

# Violência obstétrica no abortamento: tipificação de relatos de mulheres que tiveram perdas gestacionais em Belo Horizonte - MG entre 2018 e 2021\*

## Obstetric violence in abortion and miscarriage: classification of reports from women who experienced pregnancy loss in Belo Horizonte - MG between 2018 and 2021

Raquel Zanatta Coutinho

[quelzanatta@gmail.com](mailto:quelzanatta@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2841-1480>

Programa de Pós-Graduação em Demografia e Centro de Desenvolvimento e  
Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG)

Fabiana Ferreira Guimarães

[fabyguimaraes@hotmail.com](mailto:fabyguimaraes@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3105-1068>

Alumiar: Cuidado Materno e Infantil

Michelle Elaine Siqueira Ferreira

[siqueira.michellef@gmail.com](mailto:siqueira.michellef@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3353-5258>

Programa de Pós-Graduação em Demografia e Centro de Desenvolvimento e  
Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG)

\* As autoras agradecem às editoras da Relap e aos(as) pareceristas anônimos(as) pelos excelentes comentários e sugestões em versão anterior do artigo. Raquel Zanatta Coutinho é bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – nível 2 (Processo: 309059/2021-6) e coordenadora do Projeto “Saúde Sexual e Reprodutiva, Gênero e Conjugalidade em Minas Gerais em Tempos de Covid-19”, edital universal CNPq/MCTI/FNDCT n. 18/2021 (Processo 409964/2021-2). A autora agradece ao CNPq pelos financiamentos. Michelle Elaine Siqueira Ferreira, Verônica Francis Duquina Mateus e Fernanda Gonçalves de Souza agradecem à CAPES pelas bolsas de doutorado (Processo: 88887.622449/2021-0) e mestrado (Processo: 88887.827168/2023-00 e Processo 88887.827175/2023-00), respectivamente.



Verônica Francis Duquina Mateus

[duquinna@gmail.com](mailto:duquinna@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4167-3108>

Programa de Pós-Graduação em Demografia e Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG)

Fernanda Gonçalves de Souza

[souza.fergn@gmail.com](mailto:souza.fergn@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3737-9133>

Programa de Pós-Graduação em Demografia e Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG)

## Resumo

Este estudo analisa dados da pesquisa “Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte”, que coletou depoimentos de 100 mulheres (20 a 47 anos) em processo de abortamento, atendidas em hospitais de Belo Horizonte (Brasil) entre janeiro de 2018 e abril de 2021. Investigou-se a ocorrência de violência obstétrica utilizando a tipificação de Bohren et al. (2015). No Brasil, há garantia de direito à assistência humanizada em todas as etapas do abortamento (diagnóstico, manejo e pós-evento). Contudo, foram encontradas violações categorizadas como: abuso físico; abuso sexual; abuso verbal; estigma e discriminação; falhas no padrão do cuidado profissional; comunicação deficiente entre mulher e prestador do serviço; e restrição de serviços. Os resultados podem subsidiar ações de saúde para promover informações corretas, reduzir desigualdades no acesso e melhorar a qualidade do atendimento.

## Abstract

This study explores the survey “Women’s Perception of Obstetric Care and Its Consequences for Women’s and Children’s Health in Belo Horizonte”, which collected qualitative reports from 100 women (ages 20 to 47) who received hospital care for abortion/miscarriage in Belo Horizonte (Brazil) between January 2018 and April 2021. The occurrence of obstetric violence during pregnancy loss was investigated using the typology by Bohren et al. (2015). Although the right to adequate care at all stages (discovery, management and post-abortion care) is guaranteed, we found reports of violations categorized as physical abuse, sexual abuse, verbal abuse, stigma and discrimination, failure to provide professional standards of care, poor communication between the woman and the healthcare provider, and restriction of healthcare services. The results can contribute to the formulation of

## Palavras-chave

Aborto  
Hospitalização por Complicações do Aborto  
Violência Obstétrica  
Atenção à Saúde  
Avaliação do Sistema de Saúde

## Keywords

Abortion  
Miscarriage  
Hospitalization for Abortion Complications  
Obstetric Violence  
Healthcare  
Health System Evaluation

health actions aimed at disseminating accurate information, eliminating disparities in access, and improving the quality of care.

Enviado: 30/10/24

Aceptado: 25/02/25

## Introdução

O aborto é um evento reprodutivo comum. Estima-se que entre 15 % e 20 % das gestações resultam em perdas gestacionais espontâneas (Haddad e Nour, 2009; Oliveira et al., 2020). No Brasil, o aborto induzido é crime segundo o Código Penal, com pena de até 4 anos de reclusão, salvo nos casos de risco à vida da gestante, estupro e anencefalia, sendo este último autorizado pelo Supremo Tribunal Federal em 2012 (Decreto-Lei n. 2.848, 1940; Supremo Tribunal Federal [STF], 2012). Essa restrição legal contribui para a subnotificação dos casos e alta prevalência de registros sem especificação diagnóstica, o que pode sinalizar barreiras no acesso ao procedimento, em qualquer situação de abortamento (Adesse et al., 2015; Cardoso et al., 2020; Ministério da Saúde, 2009).

No caso do aborto provocado, a Pesquisa Nacional do Aborto (Diniz et al., 2023), representativa do Brasil, revelou que, em 2021, 10 % das mulheres entrevistadas disseram ter interrompido voluntariamente ao menos uma gestação, uma queda em relação a 2010, quando o percentual era de 15 %. Apesar de comum, o tema segue controverso no Legislativo, onde progressistas defendem o aborto como questão de saúde, justiça social e direitos humanos, enquanto conservadores deslocam o debate para o campo da moralidade, com forte apelo religioso e discursos que culpabilizam a mulher (Almeida e Bandeira, 2013; Gonzaga et al., 2021; Rybka e Cabral, 2023). Nesse cenário, os direitos já garantidos enfrentam ameaças constantes, como evidenciado no recente debate sobre o Projeto de Lei n. 1.904/24, que propunha equiparar interrupção da gestação acima de 22 semanas ao crime de homicídio, ampliando a pena para 20 anos, mesmo nos casos permitidos por lei (Silva et al., 2025).

Destaca-se que é assegurado o atendimento integral à mulher em situação de abortamento, no Sistema Único de Saúde, independentemente da natureza do aborto e da desejabilidade da gestação (Portaria n. 415, 2014). A assistência, considerado o protocolo estabelecido por Norma Técnica (NT), deve ser humanizada, garantir o direito à informação, sigilo,

privacidade e um fluxo de atendimento de qualidade que proporcione não apenas o esclarecimento de dúvidas, mas também apoio verbal e medicamentoso capaz de aumentar as chances de uma experiência com risco reduzido e sem consequências emocionais e psicológicas negativas. Ademais, a orientação sobre planejamento reprodutivo deve ser feita de forma imediata para reduzir o risco de novos abortamentos (Ministério da Saúde, 2014).

Embora o protocolo preconize que a assistência de qualidade deve ser prioridade entre os profissionais de saúde, a literatura, ainda que incipiente, tem apontado para a alta prevalência de violência obstétrica (VO) no parto e entre os casos de abortamento, mesmo que espontâneos. A VO é um fenômeno complexo, com raízes estruturais profundas, que frequentemente se manifesta por meio de desrespeito, maus-tratos e abusos durante o parto, assim como violação da autonomia da mulher em qualquer contexto da assistência obstétrica (Guimarães, 2021).

Nos casos de abortamento, as violações dos direitos muitas vezes são invisibilizadas devido à ausência de um nascido vivo, o que pode prejudicar duplamente uma mulher que perde uma gestação, independentemente do seu desejo. Ou seja, além da interrupção involuntária da gestação ou dos riscos assumidos em uma interrupção voluntária, ela ainda sofre danos físicos e emocionais por parte da equipe profissional, podendo levar à depressão pós-parto (Aguiar e d'Oliveira, 2011). Em adição, devido ao estigma e prejulgamento, mulheres em abortamento enfrentam um maior risco de VO nos serviços de saúde quando comparadas às demais gestantes, o que pode contribuir para demora na busca por atendimento e aumento do risco de complicações graves, incluindo óbito materno (Aguiar e d'Oliveira, 2011; Lima et al., 2021).

