à identificação de padrões e temas emergentes, tais como: sobrecarga emocional dos cuidadores, insegurança alimentar, fragilidade dos vínculos afetivos, precariedade habitacional, sofrimento psíquico silencioso, fragilidade da rede de saúde mental, ciclos transgeracionais de vulnerabilidade e risco ambiental.

Posteriormente, os temas identificados foram articulados à literatura científica, dialogando com produções acadêmicas sobre vulnerabilidade social, desenvolvimento infantil, saúde mental, Atenção Primária à Saúde, determinantes sociais da saúde e estresse tóxico. Essa articulação permitiu compreender como as vivências locais se relacionam com processos estruturais amplamente reconhecidos na literatura.

Por fim, realizou-se a interpretação analítica, relacionando prática, teoria e observação empírica, a partir de referenciais como Winnicott (2000), Bronfenbrenner (2011), Onocko-Campos e Furtado (2008), Center on the Developing Child (2016) e The Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee (2017), possibilitando uma análise integrada, contextualizada e consistente.

Aspectos éticos

O estudo segue integralmente as diretrizes éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por tratar-se de relato de experiência, não houve acesso a prontuários, dados sensíveis, registros institucionais confidenciais ou informações que permitissem identificação direta dos participantes.

Nenhum nome real foi mencionado, nenhuma informação individualizável foi incluída, e todas as situações foram descritas de forma geral e não identificável. Não houve intervenção experimental, manipulação de comportamento ou coleta de dados clínicos.

Conforme previsto na legislação brasileira, estudos caracterizados como relatos de experiência, sem coleta de dados identificáveis e sem intervenção direta, não exigem submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, mantendo-se, contudo, o compromisso com os princípios éticos da pesquisa em saúde, especialmente o respeito, a confidencialidade e a proteção dos sujeitos envolvidos.

3. Resultados e Discussão

A vulnerabilidade social compreende um conjunto de condições estruturais que influenciam intensamente o bem-estar, o comportamento e o desenvolvimento das famílias acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), a vulnerabilidade não se restringe à carência material, mas envolve desigualdades sociais, econômicas, ambientais e simbólicas que produzem desvantagens cumulativas ao longo da vida. No contexto do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), essas desigualdades se manifestam de forma cotidiana, tanto em aspectos objetivos quanto subjetivos, refletindo-se em sofrimento psíquico, instabilidade emocional e fragilização dos vínculos familiares.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), esse cenário dialoga diretamente com o conceito de estresse tóxico, definido como a exposição prolongada a adversidades sem a presença de relações protetivas e suporte emocional adequado (Center on the Developing Child, 2016). O estresse tóxico compromete a saúde mental dos cuidadores e interfere na capacidade de resposta sensível às necessidades das crianças, afetando negativamente o desenvolvimento infantil. Durante as visitas domiciliares, observaram-se sinais compatíveis com esse processo, como exaustão emocional, dificuldades de organização, baixa tolerância ao estresse e fragilidade na regulação emocional dos adultos responsáveis pelo cuidado.

A precariedade habitacional configurou-se como elemento agravante relevante. Ambientes caracterizados por umidade, superlotação, ausência de ventilação adequada, mofo e insegurança estrutural foram frequentes nos domicílios acompanhados. Estudos indicam que tais condições ambientais estão associadas ao aumento de sofrimento psíquico, irritabilidade, doenças respiratórias e dificuldades de organização familiar (CNDSS, 2008; WHO, 2014). Conforme Winnicott (2000), o ambiente físico compõe o ambiente emocional, influenciando diretamente a qualidade das relações e a capacidade de cuidado. Assim, a precariedade habitacional não representa apenas um problema material, mas um fator estruturante do sofrimento emocional.

Outro eixo central identificado refere-se à fragilidade das redes de apoio social e comunitário. Em grande parte das famílias acompanhadas, observou-se a presença de maternidade solitária, caracterizada pela ausência de suporte familiar e institucional contínuo. Dimenstein et al. (2017) apontam que a ausência de redes de apoio constitui um importante fator de risco para adoecimento psíquico, pois compromete os mecanismos de proteção emocional e social. Essa condição intensifica a sobrecarga das cuidadoras e fragiliza os vínculos familiares, criando contextos de maior instabilidade emocional.

