

INTERSETORIALIDADE: ESTRATÉGIA DE CUIDADOS ÀS MULHERES-MÃES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTERSECTORIALITY: A STRATEGY FOR THE CARE OF VULNERABLE MOTHERS IN PRIMARY HEALTH CARE

INTERSECTORIALIDAD: CUIDADOS A MUJERES MADRES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Marclenne Fernandes de Oliveira Vasconcelos¹

Maria Inês Vasconcelos do Amaral²

Antônio Carlile Holanda Lavor³

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto⁴

Maria Irismar de Almeida⁵

Jonas Loiola Gonçalves⁶

Vanira Matos Pessoa⁷

RESUMO: Esse artigo objetivou analisar o cuidado em saúde de mulheres-mães em situação de vulnerabilidade acompanhadas por um programa intersetorial, articulado a partir da Atenção Primária à Saúde, segundo as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade. Estudo de caso único qualitativo, com 12 mulheres-mães, realizado em Tauá, Ceará. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas e análise temática, com apoio do software MAXQDA. Na dimensão individual, o cuidado associou-se ao acesso aos serviços, à ausência de doenças, à saúde mental, ao autocuidado e ao suporte socioemocional. Na dimensão social, destacaram-se pobreza extrema, insegurança alimentar, moradia inadequada, sobrecarga materna, violência doméstica, redes de apoio frágeis e dificuldades de inserção no trabalho. Na dimensão programática, acolhimento, escuta qualificada, grupos socioassistenciais, benefícios e cursos profissionalizantes favoreceram vínculos, pertencimento, autoestima e renda complementar. Entretanto, escassez de recursos, apoio insuficiente ao cuidado dos filhos e instabilidade dos benefícios limitaram a autonomia econômica. Conclui-se que a APS na coordenação longitudinal do cuidado e na articulação a intersetorial nos cuidados em saúde produziu recursos protetivos e fortaleceu a autonomia, segundo as experiências relatadas. Contudo, Persistem desafios na continuidade das ações, na articulação entre políticas públicas e no enfrentamento das desigualdades estruturais.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social. Saúde da mulher. Mães. Atenção primária à saúde. Colaboração intersetorial.

¹ Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE) pela Fundação Oswaldo Cruz Ceará. Gerente de Planejamento e novos projetos vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Tauá, Ceará, Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Secretária adjunta vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Eusébio, Ceará, Brasil.

³ Médico Sanitarista. Pesquisador vinculado à Fundação Oswaldo Cruz, Ceará, Brasil.

⁴ Médica. Doutora, coordenadora do PROFSAÚDE, docente e pesquisadora vinculada à Fundação Oswaldo Cruz, Ceará, Brasil.

⁵ Enfermeira. Docente e pesquisadora vinculada à Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil.

⁶ Fisioterapeuta. Doutor e pesquisador vinculado à Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Neurologia. São Paulo, Brasil.

⁷ Enfermeira. Doutora, orientadora, docente e pesquisadora em Saúde Pública vinculada à Fundação Oswaldo Cruz Ceará, Brasil.

Não houve financiamento para a realização deste estudo. Os recursos alocados para o desenvolvimento da pesquisa foram recursos próprios dos pesquisadores.

ABSTRACT: This article aimed to analyze the healthcare provided to mothers in vulnerable situations who were supported by an intersectoral program coordinated through Primary Health Care, examining the individual, social, and programmatic dimensions of vulnerability. A qualitative single-case study involving 12 mothers was conducted in Tauá, Ceará. Data collection involved semi-structured interviews, and thematic analysis was performed using MAXQDA software. In the individual dimension, care was associated with service access, the absence of disease, mental health, self-care, and socio-emotional support. The social dimension was characterized by extreme poverty, food insecurity, inadequate housing, maternal overburden, domestic violence, fragile support networks, and difficulties entering the workforce. In the programmatic dimension, welcoming practices, attentive listening, social assistance groups, benefits, and vocational training courses fostered social bonds, a sense of belonging, self-esteem, and supplementary income. However, resource scarcity, insufficient support for childcare, and benefit instability limited economic autonomy. The study concludes that Primary Health Care—through the longitudinal coordination of care and intersectoral collaboration—generated protective resources and strengthened autonomy, according to the participants' experiences. Nevertheless, challenges persist regarding the continuity of actions, the coordination of public policies, and the addressing of structural inequalities.

Keywords: Social vulnerability. Women's health. Mothers. Primary health care. Intersectoral collaboration.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo analizar la atención sanitaria de madres vulnerables que participan en un programa intersectorial, articulado desde la Atención Primaria de Salud, según las dimensiones individual, social y programática de la vulnerabilidad. Se realizó un estudio de caso cualitativo con 12 madres en Tauá, Ceará, Brasil. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y análisis temático utilizando el software MAXQDA. En la dimensión individual, la atención se asoció con el acceso a los servicios, la ausencia de enfermedad, la salud mental, el autocuidado y el apoyo socioemocional. En la dimensión social, se destacaron la pobreza extrema, la inseguridad alimentaria, la vivienda inadecuada, la sobrecarga materna, la violencia doméstica, las redes de apoyo débiles y las dificultades para incorporarse al mercado laboral. En la dimensión programática, la acogida, la escucha activa, los grupos de asistencia social, los beneficios y los cursos de formación profesional fomentaron el vínculo afectivo, el sentido de pertenencia, la autoestima y los ingresos complementarios. Sin embargo, la escasez de recursos, el apoyo insuficiente para el cuidado infantil y la inestabilidad de los beneficios limitaron la autonomía económica. Se concluye que la atención primaria de salud, gracias a su coordinación longitudinal y articulación intersectorial, generó recursos protectores y fortaleció la autonomía, según las experiencias reportadas. Sin embargo, persisten desafíos en la continuidad de las acciones, la articulación entre las políticas públicas y la solución de las desigualdades estructurales.

Palabras clave: Vulnerabilidad social. Salud de la mujer. Madres. Atención primaria de salud. Colaboración intersectorial.