Os principais agravos relacionados ao aborto são associados à idade gestacional avançada (após o primeiro trimestre) e complicações de procedimentos que foram realizados, na sua maior parte, clandestinamente, muitas vezes de forma insegura e insalubre (Diniz et al., 2023; Domingues et al., 2020). Cumpre esclarecer que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como inseguros aqueles realizados por pessoas sem as habilidades técnicas necessárias, em ambiente que não esteja em conformidade com mínimos padrões médicos, ou ambos (Ganatra et al., 2014). No que se refere à morbimortalidade, entre 2010 e 2021, foram

registradas 774 mortes maternas por complicações do abortamento, sendo as principais causas as infecções e hemorragias e, mesmo quando não ocorre o óbito, pode haver sequelas irreversíveis como esterilidade secundária (Haddad e Nour, 2009; Ministério da Saúde, 2022). Em adição, as evidências apontam para iniquidades em saúde, uma vez que a maior prevalência de desfechos graves é observada em mulheres abaixo de 30 anos, solteiras, de baixa escolaridade e negras, sendo, neste último caso, as que não só têm maior probabilidade de terem feito o procedimento, mas também maior risco de VO e morte materna (Rybka e Cabral, 2023; Santana et al., 2024).

A descoberta precoce da gestação, aliada a técnicas farmacológicas de abortamento, têm melhorado a sobrevivência materna e diminuído as sequelas reprodutivas, assim como a necessidade de finalização do aborto em âmbito hospitalar (Domingues et al., 2022). Em um estudo para o Rio de Janeiro, o *misoprostol* foi citado por todas as mulheres entrevistadas que informaram a forma de indução (Adesse et al., 2015). Outro, que investigou os pedidos por aborto medicamentoso na internet, originado em países com legislações restritivas ao aborto, incluindo o Brasil, detectou um aumento de 108 % nos pedidos após o início da epidemia de Zika, sugerindo que esse meio tem se tornado popular entre as brasileiras (Aiken et al., 2016). Apesar de altamente eficaz e considerado seguro para uso domiciliar (Raymond et al., 2019), a portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que regulamenta o uso e a comercialização do *misoprostol* no Brasil é de 1998 (Portaria n. 344, 1998) e classifica o medicamento como “sujeito a controle especial”, restringindo-o ao ambiente hospitalar (Domingues et al., 2022). A *mifepristona*, medicamento que combinado ao *misoprostol* melhora a eficácia do procedimento, segue proibido (Domingues et al., 2022; Shimels et al., 2023). Segundo Domingues et al. (2022), ao não serem consideradas informações sobre a segurança e viabilidade do medicamento, agora sabidamente no uso domiciliar, assim como a sua importância na redução das complicações e morbimortalidade materna associadas, negligencia-se a abordagem do aborto seguro como direito das mulheres.

Salienta-se que, ainda que a VO seja relacionada ao ciclo gravídico-puerperal, a complexidade desse cenário também está ligada às falhas e desigualdades no acesso a métodos contraceptivos, às relações desiguais de gênero que ainda subordinam mulheres aos desejos e

ações dos seus companheiros, à ausência de educação em saúde e às dificuldades de acesso a serviços de saúde em geral. Destaca-se a dificuldade da produção de pesquisas sobre o tema, impactando na impossibilidade de avaliação contínua da qualidade dos serviços (Cardoso et al., 2020; Menezes e Aquino, 2009).

Tais fatores, atrelados aos entraves no acesso aos serviços e à falta de capacitação dos profissionais de saúde, perpetuam práticas obsoletas e implicação dos valores individuais de quem deveria prestar atendimento de forma imparcial e sem julgamentos. Essa realidade reforça a necessidade de políticas públicas que garantam o acesso seguro e legal ao aborto, além de uma formação profissional baseada em evidências científicas e respeito aos direitos humanos, visando romper com estruturas de opressão e promover a equidade de gênero. Assim, utilizando a categorização de Bohren et al. (2015) para a VO, o objetivo deste trabalho é explorar relatos de mulheres que receberam assistência ao abortamento em Belo Horizonte entre 2018 e 2021, buscando compreender, sob a perspectiva delas, a ocorrência da VO e suas implicações sobre o cuidado recebido. Para além da experiência de perder uma gestação desejada e/ou enfrentar um risco de saúde adicional devido a um procedimento obstétrico, as mulheres participantes da pesquisa relatam violência, ainda que não percebidas como tal, em todos os momentos do abortamento.

## Revisão da literatura

Uma crescente literatura investiga a qualidade da atenção ao abortamento dentro dos marcos legais, éticos e políticos da Norma da Atenção Humanizada ao Abortamento. Alguns o fazem na perspectiva da usuária. Outros, analisam a assistência e acolhimento ao abortamento do ponto de vista do profissional de saúde.

Um dos maiores estudos brasileiros, que analisou dados de entrevistas face a face com 2.562 mulheres residentes em Salvador, Recife e São Luís, estimou a prevalência das complicações graves e as experiências de abortamento (Aquino et al., 2012). As dimensões analisadas foram: acolhimento e orientação; qualidade técnica do cuidado; insumos/ambiente físico; e continuidade do cuidado. Como resultado, apesar da avaliação positiva da assistência recebida, 8,9 % declararam terem sido

discriminadas, sendo 67,6 % em razão da suspeita ou certeza de que o aborto havia sido provocado. Além disso, houve relatos de falta de informação sobre o procedimento de esvaziamento uterino, dor, baixa frequência de exames para acompanhamento da evolução do caso e descontinuidade do cuidado pós-abortamento (Aquino et al., 2012).

Estudo do mesmo grupo de pesquisa (Alves et al., 2014) avaliou nove maternidades, nas mesmas capitais, utilizando um questionário adaptado do instrumento desenvolvido pela OMS para avaliação da assistência ao parto, que abrange a planta física, recursos materiais, recursos humanos, materiais de consumo, educação em saúde e ferramentas de gestão. Nenhuma maternidade dispunha de ultrassonografia em funcionamento ininterrupto e, em duas maternidades de São Luís, não existia anestesista plantonista.

Madeiro e Rufino (2017), em estudo com 78 mulheres internadas em um hospital público de Teresina por complicações do aborto provocado, observaram que todas foram submetidas à curetagem. Dentre outras violações, houve relatos de discriminação, constrangimentos, ameaças de denúncia à polícia, negligência na analgesia, ausência de consentimento para procedimentos, além da internação conjunta com puérperas e seus bebês. Por receio de serem encontrados resquícios de comprimidos de *misoprostol* no canal vaginal, algumas mulheres relataram busca tardia por assistência. Importante reiterar que o Código de Ética Médica exige sigilo e veda ao profissional revelar o caso às autoridades policiais. A internação conjunta, como também revelada por Ribeiro (2008), fere o princípio da não-maleficência disposto na NT (Ministério da Saúde, 2014), pois causa danos psicológicos.

Outros procedimentos ultrapassados continuam sendo praticados no Brasil. A curetagem, altamente prevalente, é considerada obsoleta em países com legislações mais humanizadas, mas foi o método mais observado nos estudos de Aquino et al. (2012) e Adesse et al. (2015). Além de exigir anestesia ou sedação, causa maior impacto psicológico, gera custos elevados ao sistema de saúde, demanda internação prolongada (Saciloto et al., 2011) e apresenta mais riscos de complicações (Freedman e Schlaff, 2021; OMS, 2013). Por isso, a OMS recomenda sua substituição pelo aborto medicamentoso ou aspiração intrauterina (AMIU) (OMS, 2013; Saciloto et al., 2011).

