



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MÉDICA

KATIANE APARECIDA BEZERRA

**GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO DAS PESSOAS EM  
SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ INDESEJADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Porto Alegre

2024

KATIANE APARECIDA BEZERRA

**GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO DAS PESSOAS EM  
SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ INDESEJADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Giugliani

Porto Alegre

2024

## CIP – Catalogação na Publicação

### CIP - Catalogação na Publicação

Bezerra, Katiane Aparecida  
Guia de orientações para o atendimento das pessoas  
em situação de gravidez indesejada na Atenção Primária  
/ Katiane Aparecida Bezerra. -- 2024.  
32 f.  
Orientadora: Camila Giugliani.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência  
Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Gravidez . 2. Aborto inseguro. 3. Redução de  
danos. 4. Aborto legal. 5. Direitos sexuais e  
reprodutivos. I. Giugliani, Camila, orient. II.  
Título.

*A todos aqueles que ousam valer-se de seus  
direitos e àqueles que ousam respeitá-los.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente ao meu pai José Severino Bezerra (in memoriam) que com sua conduta no cotidiano me ensinou a inquietar-me com as incertezas e lacunas do mundo. À minha mãe que sempre foi minha sustentação e meu exemplo de fortaleza. Às minhas irmãs e sobrinhas que por serem mulheres e diversas me instigam ainda mais a buscar um terreno seguro onde nossos direitos possam ser garantidos e respeitados. À minha orientadora por ser exemplo de luta e dedicação. E a todas as mulheres que resistem e ousam viver em um mundo onde não somos bem-vindas.*

## RESUMO

Este trabalho se constitui na produção de um guia de orientações voltado para os profissionais de saúde da atenção primária, com o objetivo de simplificar e contribuir na melhoria dos atendimentos das pessoas em situação de gravidez indesejada, tendo em vista que esse é um evento frequente no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS). O intuito é alcançar atendimentos que respeitem as decisões e os direitos reprodutivos dessas pessoas sem interposição de julgamentos e com abertura ao diálogo, assegurando o sigilo profissional e respeitando o código de ética profissional. Dessa forma, é possível trabalhar em uma perspectiva de redução de danos, de forma oportuna, garantindo um cuidado integral a essas pessoas, baseado em informação acessível e cientificamente embasada. Para a produção deste guia de orientações, foram utilizadas as principais referências bibliográficas que abordam o tema: do Ministério da Saúde do Brasil, da Organização Mundial da Saúde e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Este guia poderá ser utilizado por profissionais que trabalham na APS, inclusive residentes, para amparar a condução de um cuidado integral às pessoas em situação de gravidez indesejada.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; direitos sexuais e reprodutivos; gravidez; redução de danos; aborto legal.

## **ABSTRACT**

This work constitutes the production of a practical guideline targeted at primary health care professional, with the aim to simplify and contribute to the improvement of health care for people who are going through an unwanted pregnancy, considering that this is a frequent event in the context of Primary Health Care (PHC). The intention is to provide care that respects the decisions and reproductive rights of these people, without the interposition of judgments and open to dialogue, ensuring professional secrecy and respecting the corresponding codes of ethics. This way, it is possible to work with a harm reduction perspective, in a timely manner, thus guaranteeing comprehensive health care of these people, based on accessible and scientifically sound information. For the production of this guideline, the main bibliographic references on the subject were used: from the Brazilian Ministry of Health, the World Health Organization and the Brazilian Society of Family and Community Medicine. This guideline may be used by primary health care practitioners, including residents, to support the provision of comprehensive care to people who are going through an unwanted pregnancy.

**Keywords:** primary health care; sexual and reproductive rights; pregnancy; harm reduction; abortion,legal.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Referências bibliográficas sobre abordagem da gestação indesejada na Atenção Primária à Saúde.....	14
Quadro 2 – Procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos de aborto legal.....	18
Quadro 3 – Métodos recomendados para abortamento medicamentoso.....	24

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
APS	Atenção Primária à Saúde
BO	Boletim de Ocorrência
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IML	Instituto de Medicina Legal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>100</b>
1.1	JUSTIFICATIVA .....	12
1.2	OBJETIVOS .....	13
<b>1.2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>155</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>299</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez não planejada, em muitos casos levando à gravidez indesejada, mantém-se como um grande problema de saúde pública. No mundo todo, são cerca de 121 milhões de gestações não planejadas a cada ano, e 61% delas terminam em aborto provocado, resultando em uma estimativa de 73 milhões de abortos provocados anualmente (Bearak, 2020). Metade desses abortos são realizados em circunstâncias inseguras e de risco, levando a inúmeras complicações e a 47 mil mortes maternas todos os anos (Bellizzi; Mannava; Nagai; Sobel, *Contraception*, Volume 101, 2020). No Brasil, mais de 55% das gestações não são planejadas. Essa situação resulta em riscos à saúde da mãe e do bebê, minando potenciais de educação e emprego, conduzindo à pobreza, além de causar abortos em condições inseguras, levando a mortes maternas totalmente evitáveis (Wender; Machado; Politano, *Femina*, 2022).