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS), organizada prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), ocupa posição estratégica para

identificar necessidades, produzir vínculos, acompanhar longitudinalmente as famílias e coordenar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Seus princípios incluem o cuidado centrado na pessoa e na família, a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação assistencial, a participação social e a articulação intersetorial (Arantes LJ, *et al.*, 2016).

A promoção do cuidado integral exige uma compreensão contextualizada das necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades, considerando os determinantes sociais que atravessam o processo saúde-doença (Teixeira CP, *et al.*, 2024). O conceito de vulnerabilidade amplia essa compreensão ao deslocar a análise de atributos individuais isolados para as relações entre sujeitos, contextos sociais e respostas institucionais.

Na perspectiva de Ayres JRCM, *et al.* (2006), a vulnerabilidade corresponde à maior ou menor possibilidade de exposição ao adoecimento e de acesso aos recursos necessários para sua proteção, sendo constituída por três dimensões interdependentes: individual, social e programática. Essa abordagem evita responsabilizar exclusivamente as pessoas por suas condições de saúde e permite compreender como diferentes recursos ou barreiras ampliam ou reduzem suas possibilidades de cuidado.

A dimensão individual abrange conhecimentos, percepções, experiências, relações afetivas e a possibilidade concreta de transformar informações em práticas de cuidado e autocuidado, pois essas práticas dependem das condições materiais e relacionais disponíveis. A dimensão social compreende as relações de gênero, raça e classe, as condições de moradia, alimentação, escolaridade e trabalho, a exposição à violência, a divisão das responsabilidades de cuidado e a disponibilidade de redes familiares e comunitárias. A dimensão programática diz respeito à existência, organização, acessibilidade, qualidade e continuidade das políticas, programas e serviços destinados a responder às necessidades da população. As vulnerabilidades resultam da interação entre essas dimensões, e não de uma condição fixa ou inerente aos indivíduos (Ayres JRCM, *et al.*, 2006).

A desigualdade perante a lei, a exposição à violência e as dificuldades de acesso à moradia, ao emprego, aos serviços de saúde e à assistência social constituem expressões importantes da vulnerabilidade socioeconômica, pois restringem o exercício de direitos sociais básicos e a capacidade de proteção de indivíduos e grupos (Oranje BS, *et al.*, 2022). No Brasil, a pobreza permanece concentrada principalmente nas regiões Norte e Nordeste, embora os programas de transferência de renda tenham contribuído para sua redução de 27,3%, em 2023, para 23,1%, em 2024 (IBGE, 2025). Esses avanços, embora relevantes, não eliminam as

desigualdades estruturais nem asseguram, isoladamente, condições sustentáveis de autonomia e proteção social.

As desigualdades assumem contornos particulares nas experiências de mulheres que exercem a maternidade, fenômeno social atravessado por relações de gênero, raça, classe, trabalho e organização familiar, cujas repercussões não atingem todas as mulheres da mesma maneira. Em contextos de pobreza, as responsabilidades pelo cuidado dos filhos e pela manutenção da vida doméstica frequentemente se combinam com insegurança alimentar, dependência econômica, fragilidade das redes de apoio, violência e sofrimento psíquico (DAMACENO NS, et al., 2021; VIANA AVTS e PANÚNCIO-PINTO MP, 2026; NEGRÃO G, 2025).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que mulheres e crianças recebam cuidados de qualidade durante a gestação, o parto e o período pós-natal, reconhecendo as experiências femininas como fundamentais para a transformação da atenção à saúde e para o fortalecimento das famílias e comunidades. Entretanto, o cuidado dirigido às mulheres-mães não deve se limitar ao ciclo gravídico-puerperal ou às necessidades dos filhos. É necessário reconhecer sua saúde física e mental, suas condições materiais de existência, seus projetos de vida e suas relações sociais, que podem produzir proteção ou aprofundar vulnerabilidades (OMS, 2016).

4

A complexidade das vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres-mães ultrapassa a capacidade de resposta do setor saúde, exigindo ações compartilhadas com a assistência social, a educação, as políticas de trabalho e renda e a rede de enfrentamento à violência. Neste estudo, adota-se a expressão ‘mulheres-mães’ para reconhecer a maternidade como parte de suas experiências sem reduzir sua identidade exclusivamente à função materna.

A necessidade de articulação intersetorial torna-se evidente em municípios do semiárido nordestino, onde desigualdades territoriais, baixa inserção no mercado de trabalho e dificuldades de acesso aos serviços podem se sobrepor. Em Tauá (CE), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal era de 0,633, em 2010 (IBGE, 2022). Em agosto de 2026, o Cadastro Único registrava 15.666 famílias e 36.324 pessoas no município, das quais 26.051 pertenciam às categorias de pobreza e baixa renda. Esse cenário evidencia a necessidade de políticas capazes de articular respostas às demandas sociais, econômicas e de saúde (BRASIL, 2026).

Nesse contexto, o município de Tauá (CE), tem sido município-laboratório em saúde da Fiocruz Ceará, para a partir da ESF, inovar nos cuidados em saúde, com foco na intersetorialidade, na equidade e na redução das vulnerabilidades. A partir disso, foi instituído, por Decreto Municipal nº 0629002/2022 (TAUÁ, 2022), o Programa Municipal de Proteção Social Inclusiva ‘Quem Ama Cuida’ (PROAMA). A iniciativa resultou da cooperação técnica entre a gestão municipal e a Fiocruz Ceará. Para formular o PROAMA a ESF contribuiu no diagnóstico, identificando todas as mulheres em situações de vulnerabilidades, realizado por meio de visitas domiciliares compartilhadas entre enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante o pré-natal. As visitas tornaram visíveis situações de pobreza extrema, gravidez na adolescência, uso de substâncias psicoativas e sofrimento mental, demonstrando que as necessidades identificadas não poderiam ser respondidas exclusivamente por intervenções clínicas, ou do setor saúde.