As crianças inseridas nesses ambientes vivenciam precocemente os impactos dessas adversidades. A teoria ecológica do desenvolvimento humano, proposta por Bronfenbrenner (2011), destaca que o desenvolvimento infantil é diretamente influenciado pelos sistemas ambientais nos quais a criança está inserida. As observações no território revelaram manifestações como atrasos na fala, dificuldades de socialização, comportamentos de irritabilidade e resistência ao contato, compatíveis com estudos que associam vulnerabilidade social à redução de estímulos adequados e ao aumento de estressores ambientais (The Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee, 2017).

As interações familiares frequentemente se mostraram marcadas por tensões, conflitos e exaustão emocional. Winnicott (2000) destaca que a qualidade do cuidado depende da capacidade emocional do adulto em oferecer um “ambiente suficientemente bom”, no qual estabilidade, previsibilidade e responsividade estejam presentes. Quando o cuidador se encontra sobrecarregado, ansioso ou emocionalmente exaurido, sua capacidade de oferecer esse ambiente é comprometida, afetando diretamente a qualidade das interações e o desenvolvimento emocional da criança.

As vivências no território também evidenciaram a presença de ciclos transgeracionais de vulnerabilidade. Muitos cuidadores relataram histórias de infância marcadas por negligência, pobreza, violência e ausência de suporte emocional, que tendem a se reproduzir ao longo das gerações na ausência de intervenções estruturadas (Yasui, 2010; The Lancet Early

Childhood Development Series Steering Committee, 2017). Esse padrão reforça a importância de políticas públicas que atuem precocemente, especialmente na primeira infância, com foco na prevenção e na promoção da saúde mental.

Outro aspecto crítico identificado refere-se à fragilidade da rede de saúde mental no território. Embora a APS seja reconhecida como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ainda há dificuldades estruturais na incorporação da saúde mental como eixo prioritário do cuidado (Onocko-Campos & Furtado, 2008). A escassez de profissionais especializados, a dificuldade de acesso a serviços psicossociais e a fragilidade dos fluxos de encaminhamento resultam na invisibilização de demandas emocionais complexas, que acabam sendo absorvidas pelas equipes da atenção básica e pelos visitantes domiciliares.

Nesse contexto, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) revelou-se um dispositivo estratégico para identificação precoce de riscos emocionais, ambientais e relacionais. A visita domiciliar permite acesso direto ao cotidiano das famílias, favorecendo a construção de vínculo, a escuta qualificada e intervenções sensíveis, alinhadas às concepções contemporâneas de cuidado territorial e integral (Brasil, 2015; Yasui, 2010). A presença contínua do visitador no território configura-se como um dos fatores de proteção, tanto para o desenvolvimento infantil quanto para a saúde mental familiar.

As análises evidenciam que a vulnerabilidade social ultrapassa indicadores econômicos, configurando-se como um fenômeno multidimensional que atravessa a subjetividade, molda comportamentos, interfere na capacidade de cuidado e impacta diretamente o desenvolvimento infantil. Enfrentar esse cenário exige ações intersetoriais integradas, envolvendo saúde, assistência social, educação, habitação e políticas públicas de proteção social, conforme defendido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) e pelas diretrizes nacionais de atenção básica (Brasil, 2015).

Dessa forma, os resultados deste estudo demonstram que a vulnerabilidade social produz sofrimento psíquico complexo e contínuo, exigindo estratégias estruturadas de intervenção. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a ampliação do acesso à saúde mental, o investimento em políticas intersetoriais e a valorização dos programas de visitação domiciliar configuram-se como eixos centrais para a promoção de ambientes emocionalmente seguros e para a proteção do desenvolvimento infantil em contextos de vulnerabilidade.

4. Considerações Finais

As análises desenvolvidas ao longo deste estudo evidenciam que a vulnerabilidade social exerce influência direta, estrutural e contínua sobre a saúde mental das famílias acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Os determinantes sociais da saúde — como renda, alimentação, moradia, vínculos afetivos, escolaridade e acesso aos serviços — configuram-se como fatores centrais na produção do sofrimento psíquico em contextos vulnerabilizados, conforme amplamente descrito na literatura científica (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008; Organização Mundial da Saúde, 2014).

Os resultados demonstram que pobreza, insegurança alimentar, precariedade habitacional, ausência de redes de apoio e sobrecarga emocional dos cuidadores formam um cenário de sofrimento psíquico crônico, especialmente entre mulheres que assumem de forma isolada o cuidado infantil. Essas condições produzem elevados níveis de estresse, ansiedade, exaustão emocional e fragilidade dos vínculos afetivos, comprometendo tanto a saúde mental dos adultos quanto o desenvolvimento integral das crianças.