Pesquisas demonstram que as altas taxas de gravidez indesejada ocorrem devido à falta de serviços de planejamento reprodutivo, acesso restrito a métodos altamente eficazes de longa duração, além de desconhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis, potenciais efeitos adversos e cessação do uso sem orientação adequada. No Brasil, a prevalência de uso de algum contraceptivo é de 76,7%, caindo para 62% em regiões mais pobres do país evidenciando o menor acesso aos serviços de planejamento familiar nesses lugares (Wender; Machado; Politano, *Femina*, 2022).

As decisões relacionadas à vida reprodutiva devem ser baseadas no acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva, no fornecimento de métodos contraceptivos altamente eficazes e adequados ao perfil de cada pessoa que gesta, visando também à prevenção de gravidez indesejada. Caso esta ocorra, é importante que haja estratégias de redução de danos que assegurem a saúde dessas pessoas, que, a despeito de estarem vivenciando uma situação de gravidez indesejada, são detentoras dos mesmos direitos reprodutivos assegurados para todas as pessoas. Sabe-se que todos os métodos contraceptivos possuem falhas, mesmo quando adequadamente utilizados, levando muitas vezes à interrupção da gravidez em condições indignas e inseguras para as mulheres, já que o contexto brasileiro é altamente restrito em relação à legislação sobre aborto. A falta de anticoncepção pós-aborto imediato também tem sido responsável pela dificuldade de prevenção de novos abortamentos. A gravidez não planejada e/ou indesejada fica limitada ao espaço privado feminino, com alcance altamente restrito no campo das políticas públicas. (*Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*, Fiocruz Editora, 2006).

A livre decisão sobre como lidar com a anticoncepção, com o exercício da sexualidade e com a opção de ter ou não filhos continua sendo uma possibilidade remota para a maioria das brasileiras e latinas. As mulheres ainda têm seus direitos reprodutivos submetidos a normas e regulamentos que ignoram os direitos humanos na área da saúde, o que leva à ampliação das estatísticas de morbimortalidade derivadas de agravos, justamente quando tentam exercer seus direitos. Pesquisas qualitativas desenvolvidas por universidades, agências governamentais e organizações não governamentais foram analisadas por D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), evidenciando que, entre as causas da mortalidade materna, parte delas pode ser atribuída à violência cometida pelos profissionais da saúde, afetando o acesso a serviços de saúde, sua qualidade e efetividade.

O abortamento é uma realidade no nosso país e no mundo, acometendo anualmente uma ampla parcela da população feminina. Dados da OMS mostram que a taxa mundial de mortalidade associada ao aborto inseguro é provavelmente 700 vezes maior que as taxas relacionadas com aborto legal nos EUA, e que em certas regiões do mundo esta taxa pode estar elevada em cerca de mil vezes. Na Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2021, estimou-se que aproximadamente uma em cada sete mulheres brasileiras com até os 40 anos já fez pelo menos um aborto na vida, totalizando aproximadamente 5 milhões de mulheres que já realizaram aborto no país: 81% delas têm religião e metade tinham 19 anos ou menos quando realizaram o primeiro aborto. A criminalização não reduziu e não reduz o número de abortos: 21% das mulheres, uma em cada cinco, que abortaram realizaram um segundo aborto. O aborto é um problema de saúde pública que afeta de forma desproporcional mulheres negras, com menor escolaridade, indígenas e que residem em regiões mais pobres do país. (Diniz; Medeiros; Madeiro, A. National, 2023/Mar).

Diante desse cenário, o poder público tem o desafio de reconhecer que as políticas de saúde voltadas para reprodução e sexualidade devem ser consideradas como parte das atribuições de um Estado laico e democrático, e portanto, suas ações devem ser pautadas pela garantia dos direitos da população e, nesse sentido não podem ser formuladas nem implantadas segundo as normas e os preceitos de qualquer religião ou crença pessoal (Ávila, 2003).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A gestação não planejada, e conseqüentemente, em muitos casos, não desejada, é uma realidade nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e saber lidar com essa situação sem julgamentos e de forma empática deve estar no nosso rol de atribuições dos profissionais que atuam nesse contexto. Praticar a medicina respeitando as decisões e os direitos reprodutivos das pessoas que gestam, sem interposição de julgamentos e com abertura ao diálogo, deve fazer parte do cotidiano das equipes de saúde. Um olhar mais atento ao cuidado integral, especialmente das pessoas em situação de maior vulnerabilidade, contribuirá para melhores desfechos em saúde. No entanto, em contextos restritivos, em que o aborto é criminalizado, com raras situações de exceção, o atendimento de pessoas em situação de gravidez indesejada se torna desafiador. A maioria dos profissionais desconhece as possibilidades de atuação nesse contexto, incluindo as estratégias de redução de danos, e não existem guias práticos para amparar as condutas nesses casos. Assim, a proposta deste trabalho tem o intuito de fornecer subsídios, bem como simplificar esse tipo de atendimento, contribuindo para a melhoria do cuidado a essas pessoas e, com isso, alcançar atendimentos que respeitem as decisões e os direitos reprodutivos das pessoas que gestam, reduzindo danos sempre que necessário, o que, em última instância, levará à diminuição da mortalidade materna por aborto inseguro.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