O PROAMA foi estruturado como política municipal intersetorial destinada a pessoas em situação de dependência ou vulnerabilidade social aguda. No acompanhamento das mulheres-mães, articula ações da ESF, dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e de outros órgãos municipais, oferecendo acompanhamento, atividades coletivas, acesso a benefícios socioassistenciais e cursos profissionalizantes. Essa organização pode constituir um recurso programático de proteção ao aproximar políticas públicas e ampliar as possibilidades de acesso, acolhimento e continuidade do cuidado. Entretanto, a existência formal de uma iniciativa intersetorial não assegura, por si mesma, que as necessidades das mulheres sejam reconhecidas nem que as barreiras sociais e institucionais sejam superadas.

Permanece necessário compreender como as próprias mulheres-mães significam o cuidado, vivenciam as vulnerabilidades e reconhecem os recursos protetivos produzidos pelos serviços. Indicadores administrativos, registros de benefícios e informações sobre participação nas atividades não revelam, isoladamente, como pobreza, maternidade, violência, redes de apoio, autocuidado e respostas institucionais se articulam em suas trajetórias. A análise dessas experiências pode contribuir para identificar potencialidades e limites da intersetorialidade e para qualificar políticas de cuidado em contextos socialmente vulnerabilizados.

Diante disso, indagou-se: como as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade se expressam nas experiências de cuidado em saúde de mulheres-mães acompanhadas pelo PROAMA? Objetivou-se analisar o cuidado em saúde de mulheres-mães em situação de vulnerabilidade acompanhadas por um programa intersetorial, articulado a

partir da atenção primária à saúde, segundo as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento e referencial teórico-metodológico

Estudo qualitativo delineado como estudo de caso único. A abordagem qualitativa possibilitou a compreensão dos significados, experiências, valores e relações produzidos no contexto social investigado (Minayo MCS, 2001). O estudo de caso permitiu analisar o fenômeno em profundidade, em seu contexto, diante da interdependência entre o cuidado em saúde, as condições de vida das participantes e a organização dos serviços e políticas públicas (YIN RK, 2015; GOMES NETO JM, et al., 2024).

O caso investigado foi o cuidado em saúde de mulheres-mães em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo PROAMA. A interpretação dos achados foi orientada pelo referencial de vulnerabilidade de Ayres JRCM, et al. (2006), considerando as dimensões individual, social e programática. A dimensão individual abrangeu os significados atribuídos à saúde, ao cuidado e ao autocuidado; a dimensão social contemplou condições de vida, maternidade, trabalho, violência e redes de apoio; e a dimensão programática compreendeu acesso, acolhimento, continuidade do cuidado e respostas produzidas pelos serviços e políticas públicas. O relato do estudo foi orientado pelos critérios do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (TONG A, et al., 2007).

6

Cenário do estudo

Estudo realizado em Tauá (CE), no Sertão dos Inhamuns, semiárido do Nordeste brasileiro, a aproximadamente 337 km de Fortaleza, com extensão territorial de 4.010,61 km² e população estimada em 65.035 habitantes para 2026 (IBGE, 2022).

O PROAMA tem a finalidade de desenvolver uma política intersetorial de cuidados destinada a pessoas em situação de dependência de terceiros ou de vulnerabilidade social aguda, considerando as comorbidades e os ciclos de vida. No período da pesquisa, aproximadamente 814 mulheres-mães eram acompanhadas pelo programa.

As mulheres-mães inseridas no PROAMA eram acompanhadas conjuntamente pelas 28 equipes da ESF e nove CRAS. As ações incluíam acompanhamento individual, visitas domiciliares, atividades coletivas, grupos de apoio, acesso a benefícios socioassistenciais e

cursos profissionalizantes. Os grupos eram desenvolvidos em três centros localizados na sede municipal e seis na zona rural, com participação de profissionais da saúde, assistência social, educação, trabalho, qualificação profissional e políticas para mulheres e famílias.

Participantes

Participaram 12 mulheres-mães acompanhadas pelo PROAMA, selecionadas de forma intencional a partir dos registros do painel de monitoramento do programa, desenvolvido na plataforma *Power BI*, considerando a vinculação, o envolvimento nas atividades ofertadas e a pertinência de suas experiências para o objetivo do estudo. Além disso, deveriam ter 18 anos ou mais e ter vivenciado situação de vulnerabilidade social identificada pelos serviços municipais.

As participantes apresentavam distintas trajetórias em relação às vulnerabilidades, sendo sete classificadas nos registros do programa como mulheres-mães que haviam superado as vulnerabilidades inicialmente identificadas, enquanto cinco permaneciam vivenciando situações de vulnerabilidade no período da coleta. Essa classificação foi utilizada para ampliar a diversidade de experiências incluídas no estudo, sem a finalidade de estabelecer comparações de efetividade ou relações causais.

Produção dos dados

Foram realizadas entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, conduzidas pela pesquisadora responsável em data, horário e local previamente acordados com cada participante, entre novembro de 2025 e julho de 2026.

As entrevistas ocorreram em espaços reservados nos equipamentos municipais, em condições que assegurassem privacidade, confidencialidade e redução de interferências externas. Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora explicou os objetivos, os procedimentos, os possíveis riscos e benefícios e o caráter voluntário da participação.

O roteiro semiestruturado foi desenvolvido especificamente para o estudo, com base nos objetivos da pesquisa e no referencial de vulnerabilidade. O instrumento foi organizado em cinco blocos temáticos: 1) características sociodemográficas; 2) significados atribuídos à saúde, ao cuidado e ao autocuidado; 3) percepções e experiências relacionadas às vulnerabilidades sociais e de saúde; 4) percepções sobre a atuação dos profissionais e gestores da saúde e da proteção social; e 5) experiências, mudanças percebidas e avaliação do PROAMA.

As entrevistas foram gravadas em áudio mediante autorização, transcritas integralmente e submetidas à conferência para verificar sua correspondência com os registros sonoros. Após a transcrição, foram retiradas informações que pudessem identificar direta ou indiretamente as participantes, que passaram a ser representadas pelos códigos M₁ a M₁₂ (**Tabela 1**).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres-mães PROAMA entrevistadas, Brasil, 2026.

