

SER MULHER E VIVER COM HIV: reflexões sobre abandono de tratamento,
condições socioeconômicas e COVID-19

Noemi Cristina Ferreira da Silva¹

Resumo: A pandemia da COVID-19 modificou a organização da vida ao redor do mundo e, como consequência, impactou diretamente os serviços de saúde, incluindo aqueles que ofertam o cuidado de doenças crônicas. Compreende-se que as pessoas que vivem com o HIV encontram-se mais vulneráveis diante da COVID-19 uma vez que o imunocomprometimento biológico é um fator de risco para desenvolver os estágios mais graves. Assim, analisar o processo de retenção/adesão ao tratamento, que é multifatorial e abarca o acesso aos direitos sociais que dão suporte a continuidade do tratamento, é de suma importância.

Objetivo: Identificar e analisar as condições socioeconômicas associadas ao abandono de tratamento das mulheres que vivem com o HIV e são acompanhadas em dois serviços de saúde localizados no município do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Trata-se de uma abordagem quantitativa em um estudo retrospectivo. Os dados foram coletados dos prontuários das mulheres matriculadas em dois serviços de saúde que prestam assistência às pessoas que vivem com HIV, localizados no município do Rio de Janeiro, que se encontravam em situação de abandono de tratamento no período compreendido entre março/2020 e março/2021. **Resultados:** Compreende-se que as mulheres em situação de abandono de tratamento são cisgêneras, heterossexuais, identificadas como negras, solteiras, sem filhos e que vivenciam há mais de 300 dias a situação de abandono de tratamento. Diante das condições socioeconômicas, percebe-se que em maioria são as únicas provedoras do grupo familiar, referindo renda familiar *per capita* de até ½ salário-mínimo, perfil condizente com a extrema pobreza.

¹ Assistente Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Especialista em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Assistente Social da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP/RJ)

Palavras-chaves: Mulheres; HIV; Cooperação e Adesão ao tratamento; Condição Social; COVID-19.

Abstract: The COVID-19 pandemic changed the organization of life around the world and, as a consequence, directly impacted health services, including those that provide care for chronic diseases. It is understood that people living with HIV

are more vulnerable to COVID-19, since biological immunocompromise is a risk factor for developing the most severe stages. Thus, analyzing the retention/adherence to treatment process, which is multifactorial and encompasses access to social rights that support the continuity of treatment, is of paramount importance.

Objective: To identify and analyze the socioeconomic conditions associated with the abandonment of treatment by women living with HIV who are monitored at two health services located in the city of Rio de Janeiro.

Methodology: This is a quantitative approach in a retrospective study. Data were collected from the medical records of women enrolled in two health services that provide assistance to people living with HIV, located in the city of Rio de Janeiro, who were in a situation of treatment abandonment in the period between March/2020 and March/2021. **Results:** It is understood that women in a treatment abandonment situation are cisgender, heterosexual, identified as black, single, without children and who have been experiencing treatment abandonment for more than 300 days. Given the socioeconomic conditions, it is clear that the majority are the sole providers of the family group, referring to a per capita family income of up to 1/2 minimum wage, a profile consistent with extreme poverty.

Keywords: Women; HIV; Cooperation and Adherence to treatment; Social Condition; COVID-19

1. Introdução

Viver com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) tornou-se uma condição crônica desde a década de 1980, quando os primeiros medicamentos antirretrovirais (ARV) surgiram no mundo. No Brasil, desde 1996 os ARV são

distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito ao tratamento é assegurado para todas as pessoas, com base nos princípios da universalidade do acesso e da integralidade do cuidado.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico HIV e Aids, entre 2007 e junho/2021 foram notificados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN) 381.793 casos de infecção pelo HIV. Nesse mesmo período, as mulheres somaram 115.333 (30,2%) casos. A estratificação por idade, raça/cor e forma de transmissão compreende que, 30% (34.551) encontravam-se entre os 25 e 34 anos; 55,1% (63.574) identificavam-se como negras (13% - pretas e 42,1% - pardas) e 86,8% (98.823) infectaram-se através da relação heterossexual (BRASIL, 2021a).

Bastos (2001) afirma que, na década de 1990, a experiência brasileira evidenciou-se pela transmissão heterossexual, passando por um processo de feminização. Atualmente essa relação entre homens e mulheres que vivem com o HIV tem se equilibrado e demonstra discreta redução da participação das mulheres, entretanto elas ainda apresentam altas taxas de mortalidade. Estratificando os óbitos por gênero e raça/cor, “entre os anos de 2010 e 2020, verificou-se queda de 10,6 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas brancas e crescimento de 10,4 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas negras” (BRASIL, 2021a, p. 24).

Neste panorama epidemiológico, em 14 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu um cenário de pandemia em virtude da disseminação do SARS-CoV2, patógeno da COVID-19. No Brasil, em 21 de março de 2023 havia 37.145.514 casos confirmados e 699.634 óbitos² e o estado do Rio de Janeiro registrava uma das maiores taxas de mortalidade (445,4/100 mil habitantes) entre os estados da federação. Apenas em 17 de janeiro de 2021 com o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 a situação imposta pela pandemia foi amenizada.

As pessoas que vivem com HIV foram inseridas no rol das populações mais vulneráveis à infecção pela COVID-19, tendo em vista o quadro de

² Dados disponíveis em tempo real: <https://covid.saude.gov.br/>

imunocomprometimento corria-se o risco de agravamento clínico, caso contraíssem a doença. Desta forma, as pessoas que vivem com HIV também foram incluídas nos grupos prioritários para a vacinação (BRASIL, 2021b, p. 57).

O Ministério da Saúde através do painel “Monitoramento durante a pandemia de COVID-19 – Dados relacionados ao HIV”³ buscou auxiliar os municípios na programação do cuidado ofertado às pessoas que vivem com HIV. No ano de 2019, o município do Rio de Janeiro registrou 85.619 pessoas vinculadas aos serviços de saúde e dispensou 721.324 ARV. No ano de 2020, há um aumento de pessoas vinculadas, totalizando 87.492, mas há uma redução significativa na dispensação de medicamentos ARV, totalizando apenas 575.142.