- Compilar e simplificar as informações disponíveis sobre a abordagem de pessoas em situação de gravidez indesejada, para contribuir na melhoria desses atendimentos no contexto da atenção primária à saúde, respeitando as decisões e os direitos reprodutivos das pessoas que gestam.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Revisar publicações que tratam sobre a abordagem da gestação indesejada, incluindo estratégias de redução de danos.
- Sistematizar a informação contida nos materiais revisados para elaborar um guia de orientações.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se da elaboração de um guia prático para profissionais da saúde da APS, voltado para atendimento de saúde das pessoas em situação de gravidez indesejada. Foram revisadas as principais bibliografias que abordam o tema, como guias, cartilhas, livros texto e outros. As referências foram buscadas dentre os documentos das principais organizações que elaboram recomendações para os profissionais da APS: SBMFC, MS e OMS. A revisão dos documentos foi feita de forma a sistematizar e simplificar a informação, tendo-se como ponto de partida o momento de realização do teste rápido de gravidez na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Todos os documentos revisados são de uso público e estão disponíveis em acesso gratuito. No Quadro 1, são apresentados os documentos revisados para elaboração do guia de orientações.

Quadro 1. Referências bibliográficas sobre abordagem da gestação indesejada na Atenção Primária à Saúde

Título do documento	Fonte e ano de publicação
Guia técnico de Teste rápido de gravidez na Atenção Básica do Ministério da Saúde	Ministério da Saúde, 2013
Guia do Pré-Natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)	SES-RS, 2024
Cartilha de Gravidez Indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS), as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar	ANIS - Instituto de Bioética e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2021
Livro Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências	5ª edição, 2022

Fonte: Do autor, 2024

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A seguir, apresenta-se o guia de orientações produzido a partir da compilação e sistematização das informações.

Atendimento de usuárias que vão à UBS com a intenção de realizar teste rápido de gravidez. No atendimento a qualquer pessoa que procure a UBS com a intenção de realizar um teste de gravidez, deve-se considerar (Guia técnico de Teste rápido de gravidez na Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013):

- Respeitar a autonomia e o sigilo. O teste rápido de gravidez pode ser entregue ao paciente ou à parceria sexual, podendo o mesmo ser realizado dentro ou fora da unidade de saúde.
- A entrega do teste rápido de gravidez deve estar associada à realização de orientações sobre possíveis resultados.
- Ofertar espaço de escuta pós-teste para aconselhamento se assim a usuária desejar.
- As orientações devem ser baseadas nos princípios do direito à privacidade, sigilo e confidencialidade.
- Garantir o sigilo profissional. Ao iniciar a intervenção, explicar o que é sigilo profissional. Toda equipe tem que estar ciente sobre a obrigatoriedade do sigilo profissional. Questionar a usuária sobre a existência de dúvidas em relação ao sigilo profissional. Tirar dúvidas, se houver, sobre o sigilo profissional.

Após a realização do teste de gravidez, a conduta será dependente do resultado, conforme segue: (ver guia técnico de Teste rápido de gravidez na Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013):

### **TESTE DE GRAVIDEZ NEGATIVO:**

1. Usuária não tem desejo de gestar: realizar ou encaminhar usuária para consulta de planejamento reprodutivo. Garantir contracepção disponível, segura, eficaz e que respeite as individualidades de cada indivíduo.
2. Usuária com desejo de gestar: encaminhar para consulta de planejamento reprodutivo para abordagem pré-concepcional.

**TESTE DE GRAVIDEZ POSITIVO:**

O atendimento deve ser humanizado, respeitando o sigilo, sem julgamentos.

É importante não presumir que toda gestação é desejada. Evitar parabenizar a pessoa que gesta antes de saber como a mesma se sente com o resultado do teste.

Também, é fundamental não colocar nenhum tipo de intenção de influenciar a decisão da pessoa que gesta.

Convidar a paciente para conversa sigilosa e respeitosa.

1. Paciente tem desejo de manter a gestação: Iniciar ou encaminhar para consulta pré-natal.
2. Paciente não tem desejo de gestar/manter a gestação:

Neste caso, ao verificar sentimentos de hesitação relacionados à gravidez, realizar aconselhamento aprofundado sobre a questão:

- Acolher e abordar medos e expectativas.
- Abordar cuidados durante a gravidez, direitos acerca da gestação, atenção ao pré-natal, assistência ao parto e ao nascimento, rede de proteção social com condições diferenciadas para continuidade dos estudos, licença-maternidade, programas específicos para famílias de baixa renda, utilização de creche, encaminhar para orientação com assistente social da rede de saúde se for o caso, hipóteses de aborto legal e alternativas a uma gravidez não desejada (adoção).
- Orientar que a pessoa converse com alguém de confiança.
- Verificar vulnerabilidades sociais e familiares.
- Oferecer mediação de conflitos pessoais e/ou familiares decorrentes de uma gravidez não planejada.
- Questionar sobre intenção de realizar aborto, sem julgamento ou intimidação.
- Orientar sobre riscos da prática de aborto inseguro e sem assistência.
- SEMPRE encorajar e facilitar retorno.

Se o posicionamento da paciente for de não levar a gestação adiante, assegurar se a situação se enquadra em uma das hipóteses de direito ao aborto previsto em lei.

A seguir, são apresentadas as situações em que o aborto está previsto em lei no Brasil.