Id.	Idade	Nível de escolaridade	Ocupação
1	27	Ensino Fundamental Incompleto	Dona de casa
2	20	Ensino Médio Incompleto	Dona de casa
3	28	Ensino Médio Completo	Dona de casa
4	38	Ensino Médio Completo	Cuidadora de crianças na Educação
5	45	Analfabeta	Dona de casa
6	30	Ensino Fundamental Completo	Dona de casa
7	38	Ensino Superior Completo	Professora
8	22	Ensino Fundamental Incompleto	Dona de casa
9	33	Ensino Médio Completo	Dona de casa
10	36	Ensino Médio Completo	Dona de casa
11	30	Ensino Médio Completo	Dona de casa
12	29	Ensino Médio Completo	Agricultora

Fonte: Elaborado por VASCONCELOS, et al., 2026; dados extraídos das entrevistas, banco de dados da pesquisa.

Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados em categorias, conforme Bardin L (2016), seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. O percurso analítico adotou organização sistemática e interativa, desde a leitura inicial do material até a construção e interpretação das categorias.

Na exploração do material, as transcrições foram importadas para o *software* MAXQDA Analytics Pro, utilizado para organização, codificação, recuperação e comparação dos segmentos textuais. O *software* foi empregado como recurso de apoio à sistematização, permanecendo as decisões de codificação, categorização e interpretação sob responsabilidade dos pesquisadores.

A análise produziu três categorias temáticas, interpretadas à luz do referencial teórico da vulnerabilidade de Ayres: I – dimensão individual: percepções sobre saúde, cuidado e autocuidado; II – dimensão social: condições de vida, maternidade, violência e redes de apoio; e III – dimensão programática: acesso, acolhimento e recursos protetivos. Essas categorias expressam a interdependência entre as experiências individuais das mulheres-mães, suas condições sociais de vida e as respostas produzidas pelos serviços e políticas públicas.

As categorias empíricas foram articuladas ao referencial teórico e à literatura sobre cuidado integral, maternidade, pobreza, violência, saúde mental, proteção social e intersetorialidade. Também foram examinadas convergências, diferenças e relatos divergentes entre as participantes, incluindo as distintas trajetórias registradas pelo programa. Essa análise teve finalidade compreensiva e não foi utilizada para avaliar causalmente a efetividade das intervenções. A coerência entre os dados e as interpretações foi verificada mediante confronto permanente entre as categorias empíricas, objetivo do estudo e o referencial de vulnerabilidade.

Aspectos éticos

As participantes, convidadas pessoalmente pela pesquisadora responsável, aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer consubstanciado nº 7.980.725, e observou os princípios das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 e nº 466/2012 e da legislação brasileira aplicável à proteção de dados pessoais e à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016; BRASIL, 2013).

9

RESULTADOS

Dimensão individual: percepções sobre saúde, cuidado e autocuidado

A nuvem de palavras (**Figura 1**), representa os termos mais frequentemente utilizados pelas mulheres-mães para definir saúde, a partir de suas experiências de vida e do acompanhamento pelo PROAMA. Observa-se que a palavra ‘saúde’ ocupa posição central na nuvem, sendo acompanhada por termos como ‘enfermeira’, ‘médico’, ‘PSF’, ‘acompanhamento’, ‘filhos’, ‘mães’, ‘vida’, ‘doença’ e ‘exame’, remetendo a ‘ter saúde’ ou seja a ausência de doenças, ao acompanhamento profissional e o acesso aos serviços de saúde.

Figura 1. Nuvem de palavras representativas atribuídas pelas mulheres-mães quanto a percepção sobre saúde.



Fonte: Elaborado por VASCONCELOS, et al., 2026; dados extraídos do software MAXQDA Analytistics Pro, nuvem de palavras lista de codificações.

A presença dos termos verbalizados por outras mulheres-mães: ‘cuidado’, ‘mental’, ‘apoio’, ‘família’, ‘amor’ e ‘carinho’, ‘paciência’, ‘contar’, ‘cuidar’ e ‘pessoas’ revelam que a saúde não é compreendida apenas como ausência de doença, mas como experiência de acolhimento, proteção e vínculos afetivos, complementado com as palavras: ‘programas’, ‘proama’, ‘sociais’, refere ainda o apoio dos programas sociais e acompanhamento socioemocional com fortalecimento de vínculos afetivos.

Percebe-se que o cuidado em saúde está atribuído a ausência de doenças ou ‘ter saúde’, ao acompanhamento profissional e ao acesso aos serviços de saúde, com acolhimento, bom serviço prestado e priorizado, como expressam: “*Cuidado de saúde é, assim, que a gente vem no PSF, é bem atendido, né? Tem enfermeira, tem médico. E assim, a minha família é bem atendida*” (M8).

Para começar, um cuidado de saúde é ter um agente de saúde presente, a minha é! E com tudo isso, se precisar de qualquer coisa no PSF aqui, para mim estão sempre à disposição. É sempre bom priorizar a saúde (M2).

O suporte da rede de apoio familiar, profissional e institucional aparecem com fortalecimento de vínculos afetivos para cuidado com seus filhos e autocuidado, como argumenta:

O cuidado da saúde é essencial na nossa vida, né? Principalmente nós mães, porque se nós mães não estiver bem de saúde, como é que a gente vai cuidar de quem precisa da gente, né? Porque quando a gente tem filhos, a gente se preocupa mais com os filhos (M5).

As atribuições e responsabilidades ao assumir seu papel de mulher-mãe na sociedade contemporânea podem afetar a saúde física e mental, diminuindo a capacidade de autocuidado principalmente quando não encontra fortalecimento por meio de rede de apoio familiar, social e institucional. Embora o conceito de saúde não se apresente explícito, há uma relação com o suporte familiar e programas sociais para suprir carências sociais e manutenção das condições básicas de vida expressado por:

E você ter redes de apoio, tanto familiares quanto outras pessoas... Aquela rede de apoio, e acaba que você não pode contar muito com aquelas pessoas, e acaba que uma pessoa pode contar com os programas sociais que o governo, através da prefeitura, disponibiliza para as pessoas (M12).

