



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade Social – Políticas de Saúde, Políticas de Previdência Social,

Políticas de Assistência Social

**ABORTAMENTO INSEGURO: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA SOBRE DETERMINANTES
SOCIAIS E ATENÇÃO À SAÚDE.**

VIVIANE APARECIDA SIQUEIRA LOPES¹

DANIELLA SURI RIBEIRO²

MAYARA SOUZA COUTINHO³

RESUMO

Este trabalho apresenta pesquisa bibliográfica sobre o perfil social e econômico de mulheres em situação de aborto e sobre a atenção à saúde associada ao abortamento. Esta pesquisa foi realizada nos portais Scielo Brasil e Biblioteca Virtual de Saúde. Seus resultados associam aborto induzido e baixo nível socioeconômico, e registram limites na atenção humanizada ao abortamento.

Palavras-chave: Abortamento; Acesso aos serviços de saúde; Qualidade da assistência à saúde; Determinantes sociais da saúde.

ABSTRACT

This work presents bibliographical research on the social and economic profile of women undergoing abortion and on the health care associated with abortion. This research was carried out on the Scielo Brasil and Virtual Health Library portals. Its results associate induced abortion and low socioeconomic level, and record limits in humanized abortion care.

Keywords: Abortion; Access to health services; Quality of health care; Social determinants of health.

¹ Universidade Federal Fluminense

² Universidade Federal Fluminense

³ Universidade Federal Fluminense

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta o resultado de pesquisa bibliográfica, que constitui a primeira etapa de um projeto de pesquisa intitulado “Abortamento inseguro: uma análise da atenção à saúde prestada e dos condicionantes sociais e econômicos”, desenvolvido pela Universidade Federal Fluminense, com bolsa de Iniciação Científica financiada pela Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

A pesquisa bibliográfica foi delineada a partir dos critérios estabelecidos no guia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), considerando o diagrama de fluxo e o checklist PRISMA. (MOHER, D. et. al. 2009, 2015). Assim, possuiu uma pergunta norteadora da busca de artigos e da análise, sendo: A atenção à saúde relacionada ao abortamento é realizada segundo as prerrogativas de humanização, definidas pelo Ministério da Saúde? Qual o perfil socioeconômico de mulheres hospitalizadas devido a complicações de aborto inseguro?

A identificação dos artigos ocorreu nos portais Scielo Brasil e Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS-Brasil), segundo os dois eixos de pesquisa: atenção humanizada em saúde e abortamento ou aborto; e, fatores socioeconômicos e aborto. Foram utilizados os seguintes descritores: a) Aborto induzido e atenção à saúde; b) acesso aos serviços de saúde e aborto induzido; c) humanização da assistência hospitalar e aborto induzido; d) aborto induzido ou aborto e fatores socioeconômicos.

No portal da BVS Brasil foram utilizados os seguintes filtros: textos completos, em português, publicados nos últimos 10 anos, bases Lilacs e Medline. No portal Scielo Brasil os filtros utilizados foram: Coleção: ‘Brasil’, idioma: ‘Português’, período 2013 – 2022, tipo de literatura: ‘artigos’; citáveis ou não citáveis: ‘citáveis’.

Após a identificação foi realizada a triagem e a elegibilidade dos artigos, a partir da leitura de títulos e resumos, segundo os eixos da pesquisa, sendo excluídos os artigos de revisão e os que não condiziam com os referidos eixos.

Para os descritores ‘Aborto induzido e atenção à saúde’, ‘acesso aos serviços de saúde e aborto induzido’ e ‘humanização da assistência hospitalar e aborto induzido’ foram identificados (BVS + Scielo), respectivamente: 49, 16 e 08 artigos, que compuseram um rol de 73 artigos que contemplavam o primeiro eixo de pesquisa. Destes, foram triados/eleitos 11 artigos, sendo excluídos 05 artigos por repetição e selecionados para análise 06 artigos. Para o descritor ‘aborto induzido ou aborto e fatores socioeconômicos’ foram identificados (BVS + Scielo) 19 artigos.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Destes, foram triados\eleitos 05 artigos, sendo excluídos 02 artigos por repetição e selecionados para análise 03 artigos. Portanto, ao todo, foram identificados 92 artigos, triados\eleitos 16 artigos e selecionados para análise 09 artigos.