**1. Gestação resultante de estupro/violência sexual** (ver o Guia do Pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS) da Secretaria de Estado da Saúde do RS, 2024):

- Avaliar se o ato sexual que resultou em gestação foi consentido, se foi realizado por meio de força física, coerção, coação ou ameaça psicológica, inclusive dentro de relacionamentos afetivos, como casamento, namoro e dentro de relacionamentos familiares. Lembrar que violência sexual vai além da penetração. Caso se perceba a possibilidade de que a gestação seja fruto de violência, explicar o que é violência sexual e de quais formas ela pode se dar, também em relacionamentos conjugais ou familiares. Lembrar que muitas mulheres vivem ou passam por situações de violência e não conseguem identificar que se encontram ou passaram por essa situação.

- Questionar se a pessoa que gesta, no momento do ato sexual estava sob efeito de álcool, drogas ou alguma outra substância que pudesse alterar o seu estado mental, deixando-a sonolenta ou confusa. Nesse caso, configura-se violência sexual por estupro de vulnerável, uma vez que a pessoa sob efeito de substância psicoativa não tem condições de consentir ou não com o ato sexual. Da mesma forma, pessoas com algum tipo de deficiência que influencie na sua capacidade de consentir, também são consideradas vulneráveis e têm direito ao aborto legal, seguindo o mesmo preceito legal.

- Avaliar a compreensão sobre consentimento e/ou assegurar se havia idade adequada para a caracterização do consentimento, lembrando que, no Brasil, relações sexuais com pessoas abaixo de 14 anos configuram crime de estupro de vulnerável, de acordo com o Artigo 217-A do Código Penal. Dessa forma, abordar e ofertar sempre a possibilidade de aborto em meninas/adolescentes com idade inferior a 14 anos que estejam gestantes. O direito ao aborto legal nesses casos independe de ter havido consentimento com a relação sexual ou da idade da pessoa com quem a relação foi mantida.

- Caso se confirme a violência sexual, reafirmar o sigilo profissional e orientar sobre possibilidade de denúncia da violência, se ela desejar, e sobre o direito ao aborto legal. Explicar como se dá o Procedimento de Justificação e autorização da interrupção da gravidez (Portaria nº 2.561/2020), como descrito no quadro 2. Informar sobre a não

obrigatoriedade de denúncia à polícia para o acesso ao aborto legal. Realizar notificação epidemiológica (SINAN) resguardando o direito ao sigilo.

Quadro 2 – Procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos de aborto legal

Termo de Relato Circunstanciado	Descrição detalhada do relato da situação de violência sexual vivenciada. Pode ser escrito livremente pela pessoa que gesta ou organizado em formato de formulário pelo serviço, mas sempre deve ser preenchido e assinado pela pessoa que está solicitando o aborto na presença de dois profissionais da equipe, que também devem assiná-lo.
Parecer Técnico	Deve ser assinado pelo profissional médico da equipe, após avaliação clínica e de exames complementares, atestando a compatibilidade da idade gestacional com a data alegada da violência sexual.
Termo de consentimento Livre e Esclarecido	Consta da declaração da pessoa que gesta, ou de seu representante legal, pela escolha do aborto de modo livre, voluntário, consciente e informado. Também é dada a ciência sobre outras opções, como seguimento da gestação, inserção da criança no sistema de adoção. Este termo deve informar os procedimentos médicos adotados, a assistência que será prestada e o potenciais riscos à saúde.
Termo de Responsabilidade	Informa o enquadramento legal do procedimento e a penalização por crime de falsidade ideológica em caso de não veracidade das informações prestadas, de acordo com o artigo 299 e artigo 124 do Código Penal Brasileiro. Deve ser assinado pela pessoa que gesta ou por seu representante legal.
Termo de Aprovação do Procedimento de Interrupção de Gestação	Informa o consenso da equipe multiprofissional sobre a realização do aborto solicitado, após a finalização da avaliação médica e psicossocial. Deve ser assinado por pelo menos três profissionais de diferentes áreas do serviço e não pode estar em desacordo com a conclusão do parecer técnico.

Fonte: Portaria nº 2.561/2020

- Avaliar a situação de segurança da paciente. Se ela segue em risco de violência, elaborar planos para garantir a sua segurança e considerar, quando adequado, envolver outros órgãos de suporte, como defensoria pública, ministério público local, casas de acolhimento, etc.

- Ofertar acompanhamento multiprofissional e rede de proteção social.

Outros pontos relevantes:

- Para crianças e/ou adolescentes menores de 14 anos, mesmo o ato sexual sendo consentido, a criança e/ou adolescente tem direito ao aborto legal e seguro já que, qualquer relação sexual com menores de 14 anos é considerado por lei estupro de vulnerável. Pelo código penal, pessoas com essa idade não têm capacidade legal para consentir sobre o ato sexual. Na situação em que a parceria também seja menor de 14 anos, a lei entende que ambos não têm condições de entender todas as consequências de uma gestação e assim garante a interrupção da gravidez.

- O atendimento inicial pode ser realizado apenas com a pessoa menor de idade, sem acompanhamento de um responsável, já que o ECA garante que toda criança e adolescente tem direito ao atendimento com garantia de privacidade, segredo e confidencialidade. Em caso de violência sexual, a notificação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Juventude é obrigatória. A comunicação sobre a situação de saúde aos pais ou responsáveis deve ser encorajada, desde que haja segurança de que essa comunicação não acarrete em outras violações de direitos da adolescente.

