

CONDIÇÃO FEMININA DE MÃES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: AGÊNCIA, DESAFIOS E POLÍTICAS SOCIAIS

Ana Paula Leonardo Spada

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)

E-mail: ana.spada@unioeste.br

Rafael Venturin Piacentini

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)

E-mail: labhea.rafaelventurin@gmail.com

RESUMO

Este estudo objetiva analisar as vulnerabilidades sociais enfrentadas por mães atendidas nas Unidades de Saúde da Família na Zona Sul de Pato Branco-PR, Brasil. Considera os determinantes sociais da saúde, como acesso à renda, tempo para autocuidado, trabalho formal, água potável, alimentação, educação e energia elétrica. Para compreender as relações estruturantes dessa realidade, utiliza as teorias da interseccionalidade e da consubstancialidade das relações sociais, destacando as interdependências entre raça, sexo e classe. A pesquisa é quanti-qualitativa, com dados obtidos por questionários aplicados a 109 mulheres gestantes ou mães de crianças de até dois anos, moradoras de territórios marcados por vulnerabilidades sociais e sanitárias. As coletas dos questionários foram realizadas entre 2022 e 2023, sistematizadas no Programa Microsoft Excel. Os dados integram uma pesquisa do Programa de Educação Tutorial em Saúde (PET-Saúde), que visa fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade. Os resultados apontam diversas expressões de vulnerabilidades socioeconômicas, como baixa renda, insegurança alimentar, baixa escolaridade, sobrecarga doméstica, além da feminização da pobreza. Apesar disso, identificaram-se estratégias de agência feminina, como o acionamento de redes institucionais e comunitárias para produção do cuidado.

Palavras-chave: Vulnerabilidades Sociais. Determinantes Sociais. Interseccionalidade. PET-Saúde. Serviço Social.

FEMALE CONDITION OF MOTHERS IN SITUATIONS OF SOCIAL VULNERABILITY: AGENCY, CHALLENGES AND SOCIAL POLICIES

ABSTRACT.

This study aims to analyze the social vulnerabilities faced by mothers assisted at Family Health Units in the South Zone of Pato Branco-PR, Brazil. It considers the social determinants of health, such as access to income, time for self-care, formal employment, drinking water, food, education, and electricity. To understand the

structural relationships of this reality, the study draws on the theories of intersectionality and consubstantiality of social relations, highlighting the interdependencies between race, gender, and class. The research adopts a quantitative and qualitative approach, with data obtained from questionnaires applied to 109 pregnant women or mothers of children up to two years of age, living in territories marked by social and health vulnerabilities. Data collection took place between 2022 and 2023 and was systematized in Excel. The information is part of a study conducted within the Tutorial Education Program in Health (PET-Saúde), which seeks to strengthen the integration between teaching, healthcare services, and the community. The results indicate several expressions of socioeconomic vulnerability, such as low income, food insecurity, low education, domestic overload, and the feminization of poverty. Nevertheless, strategies of female agency were identified, including the mobilization of institutional and community networks for the production of care.

Keywords: Social Vulnerabilities. Social Determinants. Intersectionality. PET-Health. Social Work.

INTRODUÇÃO

Para Garbois (2017) os determinantes sociais de saúde são as circunstâncias em que as populações vivem, trabalham e envelhecem, bem como, os fatores implementados para lidar com a perda de capacidade produtiva e a doença. Assim, estão relacionados aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam problemas de saúde. Somados a esses, temos ainda os fatores de risco, como exemplo, a moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Em outras palavras, os determinantes sociais em saúde estão ligados às desigualdades injustas e evitáveis.

Sendo assim, a pergunta que norteia o estudo é: quais as vulnerabilidades sociais vivenciadas por mães e gestantes atendidas nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona sul de Pato Branco, Paraná? O objetivo deste artigo é compreender, sob uma perspectiva interseccional, as vulnerabilidades sociais vivenciadas por mães atendidas nas USF da Zona Sul de Pato Branco, e para isso analisa-se como as intersecções de gênero, raça e classe se manifestam nas condições de vida dessas mulheres e influenciam seu acesso à saúde, à cidadania e aos direitos sociais. Para isso, analisaram-se os dados sob a abordagem da interseccionalidade das relações sociais, aprofundando esse conceito, com diálogos entre feministas negras e intelectuais como Carla Akotirene e Kimberlé Crenshaw.

Busca-se viabilizar a urgência da interseccionalidade enquanto premissa para diminuir as disparidades e aplicar uma política de maneira contra hegemônica e libertadora.

A presente investigação justifica-se pela relevância da atuação do Serviço Social nas unidades de saúde e nos espaços hospitalares vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que se refere à garantia de direitos e ao enfrentamento das desigualdades sociais no campo da saúde. Acontece que muitos sujeitos que utilizam esses lugares são indivíduos e grupos que podem sofrer algum tipo de vulnerabilidade social e/ou econômica. Por exemplo, a falta de água potável, acesso a alimentos de qualidade, acesso à educação e creches, energia elétrica e tantos outros fatores essenciais quando pensamos em saúde a partir de uma perspectiva integral e ampliada que considera o papel dos determinantes sociais em saúde. Segundo Nogueira e Mito (2022) os determinantes sociais devem ser compreendidos como elementos fundamentais na dinâmica dos processos de saúde e doença, pois aspectos como condição econômica, local de moradia, cultura, comportamentos e exposição a fatores de risco influenciam diretamente o estado de saúde dos indivíduos.