O maltrato por parte da equipe, como a curetagem sem anestesia, também foi relatado no estudo de Carvalho e Paes (2014), que entrevistou 16 mulheres residentes na cidade de Cabo Frio-RJ. Na maioria dos casos, as mulheres não chegaram a procurar o serviço de saúde por medo de serem criminalizadas e por não apresentarem complicações.

Há muitas pesquisas que investigam a assistência ao aborto do ponto de vista do profissional da saúde. Estudo de Barbosa et al. (2012) investigou o acolhimento em uma cidade no interior de São Paulo. A pesquisa demonstra que há uma preocupação com o cuidado técnico, mas não uma escuta ativa da mulher. Além disso, alguns profissionais entrevistados revelaram entender a “dor” da mulher que perde um filho espontaneamente, mas não a dor da paciente que induziu seu aborto. Ribeiro (2008), que investigou a assistência em um hospital de Porto Alegre, chega à mesma conclusão, de que há evidência de conduta inadequada a depender do tipo de aborto. Outro estudo que entrevistou profissionais especializados na cidade de São Paulo encontrou que, apesar da boa formação prática sobre a condução do caso clínico, não houve discussões com relação ao acolhimento das pacientes (Machin et al., 2019).

Segundo os entrevistados de Machin et al. (2019), não era considerado ético denunciar ou envolver mecanismos judiciais nos casos de aborto induzido, mas eles percebiam tratamento diferenciado tanto da equipe de enfermagem, quanto de médicos mais velhos. Os autores também perceberam a mudança na forma de abordagem de mulheres com aborto induzido.

Um estudo feito em Caruaru-PE (Silva et al., 2020) comparou o cuidado da equipe de enfermagem a uma linha de produção em série do cuidado, que visa a máxima produtividade. Perceber que o embrião não está vivo em um exame de ultrassom, internar e tirar formam a lógica da mecanização do trabalho da assistência obstétrica no Brasil. Em outro estudo, Rocha e Uchoa (2013) encontraram a superlotação como justificativa para a não prestação do melhor serviço, assim como o grande fluxo de pacientes, mencionado por Machin et al. (2019) e o “tumulto na emergência” citado por Ribeiro (2008). Neste último, o culto à agilidade no atendimento “despersonaliza a paciente” e não “deixa espaço para humanidades” (Ribeiro, 2008, pp. 30 e 32).

As pesquisas citadas, de uma forma geral, apesar de trazerem ricos detalhes, não conceitam como VO as falhas no processo de assistência e acolhimento do aborto, talvez por não existir consenso sobre como detectá-la e classificá-la (Bohren et al., 2015; Souza, 2014; Tesser et al., 2015). Na busca por uma sistematização dos abusos sofridos por mulheres durante a assistência obstétrica ao parto, após analisar 65 estudos oriundos de 34 países, Bohren et al. (2015) elaboraram uma ferramenta de pesquisa que já foi validada em mais países (Guimarães, 2021). A tipologia desenvolvida no estudo classificou eventos ou situações de maus tratos relatados – ser espancada, ser discriminada, ser amarrada, ser ameaçada, além de outros temas, resultando em sete categorias: abuso físico; abuso sexual; abuso verbal; estigma e discriminação; falha em prover os padrões profissionais de cuidado; comunicação deficiente entre mulher e prestador do serviço de saúde; e restrição dos serviços de saúde. Essa tipologia é utilizada no presente trabalho para classificar as violências relatadas nos processos de abortamento em Belo Horizonte - MG, gerando evidências sobre a ocorrência da VO no abortamento e possibilitando o planejamento de ações para o aperfeiçoamento da assistência obstétrica.

## Metodologia

Esse estudo faz parte da pesquisa primária intitulada “Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte” (Faculdade de Medicina/ UFMG e Cedeplar), que foi a campo em 2021 e coletou informações sobre a assistência obstétrica recebida no município de Belo Horizonte entre janeiro de 2018 e abril de 2021. O questionário era autoaplicado e ao clicar em “Participar”, mulheres que receberam assistência ao abortamento no período supracitado eram convidadas a participar de um módulo da pesquisa com perguntas específicas sobre o processo assistencial ao abortamento. Para ser elegível, os abortamentos deveriam ter ocorrido antes das 22 semanas de gestação ou fetos com menos de 500 gramas, recebendo assistência hospitalar na cidade de Belo Horizonte.

Após perguntas fechadas sobre características sociodemográficas, número de filhos nascidos vivos e número e data de abortamentos prévios, procedeu-se à pergunta aberta de interesse em relação à última experiência de abortamento: “Nós pesquisadoras sentimos muito pelo que aconteceu. Pode nos relatar como foi a assistência obstétrica recebida

antes, durante e após o abortamento? Não se esqueça de mencionar se você teve direito a acompanhante em todos os momentos e se algo na assistência poderia ou deveria ser diferente. Seu relato é muito importante para nós". Mulheres poderiam digitar sua experiência sem limite de caracteres. Logo, essa base de dados qualitativa forma uma importante memória individual e coletiva das experiências de assistência à saúde sexual e reprodutiva em Belo Horizonte.

Os relatos por escrito formam o *corpus* deste trabalho qualitativo, que foi codificado e categorizado de maneira dedutiva e posteriormente induutiva segundo Creswell (2013), em que as respostas foram analisadas para a aplicação dos códigos referentes às sete categorias tipificadas por Bohren et al. (2015), que também refletem o não atendimento às diretrizes para o abortamento da OMS (2022) e do Ministério da Saúde (2014). A tipologia original não foi adaptada, já que todos os temas estavam presentes nos relatos sobre o abortamento, só sendo preciso direcioná-los à sua própria categoria.

Ao todo, 105 mulheres responderam ao Módulo de Abortamento. Desse, cinco foram eliminadas da análise por não responderem à pergunta aberta sobre o processo de abortamento, cuja categorização é primordial, restando 100 mulheres entre 20 e 47 anos (idade média de 35,7 anos no momento da entrevista), que formam a amostra analítica deste trabalho. A natureza do abortamento que necessitou assistência médica – se induzido ou espontâneo – foi deliberadamente deixada de fora do questionário, já que a assistência humanizada deveria estar garantida independentemente da natureza e tendo em vista que abortos provocados são comumente declarados como espontâneos (Aquino et al., 2012).

Devido às características da pesquisa, autoaplicada, *online*, com uma amostra selecionada, sem perguntas estimuladas em relação à ocorrência de cada categoria de VO, não foi possível fazer uma análise de prevalência das violências. Além disso, cada mulher registrou o que lhe pareceu mais marcante na assistência recebida. A ausência de relato, no entanto, não significa que a experiência não ocorreu, podendo haver subestimação da violência devido à exigência do preenchimento e à própria invisibilidade da VO. Dessa forma, nos limitaremos a discutir a ocorrência delas entre os relatos analisados, sem o intuito de isolá-las ou estudar sua recorrência.

Após a oportunidade de deixar seu relato por escrito, ainda foi perguntado à mulher: “Você considera que vivenciou alguma violência durante a assistência obstétrica ao abortamento?” As opções de resposta eram “Sim”, “Não” e “Não sabe”. A essa pergunta demos o nome de “Percepção espontânea de violência”.

## Resultados

O método de coleta de dados originou um grupo selecionado em termos de características sociodemográficas das mulheres (Tabela 1), com 59 % delas possuindo pós-graduação e 20 % ensino superior completo. Casadas ou em união estável eram 83 %; apenas 8 % eram solteiras. Em relação à raça/cor, 57 % eram brancas, seguidas por pardas (24 %), pretas (14 %) e amarelas 4 %. Quanto à orientação sexual, 93 mulheres se declararam heterossexuais e 6 bissexuais, com um dado faltante. Acerca dos filhos nascidos vivos, 47 % das mulheres, na data da pesquisa, não informaram filhos nascidos vivos, 44 % tinham um filho e as demais tinham pelo menos 2 filhos. Com relação ao número de perdas gestacionais, no período compreendido pela pesquisa, 60 % das mulheres relataram uma perda, 30 % informaram duas experiências, 7 % haviam passado por três perdas e 3 % (duas mulheres) informaram 4 ou mais abortamentos no período.