Outra mulher-mãe associa o cuidado em saúde em fazer parte do PROAMA como viabilidade de acesso e prioridade nos atendimentos dos serviços de saúde, como relata:

O importante é igual eles estão fazendo, né? Sempre ajudando a gente [...] como eu levei o papel lá para assinar a laqueadura, aí a mulher disse: - Você é PROAMA, né? Aí eu disse: - Sim. Quando às vezes eu vou numa consulta que a tipo assim, né? Aí diz que a gente é PROAMA, aí dá mais uma vontade de ser... (M6).

Dimensão social: condições de vida, maternidade, violência e redes de apoio

As dificuldades vivenciadas pelas mulheres-mães, em suas narrativas evidenciam que compreendem suas vulnerabilidades a partir das dificuldades concretas que atravessam o cotidiano familiar, vivenciadas de forma simultânea e multidimensional, produzindo um ciclo de dificuldades com predominância da vulnerabilidade econômica, condições de moradia, o básico para subsistência e criação dos filhos, além do impacto emocional, violências e conflitos familiares.

Essa conjuntura de barreiras repercute na saúde, no exercício da maternidade e nas perspectivas de melhoria das condições de vida. Superar barreiras pessoais, culturais, institucionais e sociais para fortalecimento de seus múltiplos papéis como mulher-mãe na sociedade contemporânea é um grande desafio, especialmente para a inserção no mercado de trabalho, limitada pela ausência de rede de apoio para o cuidado das crianças como relata: “[...] *difficuldade maior é só em relação ao trabalho, porque ninguém aceita que leve o filho e eu não tenho rede de apoio, minha família não é daqui [...]*” (M7).

A maternidade contemporânea impõe uma carga de decisões complexas e contínuas, como a escolha de métodos de disciplina, nutrição e educação, somada à exigência de conciliar a vida profissional e doméstica. Outra dificuldade apontada é a insegurança quanto ao processo educativo dos filhos e reconhecem que educar crianças tornou-se tarefa complexa diante das

condições sociais e econômicas enfrentadas: “Na educação e criação dos seus filhos, encontra alguma dificuldade, porque hoje a questão de educar os filhos tá cada vez mais difícil” (M8).

Nas dificuldades relatadas pelas participantes as violências associadas às relações conjugais, é percebida para além das agressões físicas, incluindo humilhações, violência psicológica e relações marcadas pela desvalorização da mulher, como demonstra na narrativa: “Ignorância. Meu marido era muito ignorante. Aí abuso não é só peia não, né [...] ele me humilha demais, manda embora às vezes da casa não é minha [...]” (M10).

As adversidades vivenciadas repercutem diretamente na saúde emocional das participantes, revelado como sofrimento emocional é reconhecido pelas próprias mulheres como consequência direta dos desafios cotidianos, como verbaliza: “[...] psicológico com certeza fica muito abalado” (M5).

Algumas mulheres-mães reconhecem mudanças em suas condições de vida e relatam não passar por muitas dificuldades, atribuindo sentido positivo às condições disponíveis, como revela: “[...] a minha casa eu não posso reclamar, casinha de pobre mesmo, mas tem aquele confortozinho que a gente precisa” (M3).

Dimensão programática: acesso, acolhimento e recursos protetivos

12

O acolhimento, quando realizado com empatia e resolutividade, transcende a dimensão técnica e passa a atuar como um dispositivo de produção de sentido e alívio do sofrimento psíquico. Os depoimentos evidenciam que a escuta qualificada e o suporte prestado pelos profissionais da ESF e do CRAS desempenham um papel primordial no bem-estar psicológico e na sustentação do afeto emocional dessas usuárias.

A estratégia de grupos de apoio e acolhimento no CRAS destaca-se como um recurso terapêutico e integrativo potente para o público do programa, conforme relata: “Me sinto bem, principalmente aqui no CRAS, nos dias de reuniões. As meninas fazem dinâmica, trabalham nosso psicológico. Às vezes nós chora, ri, mas sempre é bom” (M7).

A assiduidade das usuárias aos encontros do CRAS é caracterizada por compromisso e regularidade, como evidencia: “Toda vida que tem! Se tiver, do programa, que é toda vida duas vezes no mês, eu tô no meio. Só se Deus o livre for uma necessidade de doença” (M2).

A participação nos encontros e eventos também é destacada pelos benefícios que os encontros proporcionam para a socialização dessas mulheres e manutenção dos benefícios sociais, atribuindo a participação nas ações como requisito para continuidade nos programas de

proteção social, como relata: *“Porque tem gente que tem todos os benefícios e, quando perde, fica questionando por que perdeu? É participação. É muito bom a participação”* (M2).

O acolhimento ofertado pelo CRAS às mulheres-mães acompanhadas pelo PROAMA perpassa o atendimento técnico burocrático, atuando como um meio para ressignificações emocionais. Na adesão ao programa há a espera por benefícios sociais, no entanto ao adentrarem o programa e participarem das ações e encontros, descobrem um espaço de escuta e autocuidado.

A experiência nesses espaços gera a sensação de pertencimento e despertam a liberdade de expressão e a construção de vínculos. O espaço público deixa de ser apenas um local de concessão de benefícios e passa a ser reconhecido como um local de acolhimento e reconstrução das sociabilidades. A transmissão e a troca de saberes surgem como ferramentas centrais de empoderamento, conhecimento e garantia de direitos no cotidiano das mulheres-mães acompanhadas pelo PROAMA, como pontuam: *“Porque elas leva às vezes profissionais da saúde para trocar informação, né? porque a gente não sabia, a gente sabe naquela hora[...]*” (M6). *“A gente conversa, tira as dúvidas”* (M8).

[...] a gente se encontrava quase tudo com a mesma vulnerabilidade, né? E assim, a gente e com a troca de conversa a gente ia se entendendo, né? E aí eu achava bom, gostava de participar (M5).

A participação efetiva no PROAMA promove às beneficiárias mais assistência, através do CRAS e da ESF, garantindo o cumprimento da equidade. Essa parceria viabiliza a entrada em programas sociais, suplementação alimentar e demais programas governamentais, configurando-se como porta de entrada para melhoria das vulnerabilidades sociais. As falas de algumas mulheres-mães exemplificam esse impacto: *“Em primeiro lugar, o benefício meu que eu não tinha. Foi uma ajuda, um pontapé mesmo. Graças a Deus, deu tudo certo”* (M2).