Para alcançar o objetivo, este artigo está estruturado em cinco seções principais. Após esta introdução, apresenta-se o referencial teórico, dividido em subseções. Em seguida, a seção de metodologia descreve os procedimentos metodológicos adotados, destacando a abordagem quanti-qualitativa e a vinculação da pesquisa ao Projeto PET-Saúde¹. Na sequência, são apresentados e discutidos os

¹ O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma ação financiada pelo Ministério da Saúde, criado em 03 de março de 2010, inscrito na preocupação com a mudança curricular e com a política de educação permanente em saúde, o programa baseia-se na proposta de educação pelo trabalho e tem como objetivo fortalecer a articulação entre ensino, serviço e comunidade, por meio de ações integradas de ensino-pesquisa-extensão e participação social. Os projetos são propostos por

principais resultados obtidos a partir do questionário aplicado. Por fim, o artigo se encerra com as considerações finais, nas quais se retoma criticamente o percurso da pesquisa, apontando suas contribuições, limites e possibilidades para futuras investigações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INTERSECCIONALIDADE E CONSUBSTANCIALIDADE: ENTENDENDO AS COMPLEXIDADES DAS IDENTIDADES SOCIAIS

Interseccionalidade e consubstancialidade são dois conceitos distintos, com origem, pesquisas e autoras diferentes, mas ambos termos estão relacionados à compreensão das complexidades das relações sociais estruturantes da realidade. O termo interseccionalidade foi apresentado pela primeira vez por Kimberlé Williams Crenshaw em 1989 para designar a interdependência das relações sociais de poder de raça, sexo e classe. Embora o termo tenha surgido em 1989, sua popularização somente ocorreu nos anos 2000. O conceito tem origem no movimento que ocorreu no final dos anos 1970, o famoso *Black Feminism* (movimento de feminismo negro). A crítica coletiva contundente dirigiu sua atenção radicalmente ao feminismo branco, de classe média e heteronormativo (Hirata, 2014).

Hirata (2014) sintetiza a interseccionalidade definida por Sirma Bilge dessa maneira:

A interseccionalidade remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual. O enfoque interseccional vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão que opera a partir dessas categorias e postula sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais (Bilge *apud* Hirata, 2014, p. 63).

Instituições de Ensino Superior públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com Secretarias de Saúde em diferentes níveis (municipal, estadual ou distrital) (Brasil, 2024).

Somente após a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, em Durban, África do Sul, em 2001, essa abordagem conquistou popularidade acadêmica, embora possa ser despojada de seu significado original (Akotirene, 2019).

A interseccionalidade, enquanto teoria e abordagem do mundo social, busca fornecer ferramentas teórico-metodológicas para compreender as interligações estruturais entre racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, os quais geram identidades complexas. Mulheres negras são frequentemente afetadas pela interseção de gênero, raça e classe, todos elementos dos modernos sistemas coloniais (Akotirene, 2019).

Quando Akotirene (2019, p. 13) escreve “Cruzando o Atlântico em memória da interseccionalidade” revela a complexidade do objeto em estudo. A autora sugere adotar o Oceano Atlântico como um espaço simbólico central para entender as interseções de diferentes formas de opressão. O Oceano Atlântico é visto como um lugar onde a história de migrações forçadas de africanas e africanos é profundamente enraizada. Ele é considerado um símbolo das feridas deixadas pelo colonialismo europeu, representadas pelas pessoas escravizadas, pelas culturas suprimidas e pelas divisões binárias entre diferentes identidades.

A autora enfatiza que o Oceano Atlântico guarda uma memória profunda e dolorosa do sistema escravista, e sugere que as energias e memórias ancestrais daqueles que sofreram sob a escravidão persistem e protestam sob as águas do oceano (Akotirene, 2019).

A interseccionalidade destaca como fatores de raça, gênero, classe social, sexualidade, habilidade, entre outros, se entrelaçam e moldam as experiências individuais e coletivas das pessoas em sociedade, reconhecendo, portanto, que não podemos entender plenamente a opressão enfrentada por uma pessoa sem considerar todas essas interseções de identidade.

Na sequência, uma abordagem pouco distinta, a interseção entre as relações de gênero e classe é fundamental para entender o conceito de consubstancialidade, que se baseia em três relações sociais essenciais: classe social, gênero e raça/etnia.

Brito *et al.* (2021) compreendem que a discussão da consubstancialidade está profundamente intrincada e mútua nas dependências das relações sociais, cada uma deixando suas marcas nas outras. Em Hirata e Kergoat, está associada ao feminismo materialista, onde o trabalho assume um papel central em sua concretude, enquanto prática social, e investiga as dinâmicas de poder, exploração, opressão e dominação entre homens e mulheres. Hoje, esses problemas ganham novas proporções com a teoria *Queer*, a discussão a propósito dos vários sexos e o movimento LGBTQIAPN+².

O binômio trabalho-sexo é altamente valorizado, assim como é essencial reconhecer a divisão sexual do trabalho, tanto profissional quanto doméstico, que está subjacente à divisão sexual do poder e do conhecimento. Esta abordagem possibilita uma crítica à teoria marxista das classes sociais, que falha em compreender o papel das mulheres na produção e na reprodução social. As relações de classe são permeadas pelo gênero e as relações sociais de sexo/gênero e de classe estruturam todas as práticas sociais. Concluem que a formação social do patriarcado é intrínseca ao capitalismo, resultando em um capitalismo patriarcal. Há trabalhos destinados a homens e a mulheres, contudo, atribui-se maior valor à força de trabalho masculina do que à feminina (Brito *et al.*, 2021).

Além disso, a globalização provoca ainda mudanças na abordagem das políticas de igualdade de gênero pelos organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), como exemplo. Juntamente com a regulação dos Estados e das empresas multinacionais, políticas que ignoram muitas vezes as especificidades locais trazem consequências opostas às esperadas (Brito *et al.*, 2021).