Diante da necessidade de manter o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV, ainda que no auge da pandemia da COVID-19, Posada-Vergara et al (2020), em estudo realizado na América Latina, apontaram a importância de descongestionar os serviços de distribuição de medicamentos ARV, visando reduzir a possível exposição ao SARS-CoV2 entre os usuários e os profissionais dos serviços de saúde.

Com base nesta proposição, normativas foram emitidas pelo Ministério da Saúde para desburocratizar e ampliar o fornecimento dos ARV, autorizando maior período de validade para o receituário de ARV, aumentando a temporalidade de dispensação e reduzindo-se a frequência às consultas para conter a disseminação do vírus, mas ainda sim garantir o cuidado em saúde.

O adoecimento tem uma perspectiva coletiva e a pandemia da COVID-19 impactou, principalmente as populações mais vulnerabilizadas, em termos socioeconômicos e de saúde. Portanto, neste artigo objetiva-se identificar e analisar as condições socioeconômicas associadas ao abandono de tratamento nas mulheres que vivem com o HIV. Busca-se descrever o perfil socioeconômico considerando as interseccionalidades de classe, gênero e raça no contexto do adoecimento crônico do HIV e compreender o impacto desse adoecimento nas condições de vida das mulheres.

2. Metodologia

3 Os projetos Aids I (1994-1998) e Aids II (1998-2002), com financiamento do Banco Mundial, transformaram o Brasil em referência mundial no enfrentamento ao HIV, em parte pela existência do SUS, que deu conta de promover a descentralização do tratamento, a integralidade do cuidado e a participação dos movimentos sociais/sociedade civil.

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, transversal e retrospectiva. A pesquisa foi aprovada em junho/2021 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer CAAE 46628321.3.0000.5238 e intitulada “HIV e pandemia de COVID-19: um estudo sobre mulheres e o abandono de tratamento”.

O Ministério da Saúde entende a adesão ao tratamento como a “utilização ideal dos ARV da forma mais próxima possível àquela prescrita pela equipe de saúde” (BRASIL, 2018, p. 34) assim como, “um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado esquema terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre a terapia” (Idem, p. 34).

E, em termos técnicos, considera, também, que estão retidas no cuidado e aderidas à TARV às usuárias que possuem pelo menos dois exames de Carga Viral (CV) ou CD4+ cadastrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) ou que apresentaram dispensa de ARV no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) nos últimos 100 dias, respectivamente.

A amostra do estudo foi composta pelos prontuários das mulheres, matriculadas em dois serviços que integram a rede de acompanhamento das pessoas que vivem com HIV na cidade do Rio de Janeiro, e que se encontravam em situação de abandono de tratamento no período entre março/2020 e março/2021. Esse período foi selecionado considerando o estado de emergência em saúde pública causado pela pandemia de COVID-19.

Foram incluídos na amostra os prontuários das mulheres que estavam há mais de 180 dias (6 meses) sem realização de consulta com profissional de saúde e que não retiraram ARV nos últimos 90 (noventa) dias, sem justificativa, em nenhum estabelecimento registrado no SICLOM e os prontuários das mulheres. Não foram utilizados prontuários de mulheres cujo abandono se deu anteriormente ao período determinado para coleta, ou seja, anterior à pandemia da COVID-19. Foram excluídos os prontuários de mulheres com idade inferior há 18 anos completos e superior há 60 anos incompletos.

O estudo englobou a aplicação de um instrumento de coleta de dados que contemplou os seguintes blocos de perguntas: (a) dados sociodemográficos das mulheres; (b) condições socioeconômicas - identificação do principal provedor e

cuidador, composição do grupo familiar, renda familiar per capita, acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais; (c) condições de acesso/mobilidade urbana, acesso às políticas sociais e moradia e (d) condições de saúde.

Coletou-se os registros dos profissionais de saúde, as avaliações socioeconômicas, as fichas de notificação (SINAN), as fichas de cadastro no SICLOM e no SISCEL, entre outros documentos que estavam nos prontuários e contribuíram para o preenchimento adequado do instrumento de coleta de dados. A pesquisa foi realizada de forma documental, assim, não houve a necessidade de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo dispensado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

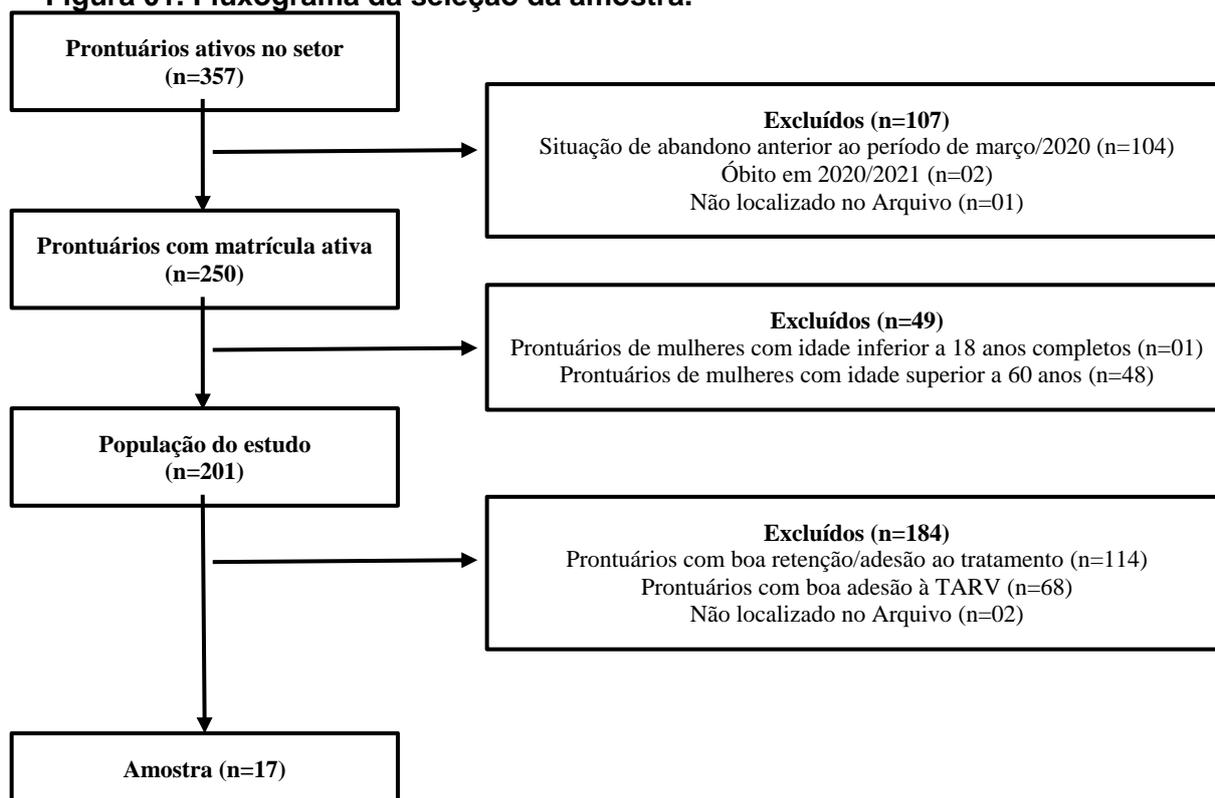
A coleta de dados ocorreu entre junho e outubro de 2021 e iniciou-se selecionando todos os prontuários que se encontravam em situação de ativo. Do total de 357 prontuários (350 mulheres cisgêneros e 07 mulheres transgêneros), 104 foram excluídos, pois encontravam-se em situação de abandono antes do período estabelecido pela pesquisa. Houve a exclusão de 02 prontuários (mulheres cisgêneros) em virtude de óbito e 01 prontuário (mulher transgênero) não foi localizado pelo setor responsável. Assim, contou-se com 250 mulheres em situação ativa.