2. DESENVOLVIMENTO

O abortamento é “a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500 g. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento”. (BRASIL, 2011, p. 29). Contudo, o segundo termo é o mais difundido, sendo amplamente utilizado como referente `a interrupção da gravidez.

Segundo Moraes (2008), há quatro tipos de aborto, sendo: aborto natural ou espontâneo; aborto acidental, quando motivado por traumatismos, quedas, etc; o aborto provocado ou ilegal; e o aborto legal ou permitido. Este último, quando a gravidez é fruto de estupro, em caso de anencefalia do feto e em caso de ameaça a vida da mãe, por algum fator clínico.

O abortamento provocado é realizado em instituições não oficialmente reconhecidas para tal fim ou em domicílios das mulheres envolvidas, em caráter de clandestinidade, pois no Brasil o aborto é criminalizado, sendo permitido somente quando a gravidez resulta de estupro ou constitui ameaça à vida da mulher. (BRASIL, 1940).

Este tipo de abortamento encontra-se relacionado a altos índices de morbimortalidade feminina e à presença de vulnerabilidade social e/ou pobreza, sendo causa de significativo número de internações no Brasil. Assim, insere-se entre as questões de saúde pública, fortemente associada às expressões da questão social.

No Brasil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), há a previsão de atenção à saúde para casos de complicações decorrentes de aborto, sejam de quais tipos de aborto forem, pois tais complicações colocam em risco a vida das mulheres envolvidas. (BRASIL, 2011).

A assistência à saúde relativa ao abortamento se insere nos objetivos e ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004; 2011a), sendo tratado especificamente e mais amplamente na Atenção Humanizada ao abortamento: norma técnica. (BRASIL, 2011a), a qual prevê atendimento sem preconceitos, humanizado, com orientações e ações pós-abortamento sobre contracepção, entre outros.

O abortamento é grave problema de saúde pública no Brasil pela magnitude da sua ocorrência e pelas complicações à saúde, levando muitas vezes à morte. No entanto, estas

complicações podem ser evitadas, segundo Grimes et. al. (2006), através de uma atenção adequada e oportuna.

Para além do aborto espontâneo, no Brasil, a permissão jurídica para a realização do abortamento encontra-se relacionada apenas à gravidez fruto de estupro ou que constitui ameaça à vida da mulher. Assim, é frequente a realização do abortamento provocado de modo voluntário pela mulher, denominado pela literatura de aborto ‘inseguro’, pois ao ser realizado clandestinamente, ou seja, em instituições não oficialmente regulamentadas para esta atividade ou nos domicílios das mulheres envolvidas, gera hospitalizações desnecessárias, representando riscos à saúde. (AQUINO et. al., 2012).

No Brasil, em 2021, ocorreu um total de 180.644 internações por aborto. Ocorreram 2.042 internações devido a abortamento por “razões médicas” e 77.841 internações devido a abortamento espontâneo, composto este último por: 37.467 pardas, 15.453 brancas, 2.786 pretas, 1.038 amarelas, 290 indígenas, 20.807 sem informação. Também ocorreram 100.761 internações devido a “outras gravidezes que terminam em aborto” (44.776 pardas, 26.539 brancas, 4.110 pretas, 1.693 amarelas, 378 indígenas, 23.265 sem informação). (DATASUS, 2022).

Portanto, aproximadamente, 55,8% das internações foram devido a complicações de aborto, quando excetuados os casos de abortos espontâneos e por razões médicas. Entre as mulheres que compõem esses 55,8%, aproximadamente, 48,5% das mulheres eram pretas ou pardas, ressaltando-se que não houve registro de raça/cor para 20,6% das mulheres internadas. (DATASUS, 2022).