² Sigla que representa Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não Binárias e outras identidades.

As relações sociais, são consubstanciais: elas formam um nó que não pode ser sequenciado no nível das práticas sociais, apenas em uma perspectiva analítica da sociologia; e elas são coextensivas: implantando as relações sociais de classe, de gênero e de raça, se reproduzem e se coproduzem mutuamente (Kergoat, 2012, tradução Cisne; Santos, 2018, p. 126-127).

Ao refletir sobre a formação social do patriarcado no capitalismo, percebe-se a valorização desigual dos trabalhos masculinos e femininos, culminando, portanto, em um capitalismo patriarcal.

2.2 CONCEITO DE VULNERABILIDADES E DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

Nesta seção, busca-se identificar e caracterizar os conceitos de vulnerabilidades e desigualdades em saúde. O conceito de vulnerabilidade apresenta diferentes configurações e pode ser categorizado como social, de saúde, habitacional, decorrente da exposição a riscos, da escassez de representação política ou do controle de recursos como renda, propriedades e documentos. Trata-se, portanto, de um processo multidimensional, enraizado nas relações sociais de poder, que impacta de forma desigual indivíduos, famílias e comunidades em distintos momentos de sua trajetória (Rocha *et al.*, 2020; Pinto *et al.*, 2011).

Dessa forma, a vulnerabilidade não se limita somente à condição socioeconômica. A vulnerabilidade tem origem social e está ligada à posição que o indivíduo ou grupo ocupa na estrutura social. Há uma relação direta com a renda, sendo as populações mais pobres as que mais sofrem em contextos de risco, por enfrentarem maiores dificuldades para lidar com situações adversas devido à sua condição de fragilidade (Ribeiro, 2010).

Por consequência, as famílias em situação de vulnerabilidade estão relacionadas à situação de pobreza, e em situação de exploração e abuso, e a aspectos culturais, econômicos, políticos e psicossociais. A pobreza se expressa de diversas formas e muitas dessas formas expressam “indivíduos a condições de vida

muitas vezes a níveis abaixo da dignidade humana, interferindo na complexa dinâmica da vida familiar” (Pinto *et al.*, 2011, p. 168).

A atenção é dirigida ao conceito de desigualdades sociais em saúde e pode-se definir que as desigualdades sociais que importam são as diferenças entre os estados de saúde de grupos separados pelas características sociais, como a riqueza, ocupação, educação, gênero, raça e etnia, condições de moradia e de trabalho (Barata, 2009).

Os grupos sociais e os indivíduos apresentam diferenças e características próprias, contribuindo para a diversidade da vida social. Contudo, a questão das desigualdades sociais emerge quando tais diferenças se traduzem em injustiças. Em outras palavras:

[...] quando falamos em desigualdade social geralmente estamos nos referindo a situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio (Barata, 2009, p. 12).

Nas palavras de Nogueira e Mito (2022, p. 3) a “[...] adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença”, são estruturas que podem definir a saúde e/ou doença dos indivíduos, portanto, a economia, o lugar onde mora, a cultura, o comportamento e fatores de risco são importantes componentes para determinar a saúde e a doença dos indivíduos.

Em outras palavras, os determinantes sociais em saúde estão ligados às desigualdades injustas e evitáveis. Estas diferenças se tornam injustas no momento em que passam a justificar e/ou promover as desigualdades sociais e o desempoderamento de homens, mulheres e grupos sociais.

Discutir agência é fundamental para compreender a autonomia em contextos de vulnerabilidade. Para Mariano (2021) a agência não pode ser reduzida a escolhas individuais isoladas, pois é sempre atravessada por condições sociais, culturais e econômicas que tanto restringem quanto possibilitam a ação. Essa concepção evita visões atomistas e reconhece as mulheres como agentes ativos, mas situados em relações de poder. Cornwall (2018) critica a noção de empoderamento *light*, na qual

as mulheres são instrumentalizadas como recursos para metas de desenvolvimento, reforçando papéis tradicionais de cuidadoras e ignorando as causas estruturais da desigualdade. Ao mesmo tempo, as dinâmicas familiares ocupam lugar central, podendo limitar ou potencializar as condições de agência (Mariano, 2021). Assim, compreender a agência feminina exige reconhecê-la como relacional e interseccional, atravessada por gênero, classe e raça (Akotirene, 2019), o que permite valorizar as práticas de resistência sem ocultar os limites impostos pelas desigualdades estruturais.

2.3 SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE

Bravo e Matos (2022, p. 2) afirmam que no Serviço Social “[...] a formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à Saúde”. Na Ditadura Militar de 1964 ocorrem mudanças de posições, superando voluntarismo e filantropismo, atuando ainda de maneira conservadora, mas de forma mais tecnicizada, reprodutora do modelo biomédico de saúde, centrada em dar subsídios informativos e técnicos ao trabalho do profissional médico e racionalizando recursos do excludente sistema previdenciário de saúde, que vigorou até a criação do SUS.

A partir do Movimento pela Constituinte, no final da década de 1970, e do alinhamento profissional do Serviço Social aos representantes e movimentos sociais da classe trabalhadora e da instituição do Movimento de Intenção de Ruptura com o Conservadorismo, os profissionais de Serviço Social passaram a assumir uma postura mais crítica nos espaços sócio-ocupacionais. No entanto, no campo da saúde, a orientação mais crítica só se consolidou na década de 1990. Esses anos representam uma conjuntura marcada por intensas contradições políticas. De um lado, passou a vigorar o projeto neoliberal no país, com o governo de Fernando Collor; de outro, eram institucionalizadas a Constituição Federal de 1988 e a Lei Federal n.º 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o SUS e estabeleceu que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196).