- O responsável designado pela criança e/ou adolescente deve ser acionado para manutenção do cuidado e segurança do menor. A notificação ao conselho tutelar deve ser realizada para o devido acompanhamento do caso, devendo-se explicar que a família será contatada por eles. Se a adolescente quiser manter a gestação, a mesma deverá ser encaminhada para consulta pré natal.

- Se a criança e/ou adolescente optar pelo aborto, um adulto responsável deve confirmar essa decisão. Se há discordância entre as partes, levar em consideração o desejo da criança e/ou adolescente, acionando a defensoria pública para acompanhamento do caso, pois a vontade da pessoa sendo cuidada sempre deve ser respeitada.

- Explicar sobre a não obrigatoriedade de fazer Boletim de Ocorrência (BO) ou ir ao Instituto de Medicina Legal (IML) para ter direito ao aborto legal. A palavra da pessoa que gesta relatando a violência é suficiente para levar adiante o Procedimento de

Justificação e autorização da interrupção da gravidez. Só a pessoa que gesta pode determinar se quer ou não fazer a denúncia. Se o serviço de assistência alegar necessidade das formalidades citadas anteriormente, a pessoa que solicita o aborto legal pode acionar a defensoria pública para dar seguimento ao requerimento.

## **2- Feto anencefálico ou qualquer outra malformação incompatível com a vida:**

A antecipação do parto em caso de anencefalia pode ser solicitada, sem necessidade de autorização judicial, à rede pública de saúde junto à apresentação de laudo assinado por dois médicos (as). Nos casos de outras malformações fetais incompatíveis com a vida, o Superior Tribunal de Justiça já conferiu interpretação extensiva à ADPF n. 54 (que possibilitou a interrupção de gestações de fetos anencéfalos) para permitir que abortamentos fossem feitos de forma legal nesses casos também. Diante de tal entendimento, é possível que a paciente seja encaminhada ao serviço de aborto legal sem que haja necessidade de autorização judicial para que seja submetida ao procedimento. Recomenda-se, todavia, informar a paciente de antemão acerca da possível recusa do serviço e da obtenção de autorização judicial específica e, nesses casos, orientá-la para a busca de suporte via Defensoria Pública ou Ministério Público local (Brasil. Ministério da Saúde. Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos, 2014).

## **3- Risco de vida para a pessoa que gesta:**

Quando a gravidez representa risco à vida ou à saúde da pessoa que gesta, deve ser apresentado um laudo com o parecer de dois médicos, sendo um deles especialista em ginecologia-obstetrícia, contendo a descrição detalhada do quadro clínico e o seu impacto na saúde da pessoa gestante, embasando a recomendação de aborto em evidências científicas. Lembrando que o risco de morte da mulher não precisa ser necessariamente iminente para que se garanta o direito ao aborto legal, como os exemplos a seguir: neoplasia maligna que requer tratamento, hipertensão arterial crônica grave com lesão de órgão-alvo, diabetes mellitus avançado com dano orgânico, entre outras patologias maternas que coloquem em risco ou gerem dano grave e permanente à vida da mulher (Protocolo Febrasgo-Ginecologia, n.69. Interrupção da gravidez com fundamento e amparo legais, 2021). Nesses casos, os profissionais de saúde farão uma avaliação técnica acerca do risco à saúde da pessoa grávida.

Para os casos que se enquadram nas condições de aborto é legal, encaminhar para os serviços de referência disponíveis no município de Porto Alegre (em cada local, os serviços de referência mais próximos deverão ser de conhecimento das equipes):

- Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Endereço: Av. Independência, 661, Porto Alegre. Telefone: (51) 3289-3000).
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Endereço: R. Ramiro Barcellos, 2350. Telefone: (51) 3359-8000.
- Hospital Conceição - R. Francisco Trein, 596, Porto Alegre. Telefone: (51) 3357-2000).
- Hospital Fêmeina - Av. Mostardeiro, 17, Porto Alegre. Telefone: (51) 3314-5200).

Não existe obrigatoriedade de documento de encaminhamento para esses serviços, pois os mesmos operam em regime de “porta aberta”. No entanto, é recomendável que a equipe da APS avalie a possibilidade de entrar em contato com o serviço de referência, por telefone, para adequações no encaminhamento, esclarecimento de dúvidas e proteção da pessoa que gesta, especialmente no caso de pessoas vulnerabilizadas.

Se a pessoa que está grávida não se encontra nas possibilidades permitidas por lei para acessar o aborto legal e mesmo assim não deseja manter a gestação, devemos trabalhar na perspectiva da redução de danos<sup>1</sup>, valendo-nos dos seguintes princípios:

- Empatia, neutralidade, cientificidade e respeito à diversidade;
- Promoção dos princípios dos direitos humanos: todos e todas têm direito a cuidados dignos e sem preconceito;
- Direito à informação integral e acessível;
- Ética e profissionalismo em saúde: não maleficência; beneficência, justiça e autonomia.