Em Campos dos Goytacazes/RJ, em 2021, não houve registro de internações devido a aborto por “razões médicas”. Mas, foram internadas devido a aborto espontâneo 280 mulheres (161 pardas, 80 brancas, 31 pretas, 08 sem informação); e, devido a “outras gravidezes que terminam em aborto” 304 mulheres (150 pardas, 114 brancas, 34 pretas, 03 amarelas, 03 sem informação). (DATASUS, 2022).

Portanto, aproximadamente, 52% das internações foram devido a complicações de aborto, excetuando-se os casos de abortos espontâneos e por razões médicas. Entre as mulheres que compõem esses 52%, aproximadamente, 60,5% das mulheres eram pretas ou pardas.

Assim, pelos dados acima apresentados, há uma sinalização de que estes abortos ocorreram preponderantemente junto a segmentos mais empobrecidos, pois a literatura afirma que nestes segmentos predominam os indivíduos negros ou pardos. (IPEA, 2011; BEHRING; BOSCHETTI, 2008).



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

As complicações por ‘abortamento inseguro’ se fazem presente com incidência significativa, tornando o tema um importante objeto de estudo. O ‘abortamento inseguro’ também se torna relevante em termos sociais, pois possui fortes interações com a vulnerabilidade social e/ou pobreza, sendo, portanto, fenômeno sanitário condicionado pelas expressões da questão social. (CISNE; OLIVEIRA; CASTRO, 2018).

Em outros termos, o abortamento é um dos aspectos referentes à saúde da mulher, sendo relevante por estar relacionado a altos índices de morbimortalidade e à presença de vulnerabilidade social e/ou pobreza. Assim, insere-se nas questões de saúde pública, possuindo forte associação às expressões da questão social, sendo causa de significativo número de internações no Brasil.

O abortamento inseguro, segundo Brasil (2011), atinge especialmente mulheres pobres e marginalizadas, devido à presença de:

vulnerabilidades como desigualdades de gênero, normas culturais e religiosas, desigualdades de acesso à educação, e múltiplas dimensões da pobreza – com a falta de recursos econômicos e de alternativas, a dificuldade de acesso à informação e direitos humanos, a insalubridade, dentre outros. (BRASIL, 2011, p. 7)

Nessa perspectiva, Cisne, Oliveira e Castro (2018) analisam as determinações sociais ao abortamento partindo da inserção das mulheres no mundo do trabalho, as quais são destinadas as atividades da esfera reprodutiva enquanto aos homens recaem as da esfera produtiva. Assim, historicamente vêm cabendo às mulheres o trabalho doméstico (“do lar”) não remunerado e a responsabilidade com os filhos. Portanto, afirmam:

É preciso pensar dentro dessa dinâmica, a possibilidade da maternidade, na medida em que ela coloca para o cotidiano das mulheres dificuldades com o emprego – principalmente se estiverem no campo informal, sem direito à licença maternidade e demais direitos trabalhistas – e, por muitas vezes, resulta no seu retorno ao espaço doméstico para criação de seus filhos (as), já que esta responsabilidade é quase que unicamente delas, não sendo compartilhada com a maioria dos homens. (CISNE; OLIVEIRA; CASTRO, 2018, p. 454)

As autoras supracitadas, também destacam a superexploração da força de trabalho feminino, pois esta se encontra na maioria das vezes associada a empregos localizados em níveis mais à margem do mercado de trabalho, ou seja, mais precários e mal remunerados; associado ao “trabalho procriativo de gerar e cuidar de todo o desenvolvimento físico, emocional e educacional das crianças”. (CISNE; OLIVEIRA; CASTRO, 2018, p. 454). Assim, as mulheres ficam

sujeitas à jornada de trabalho extensiva, intensiva e intermitente. Este contexto promove a decisão pelo abortamento.