Nesse sentido, o Serviço Social se faz muito presente e importante nessa conjuntura, ao atuar na viabilização de direitos de cidadania, visto que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Brasil, 1990, art. 3º)

Segundo Nogueira e Mito (2022, p. 1) existem duas formas de debater a saúde no Serviço Social, uma delas é o “[...] debate de forma mais intensa no eixo ético-político e outra que direciona a análise para a prática profissional no âmbito do SUS”. Observa que não é qualquer prática profissional, mas sim unificada ao projeto Ético-Político Profissional.

Para as autoras, o Serviço Social está vinculado à ampliação de saúde como um dos pilares do SUS. A ampliação de saúde vai contra o modelo de atenção centrado na doença, o biomédico, até então realizado no cenário nacional. Doença essa que era tratada através da medicina curativa, sem abordar as determinações sociais em saúde e as causas coletivas das doenças. Nesse sentido, a concepção ampliada de saúde que se vincula com a profissão está profundamente relacionada com os determinantes sociais que são estruturas evidentes no processo de saúde-doença. Portanto, a ampliação da saúde é algo além do modelo biomédico, por isso, deve-se prevenir as doenças, educando e conscientizando a população. Essas atividades são realizadas nos diversos serviços de saúde, resultado de esforços das diversas equipes multiprofissionais (Nogueira; Mito, 2022).

Com efeito, quando pensamos sobre o Serviço Social no campo da saúde, destaca-se que:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das

ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2009).

Cada profissional da equipe multidisciplinar possui as suas competências para desenvolver ações junto aos usuários e esse trabalho coletivo não dilui as atribuições privativas, pelo contrário, exige clareza no exercício delas (CFESS, 2009). Portanto, entende-se que os profissionais da saúde devem democratizar o acesso às políticas e serviços de saúde, sempre buscando integrar a instituição na qual atuam com a realidade e ao atendimento humanizado (Bravo; Matos, 2022).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Em decorrência das características da pesquisa, a metodologia utilizada foi qualitativa com elementos quantitativos, utilizaram-se os dados coletados na pesquisa de campo, aprovada pelo comitê de ética CAAE: 67853923.4.0000.0107. Partiu-se de questionários semiestruturados, visto haver um roteiro para ser seguido. Utilizou-se também a observação participante, pois ela contribui para a análise do cotidiano dos indivíduos que se configuram como sujeitos de pesquisa, buscando, assim, entender as ações que orientam o seu comportamento (Lakatos, 2011). A presente pesquisa, portanto, caracteriza-se como exploratória e descritiva, conforme classificação de Gil (2008) ao buscar, inicialmente, aproximar-se do fenômeno social investigado (as condições de vida de mães em situação de vulnerabilidade) e, em seguida, descrever suas principais características com base nos dados coletados.

Os questionários foram conduzidos pelas equipes do PET-Saúde e aconteceram no primeiro semestre de 2023, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Alvorada I, Alvorada II e Morumbi, localizadas no município de Pato Branco, Paraná. O *corpus* oriundo dos questionários e dos dados coletados foram analisados a partir da teoria da interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais, por meio de análise manual com auxílio do software Excel.

A partir da pesquisa de campo, abordou-se a temática das mães em condição de vulnerabilidade social, visando evidenciar a relevância desse tipo de estudo para a

formulação de políticas públicas mais eficazes no enfrentamento das desigualdades sociais. No total, foram realizados 109 questionários, compostos por 43 perguntas. No entanto, para fins deste, foi necessário realizar uma curadoria das questões analisadas, conforme os critérios a seguir:

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão das perguntas do questionário

Critérios de exclusão	Critérios de inclusão
Perguntas de caráter estritamente clínico ou nutricional.	Dialogam diretamente com os objetivos da pesquisa, como escolaridade, situação conjugal e outros.
Perguntas sobre amamentação exclusiva, uso de fórmulas infantis, detalhes sobre a idade da primeira gravidez.	Fornecem dados sobre determinantes sociais da saúde, como renda, moradia, escolaridade, acesso à saúde e outros.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Isso porque a pesquisa original foi desenvolvida no âmbito de um projeto de extensão do PET-Saúde, envolvendo profissionais, professores e estudantes de diversas áreas, como Medicina, Nutrição e Serviço Social. Diante da complexidade do material e da delimitação temática deste estudo, optou-se por selecionar as perguntas e respostas mais alinhadas aos objetivos analíticos, descartando aquelas que extrapolariam o escopo da análise.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A amostra, composta por cento e nove (109) participantes, apresentava média de idade entre 28 e 29 anos. Todas elas se identificaram como mulheres cisgênero, somente duas (2) delas disseram ser bissexual, enquanto cento e sete (107) se identificaram como heterossexual. Quanto à pergunta de como elas classificam a sua cor/raça, sessenta e quatro (64) delas se consideram pardas, trinta e nove (39) delas se consideram brancas, três (3) delas se consideram pretas, duas (2) delas se consideram amarelas e uma (1) delas se considera indígena. A maioria das sujeitas da pesquisa se considera parda, seguida por mulheres brancas. A representação de mulheres negras, amarelas e indígenas é muito baixa.

Quanto ao grau de escolaridade, um (1) questionário foi desconsiderado por não ser respondido. Sendo (108) questionários a amostra para essa pergunta. Então, três (3) cursaram curso técnico profissionalizante, treze (13) cursaram o ensino fundamental completo, dezoito (18) cursaram o ensino fundamental incompleto, três (3) cursaram ensino fundamental completo, vinte e dois (22) cursaram ensino médio incompletos, quarenta e seis (46) cursaram o ensino médio completo e uma (1) delas disse nunca ter estudado.