No segundo momento, 49 prontuários foram excluídos pois enquadraram-se nos critérios de exclusão pré-estabelecidos. Foram selecionados 201 prontuários para análise do primeiro critério de abandono de tratamento: não ter realizado consulta com profissional de saúde nos últimos 180 dias. Após esta análise, 184 prontuários foram excluídos: 114 prontuários encontravam-se com boa adesão/retenção no tratamento, 68 prontuários que demonstraram boa adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), embora não apresentassem boa retenção ao serviço de saúde e 02 prontuários não foram localizados.

Assim, no terceiro momento foram analisados os prontuários eletrônicos e físicos localizados no SICLOM e 19 prontuários foram elegíveis para o estudo. Ao final, a amostra foi composta por 17 prontuários (mulheres cisgêneros), pois 02 prontuários, do tipo físico, também não foram localizados.

Veja o fluxograma abaixo:

Figura 01. Fluxograma da seleção da amostra.



Fonte: Elaboração própria. Rio de Janeiro, 2022.

A análise descritiva foi utilizada para as características das mulheres em situação de abandono buscando elaborar o perfil sociodemográfico e socioeconômico. As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta (n) e relativa (%). As informações do instrumento de coleta de dados foram incluídas em planilha (Banco de Dados) do programa Microsoft Excel.

3. Resultados

O perfil sociodemográfico das mulheres em situação de abandono de tratamento, apresentado na tabela 01, compreende os dados referentes à idade, orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, estado civil, quantidade de filhos e tempo de vivência no abandono de tratamento.

Tabela 01. Perfil sociodemográfico das mulheres em situação de abandono do tratamento entre março/2020 e março/2021. N=17.

CARACTERÍSTICAS	N	%
-----------------	---	---

Idade	< 30 anos	07	41,2
	30 - 50 anos	04	23,5
	> 50 anos	06	35,3
Orientação sexual	Heterossexual	17	100
Identidade de gênero	Mulher cisgênero	17	100
Raça/cor	Branca	03	17,7
	Negra	08	47,0
	Não informado	06	35,3
Estado civil	Solteira	10	58,8
	Casada/União estável	06	35,5
	Divorciada	01	05,7
Quantidade de filhos	0	08	47,0
	1	03	17,7
	2-3	06	35,3
Vivência do abandono de tratamento	100-200 dias	06	35,3
	200-300 dias	03	17,7
	> 300 dias	08	47,0

Fonte: Elaboração própria, Rio de Janeiro, 2022

Verifica-se que a amostra desta pesquisa é composta por mulheres cisgêneros, heterossexuais e jovens adultas (<30 anos), dados que coadunam com o atual perfil epidemiológico do HIV, que caracteriza a infecção de mulheres como majoritariamente através de relações heterossexuais desprotegidas (BRASIL, 2020). Percebe-se que 58,8% (n=10) das mulheres encontravam-se solteiras e 47% (n=8) não possuíam filhos.

Constata-se que 47% (n=8) das mulheres em seus prontuários foram identificadas como negras, dado este que, também, coaduna com os achados nacionais (BRASIL, 2021, p. 10). Pontua-se que, 35,3% (n=6) dos prontuários analisados não continham tal informação. Demonstra-se também que a

experiência do abandono de tratamento é vivenciada por 47% (n=8) das mulheres que convivem com o HIV em período superior há 300 dias.

Na tabela 02, apresenta-se os dados que descrevem o perfil socioeconômico das mulheres em abandono. Leva-se em consideração a realização de atividades laborais, a execução do trabalho do cuidado não remunerado, o acesso aos benefícios da Seguridade Social e a renda familiar *per capita*.

Tabela 02. Perfil socioeconômico das mulheres em situação de abandono de tratamento entre março/2020 e março/2021. N=17.

CARACTERÍSTICAS		N	%
Número de pessoas no domicílio	Mora só	03	17,7
	2-4 pessoas	09	53,0
	> 4 pessoas	02	11,8
	Não informado	03	17,7
Principal provedor	A própria	10	58,8
	Esposo	02	11,8
	Terceiros	02	11,8
	Não informado	03	17,7
Principal cuidador	A própria	14	82,5
	Terceiros	01	05,7
	Não informado	02	11,8
Emprego/Ocupação	Empregado CLT	02	11,8
	Informalidade	04	23,5
	Desempregada	02	11,8
	Não informado	09	53,0
Benefício Previdência Social	Sim	02	11,8
	Não	10	58,8
	Não informado	05	29,3

Benefício Assistência Social	Sim	03	17,7
	Não	09	53,0
	Não informado	05	29,3
Renda per capita	Nenhuma renda	01	05,7
	Até 1/2 SM	07	41,2
	Até 1 SM	04	23,5
	Não informado	05	29,3

Fonte: Elaboração própria, Rio de Janeiro, 2022.