Aos limites econômicos e aos aspectos relativos à autonomia feminina, como realizar ações para seu desenvolvimento intelectual ou outras que lhe deem satisfação pessoal, também é agregada a desigualdade presente nas relações conjugais, nas quais os homens, em geral, tomam posse sobre a vida das mulheres, seus corpos e os produtos de seus corpos, mediante obrigações sexuais assumidas pela mulher com o casamento. (GUILLAUMIN, 2014). Assim, muitas vezes, diante a ausência de possibilidade de contracepção – por questões econômicas, limites de acesso a métodos contraceptivos gratuitos, não legalidade do aborto, ausência de informação e limites culturais –, a esposa tem o número de filhos que o esposo lhe impôs e/ou desejou. Mas, em caso da ocorrência de mais uma gravidez que ultrapasse a conveniência do homem, é comum que este lance a responsabilidade sobre a mulher. Em ambas as situações, a responsabilidade com o filho recai sobre a mulher. Assim, “a situação do aborto, por tanto tempo clandestino, existindo sem existir, confirmava tal relação, constituindo-se como o recurso das mulheres cujo homem não desejava o filho, bem como daquelas que não o desejavam.” (GUILLAUMIN, 2014, p. 36).

A determinação social da saúde, portanto, indica a presença de circunstâncias ou condições que ultrapassam a possibilidade de escolhas individuais livres, sendo de natureza física ou ambiental, vivenciadas pelos indivíduos segundo sua posição social (Fleury-Teixeira, 2009). Não ocorrendo de modo linear, em uma relação causa-efeito, mas condicionado por uma série de aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e psíquicos. (LOPES; RANGEL, 2014).

3. RESULTADOS

3.1. Perfil demográfico e socioeconômico de mulheres em situação de aborto inseguro

Goes et al (2020) registram a preponderância de mulheres adultas jovens (18 a 24 anos), com parceiro estável, com filhos, responsáveis por seus domicílios, com renda própria, com baixa escolaridade - particularmente ao se tratar de Ensino Superior -, que se autodeclararam pretas ou pardas (89%), sendo estas últimas as que declararam mais ter interrompido a gestação, 31,1% e 24,2%, respectivamente, sendo que entre as pretas a interrupção da gravidez ocorreu mais tardiamente (15,4% vs. 11,1% entre as pardas e 11,4% entre as brancas).

A baixa escolaridade atingiu especialmente as mulheres pretas (5,9% com ensino superior), seguido das pardas (7,5% com ensino superior). Contudo, as mulheres pretas estavam inseridas em maior proporção no mercado de trabalho (64%), o que, por dedução, sinaliza para a presença de trabalho precarizado (85,9%).

Madeiro e Rufino (2017), também, registram preponderância de mulheres jovens, pois 69,2% das entrevistadas se encontravam na faixa etária de 20 a 24 anos; de mulheres que se autodeclararam pretas ou pardas (82%) e de mulheres com baixa escolaridade, pois a maioria (59%) possuía o ensino fundamental. Mas, diferente de **Goes et al (2020)**, registram maioria de mulheres solteiras.

Carneiro, Iriart e Menezes (2013) registram que a maioria das entrevistadas (17 entre 19 mulheres) se autodeclarou parda ou preta, com faixa etária entre 18 e 39 anos e que a maioria (10 entre 19) tinham baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto ou completo), pois 08 mulheres estavam no Ensino Médio (complete ou incompleto) e 01 mulher tinha nível Superior incompleto. Treze (13) mulheres exerciam alguma atividade remunerada (trabalhadora doméstica, auxiliares de serviço gerais, vendedora) e seis (06) não trabalhavam, sendo que 04 ainda moravam com os pais.

Aquino et.al. (2012) corroboram com **Goes et al (2020)**, **Madeiro e Rufino (2017)** e **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)**, no que diz respeito a preponderância de mulheres jovens, pois apresentam que a média da idade das entrevistadas em sua pesquisa foi de 27 anos. Corroboram também com **Goes et al (2020)** e **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)** em relação ao predomínio de mulheres pretas e pardas, pois em seu estudo entre as entrevistadas 50,4% se autodeclararam pardas e 33,8% pretas.

Aquino et.al. (2012) de modo diferente de **Goes et al (2020)**, **Madeiro e Rufino (2017)** e **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)** que registram baixa escolaridade, apresentam que a maioria das mulheres (57%) completou o ensino médio.

