



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: Segurança Social – Políticas de Saúde, Políticas de Previdência Social, Políticas de
Assistência Social

ATENÇÃO A SAÚDE DIANTE AO ABORTAMENTO INSEGURO: ANÁLISE DE UM RELATO.

VIVIANE APARECIDA SIQUEIRA LOPES¹

DANIELLA SURI RIBEIRO²

THIAGO RIBEIRO SOUZA³

TAINA RANGEL PAES⁴

MAYARA SOUZA COUTINHO⁵

RESUMO:

Este trabalho analisa características da atenção a saúde devido a complicações de abortamento inseguro. Para isso, foi realizada entrevista semi-estruturada a mulher que vivenciou tal situação. São registradas ações condizentes com as diretrizes do Ministério da Saúde, mas também algumas lacunas, entre as quais se destaca a ausência de orientações pós-procedimentos, na alta hospitalar.

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

ABSTRACT:

This work analyzes characteristics of health care due to complications of unsafe abortion. For this, a semi-structured interview was carried out with the woman who experienced such a situation. Actions consistent with the guidelines of the Ministry of Health are recorded, but also some gaps, among which the lack of post-procedure guidance at hospital discharge stands out.

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

⁴ Universidade Federal Fluminense

⁵ Universidade Federal Fluminense

1. INTRODUÇÃO

O abortamento é “a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500 g” (BRASIL, 2011, p. 29), sendo definidos quatro tipos: a) aborto espontâneo; b) aborto acidental, quando motivado por traumatismos; c) aborto provocado ou ilegal; d) aborto legal ou permitido. Este, somente quando a gravidez é fruto de estupro, em caso de anencefalia do feto ou de ameaça a vida da mãe, por algum fator clínico.

O abortamento ocorrido por iniciativa da mulher 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).

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a 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). Especificamente, a norma intitulada “Atenção Humanizada ao abortamento: norma técnica” (BRASIL, 2011a), 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.

Nessa perspectiva, este trabalho apresenta parte dos resultados de pesquisa, pertinente a segunda 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 (UFF), com bolsa de Desenvolvimento Acadêmico, financiada pela UFF e bolsa de Iniciação Científica, financiada pela Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Para isso, analisa o relato de uma experiência de atenção à saúde recebida durante internação devido a complicações de abortamento, via realização de entrevista semi-estruturada, associando-o à literatura, o que possibilita reflexões sobre tema sensível e importante no contexto da saúde da mulher.

2. DESENVOLVIMENTO

A saúde reprodutiva implica em “uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”. Mas, a “saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos”. Portanto, “as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos” (BRASIL, 2011, p. 11-12).

Nessa perspectiva, entre os tipos de aborto, o abortamento inseguro ou provocado se destaca como um fenômeno sanitário que indica limites no usufruto da saúde reprodutiva, sendo fortemente condicionado por aspectos sociais, econômicos e culturais. Tais condicionantes se expressam pelo não acesso aos serviços de saúde e/ou aos métodos contraceptivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelo uso inadequado de métodos contraceptivos, pela baixa autonomia feminina diante às imposições de cônjuges ou parceiros sexuais, e pela baixa escolaridade, que limita a compreensão sobre os métodos contraceptivos e seu uso e que facilita a aceitação de valores culturais referentes ao predomínio do poder masculino nas relações conjugais.

Esse tipo de aborto atinge especialmente mulheres pobres e marginalizadas, devido `a 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 `a informação e direitos humanos, a insalubridade, dentre outros. (BRASIL, 2011a, 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



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

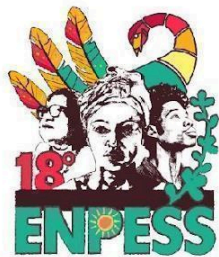
trabalhistas – e, por muitas vezes, resulta no seu retorno ao espaço doméstico para criação de seus filhos (as), já que esta responsabilidade é quase que unicamente delas, não sendo compartilhada com a maioria dos homens. (CISNE; OLIVEIRA; CASTRO, 2018, p. 454)

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).