O sofrimento identificado não se manifesta como eventos isolados, mas como processos contínuos e silenciosos, frequentemente naturalizados nos territórios e nas instituições, o que contribui para sua invisibilização e perpetuação. A fragilidade da rede de saúde mental, associada à dificuldade de acesso a serviços especializados e à baixa integração da saúde

mental na rotina da APS, agrava esse cenário, transferindo para profissionais da atenção básica e programas territoriais a responsabilidade por demandas emocionais complexas.

No campo do desenvolvimento infantil, os achados reforçam que ambientes instáveis, relações fragilizadas e exposição prolongada a estressores sociais comprometem a formação de vínculos seguros, a aprendizagem, a socialização e a regulação emocional das crianças, em consonância com as teorias ecológicas do desenvolvimento humano e com os estudos contemporâneos sobre estresse tóxico na primeira infância (Bronfenbrenner, 2011; Center on the Developing Child, 2016; The Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee, 2017).

Nesse contexto, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) evidencia-se como um dispositivo fundamental de proteção e promoção da saúde mental, atuando de forma preventiva, territorial e contínua. A visita domiciliar configura-se como estratégia potente de cuidado, permitindo a construção de vínculos, a escuta qualificada, a identificação precoce de riscos e a articulação com a rede intersetorial. A atuação do PIM demonstra que intervenções precoces, sensíveis e territorializadas são capazes de mitigar danos psicossociais e fortalecer ambientes familiares mais seguros.

Todavia, os resultados também indicam que ações isoladas são insuficientes para enfrentar a complexidade da vulnerabilidade social. A promoção da saúde mental em contextos vulnerabilizados exige políticas públicas integradas, sustentadas e intersetoriais, envolvendo saúde, assistência social, educação, habitação, segurança alimentar e proteção social. Municípios de pequeno porte demandam estratégias específicas de fortalecimento da APS, ampliação da rede de atenção psicossocial, formação continuada de profissionais e criação de fluxos resolutivos de cuidado em saúde mental.

Conclui-se, portanto, que a vulnerabilidade social não constitui um fenômeno individual, mas um processo histórico, coletivo e estrutural, que requer respostas igualmente estruturadas e contínuas. Reconhecer a saúde mental como eixo central do cuidado na primeira infância permite a construção de trajetórias de desenvolvimento mais saudáveis, a proteção de vínculos afetivos e a promoção de equidade social. A consolidação de políticas públicas sensíveis ao território, aliadas às práticas de cuidado humanizadas e intersetoriais, configura-se como caminho essencial para a redução do sofrimento psíquico e para a garantia do direito ao desenvolvimento humano pleno.

Referências

- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Editora Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Saúde mental no SUS: política, história e perspectivas*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: diretrizes atualizadas para o cuidado territorial*. Ministério da Saúde.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Editora Artmed.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77–93.
- Center on the Developing Child. (2016). *Toxic stress: The facts*. Harvard University.
- Center on the Developing Child. (2024). *Early childhood adversity and mental health outcomes: Updated evidence report*. Harvard University.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Fiocruz.
- Dimenstein, M., et al. (2017). A saúde mental na Atenção Básica: desafios e potencialidades. *Polis e Psique*, 7(1), 9–25.
- Flick, U. (2013). *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes*. Editora Penso.
- Geertz, C. (2008). *A interpretação das culturas*. Editora LTC.
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (7ª ed.). Editora Atlas.
- Minayo, M. C. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Editora Hucitec.

- Onocko-Campos, R., & Furtado, J. (2008). Avaliação de políticas públicas em saúde mental: desafios contemporâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3), 669–678.
- Silva, M., Barros, S., & Nascimento, M. (2020). Vulnerabilidade social e sofrimento psíquico em famílias em risco. *Saúde em Debate*, 44(126), 321–334.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO.
- The Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. (2017). Advancing early childhood development: From science to scale. *The Lancet*, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)
- The Lancet. (2024). Early childhood development and mental health inequities in low-resource settings. *The Lancet Global Health*, 12(2), e210–e223. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00512-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00512-4)
- World Health Organization. (2014). *Mental health action plan 2013–2020*. WHO.
- World Health Organization. (2024). *Transforming mental health for all: Global action framework 2023–2030*. WHO.
- Yasui, S. (2010). *Territórios e afeto: cuidado, vínculo e saúde mental*. Editora Hucitec.
- Yin, R. K. (2015). *Qualitative research from start to finish*. Guilford Press.