Tabela 1. Descrição da amostra analítica do estudo composta por mulheres que receberam assistência obstétrica para o abortamento na cidade de Belo Horizonte - MG, 2021 (n=100).

Características sociodemográficas		Frequência relativa (%)
Raça	Branca	57,0
	Preta	14,0
	Parda	24,0
	Amarela	4,0
	Não declarada	1,0
Idade	18-29	14,0
	30-39	62,0
	40-47	24,0
	Média (em anos)	35,7

Tabela 1. Continuar

Características sociodemográficas		Frequência relativa (%)
Estado civil	Solteira	8,0
	Casada	67,0
	União estável/morando com parceiro	21,0
	Separada/divorciada	4,0
Orientação sexual	Heterossexual	93,0
	Bissexual	6,0
	Não declarada	1,0
Escolaridade	Até médio incompleto	3,0
	Médio ou técnico completo	8,0
	Superior incompleto	10,0
	Superior completo	20,0
Filhos nascidos -vivos	Pós-graduação	59,0
	0	47,0
	1	44,0
	2	6,0
Perdas gestacionais	3+	3,0
	1	60,0
	2	30,0
	3	7,0
	4+	3,0

Fonte: Pesquisa “Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte” (Faculdade de Medicina/UFGM e Cedeplar), Módulo Abortamento (2021).

A maioria das formas de violência elencadas por Bohren et al. (2015) foi encontrada nos relatos. Pelo número de ocorrências, é possível observar que há uma grande interseção entre muitas formas de violência em um só relato. Nos parágrafos a seguir, apresentamos os tipos mais prevalentes, seguidos de alguns exemplos de relatos.

Para Bohren et al. (2015), abuso físico é o uso de força ou restrição física, como relatos de mulheres espancadas, esbofeteadas, chutadas, beliscadas, empurradas, contidas, amarradas ou amordaçadas, mas que não foram encontrados neste estudo. No entanto, houve ocorrência de procedimentos dolorosos, intimidade devassada, proibição de acompanhante, ou procedimentos sem consentimentos com consequências físicas, que

se encaixam, segundo Bohren et al. (2015), em outras categorias que serão analisadas posteriormente. As negativas de alívio da dor, que Bohren et al. (2015) classificam como falha no padrão profissional de qualidade, aqui foram classificadas como abuso físico, por já serem violações bem conhecidas e possuírem uma seção inteira dentro das Normas Técnicas (Ministério da Saúde, 2014). Duas mulheres deixaram relatos desse tipo de abuso físico:

algum tempo após a colocação do remédio que dilata o colo do útero, comecei a sentir uma cólica forte e a sangrar muito[...]. pedi um analgésico e algo para conter o sangramento, elas [enfermeiras] se limitavam a repetir que era normal. Normal eu sei que é, não era um questionamento. Eu queria um remédio para diminuir minha dor e algum pano ou absorvente para o sangramento! Precisei me levantar da maca [...] e só consegui o analgésico depois de ir pessoalmente atrás do obstetra de plantão.

[ela] esprenhou o meu útero por dentro pressionando a minha barriga por fora. Eu quase vi estrelas de tanta dor. Lembrar dessa agressividade que uma médica fez comigo é o que me motivou a responder essa pesquisa, até hoje eu choro [...] Eu não tinha lugar, a dor vinha de acima dos rins até os joelhos, eu me dobrava na cama, chorava de dor, me senti jogada ali.

Também foi classificado como abuso físico o uso rotineiro da curetagem, enquanto método de esvaziamento uterino, sem oferecer outras opções terapêuticas, como a aspiração manual intrauterina (AMIU), a conduta medicamentosa ou o simples acompanhamento, que foram lembradas por diversas entrevistadas, como no relato abaixo:

Ele disse que eu tinha que fazer a curetagem, mesmo que eu não quisesse, porque esse é o procedimento padrão. Perguntei se eu não poderia fazer um ultrassom porque sentia que já tinha expelido o embrião junto com todo o sangue que tinha perdido. Ele disse que não tinha ultrassonografista à noite, horário em que cheguei ao hospital, e que eu não poderia esperar até o dia seguinte, até porque eu tinha que tomar uma vacina, pois tenho RH negativo. Durante o procedimento, fui sedada e não pude ter um acompanhante. Depois que acordei, fiquei sozinha numa maca e recebi

alimentação. O médico não apareceu em nenhum momento para dizer nada. Na manhã seguinte, recebi de um funcionário do hospital, o atestado e um papel para buscar o resultado laboratorial do procedimento de curetagem. Fiquei tão chateada que só voltei mais de um ano depois para buscar esse resultado, o qual atestou que não havia nenhum embrião.

Ao todo, 38 mulheres relataram terem passado por uma curetagem, número que pode ter sido muito maior, visto que não foi perguntado diretamente a elas sobre a forma de esvaziamento uterino. A Norma Técnica já alertava para o uso dessa técnica ultrapassada apenas quando a aspiração não estivesse disponível (Ministério da Saúde, 2014). No entanto, casos do uso de AMIU foram minoria, fato que necessita de urgente atenção das autoridades de saúde locais.

Com relação ao abuso sexual, não há menção direta, no entanto, houve o relato de uma paciente que teve os medicamentos inseridos na vagina enquanto estava sedada: “Depois da consulta, quando fui para um quarto esperar o procedimento, eu estava cochilando quando o médico introduziu um medicamento na minha vagina sem me explicar nada, nem mesmo me acordar”. E outra, também, que não foi sedada, mas teve o medicamento colocado de forma dolorida na vagina: “Não sei se é normal a colocação do medicamento dentro da vagina [...] mais achei exagerada pois o médico quase que enfiou o braço dentro de mim eu gritava de dor e ele falava que era normal, que o procedimento era esse”.

Salienta-se que há protocolos de abortamento medicamentoso que não preveem administração vaginal (Brito, 2022). Ainda em abuso sexual, houve o relato de uma mulher que se disse exposta no bloco cirúrgico, com seu corpo à mostra de quem passasse: “Na sala do procedimento, logo antes da anestesia, eu fiquei exposta, com vagina aberta para o corredor. Ao pedir que fechassem as cortinas, uma mulher me atendeu secamente. FOI O PIOR MOMENTO DE TODA A MINHA VIDA! A situação mais degradante e terrível que eu já vivenciei [...]”.

Quanto ao abuso verbal, os relatos demonstram diversas experiências de interação entre o prestador de serviço e a paciente em que, apesar de a assistência ter sido prestada, ocorreram grosserias e ameaças de maus resultados: “Se você se recusar a fazer o procedimento pode perder

o útero ou até morrer. Eu mesmo já vi acontecer aqui na maternidade". Foram ao menos 12 relatos com frases desumanas, degradantes e des-respeitosas ditas pelos profissionais de saúde.

Uma entrevistada suspeitou que o tratamento rude poderia estar associado à possível ilegalidade do aborto: "Penso que a assistência deveria ser mais humanizada. Fiquei tão impactada com a primeira experiência que vivi no primeiro aborto. Senti que no atendimento emergencial foram indiferentes ao que estava ocorrendo comigo. Senti que eles me trataram como se eu tivesse provocado o aborto".

A Norma Técnica do Ministério da Saúde (2014) reitera que o atendimento deve ser integral e humanizado independentemente da natureza do aborto, não podendo o profissional de saúde deixar de prestá-lo devido a suas crenças pessoais, uma vez que, nesse caso, o aborto já está em andamento.