Observa-se que 53% (n=9) das entrevistadas residiam em imóveis com até 3 residentes, excluindo-se a própria. Na variável renda familiar, 76,2% (n=12) das mulheres apresentaram renda per capita igual ou inferior à 1 salário-mínimo, tal informação acrescida do fato de apenas 17,7% (n=3) das mulheres possuírem benefício da Política de Assistência Social, que neste caso diz respeito ao Programa Bolsa Família, é muito significativa, pois 46,9% (n=8) apresentam perfil econômico para inserção no programa.

Verifica-se a dualidade entre o principal provedor e o principal cuidador do grupo familiar, sendo as mulheres que exercem ambas as funções. Identifica-se, também, que 58,8% (n=10) das mulheres são as principais provedoras do lar, considerando que 23,5% (n=4) exercem atividade laboral caracterizada pela informalidade. Observa-se que, foram as mulheres as principais cuidadoras do grupo familiar, atingindo 82,5% (n=14).

Pontua-se que nas variáveis “Emprego/Ocupação”, “Benefício Previdência Social”, “Benefício Assistência Social” e “Renda per capita” os dados foram impactados pela ausência destas informações nos prontuários físico e eletrônico das usuárias. Os dados relativos ao emprego/ocupação e renda per capita não foram encontrados no prontuário físico, ou quando apareciam encontravam-se desatualizados, tornando essas variáveis impossíveis de serem analisadas.

Na tabela 03 apresentam-se os dados que qualificam o abandono de tratamento, tais como: o período total do tratamento, o uso de álcool, a realização e quantificação dos exames de carga viral (CV) e CD4+, as últimas consultas com

os profissionais de saúde e a complexidade do esquema terapêutico de ARV. Opta-se por analisar esses dados em consonância com o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos (PCDTHIV) (BRASIL, 2018).

Tabela 03. Dados qualitativos da retenção e adesão das mulheres em situação de abandono de tratamento entre março/2020 e março/2021. N=17.

CARACTERÍSTICAS	N	%	
Ano do diagnóstico	1995-2000	08	47,0
	2001-2010	09	53,0
Última consulta com profissional de saúde	até dezembro/2019	02	11,8
	até dezembro/2020	04	23,5
	até agosto/2021	11	64,7
Último exame de CV e CD4+ registrado no SISCEL	até dezembro/2019	09	53,0
	até dezembro/2020	05	29,3
	até agosto/2021	03	17,7
Resultado do exame	<40 cópias	12	70,5
	<10.000 cópias	01	05,9
	10.000 a 100.00 cópias	02	11,8
	>100.00 cópias	02	11,8
Esquema terapêutico (ingestão de comprimidos)	2	06	35,5
	3	11	64,7
Uso do álcool	Não	11	64,7
	Sim - uso social	03	17,7
	Sim - uso prejudicial	01	05,9
	Não informado	02	11,8

Fonte: Elaboração própria, Rio de Janeiro, 2022

Verifica-se que todas as mulheres convivem há pelo menos 5 anos com o HIV e, verifica-se que, 53% (n=9) das mulheres que se encontram em situação de abandono de tratamento convivem com o HIV há mais de 10 anos e 47% (n=8) há mais de 20 anos. Nota-se que 64,7% (n=11) das mulheres realizaram consulta com profissional de saúde no ano de 2021, ou seja, houve algum retorno ao serviço de saúde.

Nota-se que a realização dos exames de monitoramento (CV e CD4+) ficaram prejudicados no período de 2020, visto que 53% (n=9) das mulheres realizaram-no apenas no ano de 2019. Outro dado significativo é o resultado desses exames de monitoramento, pois, conforme o PCDTHIV, resultados de CV acima de 10.000 cópias já configuram o quadro de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias (BRASIL, 2018), além da inserção no grupo de risco para COVID-19. E, verifica-se que 23,6% (n=4) das mulheres em situação de abandono de tratamento obtiveram exames com CV superior há 10^3 cópias.

Constata-se que o esquema terapêutico utilizado consiste na ingestão de 2 a 3 comprimidos, demonstrando uma simplificação do tratamento. Registra-se que 64,7% (n=11) das mulheres informaram não consumir álcool e, tal informação, é importante, pois o uso prejudicial do álcool é um fator que impacta negativamente na adesão ao tratamento.

4. Discussão

Na área de políticas públicas para o enfrentamento do HIV e da Aids, o Brasil sempre foi referência internacional⁴. Entretanto, compreender o processo de adesão ao tratamento, principalmente na população feminina, requer a apreensão da vida das mulheres em uma sociedade marcada pelo patriarcado e pela desigualdade de gênero (SAFFIOTI, 2004; CISNE; SANTOS, 2018).

O patriarcado funciona como um sistema, estando presente nas relações sociais (SAFFIOTI, 2004), sendo sustentado pelo privilégio e pela dominação dos homens que invisibilizam as mulheres e contribuem para a subalternização de

4 Dados disponíveis em tempo real: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-covid/painel-de-monitoramento-de-dados-de-hiv-durante-a-pandemia-da-covid-19>

tudo que identificam como associado ao feminino. As *relações patriarcais de sexo* impactam diretamente na qualidade de vida das mulheres, pois exercem controle sobre a subjetividade, o corpo e a sexualidade dessas (Grifo das autoras. CISNE; SANTOS, 2018).

Os estudos que abordam a situação de mulheres que vivem com o HIV geralmente apresentam como pano de fundo a maternidade, que é uma condição particular das mulheres mas não abarca a complexidade da vivência delas diante do adoecimento. As discussões sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres contemplam essencialmente o debate sobre a maternidade e abrange somente as mulheres em período reprodutivo, tanto que muitos diagnósticos de HIV são realizados no momento do pré-natal (CARVALHO, 2019).

As relações desiguais de poder entre homens e mulheres, a repressão ao falar de sexualidade e conhecimento do próprio corpo, as dificuldades de negociar o uso do preservativo nas relações sexuais e as próprias condições socioeconômicas e culturais acarretam nas mulheres condições desiguais para acesso à saúde e aos direitos sociais. (CORTÉS, 2019).