Para **Madeiro e Rufino (2017)**, a maioria (57,7%) foi a primeira gravidez, seguido pelas que estavam na segunda gravidez (20,5%). A maioria não provocou abortos anteriores (78,2%) e detectou a gravidez por meio de teste de farmácia e/ou β -hCG sérico (73,1%). O aborto atual ocorreu em idade gestacional de 9 a 12 semanas (61,5%).

Em relação à ocorrência de relato de aborto induzido, **Silva e Fusco (2013)** apresentam uma pesquisa em duas comunidades em São Paulo e registram que 1,9% de seus entrevistados

(11 pessoas) declararam a realização desse tipo de aborto e que 55,3% declararam que utilizaram “pílula do dia seguinte”, tendo estas últimas maior escolaridade.

Em mesma perspectiva, **Borsari et. al (2013)** afirmam 11% das entrevistadas (11 mulheres) relataram ter induzido o aborto. A maioria possuía idade média de 28 anos (mínima de 17 e máxima de 37 anos), baixa escolaridade (9 em 11 com ensino fundamental), atividade laboral (7 em 11), baixa renda familiar e pessoal e era católica (8 em 11). A maioria possuía companheiro (9 em 11), tinha 01 ou mais filhos (8 em 11) e 01 ou mais filhos vivos (8 em 11). Somente 01 mulher induziu aborto anteriormente.

Correia et.al. (2018) apresentam o perfil de mulheres em situação de aborto induzido, sendo: com idade de 20-29 anos (46,5%), 30-39 anos (27,9%), 10-19 anos (20,9%), 40-49 anos (4,7%); com parceiro (50%); alfabetizadas (88,4%); com 5 – 8 anos de estudo (74,4%), 9 -12 anos (18,6%), 13-16 anos (4,7%), até 04 anos (2,3%); com primeira relação sexual até 13 anos (18,6%), seguido por de 14-17 anos (53,5%); com primeira gravidez até 17 anos (41,4%); sem conhecimento sobre “pílula do dia seguinte” (69,8%); com ao menos 01 filho (67,4%). Ainda destacam a grande proporção de mulheres que sofreram um aborto induzido e que não compareceu a uma única consulta de pré-natal (86,8%).

Aquino et.al. (2012) - diferente de **Madeiro e Rufino (2017)** - afirmam que para somente 23,8% das entrevistadas aquela era a primeira gravidez. Em seu estudo preponderou mulheres com até 02 filhos (71,2%). Destacam que 10,9% das mulheres embora com gestação anterior não possuíam filhos e que 35,2% mencionaram um aborto anterior, dos quais 45,8% foram declarados como provocados. **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)** corroboram a tendência encontrada por Aquino et. Al (2012), pois também encontraram minoria de mulheres em primeira gravidez.

Em **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)**, a maioria já possuíam filhos (14 em 19), destas 08 entrevistadas tinham somente 01 filho. Portanto, para 05 mulheres era a primeira gravidez. Doze mulheres nunca abortaram antes, e para 6 mulheres era o segundo aborto, o que nos faz supor que 01 mulher abortou mais de duas vezes.

Quanto aos motivos alegados para a realização do aborto, **Madeiro e Rufino (2017)** apresentam o fato da mulher já possuir filho (s) associado a precárias condições financeiras e a falta de apoio do parceiro.

3.2. Atenção `a saúde no pós-abortamento



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Em termos de motivo para buscar por cuidados e da rede de apoio, **Goes et al (2020) e Madeiro e Rufino (2017)** afirmam que a procura por serviços de saúde foi motivada pela presença de sangramento e dor, e que as mulheres contaram com auxílio de parceiros\namorados e de outras mulheres. **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)** também registram a presença de dor e sangramento, estando a maioria das mulheres acompanhadas por outras mulheres, que as acompanharam durante parte ou todo o processo de aborto. **Madeiro e Rufino (2017)** acrescentam o 'medo de permanecer sozinha durante o processo de abortamento' como um dos motivos para a procura por serviços de saúde. Também destacam que parte das mulheres (15,4%) não possuía acompanhante no serviço de saúde.