Em relação à assistência ao abortamento, segundo Aquino et. al. (2012, p. 1766), “são constantes as denúncias do movimento de mulheres acerca de problemas enfrentados pelas



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

usuárias de serviços de saúde, incluindo desde a dificuldade de acesso a uma vaga até situações de discriminação sofridas durante a internação”.

No que diz respeito às discriminações, Brasil (2004; 2011) registram que o abortamento inseguro, muitas vezes, é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Violência que “pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas”. (BRASIL, 2004; 2011, p. 31).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, Travassos e Castro (2012, p. 186) afirmam que “é um conceito multidimensional, em que cada dimensão expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços de saúde”. Andersen (1995), a partir do reconhecimento desta multidimensionalidade, desdobra o conceito de acesso em: ‘acesso potencial’; ‘acesso efetivo’ ‘acesso eficiente’ ‘acesso realizado’. O primeiro diz respeito à presença de oferta de serviços em determinado local; o segundo refere-se à utilização de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação dos usuários dos serviços; o terceiro indica mudanças nas condições de saúde e na satisfação em relação ao volume de serviços prestados; e, o ‘acesso realizado’ é sinônimo de utilização de serviços. A partir deste último conceito de acesso aos serviços, é possível analisar o ‘acesso equitativo’ e ‘acesso desigual’. (ANDERSEN, 1995; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Em relação à equidade/desigualdade, a preponderância do uso dos serviços em determinadas áreas geográficas e/ou por determinados grupos de indivíduos, com características étnicas, socioeconômicas e culturais específicas apontam para a análise da presença ou não de acesso equitativo ou desigual. A desigualdade é configurada quando a partir da estrutura social (por exemplo, a etnia), das crenças de saúde e dos recursos capacitadores do uso (por exemplo, a renda), há a definição de quem recebe ou não a assistência à saúde. (LOPES, 2018).

Nessa análise são reconhecidos os conceitos ‘acesso efetivo’ e ‘acesso realizado’ mediante as dimensões do acesso referentes à equidade e a desigualdade.

A satisfação dos usuários dos serviços de saúde, que compõe o ‘acesso efetivo’, é um dos aspectos pertinentes à avaliação da qualidade destes serviços. (DONABEDIAN, 1966 apud AQUINO et.al., 2012). A avaliação, segundo Contandriopoulos et. al. (2000, p. 31), é “um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”.

3. RESULTADOS

3.1. Descrição do Relato

O relato da vivência de internação hospitalar devido a complicações de abortamento que ora é apresentado visa possibilitar reflexões sobre a atenção `a saúde recebida, tendo sido documentado por ocasião de entrevista de pesquisa realizada com uma mulher que aceitou participar da mesma.

No momento do aborto essa mulher possuía 22 anos de idade e ensino médio completo; se autodefiniu de cor parda; era solteira; já possuía 01 filho; trabalhava como comerciária, recebendo 01 salário mínimo; residia com seus pais e seu filho; possuía renda familiar de 02 salários mínimos.

Sempre usou contraceptivo oral, que comprava com recursos próprios, pois no posto de saúde do SUS nunca foi disponibilizado o medicamento indicado pelo médico que frequentava.

Relata ter induzido o aborto devido ao namorado não querer assumir a relação após a gravidez, tendo abandonado-a por um período. Acrescenta que esse namorado tinha informado que não poderia engravidar nenhuma mulher, pois tinha baixíssima produção de espermatozoides. Assim, ela não preveniu a gravidez adequadamente.

Procurou atendimento hospitalar devido `a forte dor e à hemorragia, após ter tomado comprimidos abortivos. Ao procurar o hospital foi levando um ultrassom transvaginal, que tinha feito com pagamento de próprio bolso numa clínica popular, logo após expelir o feto, em casa.

O acesso `a vaga para internação foi rápido, tendo sido internada logo após avaliação médica, no mesmo hospital. A mulher relata que a equipe profissional que a tendeu achou que o aborto era espontâneo, pois ela chegou trazendo um exame de ultrassom transvaginal, ação que não é comum junto a mulheres que provocam o aborto. Na visão dela, por esse motivo o atendimento recebido não foi ruim, pois a cunhada dela, que também provocou aborto, foi “deixada no soro com dor por várias horas” (sic).