Quando a pessoa que gesta não deseja ter a criança e pensa em aborto, o profissional da APS deve estabelecer uma relação de confiança e respeitar o posicionamento e a decisão da

---

<sup>1</sup>Conjunto de intervenções que reduzem os efeitos negativos de certos comportamentos em relação à saúde, sem necessariamente eliminar completamente esses comportamentos. HAWK, M; COULTER, R. W. S.; EGAN, J. E. et al. Harm reduction principles for healthcare settings. Harm Reduct J, v. 14, p. 70, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4>.

pessoa, acolhendo angústias e as razões pelas quais a decisão foi tomada, sem julgar moralmente. Permitir que a pessoa que gesta reflita sobre os motivos de não desejar a criança para auxiliá-la a pensar sobre suas escolhas, ajudando na compreensão das consequências do aborto em sua vida. Oferecer os cuidados em saúde necessários nesse momento de extrema vulnerabilidade e explicar as possibilidades de falhas de métodos anticoncepcionais. Questionar o que a pessoa pretende fazer em relação à gestação. A intervenção neste ponto tem a intenção de evitar que a pessoa que gesta não tome nenhuma atitude desesperada que coloque sua vida em risco.

Explicar sobre a possibilidade de entregar a criança para adoção após o parto (Lei Federal 13.509, de 2017) e que isso pode ser articulado durante o pré natal. A paciente deverá ser informada sobre esse direito e orientada a procurar o Conselho Tutelar local.

Explicar que interromper a gestação por decisão da pessoa que gesta é crime no Brasil e a pessoa pode ser responsabilizada e criminalizada. Explicar que a lei não permite que profissionais da saúde possam prescrever ou fornecer medicamentos ou acompanhar a pessoa que gesta no momento do abortamento, mas podem informar sobre como o procedimento é feito e como evitar e lidar com incômodos causados pelo processo de abortamento, ou seja, dar orientações que protejam a saúde da pessoa que gesta.

#### **4.3 O que fazer para reduzir danos caso a pessoa que gesta decida praticar o aborto?**

Sendo a gestação indesejada e não enquadrada nos critérios garantidos por lei e tendo a pessoa que gesta expressado que está decidida a realizar o aborto, o profissional de saúde deve informar estratégias para redução de danos (Cartilha de gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde, 2021). Para isso, é importante estar em posse de informações como:

- Idade gestacional;
- Circunstâncias em que se deu a gestação (se ocorreu enquanto se utilizava algum método contraceptivo);
- Se há gestações ou abortos anteriores;
- Se há suspeita de gravidez ectópica ou gestação molar;
- Se há condições pré-existentes graves ou instáveis: anemia, antecedentes de transtornos da coagulação ou tratamento com anticoagulante;
- Se há histórico de reações alérgicas a medicamentos;
- Se o interesse em interromper a gestação é genuinamente da pessoa que gesta (caso se perceba que há alguma forma de pressão ou coerção, elucidar a paciente sobre

a possibilidade de tratar-se de violência sexual ou outro tipo de violência passível de denúncia às autoridades).

As orientações devem ser realizadas de forma imparcial, para não interferir indevidamente na vontade da pessoa que gesta e para preservar sua autonomia. Para isso, deve-se deixar claro sobre os riscos do aborto ilícito e inseguro, inclusive os impedimentos legais, para que a pessoa que gesta tome uma decisão consciente e de fato informada. Deve-se atentar a fornecer orientações baseadas em evidências e nas melhores práticas sobre planejamento familiar e saúde reprodutiva, ofertar espaço aberto à reflexão e propício à tomada de decisão livre e informada, informações baseadas em evidências sobre riscos do aborto ilegal e inseguro (hemorragia, infecção e até óbito), sobre sintomas de alerta, garantia de cuidados caso necessite, informações sobre a segurança e a efetividade do aborto medicamentoso feito em condições seguras, informações sobre métodos contraceptivos existentes e disponíveis gratuitamente no Sistema Único de Saúde, informações sobre a rede de proteção social e de direitos acerca da gestação e ofertar mediação de conflitos.

É necessário que a pessoa que gesta receba todas as informações capazes de evitar riscos, tais como: o atual estágio de sua gestação, a forma de se computar as etapas gestacionais e os sintomas e riscos de cada fase da gravidez; danos à saúde provocados pela interrupção da gestação realizada de maneira inadequada, no intuito de evitar posteriores complicações ou até óbito. O uso de métodos sem comprovação científica deve ser desaconselhado.

De acordo com o documento “Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres”, do Ministério da Saúde, recomenda-se:

- Orientar a paciente sobre as consequências e fatores relacionados a um abortamento inseguro: clínicas não equipadas, profissionais não capacitados, método empregado, idade gestacional;

- Conversar e orientar acerca dos métodos que colocam a vida das mulheres em maior risco, como:

- inserção de substâncias cáusticas ou objetos (raiz, galho, cateter) no útero;
- dilatação e curetagem feitas de forma incorreta por profissional não capacitado;
- ingestão de preparos caseiros;
- aplicação de força externa;

- ausência de condições mínimas de segurança para o uso do Misoprostol, como hipersensibilidade à medicação, cesárea anterior, cirurgia uterina prévia, paciente asmática, uso concomitante com ocitocina, placenta prévia, caso em que o uso do medicamento deverá ser desaconselhado.