[...] antes de eu entrar no PROAMA, eu não recebia leite, eu não recebia Mais Infância [...] Quando eu comecei a participar [...] elas me botaram no leite, eu entrei no Mais Infância e toda consulta que eu preciso [...] elas resolveram e me ajudam demais (M7).

Evidencia-se pelas narrativas que um dos maiores impactos do programa remonta para o empoderamento dessas mulheres, promovendo melhora da autoestima, desenvolvimento pessoal e autocuidado, trabalhando a vertente de que para cuidar bem do outro precisa cuidar de si.

Uma estratégia implementada para o apoio e incentivo à emancipação foi oferta de cursos profissionalizantes como uma alternativa e porta de entrada para o mercado de trabalho formal e informal, especialmente para o empreendedorismo. Os relatos revelam um cenário em que o aprendizado técnico possibilita pequenos incrementos na renda familiar através do

trabalho autônomo e informal, mas esbarra em limitações estruturais e materiais para a consolidação de empreendimentos sustentáveis.

Conseguir implementar aquilo que foi ensinado, apesar de algumas limitações utilizando recursos e ambientes improvisados, gera uma renda pontual para complementar a renda mensal da família, como relatam: “[...] *mas dá uma vez outra dá uma ajudinha, né? Porque eu aprendi a fazer a escova. Aí quando alguém me chama, eu vou lá e faço*” (M6).

Sim, melhorou, aprendi um pouco porque agora eu faço pizzas por encomenda. Como é interior, o fluxo não é muito grande, mas ajuda a agregar ao benefício social que a família já tinha (M5).

Apesar dos destaques positivos na realização dos cursos, algumas barreiras foram encontradas, como ausência de rede de apoio para os cuidados com as crianças, visualizando como uma dificuldade, porém não como uma impossibilidade.

Por outro lado, quando o programa social integra estratégias diretas de suporte ao cuidado, os relatos indicam condições favoráveis à adesão e ao aproveitamento das participantes. O relato de M6 destacam o papel crucial desempenhado pelo apoio institucional ao ofertar um cuidador para dar suporte no momento das aulas: “[...] *sempre tinha uma menina lá do CRAS que ficava olhando...Teve uma cuidadora para olhar as crianças enquanto a gente aprendia lá a se maquiar [...]*” (M6).

14

A presença de cuidadores ou de espaços infantis acoplados aos locais de formação profissional constitui uma tecnologia social de alto impacto. É possível perceber que os cursos tiveram impactos positivos para elas, visto que proporcionaram novas aprendizagens, interação social, formação de vínculos afetivos e possibilidades para a ampliação da renda familiar.

O conhecimento adquirido e domínio das técnicas aprendidas nos cursos de culinária e beleza realizados por algumas mulheres-mães, não foi suficiente para a maioria delas, pois a ausência de recursos financeiros para investimento em estrutura e insumos básicos surge nos discursos como o principal obstáculo para a formalização ou expansão do negócio, podendo ocasionar a desmotivação inicial das beneficiárias e prolongar situações de dependência socioeconômica. O relato de M2 expõe de forma clara a inviabilidade financeira enfrentada:

Não deu para empreender por conta do financeiro. Não tem como [...] Porque gasta muito. A gente tem que primeiramente ter um pontozinho, começar em casa, mas você tendo um pontozinho, local mais visível, vende mais. Aí não tem como empreender [...] Você tem que pagar aluguel, como é que vai pagar um aluguel? (M2).

Destaca-se que a ausência de recursos materiais apropriados compromete a rentabilidade e retroalimenta o ciclo da precarização laboral, distanciando a trabalhadora do acúmulo de capital e da autonomia econômica efetiva, configurando-se como uma prática informal.

A capacitação profissional torna-se um meio alternativo para essas famílias, principalmente na instabilidade dos benefícios sociais, o que interfere diretamente na estabilidade financeira familiar. O depoimento revela a dependência de auxílios complementares para a manutenção das necessidades básicas:

Foi que eu entrei no Tauá solidário. Aí quer dizer que eu ganhava o gás, mas só que agora deu uma paradinha porque vai mudar, né? Tá com 9 meses que não vem, mas a minha luz ela é paga (M10).

Outro desafio de destaque foi evidenciado a necessidade de pensar na estratégia completa envolvendo a capacitação para atividade produtiva, a gestão financeira e o marketing para captação de clientes ampliando as possibilidades para implantação da habilidades, aumentando as chances de sair da vulnerabilidade social a qual está inserida. *“aquela parte de mostrar meu trabalho, né? Divulgar isso aí. Eu não sei”* (M6).

DISCUSSÃO

Os achados evidenciam que o cuidado em saúde de mulheres-mães acompanhadas pelo PROAMA emerge da interação entre necessidades individuais, condições sociais de vida e respostas programáticas. A articulação entre saúde e proteção social oferece recursos protetivos como acolhimento, apoio psicossocial, acesso a benefícios e qualificação profissional, mas essas iniciativas encontram limites diante da pobreza extrema, da violência, da sobrecarga materna e da fragilidade das redes de apoio. As três dimensões da vulnerabilidade não operam isoladamente: sobrepõem-se e condicionam as possibilidades de cuidado, autonomia e exercício da maternidade (**Figura 2**).

15

Figura 2. Síntese das evidências a partir do conjunto de dados. Tauá, Ceará, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, VASCONCELOS, et al., 2026; a partir da análise desse estudo.

Dimensão individual: sentidos do cuidado, autocuidado e autonomia

Na dimensão individual, as mulheres atribuíram ao cuidado sentidos que extrapolam o acesso a serviços e a ausência de doença, incluindo saúde mental e apoio socioemocional. Essa compreensão converge com a Política Nacional de Humanização e com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2006).

O acolhimento mostrou-se prática relacional capaz de reconhecer necessidades além da demanda clínica, favorecendo a humanização e a continuidade assistencial (BRASIL, 2010). O autocuidado não deve ser entendido como responsabilidade exclusivamente individual, pois depende de tempo, renda, apoio familiar e suporte institucional. As vivências coletivas favoreceram o reconhecimento de necessidades próprias e a reconstrução da autoestima.