Com relação a estigma e discriminação, além da discriminação relatada acima em relação ao possível aborto induzido, foi informada uma discriminação associada à idade da mulher, uma vez que, sendo mais velha, o profissional já tinha certeza de que a gravidez não evoluiria e, caso evoluísse, não seria uma gestação que ele teria interesse em acompanhar:

A segunda perda [...], com 8 semanas, descobri a gestação e voltei no mesmo médico que me atendeu da primeira vez [...] Ele brigou comigo, me perguntou porque eu não havia colocado o DIU e que não faria pré-natal de uma mulher na minha idade (40a na época). Não abriu cartão de gestante nem pediu exames, disse claramente: "isso não vai pra frente. Quase morri quando ouvi isso.

Outra mulher, portadora de uma doença autoimune, sofreu não apenas o estigma da doença, mas também o de ser solteira:

O ginecologista obstetra me falou para tranquilizar pois ele havia salvado bebês de mães lúpicas mesmo as mães morrendo algumas vezes. [...] tive muito medo. Com 8 semanas comecei a ter sangramento e fui à emergência ginecológica [...] onde um médico me perguntou se eu era casada, afirmei que não, ele me disse que bom que estava abortando.

Além dessas, outras sete mulheres relataram ter sofrido estigma.

Os abusos e violências considerados como falha em atender os padrões profissionais de cuidado, segundo Bohren et al. (2015), somam 41 relatos e consistem nos exames e procedimentos sem consentimento, exames e procedimentos dolorosos e feitos sem gentileza, abandono, ausência de acompanhante, negligência ou longos atrasos, peregrinação, recusa em fornecer alívio da dor e ausência de assistência. Alguns desses relatos também se classificam como abuso verbal e físico.

Atendimento na maternidade o tempo todo distante, impessoal. Orientações de retorno em duas semanas. A perda se concretizou em casa no dia seguinte. Retornei em duas semanas. Atendimento alternando entre impessoal e descrente, eu relatei na triagem o que havia acontecido e a enfermeira se recusou a colocar isso no prontuário, colocando como se eu ainda estivesse grávida. Mesma coisa na assistente de ultrassonografia. Mesmo atendimento, sem acompanhante, distante e impessoal. Consulta com ginecologista do plano após o retorno à maternidade para confirmar e ela foi extremamente fria e disse que nem mesmo valia a pena investigar porque se eu já tinha um filho vivo, não justificava.

A categoria de maior frequência foi desrespeito à legislação, à humanidade e à autonomia e falha na relação entre provedor e a mulher, com 59 relatos. Comentários e ações inadequadas e impertinentes formam uma lista longa na base de dados deste estudo, ditos por profissionais em todos os níveis de cuidados, desde o ultrassom até a equipe médica e de enfermagem.

enquanto ainda estava deitada na sala de cirurgia, uma outra enfermeira entrou, pegou um copinho de plástico que estava em uma bandeja com alguma coisa vermelha dentro, e saiu da sala. Ainda perguntei o que era e ela só me respondeu que era o 'material' que eles iam mandar para o laboratório. Só depois entendi que meu filho era o material que estava ali naquele copo e nem me deram a chance de poder ver como ele era.

Ficou evidente, especialmente, o despreparo dos(as) médicos(as) ultrasonografistas que são, na maioria das vezes, quem comunica às mulheres que a gestação não evoluiu. Esse profissional é peça-chave na humanização do atendimento, mas não são citados nominalmente na Norma Técnica de 2015.

Ao fazer o ultrassom, nunca vou esquecer a crueldade do médico que, sem nenhuma sensibilidade, falou ao fazer o ultrassom “não tem nada aqui” [...] isso era jeito de me contar o que já sabia, mas que buscava apoio? [...] ele poderia ter sido mais cuidadoso [...] era meu bebê que havia perdido a vida.

O medo do despreparo de enfermeiros e obstetras também pode levar a atrasos na procura pelo atendimento em situações de risco. Uma mulher, que possivelmente já conhecia as violências praticadas no abortamento hospitalar, relata sua saga para enfrentar o processo de abortamento em casa, sem intervenções. Na ausência de uma cartilha ou *site* oficial com informações sobre como enfrentar o abortamento, ela cita, como fonte de informação, uma plataforma *online* de informação sobre saúde reprodutiva. Quando finalmente sucumbe às contrações e percebe que sua situação havia se agravado devido à hemorragia, ela não vê outra opção, senão o cuidado hospitalar:

Toda a informação que consegui buscar veio da internet [...] onde várias mulheres relataram como aconteceu seu aborto. Todas muito perdidas, sem um direcionamento ou instrução de profissionais. Mas lá peguei algumas dicas, como evitar de usar absorvente interno, tomar chá de canela e evitar de tomar remédio de cólica convencional, que interrompe a contração do útero. Para as dores então, tomei [nome do remédio omitido, analgésico vendido sem necessidade de prescrição médica], coloquei bolsa de água quente e fui para o chuveiro na hora das contrações. Mas na hora das contrações, vomitei o [analgésico]. Mas custei a encontrar essas informações, me senti muito perdida e desamparada. No primeiro dia das contrações, decidi ir para a maternidade após 2,5h, pois achei que estava com hemorragia e eu não estava mais aguentando as dores. [...] A plantonista disse que não deixaria eu ir pra casa, e que eu teria que passar pela curetagem até o dia seguinte, mesmo eu dizendo que não queria curetar.

Diante deste cenário, é fácil imaginar que muitas mulheres, sozinhas e desamparadas durante o processo do abortamento em casa, especialmente nos induzidos, perdem a consciência antes de buscar ajuda e acabam falecendo sem o cuidado que salvaria suas vidas. O atraso na busca por cuidados médicos é responsável por grande parte da mortalidade materna no país.

No relato a seguir, observa-se falha em atender o padrão profissional de cuidado em função de demora no atendimento e relação precária entre o prestador de serviço e a mulher, com desumanização e abuso verbal “Cheguei ao atendimento [nome do hospital omitido] às 07h e meu procedimento se iniciou às 16h – foram mais de 26 horas de jejum. Quando a medicação começou a fazer efeito, eu senti as piores dores da vida, e ouvi de uma das técnicas: ‘mais uma escandalosa!’”.

Foram 36 relatos referentes à restrição dos serviços, entre eles a ausência de ultrassom em funcionamento no ambiente hospitalar, falta de reparação após a imperícia do anestesista e normalização na colocação de mulheres em processo de abortamento juntamente a mulheres que estavam dando à luz a bebês nascidos vivos.

O anestesista fez SEIS furos na minha coluna e tive dor de cabeça pós anestesia. Resumo: fiquei 15 dias deitada, passei natal e ano novo deitada e completamente inválida. Nenhum médico ou plano assumiu nada e eu que tive que procurar assistência por minha conta. Foi uma experiência terrível. Além da dor da perda do meu bebê, fiquei sem apoio médico em função da imperícia do anestesista.

Me levaram para a sala de recuperação. E quando eu achei que o inferno estava acabando, a falta de sensibilidade do hospital atingiu requintes de crueldade. A sala de recuperação era a sala de pós-parto da maternidade. Fiquei mais de duas horas no mesmo pós-operatório que as mulheres que tinham acabado de parir. Três delas estavam com seus bebês no colo, amamentando e felizes. Os bebês choravam, elas riam, contavam casos, trocavam experiências e eu no meio. Eu não parava de chorar e uma das enfermeiras resolveu empurrar a maca onde eu estava para um canto escuro da sala. As mulheres não me viam, mas eu continuava vendo e

ouvindo tudo. A situação foi tão desesperadora que na primeira vez que uma enfermeira apareceu e perguntou se eu já estava sentindo minhas pernas, menti que estava para conseguir sair dali o mais rápido possível. Fui até a sala de troca de roupa sem sentir nenhum dos meus dedos dos pés. Troquei minha roupa de volta em pé, quase caindo. Pelo caminho continuava encontrando grávidas sorridentes e maridos felizes.