Nos achados de **Madeiro e Rufino (2017)**, todas (100%) as mulheres utilizaram o medicamento denominado 'Misoprostol', de modo isolado (89,7%) ou associado a chás ou sondas (10,3%), tendo sido declarada a compra em farmácia por 71,8% das entrevistadas. **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)** também registram o uso de medicamento denominado Cytotec como método principal, isoladamente ou em combinação com chá, pela maioria das mulheres (17 em 19).

Goes et al (2020), identificaram as barreiras individuais das mulheres na busca do primeiro atendimento por cuidado pós-aborto em condições inseguras, adotando uma perspectiva racial. Registram presença de discriminação nos serviços de saúde por ocasião do atendimento pós-abortamento, manifestados por tratamento desrespeitoso, julgamento moral, constrangimentos e práticas violentas durante o atendimento. Tais manifestações são intensificadas quando associadas ao racismo institucional, configurando dupla discriminação - de gênero e de raça.

Goes et al (2020) afirmam que o medo de ser maltratada nos serviços de saúde foi a principal barreira mencionada, mas em proporções distintas entre mulheres pretas (13%) e brancas (5,9%), sendo maior entre as que declararam o aborto como provocado (18,5%) do que espontâneo (7,6%).

Madeiro e Rufino (2017), também destaca o medo da mulher em ser maltratada no serviços de saúde e que "[...] uma em cada três mulheres entrevistadas sofreu alguma forma de violência institucional durante a hospitalização." (p. 2775). Foram relatadas práticas discriminatórias, negligência (longa espera para realização da curetagem uterina, ausência de acompanhante durante a curetagem), cuidado clínico não digno (ameaça de denúncia à polícia, uso de linguagem ríspida e grosseira, repreensão\gritos), ausência de



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

confidencialidade\privacidade (internação conjunta com puérperas, entrevista e exame físico realizados com outras pacientes, divulgação da história médica sem consentimento), violência física (ausência de controle da dor\recusa em ofertar analgésicos), cuidado clínico não consentido (toque vaginal realizado sem explicação prévia, transfusão sanguínea e histerectomia sem explicação prévia).

Leal e Castelar (2019) destacam a situação da mulher adolescente cujo aborto é sempre visto como provocado, o que faz com que todas as adolescentes em situação de abortamento sofram com atitudes inadequadas dos profissionais, que expressam um julgamento negativo. Essas autoras registram o limitado espaço físico das maternidades, promovendo uma má distribuição das pacientes, configurada pela presença de mulheres em situação de aborto e mulheres parturientes em um mesmo espaço físico, o que é compreendida como uma violência institucional, pela não consideração dos aspectos emocionais distintos e conflituosos que se estabelecem. Também destacam a vergonha, o medo do julgamento do profissional de saúde e da família.

Muniz, Lins e Menezes (2018, p. 608) apresentam um debate sobre ética e bioética relacionado ao aborto, quando inicialmente refletem sobre o significado de vulnerabilidade e de autonomia, sendo a primeira agravada por “questões culturais, socioeconômicas, psicológicas e físicas”; e, a segunda intrinsecamente relacionada a “questões socioeconômicas, culturais, étnicas, de gênero, ao estado de saúde, à idade”, entre outros. Viver situação de aborto está relacionado a vulnerabilidade e a limites na autonomia, sendo esta última o “direito de ter as decisões respeitadas”.

No entanto, é comum a mulher em situação de aborto, assim como em outras situações, se deparar com atendimento desumanizado. Nessa perspectiva, apresentam um estudo que registra a presença de preconceito e discriminação por parte dos médicos e enfermeiros.