Entende-se que, tais condições quando somadas à baixa adesão à TARV e à baixa retenção ao serviço de saúde, apontam para mulheres que ficam totalmente desassistidas diante de uma pandemia que acentua o processo de vulnerabilização, reforça as desigualdades estruturais, evidencia o racismo estrutural e as demais violências sistemáticas da sociedade (CUETO, 2020).

Desde o final da última década do século XX, a experiência brasileira de enfrentamento ao HIV sofre o impacto das políticas de austeridade fiscal defendidas pela agenda neoliberal. O neoliberalismo expressa-se como uma “nova racionalidade que corrói as relações, transforma sujeitos em concorrentes e produz a mercadorização da instituição pública, levada a funcionar de acordo com a lógica gerencial prevalecente no mundo empresarial da competição sem limites” (RAICHELIS et al, 2022, p. 02).

O Estado brasileiro vivencia “um cenário de sucateamento das políticas sociais, de crescimento do desemprego, do trabalho desprotegido e intermitente, da fome e da insegurança alimentar” (RAICHELIS et al, 2022, p.02). A orientação ultraneoliberal “devasta a economia e o trabalho, que sofre as mais diversas formas de desregulamentação, informalidade, flexibilização, intensificação,

provocando sofrimentos e adoecimentos, e fragilizando as resistências e lutas coletivas” (Idem, 2022, p. 02).

A epidemia de HIV e Aids, no primeiro momento (1981), era focada na conceituação de grupos de riscos, apontando os homens homossexuais como o principal grupo de risco, dentre os segmentos populacionais. Na prática, tal definição contribuiu para o aumento do preconceito, do estigma e da culpabilização do indivíduo. No segundo momento (1990), tem-se a adoção do modelo de prevenção do estadunidense Jonathan Mann, que passou a tratar a epidemia menos como um problema individual, proporcionando um avanço.

A austeridade fiscal limita os serviços de saúde em ações que não contemplam de forma integral as necessidades das populações mais vulnerabilizadas. Para além das questões econômicas, com a ascensão do individualismo calcado na meritocracia, observa-se a agudização das invisibilidades sócio-históricas; das lacunas político assistenciais e das perdas de direitos.

Refletindo este posicionamento político-econômico, desde 2009 o programa de enfrentamento ao HIV sofre os rebatimentos da ruptura entre prevenção e tratamento, ou seja, um ataque à integralidade do cuidado, e vem incorporando as *práticas baseadas em evidência* (Meu grifo. BRASIL, 2017b). Nessa perspectiva, considerando as camadas de opressão que sedimentam a experiência das mulheres, é possível inferir que tais estratégias, que são universalizantes, não demonstram capacidade de abarcar a complexidade do cuidado que deve ser dirigido à elas.

Compreendendo, ainda, que as mulheres não conformam um grupo heterogêneo, o Ministério da Saúde entende que a população negra tem prioridade nas ações de enfrentamento ao HIV, uma vez que é desproporcionalmente afetada, em comparação com a população geral (BRASIL, 2017b). O critério de raça/cor é considerado um fator que vulnerabiliza os indivíduos, tendo em vista os impactos do racismo estrutural nas condições de vida desta população.

Na pandemia da COVID-19, a questão racial chamou atenção para o descaso governamental com as mortes. Araújo et al (2020) ao analisarem os boletins epidemiológicos, apontaram que 43,1% dos óbitos ocorreram entre

pessoas de raça/cor branca e 54,8% entre pessoas de raça/cor parda e preta. Entre esses óbitos, 4.425 tiveram a raça/cor ignorada e não foram incluídos na análise.

Nas palavras de Eurico et al (2021) tal situação é o “retrato de um Brasil em preto e branco que guarda estreita relação com o desenvolvimento do capitalismo dependente, com relações sociais de produção ancoradas na escravidão e na violência patriarcal” (p. 95). Para dar conta de compreender as questões que atravessam as condições de vida das mulheres negras, utiliza-se como categoria de análise a interseccionalidade, que enquanto ferramenta analítica pode assumir diferentes formas que auxilia nas investigações dos fenômenos sociais, sendo uma “forma de investigação *crítica* que invoca um amplo sentido de uso” (Meu grifo. COLLINS; BILGE, 2021, p. 53).

Gonzalez (1988) aponta que as desvantagens historicamente observadas penetram a estrutura de classes de modo a atualizar discriminações e manter “segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas” (p. 730). Crenshaw (2002) sugere que a abordagem interseccional permite entender as experiências únicas de mulheres étnicas e racialmente identificadas, que busca identificar as variadas formas de subordinação que refletem os efeitos interativos das discriminações de gênero e raça (p. 171).

Neste estudo, em virtude da pesquisa retrospectiva com dados coletados do prontuário, não é possível afirmar que o registro de raça/cor é autodeclarado, pois não se sabe a forma como foi coletada tal informação. Tal informação é significativa, pois nota-se que, embora as autoridades competentes afirmem a importância de realizar ações específicas para a população negra, ainda mantém um programa padronizado, que foca seu objetivo na “conquista” da CV indetectável.

Observa-se que há dificuldades, não somente nos serviços de saúde, de condensar ações integrais de prevenção e tratamento. Ainda que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconheça o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra, algumas ações, mesmo que simples, encontram barreiras para sua materialização, como por exemplo a

obrigatoriedade de registrar o quesito raça/cor nos instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

As expressões da “questão social” são indissociáveis do processo de acumulação capitalista, portanto, deve-se compreendê-las como resultado dos “mecanismos de exploração do trabalho pelo capital” (SANTOS, 2012, p. 43). Na atualidade as expressões da “questão social” condensam “múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, mobilidades espaciais, formações regionais e disputas ambientais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização” (IAMAMOTO, 2018, p. 72).

Tal fato, especificamente no Brasil, se expressa de forma diferenciada, principalmente em virtude do longo período em que o país teve como modo de produção o escravismo, que até os dias atuais ainda gera impactos nas condições de vida da população negra (CORATO, 2020; XAVIER, 2020). Assim, para compreender como as condições de vida e trabalho das participantes da pesquisa, deve-se abranger conceitos que estão para além da pobreza absoluta.