A Norma Técnica (Ministério da Saúde, 2014, p. 33) preconiza o respeito à fala da mulher, o oferecimento de soluções possíveis que priorizem o seu bem-estar, a garantia da privacidade no atendimento e a informação sobre todas as intervenções necessárias. Percebe-se que os resultados indicam a gravidade das violações enfrentadas por essas mulheres que, mesmo transcorridos alguns anos, permanecem vivas nas memórias e no corpo delas.

Por fim, em relação à ausência de um acompanhante, foi ampliado, em novembro de 2023, o direito de toda mulher ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados, com ou sem necessidade de sedação, nos termos da Lei n. 14.737, de 2023. Pelo menos vinte mulheres tiveram negada a presença dos seus acompanhantes.

Nesse momento, depois que ela saiu, me separaram do meu marido. Entrei na sala de troca de roupa sozinha e depois sentei sozinha na espera do bloco cirúrgico ao lado de grávidas felizes com seus acompanhantes, também esperando sua vez de entrar. Quando comecei a andar em direção àquele bloco cirúrgico e a porta abriu, desabei eachei que não ia conseguir chegar até lá. Entrar no mesmo bloco cirúrgico que 6 anos antes tinha entrado para ter meu filho mais velho, foi um dos momentos mais difíceis que passei até hoje na vida. Lembrava do parto, da primeira vez que vi a carinha dele, escutava o chorinho dele de novo. Comecei a ficar tonta e com falta de ar, cheguei a achar que ia desmaiar na entrada.

É importante dizer que a pesquisa também captou mulheres que tiveram experiências positivas no abortamento. Ser ouvida nas suas necessidades, acolhida nos seus sentimentos, tratada com respeito, polidez e rapidez foram qualidades do atendimento recebido por muitas mulheres.

Quando descobri que tinha perdido o bebê com 9 semanas de gestação através de um ultrassom, ela [médica] me deu todas as instruções necessárias, tentamos aguardar o abortamento espontâneo para menores prejuízos. Tive 10 dias de sangramento uma semana após a descoberta, mas não houve o aborto espontâneo, então precisei fazer o procedimento AMIU. Minha médica e meu marido me acompanharam em todas as etapas do procedimento (ela mesma realizou o procedimento com o auxílio de outro médico amigo), ela ficou comigo no hospital no meu quarto em todos os momentos.

Todas as médicas que me atenderam foram extremamente atenciosas: a médica que realizou o ultrassom em que foi diagnosticada a perda, minha médica ginecologista, a médica que me atendeu inicialmente no hospital e a médica que realizou a curetagem uterina. Toda a equipe do hospital foi muito atenciosa e sensível com relação à minha situação. Tive o acompanhamento do meu marido em todo o momento. No entanto, gostaria de ter recebido mais orientações quanto às alternativas à curetagem uterina. Não fui informada sobre a possibilidade de aguardar que o corpo expulsasse o feto. Além disso, as médicas apenas me disseram sobre a possibilidade de realizar uma AMIU porque eu as questionei, após uma pesquisa na Internet.

Ainda que não relatem experiências traumáticas, é notável que muitas ainda sofrem procedimentos desnecessários, como a própria curetagem, já normalizada no imaginário coletivo como única forma de finalização de um abortamento ou perda gestacional. Infelizmente não foram coletados dados acerca do acompanhamento pós-aborto, tampouco sobre os seus desfechos reprodutivos.

Diante da codificação dos relatos, procedeu-se a uma breve análise quantitativa da relação entre a percepção espontânea da violência e a ocorrência de violência no relato (Tabela 2). Das 100 mulheres analisadas, 36 % admitem perceber ter sofrido violência, 10 % dizem não saber e 54 % revelam não perceber ter havido violência. No entanto, após o registro da ocorrência de violência por meio da codificação dos relatos acima, tem-se que pelo menos 67 % das mulheres sofreram alguma forma de

violência, revelando a invisibilidade desse processo. Apenas 33 % das mulheres não apresentaram nenhuma forma de violência nos seus relatos. Ao somar essas ocorrências de violência em um índice simples, percebe-se que quase metade (45 %) das mulheres sofreu ao menos 3 tipos de violência no mesmo relato de assistência.

Ao cruzar a percepção espontânea da violência com a ocorrência de violência no relato, percebe-se que 22 mulheres que disseram não ter sofrido violência apresentaram violência no relato. As 10 mulheres que responderam espontaneamente não saber se sofreram violência, de fato sofreram violência, de acordo com a classificação feita no artigo. Entre as violências invisíveis, metade (16 de 32) sofreu curetagem ou falha em receber os padrões profissionais de cuidado, 12 sofreram restrição dos serviços de saúde e 26, ou seja, quase a totalidade, sofreram desrespeito à legislação, à humanidade e à autonomia e falha na relação entre provedor e a mulher.

Tabela 2. Percepção espontânea de VO, categorização da VO contida nos relatos segundo as categorias de Bohren et al. (2015) e variáveis selecionadas, Belo Horizonte - MG, 2021 (n=100).

Ocorrência de violência obstétrica	Frequência relativa (%)
Percepção espontânea de violência	
Sim	36,0
Não	54,0
Não sabe	10,0
Abuso físico	2,0
Abuso sexual	0,0
Abuso verbal	12,0
Estigma e discriminação	9,0
Falha em prover os padrões profissionais de cuidado	41,0
Comunicação deficiente entre mulher e prestador do serviço de saúde	59,0
Restrição dos serviços de saúde	36,0
Negativa de acompanhante	20
Curetagem	38,0
Violência baseada nas codificações dos relatos	67,0
Não	33,0

Tabela 2. Continuar

Ocorrência de violência obstétrica	Frequência relativa (%)
0	33,0
1	11,0
2	11,0
Índice de violência	
3	16,0
4	14,0
5	11,0
6 ou mais	4,0

Fonte: Pesquisa “Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte” (Faculdade de Medicina/UFGM e Cedeplar), Módulo Abortamento (2021).

É importante destacar que apenas 66 mulheres declararam o sistema de financiamento do atendimento, em sua maioria usuárias do Sistema Suplementar (71,2 %), seguidas do SUS (16,6 %), o que acompanha a seleitividade da amostra. Além dessas, 12,1 % transitaram entre as redes em busca de atendimento durante o abortamento. Assim, não é possível fazer uma análise da ocorrência dessas violências por tipo de financiamento, mas é possível perceber que a violência pode ser encontrada em qualquer lugar.

## Discussão

Este estudo, apesar de trazer uma pequena amostra, detectou que todas as formas de VO categorizadas por Bohren et al. (2015) estavam presentes nos relatos das participantes da pesquisa que receberam assistência ao abortamento em Belo Horizonte - MG, sugerindo que, apesar das categorias terem emergido a partir de pesquisas de VO no contexto do parto, essa ferramenta pode ser utilizada para as situações de abortamento, como sugerido por Guimarães (2021). O estudo está alinhado aos achados dos artigos que investigaram a percepção das mulheres sobre assistência ao abortamento em outros contextos (Alves et al., 2014; Aquino et al., 2012; Carvalho e Paes, 2014; Madeiro e Rufino, 2017; Rocha e Uchoa, 2013).

Observa-se que a questão do abuso físico durante o período de assistência inclui a imposição de intervenções não consentidas, práticas abusivas – como a recusa em oferecer analgesia – e até mesmo intervenções

aceitas pela mulher, contudo, com base em informações parciais ou distorcidas (Lansky et al., 2019). Muitas mulheres relatam não terem sido adequadamente informadas sobre os riscos e as alternativas, sendo submetidas a procedimentos médicos sem uma compreensão clara do que estava acontecendo. O maior exemplo desse abuso é a curetagem.