A amostra apresenta uma variedade de níveis educacionais, desde ensino fundamental incompleto até ensino médio completo. Há uma questionada que nunca estudou, indicando possíveis barreiras estruturais de acesso à educação, que, segundo Barata (2009) constituem desigualdades sociais em saúde associadas a fatores injustos e evitáveis. Como destacam Nogueira e Mito (2022) a escolaridade integra os determinantes sociais que influenciam diretamente as condições de vida e saúde das populações.

A situação conjugal das questionadas, demonstra que quarenta e seis (46) dessas mulheres são casadas e vivem com o companheiro, trinta e oito (38) são solteiras e vivem com o companheiro, vinte e uma (21) são solteiras e vivem sem companheiro, três (3) são divorciadas e vivem sem companheiro e uma (1) é divorciada e vive com o companheiro. Se o seu cônjuge/companheiro possui um emprego, oito (8) responderam que ele não possui um emprego, setenta e nove (69) responderam que sim, vinte e uma (21) responderam que não possuem cônjuge/companheiro e um (1) campo de resposta ficou vazio.

A maioria das questionadas está em união estável (casadas ou vivendo com companheiro), mas há uma proporção significativa de mulheres solteiras. A situação conjugal também afeta a participação no mercado de trabalho, pois, como destacam Hirata (2014) e Brito *et al.* (2021) a divisão sexual do trabalho impõe às mulheres responsabilidades domésticas e de cuidado que limitam sua inserção no mercado, especialmente em contextos conjugais. Tais barreiras revelam o caráter estrutural da desigualdade de gênero, impactando a autonomia econômica das mulheres.

Com relação à renda, doze (12) delas responderam viver com mais de três salários-mínimos ao mês, quarenta e seis (46) responderam viver com renda entre um a três salários mínimos ao mês, trinta e uma (31) responderam viver com um salário mínimo ao mês, doze (12) responderam viver com menos de um salário mínimo ao mês, sete (7) responderam que não sabem e uma recusou-se a responder.

Nesse caso, se compararmos com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) a renda mensal para a cidade de Pato Branco era de 2,5 salários mínimos, logo, a maioria das mulheres estão enquadradas na mesma faixa salarial. Mas, o número de questionadas que responderam viver com mais da renda mensal que a média da cidade é muito menor do que as que disseram viver com menos da média do município. Sendo assim, aquelas que vivem com renda abaixo da média podem enfrentar dificuldades adicionais, como o acesso a recursos e oportunidades. Firmando, portanto, estarem vulneráveis à feminilização da pobreza. O conceito de “feminização da pobreza”, proposto por Diane Pearce em 1978, refere-se ao aumento da pobreza entre mulheres que passam a chefiar sozinhas seus lares, assumindo integralmente a responsabilidade pelo sustento da família (Novellino, 2004).

Quanto à moradia, sessenta e oito (68) delas disseram morar há muitos anos no município, seis (6) delas disseram morar há poucos meses no município, duas (2) delas disseram que não sabem há quanto tempo residem ali e trinta e três (33) delas disseram que sempre viveram. A situação de moradia de quarenta e quatro (44) delas é de casa alugada, sessenta e duas (62) delas é de casa própria e três (3) delas é de outro tipo de moradia. Para as questionadas que responderam que moravam em outro tipo de moradia, demonstravam ser a casa emprestada da família, citaram nomes como a mãe, o pai e a tia.

Dessas famílias, quinze (15) moram em seis ou mais na casa, quatorze (14) moram em cinco pessoas na casa, trinta e seis (36) moram em quatro pessoas na casa, vinte e nove (29) moram em três pessoas na casa, quatorze (14) moram em duas pessoas na casa e uma (1) mora sozinha. Quanto ao vínculo dos residentes da casa, as questionadas disseram ser família. Como essa pergunta era aberta,

apareceram muitos nomes, como filhas/filhos, companheiro, mãe, sogra, parente, irmã, namorado, foram citados.

Foi perguntado se, além das atividades domésticas e de cuidado, elas exerciam alguma atividade remunerada. Cinquenta e três (53) disseram que sim e cinquenta e seis (56) disseram que não. Para aquelas que responderam, sim, perguntamos se a atividade era com carteira assinada. Somente trinta e nove (39) manifestaram que sim.

Observa-se a precarização do trabalho, pois se verifica a informalidade nas relações laborais. A precarização é uma preocupação significativa, especialmente entre as mulheres em situação de vulnerabilidade social, que enfrentam maior dificuldade de inserção em postos de trabalho formais. Isso pode resultar em instabilidade financeira, falta de acesso a benefícios sociais e aumento da vulnerabilidade econômica. Conforme destacam Hirata (2014) e Brito *et al.* (2021) a divisão sexual do trabalho e a consubstancialidade das relações sociais expõem as mulheres a formas de trabalho informal e desprotegido, reforçando a feminização da pobreza e as desigualdades estruturais no acesso ao emprego digno.