Reconhecer as vulnerabilidades sociais como constitutivas do processo saúde-doença evita que dificuldades de adesão sejam lidas como negligência, dialogando com a equidade como fundamento do SUS (PESSOA VM, et al., 2024).

Dimensão social: pobreza, maternidade, violência e redes de apoio

Na dimensão social, a vulnerabilidade econômica materializa-se em insegurança alimentar, precariedade habitacional e impossibilidade de planejamento orçamentário (Boff RA e Cabral SM, 2023). A fragilidade das redes de apoio limitou a participação das mulheres no trabalho e em cursos profissionalizantes, reforçando a dependência econômica e indicando que a autonomia feminina depende de condições institucionais, não apenas de motivação individual.

A violência doméstica, manifesta também como humilhação e controle, expressa desigualdades de gênero e relações estruturais de poder (Coelho EM, et al., 2025), e a pobreza extrema intensifica sofrimento psíquico e uso problemático de substâncias, reforçando a necessidade de intervenções intersetoriais continuadas.

Dimensão programática: acolhimento, proteção social e intersetorialidade

Na dimensão programática, o acolhimento e a escuta qualificada funcionaram como tecnologia de cuidado em saúde mental, favorecendo vínculos e respostas multiprofissionais oportunas (Almeida MASO, et al., 2024; Nascimento MEB, et al., 2026). A participação nos encontros coletivos apresentou ambivalência, por um lado, a assiduidade pode estar associada ao cumprimento de exigências para a manutenção de benefícios sociais, por outro, adquiriram

significado próprio para as mulheres, convertendo-se em espaços de socialização, acolhimento, troca de experiências e fortalecimento do sentimento de pertencimento.

Estudos sobre a proteção social básica identificam barreiras institucionais de acesso e precarização das condições de trabalho, que comprometem a continuidade do acompanhamento das famílias (Nunez RR e Gamarra CJ, 2024). Por outro lado, as práticas grupais apontam contribuem para a promoção da saúde mental, a autonomia e a reinserção social (SECCO AC, et al., 2022; VARELA LD e PINTO AGA, 2026).

A atuação proativa da ESF na identificação de necessidades e no encaminhamento para a rede de proteção mostrou-se relevante para o acesso aos direitos socioassistenciais. Estudos sobre a atuação dos CRAS destacam a contribuição dos serviços, programas e benefícios para a redução de vulnerabilidades e a necessidade de fortalecer sua integração com a saúde, a educação e a rede socioassistencial (JABER MEMP, et al., 2025).

Qualificação profissional e limites da autonomia econômica

Os cursos profissionalizantes geraram aprendizagem, renda complementar e fortalecimento da autonomia feminina (Antunes SRA, et al., 2022), mas, isoladamente, não asseguraram inserção sustentável no trabalho, dada a falta de equipamentos, crédito e suporte ao cuidado infantil; qualificação sem proteção social contínua tem alcance limitado para interromper ciclos de pobreza (BOFF RA e CABRAL SM, 2023; JABER MEMP, et al., 2025).

Embora os cursos tenham cumprido importante função pedagógica e produzido oportunidades iniciais de geração de renda, sua efetividade social depende da construção de um ecossistema de apoio, integrando: qualificação profissional, fornecimento de equipamentos e insumos, acesso ao crédito produtivo, educação financeira, estratégias de divulgação e comercialização, acompanhamento técnico e suporte para o cuidado das crianças.

Implicações para o cuidado e para as políticas públicas

Os achados reforçam o papel da APS na coordenação longitudinal do cuidado e identificação precoce de vulnerabilidades que ultrapassam o campo clínico, mas sua efetividade depende de fluxos intersetoriais estáveis com assistência social, educação e políticas de trabalho e renda.

O programa aproxima saúde e proteção social, produzindo recursos protetivos em um território marcado por desigualdades, porém não pode ser responsabilizado isoladamente pela

superação de vulnerabilidades estruturais, que exigem políticas públicas contínuas. As mudanças percebidas pelas participantes coexistem com limitações estruturais que demandam políticas públicas estáveis e investimentos a longo prazo. A sustentabilidade da iniciativa depende, portanto, de sua institucionalização, do acompanhamento continuado das famílias e da capacidade de transformar encaminhamentos pontuais em redes efetivas de cuidado e garantia de direitos.

O delineamento de caso único limita a generalização e percepções construídas em determinado momento do acompanhamento não permitem avaliar causalmente a efetividade do programa, mas o estudo oferece compreensão contextualizada útil ao aprimoramento de políticas semelhantes no Nordeste brasileiro e em outros territórios vulnerabilizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que o cuidado em saúde de mulheres-mães em situação de vulnerabilidade na APS ultrapassa a assistência clínica e requer a compreensão articulada da vulnerabilidade com ênfase na compreensão individual, social e programática. As experiências analisadas revelaram na dimensão individual que o cuidado envolve acesso aos serviços, saúde mental, autocuidado, acolhimento, apoio socioemocional e fortalecimento das redes familiares, comunitárias e institucionais.

18

Na dimensão social, a pobreza extrema mostrou-se associada à insegurança alimentar, às condições inadequadas de moradia, à sobrecarga materna, à violência doméstica, à fragilidade das redes de apoio e às dificuldades de inserção no trabalho. Essas condições limitam a autonomia das mulheres e sua capacidade de cuidar de si e dos filhos, demonstrando que intervenções exclusivamente individuais são insuficientes para enfrentar vulnerabilidades produzidas e mantidas por desigualdades estruturais.

Na dimensão programática, a articulação entre saúde e proteção social, materializada nas ações do programa intersetorial, constituiu importante recurso protetivo. O acolhimento, a escuta qualificada, os encontros coletivos, o acesso a benefícios sociais e os cursos profissionalizantes favoreceram vínculos, pertencimento, autoestima, autocuidado e possibilidades de geração de renda. Entretanto, a insuficiência de recursos materiais, o apoio limitado para o cuidado das crianças e a instabilidade dos benefícios restringiram o alcance das iniciativas de autonomia econômica.