Durante a internação foi permitido acompanhante, sendo sua irmã; os médicos e enfermeiros informaram sobre os procedimentos que, na sequência, seriam realizados com ela. Também, foi garantida a privacidade em termos de exposição de seu corpo, já que a roupa hospitalar era de tamanho adequado. Recebeu anestesia para alívio da dor no momento da curetagem, tendo sido aferido temperatura e pressão arterial em vários momentos.

Sobre a satisfação com a limpeza do ambiente, a mulher destaca somente a limpeza do banheiro como insatisfatória. A roupa de cama e da usuária não foi trocada, mas como foi feito a curetagem no mesmo dia da internação, entendeu que não era necessário.

Contudo, o hospital não forneceu absorventes. Também, no momento da alta, não recebeu orientações sobre cuidados pós-alta, planejamento reprodutivo ou acesso a métodos contraceptivos de modo gratuito. Não houve agendamento de consulta de revisão.

Confirmando a percepção da mulher acerca da equipe profissional considerar que o aborto foi espontâneo, no momento da alta, entregaram um pote plástico com resíduos de seu útero para que levasse para exame, com vistas à descoberta dos motivos do aborto.

3.2. Análise do Relato

Em termos socioeconômicos, o relato apresenta uma mulher negra, solteira, jovem, com nível médio de escolaridade, trabalhando no momento do aborto, mas com renda individual e familiar baixa, pois a renda per capita gira em torno de meio salário mínimo. Acrescenta-se o fato de residir na junto com os pais e um filho dela, na residência dos pais, dependendo dessa proteção para si e para seu filho.

Esse quadro social se associou ao fato do parceiro sexual não se dispor a assumir a relação com maior compromisso, conformando um contexto de condicionantes relevantes para a decisão de aborto.

Tais dados podem ser ponderados diante aos estudos de Madeiro e Rufino (2017) e Carneiro, Iriart e Menezes (2013). Os primeiros, também, registram preponderância de mulheres jovens; que se autodeclararam pretas ou pardas; e solteiras. Os segundos autores, por sua vez, registram uma parcela pequena de mulheres com ensino médio completo, pois a maioria possuíam ensino fundamental, e que a maioria de suas entrevistadas exercia alguma atividade remunerada (trabalhadora doméstica, auxiliares de serviço gerais, vendedora) e que parte pequena delas residia com os pais. Assim, a mulher cujo relato é apresentado neste trabalho, possui perfil socioeconômico que condiz com os achados preponderantes de Madeiro e Rufino (2017), mas que se associa aos achados minoritários de Carneiro, Iriart e Menezes (2013). Destaca-se que a mulher cujo relato é apresentado trabalhava como vendedora no comércio e residia com os pais.

Em termos de análise da internação hospitalar, o uso de medicamento abortivo e os sintomas que motivaram a busca por cuidados de saúde foram os mesmos registrados pela literatura, assim como o auxílio de parceiros\namorados e de outras mulheres no processo de aborto, tendo o caso relatado contado com o auxílio da irmã. (Goes et al., 2020; Madeiro; Rufino, 2017; Carneiro; Iriart; Menezes, 2013).

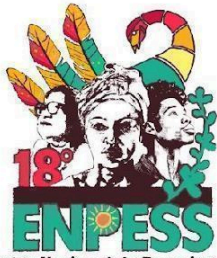
Goes et al (2020) registram presença de discriminação nos serviços de saúde por ocasião do atendimento pós-abortamento, manifestados por tratamento desrespeitoso, julgamento moral, constrangimentos e práticas violentas durante o atendimento. Tais manifestações são intensificadas quando associadas ao racismo institucional, configurando dupla discriminação - de gênero e de raça. Entretanto, a mulher relata não ter sofrido maus tratos ou discriminação, nem racial nem motivado pelo fato do aborto ser provocado, ressaltando a não compreensão da equipe profissional de ser um aborto induzido, o que se confirmou com o material entregue para examinar as causas do aborto.