Quanto à pergunta se elas trabalharam alguma vez nos últimos doze meses, setenta (60) responderam que sim, trinta e oito (38) responderam que não, e um (1) campo ficou sem resposta. Sobre porque deixaram de trabalhar duas (2) responderam que pararam para estudar, três (3) porque não conseguiram emprego/trabalho, três (3) por problemas de saúde, cinco (5) porque foi demitida, dezessete (17) porque possui/cuida dos (as) filhos (as), vinte e seis (26) porque engravidou e cinquenta e três (53) campos ficaram vazios. Aqui verifica-se que a maioria parou para exercer trabalho de cuidado maternal e gestacional. Esse movimento não deve ser interpretado apenas como desistência do trabalho remunerado, mas como uma forma de agência tensionada por desigualdades. As mulheres redefinem prioridades em função das exigências de cuidado, mostrando que suas decisões estão situadas nos limites impostos pela divisão sexual do trabalho e pela precarização laboral. Nessa direção, Mariano (2021) argumenta que compreender a agência requer evitar visões individualistas, considerando os constrangimentos sociais que moldam as escolhas

femininas. Ao mesmo tempo, a crítica de Cornwall (2018) ajuda a perceber como políticas públicas frequentemente instrumentalizam essas decisões maternas, responsabilizando as mulheres pela superação da pobreza sem enfrentar as causas estruturais da desigualdade. Esse trabalho doméstico muitas vezes não é remunerado e contribui para a perpetuação da desigualdade de gênero.

O fato de muitas participantes terem interrompido o trabalho remunerado devido a responsabilidades familiares, como cuidar dos filhos, destaca a necessidade de políticas que promovam o equilíbrio entre trabalho e vida familiar, bem como o reconhecimento e a redistribuição do trabalho doméstico não remunerado. Como indicam Hirata (2014) e Brito *et al.* (2021) a divisão sexual do trabalho atribui às mulheres a responsabilidade quase exclusiva pelas tarefas de cuidado, impactando sua permanência no mercado de trabalho. Além disso, a ocorrência de demissões e problemas de saúde entre essas mulheres evidencia os múltiplos fatores estruturais que limitam sua autonomia econômica e sua inserção laboral plena.

No que diz respeito aos benefícios sociais, cinquenta e oito (58) afirmaram não receber auxílio, enquanto cinquenta e uma (51) afirmaram receber. Dos auxílios citados, “Bolsa Família”, “Baixa Renda”, “Cadastro Único”, “Leite das Crianças”, “Tarifa Social de energia elétrica” foram citados como os programas sociais auxílios para as despesas. Há uma divisão quanto ao recebimento de auxílios sociais, com uma parcela significativa recebendo assistência. A análise evidencia a ausência de programas e benefícios voltados especificamente para as mulheres, já que os citados pelas participantes são majoritariamente direcionados às crianças. Nesse sentido, torna-se urgente a formulação de políticas sociais que contemplem a perspectiva feminina de maneira central e estruturante.

Sobre questões diretamente relacionadas à saúde, todas elas disseram ter ou tiveram acesso a consultas de rotina e pré-natal. Todas elas também disseram ter acesso à UBS do seu bairro. O acesso à saúde é relatado como positivo, com todas tendo acesso a consultas de rotina e pré-natal.

Somente oito (08) delas disseram não poder contar com apoio familiar na sua gestação. Cento e uma (101) disseram contar com apoio familiar. Responderam que

o apoio seria da sogra, da mãe, das irmãs, da avó, do marido, dos irmãos, apoio psicológico, bens materiais, toda a família, ex-marido e apoio financeiro.

O papel das mulheres na família, como mães, esposas e filhas, muitas vezes as coloca no centro das redes de apoio, onde são responsáveis por cuidar de outros membros da família de forma intensa, contínua e não remunerada. O apoio financeiro fornecido por membros da família, como maridos, pais e sogros, destaca como a classe social pode influenciar a capacidade das mulheres de acessar recursos materiais e suporte financeiro. A presença de rede de apoio é importante para o exercício da maternidade, sobretudo para mulheres que enfrentam desafios econômicos e sociais.

A presença de maridos e parceiros nas respostas indica que, para muitas mulheres, o cônjuge desempenha um papel significativo na rede de apoio, fornecendo suporte emocional, material e financeiro. No entanto, também é importante notar que algumas mulheres mencionaram apoio familiar sem menção a um parceiro, destacando a diversidade das configurações familiares e de apoio na amostra.

Essas respostas evidenciam que o acionamento de familiares e redes comunitárias constitui uma prática de agência coletiva. Ao recorrerem a esses vínculos para suprir carências materiais, afetivas e financeiras, as mulheres demonstram capacidade de mobilizar recursos relacionais em meio a condições de vulnerabilidade. Mariano (2021) destaca, a agência como prática situada em dinâmicas familiares e comunitárias que condicionam e, ao mesmo tempo, possibilitam a autonomia. Assim, o apoio da rede não se reduz a dependência, mas configura-se como estratégia ativa de resistência e sobrevivência.

Embora não esteja explicitamente indicado nas respostas, é importante considerar como a raça/etnia das mulheres questionadas pode influenciar a composição de sua rede de apoio. Mulheres pertencentes a grupos étnicos minoritários podem ter redes de apoio diferentes com base em suas comunidades culturais e familiares específicas, bem como em suas experiências de discriminação racial e acesso a recursos.

Questionadas sobre a realização de ações de autocuidado, como alimentação saudável, consumo de água, higiene pessoal, consultas com dentistas, prática de atividade física e sono regular, oitenta e nove (89) delas disseram que sim, conseguem realizar, mas, dezenove (19) disseram que não, não conseguem realizar ações de autocuidado e uma (1) não respondeu. Ainda que em condições precárias, essas práticas de autocuidado podem ser compreendidas como expressão de agência cotidiana. As mulheres exercem escolhas possíveis para preservar sua saúde e de suas famílias, resistindo, assim, às restrições impostas pelos determinantes sociais adversos. Como ressalta Mariano (2021) autonomia não se reduz à liberdade abstrata, mas é mediada por condições sociais concretas que podem restringir ou ampliar as opções de escolha.