Em relação à qualidade da atenção à saúde, localizou-se os seguintes registros:

a) **Aquino et.al.(2012)** afirmam que, em relação à privacidade, em relação à privacidade, a maioria das mulheres declarou não ter sentido constrangimento pela presença de pessoas durante o exame pré-procedimento. Quando havia pessoas presentes, eram profissionais de saúde (87,5%) e eventualmente outras pacientes e seus acompanhantes. Já **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)** registram que mulheres atendidas no setor de “pré-parto”, nem sempre avaliaram positivamente o atendimento, sendo destacados a falta de privacidade, respeito ao pudor e sigilo



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

das informações, não havendo atenção ao fechamento das portas e sendo obrigatório o uso de vestimentas hospitalares que não cobriam seus corpos adequadamente. **Leal e Castelar (2019)** corroboram a falta de privacidade, quando afirmam que garantia de privacidade é prejudicada pelo limitado espaço físico hospitalar.

b) **Sobre o atendimento recebido**, segundo **Aquino et.al.(2012)**, a maioria absoluta das mulheres afirmou não ter sido pior atendida do que as demais pacientes (parturientes) e considerou respeitoso o tratamento recebido durante o exame antes do esvaziamento uterino. Contudo, 235 mulheres (8,9% do total) declararam sentir-se discriminadas, dentre as quais 67,6% em razão da suspeita ou certeza de que o aborto foi provocado. **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)**, quanto à triagem no hospital, afirmam que parte das mulheres relatou ter sido bem tratadas pelos profissionais, devido ao atendimento ágil e facilitado. De modo diferente, **Leal e Castelar (2019)** destacam a presença de julgamento dos profissionais, o que expressa uma ação profissional norteada pelo senso comum.

c) Sobre o **direito à informação sobre o procedimento** de esvaziamento uterino, segundo **Aquino et.al.(2012)**, foi frequente a não garantia desse direito. Corroborando, **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)** registram o não recebimento de informações esclarecedoras sobre esse procedimento.

d) Quanto a **permissão dos estabelecimentos para ter acompanhante**, **Aquino et.al.(2012)** registram que durante a internação, esta foi mencionada por 86,2% das entrevistadas em Recife, por mais de 50% em Salvador e por 28,8% em São Luís.

e) Em termos do **ambiente físico e da oferta de insumos** durante a internação, segundo **Aquino et.al.(2012)**, mais da metade das entrevistadas informaram ter sido suficiente a troca de roupa e o fornecimento de absorventes; ter recebido roupa do tamanho adequado, além de ter sido excelente ou boa a limpeza do ambiente. São Luis foi a cidade com a avaliação foi menos positiva para todos os indicadores, com os mais baixos valores para a troca de roupa de cama e o fornecimento de absorventes. Em relação ao tamanho adequado das roupas hospitalares, **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)** registram o uso de roupas de tamanho inadequado, não cobrindo devidamente os corpos das mulheres, como anteriormente já mencionado.

f) **Em relação ao alívio da dor** antes do procedimento, segundo **Aquino et.al.(2012)**, nas três cidades estudadas houve proporção alta de mulheres que não recebeu analgesia. Ao



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

contrário, nos estudo de **Carneiro, Iriart e Menezes (2013)** todas as mulheres receberam analgesia.

g) Em termos do **exame após o procedimento**, permitindo a avaliação do volume e aspecto do sangramento, segundo **Aquino et.al.(2012)**, correspondeu a 64,2% em Salvador e 65,4% em Recife, mas foi bem menos frequente em São Luís (23,3%).

h) Sobre a **aferição de pressão arterial**, segundo **Aquino et.al.(2012)**, foi muito frequente em Salvador e Recife (respectivamente 80,5% e 88,7%), mas muito insuficiente (31,7%) em São Luís.

i) Sobre o **controle da temperatura** e, portanto, de prevenção de complicações infecciosas, segundo **Aquino et.al.(2012)**, em Salvador esta medida foi efetuada antes e depois do procedimento em 69,7% das mulheres, em Recife (43,8%) e em São Luís (4,4%).

3. CONCLUSÕES

Os artigos analisados sinalizam que a vivência da situação de aborto induzido é condicionada pelos determinantes sociais em saúde. Há o início precoce da vida sexual associada à baixa escolaridade, ao desconhecimento sobre a “pílula do dia seguinte”, à condição de baixa renda individual e familiar. Além disso, o fato da mulher já possuir ao menos 01 filho e, em alguns casos, não contar com a corresponsabilidade do parceiro, também compõem um contexto que favorece a gravidez não planejada. Portanto, a precária condição social e econômica constitui limite a manutenção da gravidez, promovendo em alguns casos a decisão por interrompê-la.