No que diz respeito à qualidade da atenção à saúde, o relato registra vivência de privacidade, corroborando com os achados de Aquino et.al.(2012), mas se contrapondo aos achados de Carneiro, Iriart e Menezes (2013), que destacam a falta de privacidade, não havendo atenção ao fechamento das portas e sendo obrigatório o uso de vestimentas hospitalares que não cobriam seus corpos adequadamente.

Sobre o tratamento recebido pelos profissionais, a mulher relatou ter ficado satisfeita. Essa foi uma tendência preponderante sinalizada por Aquino et al. (2012), embora estes autores também registrem uma parcela de mulheres insatisfeitas. A agilidade no atendimento vivenciada pela mulher que relatou sua experiência também foi registrado por Carneiro, Iriart e Menezes (2013). Contudo, Leal e Castelar (2019) destacam a presença de julgamento dos profissionais, o que expressa uma ação profissional norteadada pelo senso comum. Esse aspecto do julgamento dos profissionais, com posteriores maus tratos, expressos na demora no atendimento mesmo diante a quadros de dor, foi mencionado pela entrevistada, ao se referir à vivência de sua cunhada.

Em relação ao alívio da dor antes do procedimento, aferição de pressão arterial e controle da temperatura, Aquino et.al.(2012) e Carneiro, Iriart, Menezes (2013) afirmam ter sido procedimentos frequentes em seu estudo.

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.



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 do ambiente físico e da oferta de insumos durante a internação, o relato sinalizou para ausência de absorventes, mas para oferta satisfatória de roupa de cama e de roupa para a mulher, também para a satisfação com a limpeza do ambiente, com exceção do banheiro. Isso se opôs em parte aos achados de Aquino et.al.(2012) sobre a oferta destas roupas e de absorventes, que sinalizou que a maioria das entrevistadas informou ter sido suficiente. De modo, diferente, os estudos de Carneiro, Iriart e Menezes (2013) registram o uso de roupas de tamanho inadequado, não cobrindo devidamente os corpos das mulheres, como anteriormente já mencionado.

4. CONCLUSÕES

Diante ao exposto, observa-se que o fator de maior relevância no processo de atendimento, considerado bom e satisfatório, foi o fato da equipe profissional não compreender que as complicações que motivaram a internação hospitalar tenham decorrido de um aborto foi provocado, pois o relato sinaliza para outra experiência familiar, na qual o atendimento foi insatisfatório, expresso por demora no atendimento diante a presença de dor.

Mesmo se considerando o aborto como espontâneo, as diretrizes da atenção a saúde diante a casos de abortamento não se apresentam plenamente realizadas, pois as orientações pós-procedimentos, em momento de alta hospitalar, não se efetivaram. Isso desprotege a mulher em momento de fragilidade, deixando-a à mercê de novas gravidezes não planejadas e sem suporte referente aos cuidados de saúde posteriores.

A não oferta de absorventes torna-se uma questão relevante, especialmente quando diante de pessoas em situação de vulnerabilidade social, podendo gerar constrangimentos. A não disponibilidade de contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde e\ou a descrença na efetividade no Sistema Único de Saúde, no sentido da efetividade da oferta de insumos a população também é aspecto a ser enfrentado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavioral**, v. 36, p. 1-10, mar.1995. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/2137284>>. Acesso: 20 ago 2024.

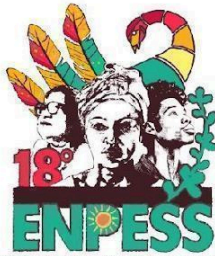


Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

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

- 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.
- 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 >. Acesso em: 20 ago 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2e_d.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 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
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. 1. reimpr., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 29-47. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>>. Acesso em 2º ago 2024..
- 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.
- 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.



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

- 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. **Política de Atenção Oncológica: o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero no setor público do município de Campos dos Goytacazes/RJ**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 142. 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30864/2/viviane_aparecida_siqueira.pdf
- 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0817.pdf>
- 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.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L (et. al.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.