Questionou-se se, nos últimos três meses, elas e seus familiares tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receberem comida. Setenta e nove (79) responderam que não, e trinta (30) responderam que sim. Perguntou-se ainda se, no mesmo período, elas e seus familiares ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e equilibrada. Já aqui, oitenta e quatro (84) responderam que não, enquanto vinte e cinco (25) responderam que sim. O que aponta para uma situação de insegurança alimentar. A insegurança alimentar, destacada por Bezerra *et al.* (2017) está em consonância com o diagnóstico de indicadores sociais das comunidades vulneráveis, tais como baixa renda e escolaridade, falta de emprego formal e saneamento básico precário, entre outros fatores, resultando na escassez de alimentos e na dificuldade de acesso aos mesmos. Isso tem um impacto direto na saúde e no bem-estar das pessoas.

Mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade social enfrentam maiores riscos à saúde quando confrontadas com desemprego, falta de apoio social durante a gestação, moradia precária e insegura, baixa escolaridade, ausência do parceiro em casa e falta de suporte familiar. Quando a insegurança alimentar se manifesta durante a gravidez, a gestante pode desenvolver condições como anemia, hipertensão, hiperglicemia, depressão, estresse e ansiedade, com consequências para a saúde do bebê, incluindo maior incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer, atraso no

desenvolvimento infantil e problemas de atenção e hiperatividade (Bezerra *et al.*, 2017).

Então, solicitou-se para elas descreverem como é a alimentação da sua família. Setenta e quatro (74) responderam que possuem sempre os alimentos que querem e necessitam comer, vinte e cinco (25) responderam que comem em quantidades suficientes, mas nem sempre alimentos adequados em qualidade e variedade, sete (7) responderam que às vezes não possuem alimentos suficientes para comer, duas (2) responderam que não sabem ou se recusou a responder e uma (1) respondeu que quase sempre não tem alimentos suficientes para comer. Quando questionadas, em pergunta aberta, qual os alimentos mais difíceis de comprar por falta de dinheiro, o que mais apareceu nas respostas foi carne, leite, ovos, legumes, frutas, alimentação para bebês e crianças.

Muito embora a maioria das questionadas viva com renda na faixa média do município, é importante considerar como a raça/etnia pode influenciar o acesso a recursos alimentares. Mulheres pertencentes a grupos étnicos minoritários podem enfrentar discriminação estrutural que limita seu acesso a alimentos nutritivos e acessíveis. Os dados empíricos da pesquisa demonstram que algumas relatam dificuldades em garantir uma alimentação saudável e equilibrada, o que pode ser agravado por fatores como renda, acesso limitado a alimentos frescos e qualidade inadequada dos alimentos disponíveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou apresentar uma contribuição teórico-metodológica ao Serviço Social a partir da perspectiva interseccional e consubstancial, investigando como as categorias de gênero, raça e classe, e seus determinantes sociais, constituem sistemas de exploração e dominação historicamente moldados. Parte-se da compreensão de que tais desigualdades não são naturais, mas construções sociais produzidas por estruturas de poder que beneficiam determinados grupos em detrimento de outros.

O feminismo que surgiu baseado em demandas que englobam as mulheres brancas, sem alcançar, de fato, a experiência de vida da qual uma mulher negra e/ou periférica está submetida, evidencia a necessidade urgente de uma interseccionalidade mais profunda e inclusiva no movimento feminista, especialmente no âmbito do Serviço Social, onde as disparidades e desigualdades são frequentemente enfrentadas e abordadas.

Ao refletir-se sobre a noção de agência, Mariano (2021) aponta que esta deve ser pensada sem aderir a concepções individualistas e meritocráticas, que legitimam uma competitividade baseada em moldes neoliberais. A autora propõe que pensar a autonomia exige considerar os contextos sociais que influenciam as decisões individuais, reconhecendo os limites e as potências de sujeitos historicamente oprimidos.

Nessa perspectiva, torna-se problemático reduzir o empoderamento feminino a uma estratégia de desenvolvimento, como adverte Cornwall (2018) ao criticar a figura da “boa mãe”, voltada para a comunidade e responsabilizada por tirar sua família e sua comunidade da pobreza. Essa representação instrumentaliza as mulheres como ferramentas do progresso econômico, ignorando suas subjetividades e as causas estruturais das desigualdades de gênero. Como destaca a autora, atribuir poder às mulheres apenas por meio do dinheiro e do mercado desconsidera as normas sociais e institucionais que as restringem, bem como os vínculos afetivos e comunitários que moldam suas existências. Dessa forma, fortalecer a autonomia das mulheres, especialmente aquelas em contextos de pobreza, exige repensar as políticas públicas e práticas institucionais. É preciso superar a lógica que as vê como meras cuidadoras ou agentes de resultados mensuráveis, para então reconhecê-las como sujeitos políticos, portadoras de saberes, desejos e direitos. Isso implica uma transformação profunda na forma como a sociedade e o próprio Estado concebem o desenvolvimento e a equidade.

Os achados da pesquisa permitem compreender que, mesmo em condições de vulnerabilidade, as mulheres mobilizam diferentes formas de agência, seja por meio das redes familiares e comunitárias de apoio, do engajamento em práticas de

autocuidado ou da reorganização de sua inserção laboral. Contudo, como adverte Cornwall (2018) tais iniciativas muitas vezes são instrumentalizadas por políticas que responsabilizam as mulheres pelo enfrentamento da pobreza, deslocando o foco das causas estruturais das desigualdades. É necessário, portanto, reconhecer que essa agência não se constrói de forma individualista, mas é relacional e situada, atravessada por marcadores de gênero, raça e classe (Akotirene, 2019). Assim, longe de representar autonomia plena, essas estratégias revelam a potência das sujeitas em resistir e criar alternativas no cotidiano, ao mesmo tempo em que evidenciam os limites impostos pelas desigualdades sociais que as cercam.