Pode ser recomendada à paciente a leitura dos seguintes documentos: Protocolo do Misoprostol do Ministério da Saúde, que assegura a segurança e a eficácia do fármaco para a interrupção de gestações; Norma Técnica de Atenção ao Abortamento Humanizado (p. 35); o Guia da OMS para o abortamento seguro (p. 4); documento “Misoprostol sozinho – Regimes Recomendados 2017”, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), que traz esquemas de uso do Misoprostol (p. 365 e na figura 1); e, por fim, da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que elucida o procedimento de abortamento (p. 76).

Quadro 3 - Métodos recomendados para abortamento medicamentoso

<b>TIPO DE TRATAMENTO</b>	<b>IDADE GESTACIONAL (TEMPO DESDE A ÚLTIMA MENSTRUACÃO)</b>	<b>REGIME DE TRATAMENTO</b>
Misoprostol + Mifepristona	< 12 semanas	Mifepristona 200 mg, via oral + misoprostol 800 µg, 24-48 horas mais tarde, administrado por via vaginal, sublingual ou bucal*
	≥ 12 semanas	Mifepristona 200 mg, via oral + misoprostol 400 µg, 24-48 horas mais tarde Doses subsequentes de misoprostol 400 µg podem ser administradas por via vaginal, sublingual ou bucal, de 3/3 horas*
Misoprostol isolado	< 12 semanas	800 µg administrados por via vaginal, sublingual ou bucal*
	≥ 12 semanas	400 µg administrados por via vaginal, sublingual ou bucal, de 3/3 horas*

Fonte: World Health Organization, 2018

\*Doses repetidas de misoprostol podem ser consideradas quando necessário para o êxito do processo de abortamento. O guia da OMS não estipula um número máximo de doses subsequentes e orienta que os profissionais de saúde tenham cautela e usem julgamento clínico para definir o número máximo de doses de misoprostol em gestantes com incisão uterina prévia. A ruptura uterina é uma complicação rara, mais frequente em idade gestacional avançada.

Cabe a observação de que, no Brasil, o medicamento Mifepristona não está disponível, de forma que o abortamento medicamentoso é realizado com Misoprostol isolado nos serviços de aborto legal.

Informar a paciente sobre a existência de organizações que trabalham para reduzir riscos de um aborto feito fora das hipóteses legais também contribui para uma prática médica ética que reduz danos à saúde, assegura a autonomia das mulheres e garante direitos fundamentais. Cuidar para que as orientações passadas, além de imparciais, não configurem prescrições da ou do profissional de saúde. Nesse sentido, aconselha-se informar a paciente sobre como obter tais informações, ao invés de nomear expressamente serviços e contatos.

Recomenda-se que sejam registradas em prontuário apenas as informações relevantes para o cuidado e que toda a comunicação com a paciente possa ser mantida protegida pelo sigilo. A tipificação do aborto como crime (art. 124 do Código Penal) também deve ser alertada à paciente.

Para evitar riscos de novas gestações não planejadas e abortos inseguros, é de extrema importância alertar para o uso de métodos contraceptivos. Recomenda-se avaliação adequada, inclusive com averiguação do histórico em contracepção da paciente, para poder já orientá-la para o uso daquele que melhor se adapta às suas necessidades, considerando fatores individuais e contexto de vida no momento da orientação.

Caso haja acompanhamento psicológico no serviço de saúde ou em outra localidade, realizar o encaminhamento.

Orientar a usuária a não aceitar medicamentos injetáveis e nem comprimidos que não consiga identificar o que são. Orientar que a forma mais segura de realizar o abortamento, quando o mesmo está fora dos casos previstos em lei, é com o uso do misoprostol, mais conhecido como Cytotec, lembrando que no Brasil este medicamento é encontrado apenas em hospitais ou no mercado clandestino. O misoprostol tem seu uso clínico voltado para úlceras gástricas, controle de hemorragias pós-parto e indução de partos, além de casos de abortamentos incompletos e de abortamentos legais. Sua venda é proibida, por isso é preciso ter cuidado ao tentar comprar de pessoas que o vendem de forma ilegal, pois o mesmo pode ter sido adulterado, podendo causar danos ou não oferecer o efeito desejado. O remédio pode ser utilizado deixando-o dissolver embaixo da língua, ou entre a bochecha e a gengiva, ou pela via vaginal. É preciso escolher uma dessas vias e mantê-la até o final do processo. No caso de interrupção da gestação não prevista em lei, costuma-se recomendar o uso do remédio embaixo da língua ou na bochecha. Algumas horas após começar com a medicação, é costumeiro a pessoa apresentar cólica e sangramento, como se fosse uma menstruação intensa, que pode durar

algumas horas ou se prolongar por alguns dias, sendo um efeito esperado. Pode haver também enjoo, diarreia, calafrios e febre baixa de curta duração. Para alívio da dor, analgésicos comuns e anti-inflamatórios como o Ibuprofeno (se não houver alergia ou alguma contraindicação) e compressas mornas na barriga são uma boa solução. Hidratar-se com frequência com água, sucos ou chás também pode ajudar. É importante estar alerta aos sintomas. Se a pessoa tiver um sangramento muito intenso, que encharca dois absorventes noturnos por hora durante duas horas consecutivas e/ou que a deixa fraca, com a sensação de pressão baixa, é sinal para procurar imediatamente atendimento médico, informando que está grávida, mas que começou a ter um sangramento. Se apresentar corrimento com cheiro forte e desagradável, dor intensa na barriga que não passa, febre que dura mais de 24 horas, ou algum outro sintoma que não melhora, também é preciso procurar atenção médica imediata, informando que teve uma gravidez diagnosticada e todos os sintomas que está sentindo. Não é necessário informar o que foi realizado e com qual pretensão. O aborto farmacológico e o aborto espontâneo acontecem da mesma maneira no corpo da mulher.