Observa-se que até os dias atuais as expressões da “questão social” se manifestam no interior da classe trabalhadora, que é composta majoritariamente pelas mulheres (IPEA, 2015). De acordo com Siqueira (2012) a pobreza tem caráter histórico, estrutural, e é inerente ao ciclo de reprodução do capital, não pode ser compreendida única e exclusivamente como um problema de escassez, algo transitório, e oriunda da reduzida capacidade da população de produzir e acessar bens de consumo.

A pobreza tem ampla relação com as condições históricas que a classe trabalhadora vivencia e Yazbek (2018) aponta que “no caso brasileiro, a experiência colonial e a escravidão prolongada colocaram historicamente para os trabalhadores a responsabilidade por sua própria sobrevivência” (p. 95). Segundo o Relatório do Seminário Nacional sobre Saúde da População Negra, realizado em 2004:

A forte associação entre pobreza e população negra está expressa em diversos indicadores, sejam estes econômicos, educacionais e de saúde, que atestam as desigualdades raciais nestas áreas. A tese, amplamente difundida, de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade relacionada à população

negra, vem sendo paulatinamente derrubada por pesquisas recentes, posto que considera o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil; é mister se agregar ao princípio da a universalidade e o de equidade conforme instituído no Sistema Única de Saúde (BRASIL, 2004, p. 06).

Desta forma, para apreender em sua totalidade o fato das participantes da pesquisa apresentarem perfil socioeconômico condizente com a extrema pobreza, Vieira (2017) aponta que

A desvalorização da força de trabalho da mulher negra é ainda mais acentuada: apesar da evolução positiva dos rendimentos médios por hora auferidos pelas mulheres negras, em 2014, em proporção manteve-se inferior em relação ao dos homens brancos, correspondendo a 61,7%, em Porto Alegre; 59,0% em Fortaleza; 58,1%, em Recife; 53,6%, em Salvador e; 51,6%, em São Paulo (p. 09)

Em 02 de abril de 2020, a Lei Federal 13.982 alterou a Lei Federal 8.742, de 07 de dezembro de 1993 e assim, estabeleceu medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da COVID-19, ampliando o critério de aferição da renda familiar mensal *per capita* para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e instituindo o Auxílio Emergencial⁵.

Neste estudo, não houve nenhuma menção nos prontuários físicos sobre o acesso ou não ao Auxílio Emergencial, assim, não foi possível realizar nenhuma coleta e avaliação deste importante benefício que aparentou, no ano de 2020, ter sido efetivo na preservação da renda das famílias, especialmente das mais pobres (DUQUE, 2020).

Um dos dados mais significativos da pesquisa tem relação com a dualidade entre o principal provedor e o principal cuidador do grupo familiar, sendo as mulheres que exercem ambas as funções. Tais dados coadunam com a realidade das mulheres, que endossam a classe trabalhadora brasileira, uma vez que para a maioria dos trabalhadores, a precarização das condições de trabalho passou a

5 Inicialmente o Auxílio Emergencial duraria três meses, com valores referidos de R \$600,00 a R \$1.200,00 mensais ao trabalhador que cumprisse, cumulativamente, alguns requisitos. Reforçando o caráter focalizador e restritivo que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) assumiu na última década (HORA, 2014).

constituir a norma, aumentando os empregos a tempo parcial, por prazo determinado e sem direitos (MATTOSO, 1994 apud MARQUES, 2018, p. 116).

Nogueira (2004) aponta que o mundo do trabalho acentua a divisão sexual do trabalho e reserva para as mulheres determinados espaços, que em sua maioria se caracterizam por postos hierarquicamente inferiores, expondo as mulheres à informalidade, ao desemprego e às piores remunerações. Nascimento (2016) aponta que as formas de trabalho mais precarizadas e desregulamentadas absorvem significativa parcela do trabalho feminino, como mão de obra barata. Levando em consideração a dupla jornada de trabalho das mulheres, afirma-se que o capitalismo incorpora o trabalho feminino de forma desigual, e a inserção das mulheres na esfera produtiva é convertida num instrumento de desigualdade entre os sexos.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta que diante da pandemia da COVID-19 as mulheres foram as mais prejudicadas com relação a manutenção dos postos de trabalho, atingindo no 3º trimestre/2020 uma perda de 14%. O trabalho informal, ou seja, o trabalho sem direitos à proteção social, sofreu grande impacto, saindo de índices de 18,2% no 4º trimestre/2019 para 7,9% no 2º trimestre/2020, período marcado por medidas de *lockdown* (IPEA, 2021).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2019 (PNAD contínua) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a mulher tem peso importante no Brasil, sobretudo no que se refere a afazeres domésticos, “esse ‘trabalho invisível’ não remunerado, que não se precifica nem conta como ocupação, pesa muito sobre elas, que se dedicam cerca de 20 horas semanais a esse tipo de atividade.” (IBGE, 2020).

Federici (2021) chama a atenção da funcionalidade, para o capitalismo, do trabalho exercido pelas mulheres na esfera reprodutiva, pois “percebemos que o trabalho para o capital não resulta necessariamente em um contracheque nem principia e termina nos portões das fábricas” (p. 28), afirmando, ainda, que

assim que erguemos a cabeça das meias que cerzimos e das refeições que preparamos e olhamos para a totalidade de nossa jornada de trabalho, vemos que, embora ela não resulte em salário, nosso esforço gera o produto mais

precioso do mercado capitalista: a força de trabalho (FEDERICI, 2021, p. 28).

Passos (2018a) afirma que o cuidado é uma necessidade ontológica do ser social, ou seja, há indivíduos que não conseguem suprir suas próprias necessidades e são “dependentes” de outra pessoa. O *care* é a expressão contemporânea do trabalho do cuidado exercido pelas mulheres sendo ele remunerado ou não. O entendimento de que cuidado e *care* são sinônimos gera a naturalização de que o primeiro é uma qualidade feminina, inerente a todas as mulheres, contribuindo para a responsabilização das famílias no provimento do bem-estar de seus membros, e especialmente das mulheres.

Passos (2018b) aponta que “o trabalho do cuidado é quase que obrigatório para as mulheres e por isso algumas sentem um sentimento de culpa quando não é realizado conforme se espera” (p. 47). A autora ainda chama a atenção para a valorização que o *care* exercido pelas mulheres possuem aos interesses políticos e econômicos do Estado neoliberal, uma vez que, a reestruturação produtiva, a desregulamentação das legislações trabalhistas, as privatizações e as medidas de austeridade fiscal promovem a redução dos gastos do Estado com políticas públicas (PASSOS, 2018b).