Os achados reforçam a importância da APS na coordenação longitudinal do cuidado e na articulação com a assistência social e os demais setores da rede de proteção. Recomenda-se a continuidade do acompanhamento, a ampliação do apoio à saúde mental, a oferta de suporte para o cuidado dos filhos durante as atividades formativas e a integração dos cursos profissionalizantes com acesso a equipamentos, crédito, orientação financeira e estratégias de inserção no trabalho.

Por se tratar de um estudo de caso realizado em um único município e centrado nas experiências das mulheres-mães, os resultados não permitem generalizações estatísticas. Contudo, oferecem elementos para o aprimoramento de políticas intersetoriais destinadas a mulheres em contextos semelhantes, podendo subsidiar outras gestões municipais e estaduais, desde que consideradas suas condições territoriais e institucionais. O enfrentamento das vulnerabilidades exige cuidado contínuo, proteção social estável, garantia de direitos e ações sobre as desigualdades que condicionam as trajetórias de vida.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA MASO, et al. Percepção dos enfermeiros sobre acolhimento de usuários com demandas de saúde mental atendidos na atenção básica. *Ciência et Praxis*, 2024; 19(34): 53-63. DOI: <https://doi.org/10.36704/cipraxis.v19i34.8159>
2. ANTUNES SRA, et al. Empreendedorismo feminino. *Revista Gestão em Foco*, 2022;(14): 96-108.
3. ARANTES LJ, et al. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(5): 1499-1510. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
4. AYRES JRCM, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 2006; 96(6): 1001-1006. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.060905>
5. BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.
6. BOFF RA, CABRAL SM. Vulnerabilidade socioeconômica: desigualdade social, exclusão e pobreza no Brasil. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, 2023; 13(38): 71-88. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7648187>
7. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 13 jun. 2013; Seção 1: 59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/reso466_12_12_2012.html. Acesso em: 13 set. 2026.

8. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 24 maio 2016; Seção 1: 44-46. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 13 set. 2026.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
11. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. CECAD 2.0: painel do Cadastro Único. Brasília, DF: MDS, 2026. Consulta territorial: Tauá, Ceará; referência: agosto de 2026. Disponível em: <https://cecad.cidadania.gov.br/painelo3.php>. Acesso em: 13 set. 2026.
12. COELHO EM, et al. A intersecção entre violência doméstica e vulnerabilidade socioeconômica: análise da dependência financeira como fator de perpetuação do ciclo de violência. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2025; 11(11): 503-516. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.viii.21926>
13. DAMACENO NS, et al. As representações sociais da maternidade e o mito do amor materno. Perspectivas em Psicologia, 2021; 25(1): 199-224. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/56484>. Acesso em: 13 set. 2026.
14. GOMES NETO JM, et al. Estudos de caso: manual para a pesquisa empírica qualitativa. Petrópolis: Vozes, 2024.
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2025. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>. Acesso em: 25 maio 2026.
16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tauá (CE): Cidades e Estados. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/taua.html>. Acesso em: 13 set. 2026.
17. JABER MEMP, et al. Inclusão produtiva, igualdade de gênero e empreendedorismo: o papel do CRAS, no município de Palmas, Tocantins. Contribuciones a las Ciencias Sociales, 2025; 18(10): e21445. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.10-127>
18. MINAYO MCS (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

19. NASCIMENTO MEB, et al. Determinantes sociais as saúde e desigualdade no acesso aos serviços de saúde. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2026; 8(3): 1050-1060. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n3p1050-1060>
20. NEGRÃO G. Síndrome da maternidade moderna: uma resposta ao estresse social e psicológico vivenciado por mães no contexto atual. *Aracê*, 2025; 7(6): 34369-34398. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n6-308>
21. NUNEZ RR, GAMARRA CJ. Desafios do exercício profissional na proteção social básica durante a pandemia: estudo de caso do CRAS Norte de Foz do Iguaçu (2019-2020). *Interação*, 2024; 26(1): 78-93. DOI: <https://doi.org/10.33836/interacao.v26i1.880>
22. ORANJE BS, et al. Linha de cuidado enfocando a vulnerabilidade: pessoas em situação de rua. In: ROCHA ESC, et al. (orgs.). *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade*. Brasília, DF: Editora ABEn, 2022. p. 33-39. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/04/e11-vulneraveisvol-I-cap4.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2025.
23. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2025.
24. PESSOA VM, et al. (orgs.). *Caderno da pesquisa-ação-participativa nos cuidados em saúde: teoria, método e sínteses*. Eusébio (CE): Fiocruz Ceará; SERPOVOS, 2024. (Coletânea Saberes, Práticas e Inovações nos Cuidados em Saúde nos Territórios; vol. 1). Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/handle/icict/68104>. Acesso em: 13 set. 2026.
25. SECCO AC, et al. O papel da equipe nas práticas grupais na Atenção Básica em Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 2022; 14(2): 83-98. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1728>
26. TAUÁ (CE). Prefeitura Municipal. Decreto nº 0629002/2022-GABP, de 29 de junho de 2022. Institui o PROAMA – Programa Municipal de Proteção Inclusiva – Quem Ama Cuida e dá outras providências. Tauá: Prefeitura Municipal, 2022. Disponível em: <https://www.taua.ce.gov.br/decretos.php?id=2430>. Acesso em: 7 abr. 2025.
27. TEIXEIRA CP, et al. (orgs.). *Experiências no acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru*. Porto Alegre: Rede Unida, 2024. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde; vol. 53). DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554621311>
28. TONG A, et al. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 2007; 19(6): 349-357. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
29. VARELA LD, PINTO AGA. Os efeitos da grupalidade na autonomia, no cuidado psicossocial e na cidadania: ressignificação da Atenção em Saúde Mental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2026; 30: e250451. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.250451>

30. VIANA AVTS, PANÚNCIO-PINTO MP. O impacto da maternidade no cotidiano de mulheres com filhos de 0 a 4 anos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 2026; 34: e4120. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto417941201>
31. YIN RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.