O retorno ao serviço de saúde sempre deve ser encorajado, pois deve-se garantir à pessoa que realizou o aborto todos os cuidados no período pós-abortamento. Se disponível e caso necessário, a usuária também deve ter acompanhamento psicológico ou de qualquer outro profissional, conforme cada situação. Após o abortamento, deve-se orientar sobre método anticonceptivo altamente eficaz, preferentemente de longa duração, para prevenção de novas gestações indesejadas.

É importante ressaltar que a atuação dos profissionais na perspectiva da redução de danos está respaldada pelos códigos de ética profissional, tanto da Medicina quanto da Enfermagem. A bioética tem sido utilizada como ferramenta para orientar a discussão das políticas de saúde e a conduta profissional de trabalhadores desse setor, tendo como princípios básicos no acolhimento a gestação indesejada a autonomia, beneficência, justiça e equidade (Duncan; Schimidt; Giugliani, 2022). O Código de Ética Médica coloca como princípios fundamentais ao exercício da profissão: agir em benefício à saúde do ser humano com o máximo de zelo e o máximo de sua capacidade profissional, usar o melhor do progresso científico em benefício do seu paciente, guardar absoluto respeito pelo ser humano e atuar sempre em seu benefício. Dentre as responsabilidades profissionais, é vedado ao médico “permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos, (...) interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade”(Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, 2010).

No capítulo referente aos direitos humanos, postula-se que é vedado ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”, e no tocante à relação com pacientes e familiares, é vedado ao médico “Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”(Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, 2010).

Ferimos nossa ética profissional quando omitimos informações relevantes e cientificamente embasadas que podem salvar a vida de uma mulher que está decidida a abortar e que, para isso, vai recorrer a métodos muitas vezes perigosos. Da mesma forma, constitui quebra de sigilo médico a denúncia às autoridades policiais de mulheres que provocaram aborto, apesar de esta ainda ser uma prática frequente em hospitais brasileiros (Giugliani, 2019, p.9).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Espera-se que este guia de orientações ajude a simplificar e operacionalizar o atendimento das pessoas que gestam em situação de gravidez indesejada para os profissionais assistentes da APS., de maneira prática e com o máximo respeito às individualidades de cada pessoa. Assim, espera-se melhorar desfechos clínicos, a partir da qualificação do acompanhamento dessas pessoas, com a prática da redução de danos de forma oportuna sempre que necessária.

## REFERÊNCIAS

1. ADESSE, L. Assistência à Mulher em Abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. Em: Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2012.
2. Anis – Instituto de Bioética. Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar / Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. – Brasília : Letras Livres, 2021. 64 p.
3. ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Caderno de Saúde Pública, v.19, n.suppl 2, p. D465-S469, 2003.
4. BEARAK, J. et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. The Lancet Global Health, v. 8, n. 9, 22 jul. 2020.
5. Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos : norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 52 p. – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; Caderno n. 11).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed., 2. reimp – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 60 p.: il. – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; Caderno nº 4).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico, 2013.
12. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
13. DESLANDES, S.F., comp. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, 414 p. Criança, mulheres e saúde collection. ISBN 978-85-7541-329-6.  
<https://doi.org/10.7476/9788575413296>.
14. DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO, A. National Abortion Survey – Brazil, 2021. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2023/Mar).
15. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas e DINIZ, Simone Grilo e SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violence against women in health-care institutions: an emerging problem**. Lancet, v. 359, p. 1681-1685, 2002 Tradução . . Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08592-6). Acesso em: 29 abr. 2024.
16. DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R. J. . Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
17. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção gestacional prevista em Lei. Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. Protocolo Febrasgo – Ginecologia, n. 69. São Paulo: Febrasgo, 2021.
18. Giugliani C, Ruschel AE, Silva MCB, Maia MN, Oliveira DOPS. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1791. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1791](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791)
19. HAWK, M; COULTER, R. W. S.; EGAN, J. E. et al. Harm reduction principles for healthcare settings. Harm Reduct J, v. 14, p. 70, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4>.
20. INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. Misoprostol sozinho. Regimes Recomendados. 2017.
21. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018.
22. MORRIS, J. L; WINIKOFF, B; DABASH, R; WEEKS, A; FAUNDES, A.; GEMZELL-DANIELSSON, K.; et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. International Journal of Gynecology & Obstetrics. set. 2017.
23. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013.

24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]. Genebra; 2022.
25. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde (org.). **Guia do Pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)**. Porto Alegre, 2024. 95 p. Disponível em: <https://admin.atencaobasica.rs.gov.br/upload/arquivos/202402/08135703-guia-do-pre-natal-2024-5.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2024.
26. S. Bellizzi, P. Mannava, M. Nagai, H.L. Sobel, Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries, *Contraception*, Volume 101, Issue 1, 2020, Pages 26-33.
27. Wender MCO, Machado RB, Politano CA. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras. *Femina*. 2022;50(3):134-141.