O uso indiscriminado da curetagem, que reflete a medicalização do corpo feminino, é um mecanismo histórico de controle que restringe a autonomia reprodutiva e reforça desigualdades de gênero (Ferrazza e Peres, 2016). Este desrespeito à autonomia da paciente é uma violação ética e legal, que compromete a confiança no sistema de saúde. Além disso, perpetua uma dinâmica de poder desigual, privando mulheres do direito de tomar decisões informadas sobre seus próprios corpos. O impedimento do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos se trata de uma estratégia biopolítica deliberada de conter a autonomia feminina e controlar seus corpos, destinados ao trabalho de reprodução dentro do sistema patriarcal e de outras estruturas de poder (Borges et al., 2021; Dieguez e Cabral, 2024; Ferrazza e Peres, 2016).

Nos contextos em que a interrupção da gestação é criminalizada, como no Brasil, muitas mulheres são forçadas a recorrer a procedimentos clandestinos inseguros, o que amplia o risco de complicações graves e morte materna (Madeiro e Diniz, 2016). Apesar das diretrizes estabelecidas pela Norma Técnica (Ministério da Saúde, 2014), que reforçam a importância da escuta qualificada, empática e livre de julgamentos, na prática, os relatos das mulheres indicam uma realidade diferente, com experiências de estigma, discriminação, julgamentos morais, atitudes preconceituosas, comentários desrespeitosos ou o uso de palavras ríspidas, criando uma barreira para o estabelecimento da confiança necessária para uma escuta ativa e terapêutica, conforme preconizado pela norma. Ademais, o desrespeito aumenta a carga psicológica que pode se suceder pós-abortamento, mais agravado em contextos sociais desfavoráveis, em que a mulher não possui uma rede de apoio de confiança, acompanhamento psicológico ou condições de recuperar sua saúde e bem-estar após a vivência de uma situação de violência.

Quanto à falha no cumprimento dos padrões profissionais de cuidados, destaca-se a falta de empatia no diagnóstico da perda fetal, especialmente durante o ultrassom, normalizando uma situação clínica que pode

parecer corriqueira do ponto de vista da assistência, mas que é única no curso de vida de uma mulher. Além disso, foram frequentes os relatos de abuso verbal, práticas invasivas como administração de medicação sem comunicação prévia, exposição inadequada em salas de anamnese, compartilhamento de sala com mulheres que deram à luz a bebês nascidos vivos e dificuldades de acesso à assistência devido à alegada falta de leitos, aumentando o tempo de peregrinação entre unidades de saúde.

Ao observar políticas de saúde reprodutiva e humanização dos cuidados obstétricos em outros países, percebe-se a adoção de práticas seguras, como o aborto medicamentoso e AMIU, centradas na autonomia da mulher. Na Suécia, a legalização do aborto até a 18<sup>a</sup> semana garante analgesia e suporte psicológico adequados (Freedman e Schlaff, 2021; Wängborg et al., 2025). No Canadá, a ausência de barreiras legais permite que os cuidados sejam regulamentados com base em evidências científicas (Shaw, 2020). Já na Holanda, a integração dos serviços reprodutivos ao sistema público e o enfoque na educação sexual resultaram na redução da VO e da mortalidade materna (Molenaar et al., 2020).

Sob a perspectiva dos direitos humanos, a ideia de VO ressalta a violação de princípios essenciais como o direito à saúde e à dignidade. A OMS reconhece que práticas consideradas desumanas representam formas de violência institucional e perpetuam dinâmicas de poder desiguais dentro do sistema de saúde (OMS, 2022). Observa-se a urgência de humanizar os cuidados relacionados ao abortamento, visando uma assistência respeitosa, adequada e humanizada em todas as fases do processo, incluindo o manejo inicial do agravo e a assistência pós-abortamento.

Entre as soluções já sugeridas por trabalhos anteriores estão o melhor treinamento dos profissionais com sensibilização para a causa e a oferta de atendimento multiprofissional. Além disso, a vontade política da gestão municipal foi encontrada como um fator importante na implementação do serviço (Mudjalieb, 2020). Assim, sugerimos a urgente sensibilização dos gestores públicos e privados da saúde para todas as questões elencadas e para a urgente adaptação do sistema de saúde para se adequar às necessidades específicas das mulheres que abortam, assim como a flexibilidade da forma do atendimento, já que a relação da mulher com a gravidez não pode ser generalizada. Sugerimos a criação de uma Cartilha de Cuidados Ginecológicos Emergências, nos moldes do

Plano de Parto, que pode ser disponibilizada pela internet, nos postos de saúde e apresentada à mulher no momento do diagnóstico da situação de abortamento, para que a mesma tenha acesso às informações baseadas em evidências e tenha autonomia de decidir como se dará o seu atendimento. Junto a essa cartilha, é imprescindível que haja campanhas públicas de conscientização sobre os direitos reprodutivos e a VO. Inclusive, a inclusão da VO enquanto subcategoria da violência de gênero no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) é um primeiro passo para o seu monitoramento e combate.

A força deste estudo está em trazer, a partir de dados primários, a percepção da experiência real e individual das mulheres que responderam à pesquisa. Estudo anterior, utilizando a mesma base de dados, porém para experiências de parto e pré-natal, revelou que há VO oculta, ou seja, mulheres que no relato estimulado descrevem relações de violência, mas que, ao serem perguntadas diretamente se sofreram violência, dizem que não sofreram (Guimarães, 2021). Nesse estudo, percebemos que essa situação também ocorre para o abortamento. Estudos futuros devem expandir e sistematizar essa coleta de dados para outras realidades socioeconômicas e demográficas, como mulheres residentes de áreas periféricas e sem acesso à tecnologia, que estão à margem dessa coleta de dados *online*, além de diferenças de percepção segundo natureza do aborto e financiamento do serviço. A implementação de práticas baseadas em evidências, o respeito aos direitos das pacientes, a humanização do atendimento e o monitoramento dos indicadores de qualidade são passos fundamentais para erradicar essas violações e garantir um cuidado digno e respeitoso às mulheres.

## Referências

- Adesse, L., Silva, K. S. da, Bonan, C. e Fonseca, V. M. (2015). Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. *Saúde em Debate*, 39(106), 694-706. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030011>
- Aguiar, J. M. de e d'Oliveira, A. F. P. L. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 79-92. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>
- Aiken, A. R. A., Scott, J. G., Gomperts, R., Trussell, J., Worrell, M. e Aiken, C. E. (2016). Requests for abortion in Latin America related to

- concern about Zika virus exposure. *The New England Journal of Medicine*, 375(4), 396-398. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1605389>
- Almeida, T. M. C. de e Bandeira, L. M. (2013). O aborto e o uso do corpo feminino na política: A campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. *Cadernos Pagu*, (41), 371-403. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332013000200018>
- Alves, M. T. S. S. B., Araújo, T. V. B., Alves, S. V., Marinho, L. F. B., Schiavo, E., Menezes, G., Coimbra, L. C., Rios, C. T. F., Rodrigues, A. C., Romeu, U. M., Aquino, E. M. L. e Lim, L. P. (2014). Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste brasileiro: A estrutura dos serviços. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 14(3), 229-239. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000300004>
- Aquino, E. M. L., Menezes, G., Barreto-de-Araújo, T. V., Alves, M. T., Alves, S. V., Almeida, M. C. C., Schiavo, E., Lima, L. P., Menezes, C. A. S., Marinho, L. F. B., Coimbra, L. C. e Campbell, O. (2012). Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: O que dizem as mulheres? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1765-1776. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700015>
- Barbosa, A. S. S. F., Bobato, J. A. C. e Mariutti, M. G. (2012). Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. *Revista da SPAGESP*, 13(2), 44-55. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702012000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200006&lng=pt&tlng=pt)
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J. e Gürmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Borges, R. S., Nascimento, B. R. B. T., Benevides, A. C. T. F., Elias, S. C. M. B., Silva, J. dos S., Santos, L. A. e Soares, J. A. (2021). Religião e aborto: manutenção da criminalização do aborto e a predominância do cristianismo no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 7(12), 112726-112753. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-179>
- Brito, J. (2022, maio 27). How to safely self-manage a medication abortion at home. *Healthline*. <https://www.healthline.com/health/healthy-sex/how-to-use-abortion-pill-at-home>
- Cardoso, B. B., Vieira, F. M. dos S. B. e Saraceni, V. (2020). Aborto no Brasil: O que dizem os dados oficiais? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(Suppl. 1), e00188718. <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>
- Carvalho, S. M. e Paes, G. O. (2014). Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. *Escola Anna Nery*, 18(1), 130-135. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140019>

- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed). SAGE Publications.
- Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). (1940). Rio de Janeiro-RJ. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)
- Dieguez, R. S. M. e Cabral, C. S. (2024). Law n. 22,537/2024 of the State of Goiás, Brazil, on awareness against abortion: A critical analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(6), e00016724. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN016724>
- Diniz, D., Medeiros, M. e Madeiro, A. (2023). Pesquisa Nacional de Aborto – Brasil, 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(6), 1601-1606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>
- Domingues, R. M. S. M., Fonseca, S. C., Leal, M. do C., Aquino, E. M. L. e Menezes, G. M. S. (2020). Aborto inseguro no Brasil: Revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(Suppl. 1), e00190418. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190418>
- Dominguez, S., Veras, N. e Oliveira, M. (2022, 28 de novembro). As barreiras ao aborto medicamentoso no Brasil. *Gênero e Número*. <https://www.generonumero.media/reportagens/aborto-remedios/>
- Ferrazza, D. de A. e Peres, W. S. (2016). Medicinalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), 17-25. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1016>
- Freedman, M. F. e Schlaff, W. D. (2021). Avoiding Asherman's syndrome: Refining our approach to uterine evacuation. *Fertility and Sterility*, 116(4), 961-962. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.06.037>
- Ganatra, B., Tunçalp, Ö., Johnston, H. B., Johnson, B. R., Jr, Gülmezoglu, A. M. e Temmerman, M. (2014). From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(3), 155. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
- Gonzaga, P. R. B., Gonçalves, L. e Mayorga, C. (2021). O conservadorismo distópico à brasileira: Direitos sexuais e direitos reprodutivos e a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Revista Feminismos*, 9(1), 150-175. <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/44330/24677>
- Guimarães, F. F. (2021). *Violência obstétrica durante a assistência pré-natal e parto em Belo Horizonte, Brasil*. [Dissertação de Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional da UFMG. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/63404>

- Haddad, L. B. e Nour, N. M. (2009). Unsafe abortion: Unnecessary maternal mortality. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 2(2), 122-126. <https://PMC2709326/>
- Lansky, S., Souza, K. V. de, Peixoto, E. R. de M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., Cunha, R. de O. e Friche, A. A. de L. (2019). Violência obstétrica: Influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2811-2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
- Lei n. 14.737 de 27 de novembro de 2023.* (2023). Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Brasília-DF. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm)
- Lima, K. D. de, Pimentel, C. e Lyra, T. M. (2021). Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Suppl. 3), 4909-4918. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>
- Machin, R., Couto, M. T., Rocha, A. L. S. e Costa, M. R. M. (2019). Formação médica e assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180370. <https://doi.org/10.1590/Interface.180370>
- Madeiro, A. P. e Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 563-572. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>
- Madeiro, A. P. e Rufino, A. C. (2017). Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: A percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(8), 2771-2780. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016>
- Menezes, G. e Aquino, E. M. L. (2009). Pesquisa sobre o aborto no Brasil: Avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Suppl. 2), s193-s204. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400002>
- Ministério da Saúde. (2009). *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_aborto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf)
- Ministério da Saúde. (2014). *Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica*. (2<sup>a</sup> ed.) Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de ações Programáticas Estratégicas. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-humanizada-ao-abortamento-norma-tecnica/>

- Ministério da Saúde. (2022). *Boletim Epidemiológico*, 53(47). <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47>
- Molenaar, J., Lips, S. R., Teunissen, P. W., Vermeulen, G. e Schuitmaker-Warnaar, T. J. (2020). Creating togetherness in a historically divided maternity care system. *International Journal of Health Professions*, 7(1), 33-44. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2020-0004>
- Mudjalieb, A. A. (2020). Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao aborto legal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(Suppl. 1), e00181219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181219>
- Oliveira, M. T. S., Oliveira, C. N. T., Marques, L. M., Souza, C. L. e Oliveira, M. V. (2020). Fatores associados ao aborto espontâneo: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), 361-372. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (2013). *Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde* (2<sup>a</sup> ed.). [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437\\_por.pdf;sequence=7](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;sequence=7)
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (2022). *Diretriz sobre cuidados no aborto: Resumo* (1<sup>a</sup> ed). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355465/9789240051447-por.pdf>
- Portaria n. 344 de 12 de maio de 1998. (1998). Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília-DF. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html)
- Portaria n. 415, de 21 de maio de 2014. (2014). Inclui o procedimento interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília-DF. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0415\\_21\\_05\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0415_21_05_2014.html)
- Raymond, E. G., Harrison, M. S. e Weaver, M. A. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstet Gynecol*, 133(1), 137-147. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003017>
- Ribeiro, M. L. (2008). *O cuidado às mulheres no aborto provocado: Um olhar da enfermagem*. [Trabalho de conclusão de graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Lume Repositório Digital. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/16441>

- Rocha, B. N. G. do A. e Uchoa, S. A. da C. (2013). Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: Um estudo de avaliabilidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 109-127. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100007>
- Rybka, L. N. e Cabral, C. da S. (2023). Morte e vida no debate sobre aborto: Uma análise a partir da audiência pública sobre a ADPF 442. *Saúde e Sociedade*, 32(2), e220527pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220527pt>
- Saciloto, M. P., Konopka, C. K., Velho, M. T. de C., Jobim, F. C., Resener, E. V., Muradás, R. R. e Nicolaou, P. K. (2011). Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: Uma alternativa à curetagem uterina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(10), 292-296. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001000004>
- Santana, D. M., Santos, R. S. e Pérez, B. A. (2014). A assistência de enfermagem à mulher em processo de abortamento. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 3(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v3i1.267>
- Santana, A. T. de, Couto, T. M., Lima, K. T. R. dos S., Oliveira, P. S. de, Bomfim, A. N. A., Almeida, L. C. G. e Rusmando, L. C. S. (2024). Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: Percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(9), e09952023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.09952023>
- Shaw, D. e Norman, W. V. (2020). When there are no abortion laws: A case study of Canada. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 62, 49-62. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.010>
- Shimels, T., Getnet, M., Shafie, M. e Belay, L. (2023). Comparison of mifepristone plus misoprostol with misoprostol alone for first trimester medical abortion: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1112392. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1112392>
- Silva, L., Sales, N., Santos, R. e Albuquerque, N. (2020). Percepção das mulheres em situação de abortamento frente ao cuidado de enfermagem. *Revista Ciência Plural*, 6(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID18627>
- Silva, L. E. S. da, Costa, J. C., Blumenberg, C., Lima, N. P., Ruas, L. P. V., Costa, F. dos S., Barros, A. J. D. de, Wehrmeister, F. C. e Victoria, C. G. (2025). Início oportuno do pré-natal em adolescentes vítimas de violência sexual: Implicações para o aborto legal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(1), e18682024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.18682024>

- Souza, K. J. (2014). *Violência institucional na atenção obstétrica: Proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório UnB. [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014\\_KarinaJunqueiradeSouza.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiradeSouza.pdf)
- STF. Supremo Tribunal Federal. (2012). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54/DF. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF. <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=136389880&ext=.pdf>
- Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. A. e Diniz, S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: O que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
- Wängborg, A., Schmidt, J., Mattison, C., Bourret, K. e Klingberg Allvin, M. (2025). The road to equity: A scoping review of the evidence and practices on abortion policies and services in Sweden. *Sexual and Reproductive HealthCare*, 35, 101071. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2025.101071>