A flexibilização dos direitos sociais contribui para a precarização dos serviços públicos e para a conseqüente desassistência da classe trabalhadora. Com isso, aprofunda-se a convocação de mulheres trabalhadoras para exercerem quase com exclusividade o *care*, ratificando as duplas jornadas de trabalho. Tal dado é relevante pois percebe-se que nem diante do processo de tratamento de doenças crônicas, como o HIV, as mulheres conseguem priorizar suas individualidades e necessidades, dada a demanda de trabalho precarizado, invisibilizado e solitário que estas exercem.

Por fim, diante do processo da baixa retenção ao serviço de saúde e a má adesão à TARV, faz-se importante descrever a atuação do Serviço Social, que se dá em conjunto com a Enfermagem através da busca ativa das mulheres em situação de abandono do tratamento e das consultas de adesão realizadas por estas categorias. Estabelece-se a atuação do Serviço Social nos casos de baixa retenção no serviço de saúde e pouca adesão à TARV a partir do contato telefônico com a usuária, para agendar atendimento na perspectiva de

compreender os motivos das ausências e em parceria com a Enfermagem, realiza-se consulta para avaliar as condições de saúde da usuária em abandono de tratamento.

Pontua-se que, diante da pandemia da COVID-19 o trabalho em equipe ficou comprometido e foi dificultado pela redução das atividades nos serviços de saúde, expressão do plano de contingência para reduzir a circulação do coronavírus, assim, durante o ano de 2020 e 2021, as ações de busca ativa reduziram-se drasticamente.

Com relação ao esquema terapêutico, historicamente, em 28 de novembro de 1996 o SUS começou a distribuição gratuita de ARV, em virtude da promulgação da Lei Federal 9.313, de 13 de novembro de 1996, que ficou conhecida como “Lei Sarney”. Inicialmente, a TARV compunha-se de diversos fármacos, mas com o avançar das pesquisas e dos estudos, ampliou-se a gama de ARV disponíveis para o tratamento. Atualmente, o tratamento de primeira linha tem adotado o Dolutegravir (DTG) associado ao tenofovir (TFD) + lamivudina (3TC) - dois em um. Estes medicamentos têm sido oferecidos aos que iniciam a TARV e desde fevereiro/2017 é ofertado gradativamente aos que já se encontram em TARV, de acordo com o PCDTHIV. (BRASIL, 2018).

Tal fato é uma conquista significativa, visto que, no início do fornecimento dos medicamentos ARV, tinha-se a ingestão de muitos comprimidos, chamados popularmente de coquetel. Este dado reforça nossos questionamentos, pois ao longo dos anos o tratamento tem evoluído, mas na perspectiva biomédica, entretanto, demonstra regressão nas ações de enfrentamento ao preconceito, ao estigma, na defesa/afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos, e também, no enfrentamento estrutural das desigualdades sociais.

5. Considerações finais

A pandemia da COVID-19 emerge num momento de crise econômica que afeta a política de saúde pública em virtude do ajuste estrutural nas políticas sociais, gerando cortes/contingenciamentos no orçamento e precarizando a assistência à população usuária do SUS. Diante da situação de calamidade pública, promulgada em março/2020, torna-se inquestionável a atuação do SUS

no enfrentamento à COVID-19, pois os serviços de saúde direcionaram suas atenções para a defesa da vida.

Nos últimos anos, a precarização dos serviços oferecidos pelo SUS preocupa trabalhadores/as do SUS, ativistas políticos e pesquisadores/cientistas, uma vez que o contingenciamento de recursos impacta na manutenção da Política Nacional de IST e Aids (PNAIDS). Buscar a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença é de suma importância para contribuir na qualificação do cuidado ofertado para as pessoas que vivem com o HIV, especialmente diante das muitas dificuldades que os serviços do SUS enfrentam.

Os achados deste estudo apontam que as mulheres que vivenciaram situações de abandono de tratamento, no contexto da pandemia da COVID-19, são jovens e solteiras, que se identificam como mulheres cisgêneros, heterossexuais e majoritariamente autodeclarando-se negras, perfil este que coaduna com os achados nacionais.

Aponta que diante das condições socioeconômicas, essas mulheres eram as principais provedoras e cuidadoras do grupo familiar, centralizando duas funções de suma importância. O provimento das necessidades básicas do grupo familiar é majoritariamente oriundo do trabalho informal, ou seja, sem a segurança dos direitos trabalhistas e previdenciários, e concentra-se na faixa de $\frac{1}{2}$ salário-mínimo *per capita*, perfil que condiz com a extrema pobreza.

Apresenta-se as condições de saúde que as mulheres, no momento do abandono do tratamento do HIV experienciaram, indicando esquemas ARV simplificados, participação em consultas, ainda no ano de 2021, com resultados de exame satisfatórios, do ponto de vista do controle da CV; ou seja, clinicamente o cenário não é tão complexo, mas entendendo que o cuidado às pessoas que vivem com HIV deve transpor à perspectiva biomédica para ser integral, têm-se mulheres em condições vulnerabilizadas e desassistidas.

Diante dos principais objetivos desta pesquisa, aponta-se que foi possível identificar o perfil sociodemográfico e socioeconômico das mulheres em situação de abandono de tratamento, fomentando a discussão sobre interseccionalidade nesse contexto do adoecimento. De uma forma geral, esse estudo corrobora com a perspectiva de que as condições socioeconômicas têm relação direta com o

processo saúde-doença e é um marcador para avaliar as determinações do abandono de tratamento de uma doença crônica, como o HIV.

Não há dúvidas da importância dos resultados encontrados para a qualificação dos profissionais e dos serviços oferecidos, entretanto, faz-se necessário apontar alguns limites da pesquisa e as futuras possibilidades. Percebeu-se que a vivência do abandono de tratamento é uma experiência coletiva, que pode ocorrer em diversos momentos de um tratamento que é crônico, assim, aponta-se a necessidade de analisar, de forma multiprofissional, o perfil das mulheres nessa situação.