A atenção à Saúde associada ao abortamento é norteadada pelo documento publicado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Atenção Humanizada ao abortamento” (BRASIL, 2011), que define diretrizes para essa atenção. Contudo, a partir da pesquisa bibliográfica realizada conclui-se que a literatura registra o não respeito às Normas Técnicas explicitadas no referido documento, no que diz respeito a privacidade, ao direito a informação sobre procedimentos, a oferta de insumos e a analgesia, à continuidade da atenção a saúde via orientações sobre consulta de revisão, contracepção, entre outras.

A atenção à saúde direcionada a mulher em situação de abortamento no Brasil se apresenta permeada por discriminações e preconceitos, em especial diante a mulheres pretas e pardas, quando o preconceito de cor se associa às questões culturais referentes ao aborto.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Nas palavras de **Aquino et.al. (2012)**, a partir de seu estudo, há ênfase na dimensão curativa do cuidado com absoluta negligência das práticas preventivas, e das que reforçam a autonomia das mulheres no processo de decisão sobre a reprodução.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Estela M. L. et.al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1765-1776, 2017.

AQUINO, EML. et.al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 7, 2012, p. 1765 – 1776.

BEHRING, ER; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 4ª. ed., São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica do serviço social; v. 2). Cap. 5: Item 5: Expressões da questão social e política social no Brasil, p. 184-191.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 7 dez. 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2_ed.pdf Acesso: 4 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

CARNEIRO, Monique França; IRIART, Jorge Alberto Bernstein; MENEZES, Greice Maria de Souza. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.17, n.45, p.405-18, abr./jun. 2013

CISNE, M.; OLIVEIRA, GMJC; CASTRO, V.V. Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 452-470, set./dez. 2018



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

CORREIA, Luciano Lima et. al. Tendência de abortos espontâneos e induzidos na região semiárida do Nordeste do Brasil: uma série transversal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 1, p. 133-142, Jan\Mar 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO DO SUS (DATASUS). **Produção hospitalar (SIH\SUS)**. 2022. Disponível em:
<https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>

GOES, Emanuelle Freitas et.al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, sup.1, e00189618, p. 1-13, 2020.

GUILLAUMIN, C. Prática do poder e ideia de natureza. In: FERREIRA, V. et al. (Org.). **Patriarcado Desvendado: teorias de três feministas materialistas**. Recife: SOS Corpo, 2014.

GRIMES, DA; BENSON, J; SINGH, S; ROMERO, M; GANATRA, B; OKONOFUA, FE; SHAH, IH. Unsafe abortion: the preventable pandemic. **Lancet**, n. 368, v. 9550, p. 1908-1919, 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª. ed., Brasília: IPEA, 2011. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>

LEAL, Maria Alice Ramos Ferreira; CASTELAR, Marilda. Abortamento na Adolescência: Atuação de Psicólogas em Hospitais-Maternidade Públicos de Salvador, Bahia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, e178707, p. 1-15, 2019.

LOPES, VAS; RANGEL, EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. Rio de Janeiro, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, out-dez. 2014.

MADEIRO, Alberto Pereira; RUFINO, Andréa Cronemberger. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017.

MOHER, D et. al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Medicine**, Califórnia\USA, v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009.

MOHER, D et. al. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.

MUNIZ, Ianna; LINS, Liliane; MENEZES, Marta Silva. Uso de documentário no curso de medicina e a reflexão sobre temas éticos associados ao aborto. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 4, Out.\Dez. 2018.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

SILVA, Rebeca de Souza e; FUSCO, Carmen L.B. Comportamento do aborto induzido entre jovens em situação de pobreza de ambos os sexos – Favela México 70, São Paulo, Brasil, 2013. **Revista Reprodução e Climatério**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 13-21, 2016.