Isso posto, compreende-se que a sociedade é estruturada por ideologias que promovem as vulnerabilidades e as desigualdades. E a desigualdade não é um fenômeno natural, mas sim uma construção social moldada ao longo do tempo por sistemas e ideologias que servem aos interesses das classes, raças, gêneros e sexos dominantes. Ao considerar os determinantes sociais de raça, gênero e classe, entendemos melhor como essas estruturas de desigualdade se manifestam e se mantêm.

A ordem social e suas bases são importantes determinantes sociais, não apenas para influenciar as estruturas sociais, mas também moldam as experiências individuais e coletivas das pessoas dentro dessa sociedade. Sugere que entender e analisar esses determinantes sociais são pontos de partida fundamentais para compreender a complexidade das identidades individuais e das relações sociais.

Entretanto, é importante ressaltar a complexidade inerente à pesquisa e à análise dos determinantes sociais de raça, gênero e classe. Este estudo, embora tenha buscado abordar essas questões de forma crítica e reflexiva, reconhece suas limitações e a impossibilidade de abarcar toda a diversidade e complexidade das experiências sociais. Ele representa somente um ensaio inicial sobre essas nuances, uma tentativa de desvelar as interseções e hierarquias presentes na sociedade contemporânea. Uma das limitações, por exemplo, diz respeito ao recorte territorial adotado, restrito à Zona Sul do município. Embora esse recorte permita uma compreensão aprofundada do fenômeno ao nível local, ele inviabiliza a generalização

dos achados para outras áreas do próprio município e, ainda mais, para a escala nacional. Investigações futuras que abarquem todo o território municipal ou, preferencialmente, a abrangência da regional de saúde, poderão atender à demanda por generalização e esclarecer se as vulnerabilidades observadas estão concentradas em bairros específicos ou se manifestam de forma mais ampla entre a população.

Ademais, é fundamental reconhecer que algumas questões e dimensões foram deixadas de lado neste estudo. A pesquisa optou por focar em determinadas categorias e suas inter-relações, mas é importante reconhecer que há uma infinidade de outros aspectos que merecem ser explorados. A diversidade de experiências e vivências humanas é vasta, e cada indivíduo é afetado por uma miríade de fatores sociais, econômicos e culturais. Portanto, este estudo representa um passo inicial na compreensão das dinâmicas sociais e das formas como as estruturas de poder e dominação se manifestam nas interseções de raça, gênero e classe. Reconhecendo suas limitações, espera-se que este trabalho contribua para promover discussões mais amplas e aprofundadas sobre as desigualdades sociais e a necessidade de uma abordagem interseccional mais inclusiva e abrangente.

REFERENCIAS

AKOTIRENE, Carla. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen. **Feminismos Plurais**. 2019.

BARATA, Rita Barradas. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde? **SciELO**, 2009. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-02.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2025.

BEZERRA, T. A. *et al.* Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, fev. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.19952015>>. Acesso em: 27 abr. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Governo Federal, 2024. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude> . Acesso em: 20 jun. 2025.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: NOGUEIRA, M. A. *et al.* **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2022. Disponível em: <<https://www.poteresocial.com.br/livro-servico-social-e-saude-para-download/>> . Acesso em: 20 jun. 2025.

BRITO, J. *et al.* Relações sociais de sexo/gênero, trabalho e saúde: contribuições de Helena Hirata. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 137–153, out. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042021E111>>. Acesso em: 20 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde** (Versão Preliminar). Brasília: CFESS, mar. 2009. Disponível em:
<https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2025.

CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. dos. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 8)

CORNWALL, A. Além do “empoderamento *light*”: empoderamento feminino, desenvolvimento neoliberal e justiça global. **Dossiê Desenvolvimento, Poder, Gênero e Feminismo**, 2018. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/18094449201800520002>> . Acesso em: 20 jun. 2025.

GARBOIS, J. A. *et al.* Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, jan./mar. 2017. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>> . Acesso em: 20 jun. 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Caderno CRH**, v. 27, n. 71, p. 61–73, 2014. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/ts/a/LhNLNH6YJB5HVJ6vnGpLgHz/abstract/?lang=pt>> . Acesso em: 20 jun. 2025.

IBGE. Pato Branco – Paraná: cidades e estados. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2024. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/pato-branco.html>>. Acesso em: 20 jun. 2025.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARIANO, S. A. Agência e autonomia feminina: aportes para estudos sociológicos em contextos de pobreza urbana. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, Londrina, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n368075>>. Acesso em: 20 jun. 2025.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: NOGUEIRA, M. A. *et al.* **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2022. Disponível em: <<https://www.poderesocial.com.br/livro-servico-social-e-saude-para-download/>>. Acesso em: 20 jun. 2025.

NOVELLINO, M. S. F. Os estudos sobre feminização da pobreza e políticas públicas para mulheres. **Apresentado no XXVIII Encontro Anual da ANPOCS**, Caxambu, 26–30 out. 2004.

PINTO, R. M. F. *et al.* Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 167–179, jan./mar. 2011.

RIBEIRO, W. C. Riscos e vulnerabilidade urbana no Brasil. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, v. 14, n. 331, 1 ago. 2010. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/47559346>>. Acesso em: 20 jun. 2025.

ROCHA, S. G. *et al.* Catanas contra o neoliberalismo-patriarcal em tempos de AIDS. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, p. e68317, 2020.