Aponta-se como considerável uma extensão dessa pesquisa, para ampliar os entendimentos individuais e subjetivos do abandono de tratamento, trabalhando com categorias de análises que sejam significativas para as usuárias do serviço. Faz-se necessário ampliar a participação das demais categorias dos trabalhadores da saúde, apontando a importância do trabalho interdisciplinar para compreender o indivíduo em sua totalidade e complexidade.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, E. M. de; CALDWELL, K. L.; SANTOS, M. P. A. dos et al. Morbimortalidade pela COVID-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. *Revista Saúde em Debate*, v. 44, n. especial, p. 191-20, dezembro, 2020.

BASTOS, F. I. A feminização da epidemia de Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/608/2/BASTOS_Feminizacao%20da%20Epidemia%20de%20AIDS_2001.pdf Acesso em: 13/04/2023.

BRASIL. Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial. Relatório final do I Seminário Nacional Saúde da População Negra. 18 a 20 de agosto de 2004. Brasília: SEPIR, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0005_M.pdf Acesso em: 17/04/2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf Acesso em: 13/04/2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores> Acesso em: 13/04/2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64662/cinco_passos_para_a_prevencao_combinada_ao_hiv_na_42165.pdf?file=1&type=node&id=64662&force=1 Acesso em: 13/04/2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Distrito Federal, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view. Acesso em: 13/04/2023.

_____. Lei Federal 13.982, de 02 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958> Acesso em: 13/04/2023.

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Medida Provisória Nº 1.000 de 02 de setembro de 2020. Institui o auxílio emergencial residual para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (**covid-19**) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1000.htm Acesso em: 13/04/2023.

_____. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. 11ª edição. Brasília: DF, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view> Acesso em: 13/04/2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico Especial. Número Especial. Dezembro, 2021b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/boletins-epidemiologicos>
Acesso em: 13/04/2023.

CARVALHO, P. P. et al. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p. 2543-2555, 2019.

CISNE, M.; SANTOS, S. M. M dos. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CORATO, C. Formação social brasileira: interface com as relações raciais. Revista Em Pauta, v. 18, n. 46, p. 38 - 51, 2020.

CORTÉS, P. G. M. O avanço da epidemia do HIV: uma questão de gênero? XVI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. 40 anos da virada, Brasília, Distrito Federal, 30 de outubro a 03 de novembro de 2019.

CUETO, M. O que um historiador da saúde tem a dizer sobre a pandemia do novo coronavírus (Covid-19)? Entrevista de Marcos Cueto a Bruno Leal. Café História – História feita com cliques, p. 1-6, 30 mar. 2020.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, ano 10, 1º sem. 2002, p. 171-188.

DUQUE, D. Uma avaliação do Auxílio Emergencial: Parte 1. Blog do IBRE. 05/08/2020. Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/uma-avaliacao-do-auxilio-emergencial-parte-1> Acesso em: 13/04/2023.

EURICO, M.; GONÇALVES, R.; FORNAZIER, T. Racismo e novo pacto da branquitude em tempos de pandemia: desafios para o Serviço Social. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 140, p. 84-100, jan./abr. 2021.

FEDERICI, S. **O Patriarcado do Salário: notas sobre Marx, gênero e feminismo**, vol. I. São Paulo: Boitempo, 2021.

GONZALEZ, L. Racismo e Sexismo na cultura brasileira. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, p. 223-244, 1984.

HORA, S. S. **O Serviço Social na Política de Assistência Social: discutindo as tensões entre projeto profissional e trabalho assalariado.** Orientador: Prof. Dr. Serafim Fortes Paz. Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Simone Rocha da Rocha Pires Monteiro. 2014. 185 folhas. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2014.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 9^ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. Serviço Social, “questão social” e trabalho em tempo de capital fetiche In: RAICHELLIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Orgs.) **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social.** São Paulo:Cortez, 2018, p. 66-87.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE: mulher tem peso importante no chamado "trabalho invisível". Publicado em 04/06/2020 - 10:02 Por Alana Gandra - Repórter da Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-06/ibge-mulher-tem-peso-importante-no-chamado-trabalho-invisivel> Acesso em:13/04/2023.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das Desigualdades de Gênero e Cor, 2015. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/apresentacao.html> Acesso em: 13/04/2023.

_____. Comportamento do mercado de trabalho brasileiro em duas recessões: análise do período 2015-2016 e da pandemia de COVID-19. 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/210210_nt_disoc_n_92.pdf Acesso em: 13/04/2023.

MARQUES, R. M. O capitalismo financeiro e as políticas sociais; a nova face da contemporaneidade In: RAICHELLIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Orgs.) **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social.** São Paulo:Cortez, 2018, p. 108-126.

NASCIMENTO, S. D. N. Precarização do trabalho feminino: a realidade das mulheres no mundo do trabalho. Revista Políticas Públicas. Número Especial, p. 339-346, 2016

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 8^ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, C. M. **A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização.** Campinas: Autores Associados, 2004.

PASSOS, R. G. **Teorias e filosofias do cuidado: subsídios para o Serviço Social.** Campinas, SP: Papel Social, 2018a.

_____. **Trabalho, gênero e saúde mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino.** São Paulo: Cortez, 2018b.

POSADA-VERGARA, M. P. et al. COVID-19 an VIH. Colomb. Med. v. 51, n. 2, abr./jun. 2020.

RAICHELLIS, R. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo In: RAICHELLIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Orgs.) **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo:Cortez, 2018, p. 25-65.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, J. S. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SIQUEIRA, L. S. Desenvolvimento e pobreza: uma análise crítica. Revista Temporalis, Brasília (DF), v. 12, n. 24, p. 353-384, jul./dez. 2012.

VIEIRA, B. Mulheres negras no mercado de trabalho brasileiro: um balanço das políticas públicas In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017 Disponível em: https://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499353872_ARQ_UIVO_Mulheresnegrasnomercadodetrabalhobrasileiro.pdf Acesso em: 13/04/2023.

XAVIER, L. Racismo: criminalização e genocídio da população negra. Quando vamos começar a respirar? Revista Em Pauta, v. 18, n. 46, p. 18 - 37, 2020.

YAZBEK, M. C. Proteção social e crise no Brasil contemporâneo In: RAICHELLIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Orgs.) **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo:Cortez, 2018, p. 88-107.