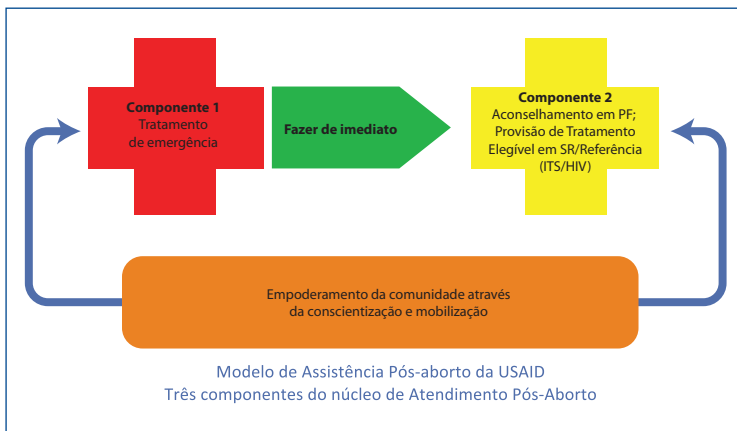


Planeamento Familiar Pós Aborto

Qual é a prática de grande impacto comprovada na provisão de serviços de planeamento familiar?

Fornecer aconselhamento e serviços de planeamento familiar, ao mesmo tempo e no local onde as mulheres recebem serviços relacionados com o aborto espontâneo ou induzido.



Contexto

Clientes de pós-aborto são mulheres e raparigas com uma necessidade evidente de planeamento familiar. Mesmo que uma mulher pretenda ter um filho imediatamente, as orientações da OMS recomendam que ela espere pelo menos seis meses após um aborto, antes de engravidar novamente (OMS, 2006). A Assistência pós-aborto (APA) inclui três componentes: (1) Tratamento de emergência para complicações de aborto espontâneo ou induzido; (2) Aconselhamento e provisão de serviços de planeamento familiar, avaliação e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis (ITSs), bem como aconselhamento e/ou encaminhamento para o teste de HIV a mulheres no pós-aborto, onde os recursos financeiros e humanos estejam disponíveis; e (3) capacitação da comunidade através da conscientização e mobilização comunitárias (USAID, 2004). Fortes evidências demonstram a viabilidade, aceitabilidade e eficácia de provisão de serviços de planeamento familiar, no mesmo tempo e local dos serviços pós-aborto. Apesar desta evidência, muitas clientes na situação de pós-aborto abandonam as unidades de saúde sem que os provedores lhes ofereçam aconselhamento ou serviços de planeamento familiar. Este sumário centra-se na importância de fortalecer o planeamento familiar como um componente integral dos serviços pós-aborto e mostra como ele pode contribuir para os programas nacionais.

“Se a mulher que tratamos por complicações pós-aborto está lá porque ela não conseguiu contraceção, erramos em relação a ela. Se ela sai sem planeamento familiar, erramos duas vezes.”

– Verme, 1994

O planeamento familiar pós-aborto é uma das várias práticas de grande impacto (PGIs) no planeamento familiar identificadas por um grupo técnico consultivo de especialistas internacionais. Quando ampliadas e institucionalizadas, as PGIs vão maximizar os investimentos em uma estratégia global de Planeamento familiar (USAID, 2011). Para mais informações sobre outras PGIs, veja <https://www.fphighimpactpractices.org/overview/>.

Porque esta é Prática importante?

Abortos— seguros e inseguros — e hemorragias ou abortos espontâneos são comuns. Em 2008, 21% das gestações, ou 44 milhões, foram voluntariamente interrompidas em todo o mundo. Quase metade das interrupções foram consideradas inseguras (Sedgh et al., 2012). Estima-se que 25% de todas as gestações resultam em aborto durante as primeiras seis semanas (Wilcox et al., 1999).

A necessidade não atendida de planejamento familiar é elevada entre as clientes de assistência pós-aborto. Uma revisão de pesquisas de APA de 10 estudos constatou que, em média, quase 20% das clientes pós-aborto relatam ter tido um anterior aborto induzido. Entre cinco estudos, mais de um quarto (27%) das clientes de APA desejava esperar mais de dois anos para ter mais filhos. Além disso, mais da metade das clientes de APA manifestaram interesse em usar a contraceção (10 estudos), mas apenas cerca de um quarto (27%) saíram do estabelecimento de saúde com um método contraceptivo (6 estudos) (Kidder et al., 2004).

O aborto inseguro é um dos principais contribuintes para a morbidade e mortalidade materna nos países em desenvolvimento. Apesar dos esforços globais, em 2008, 47 mil mulheres morreram por complicações do aborto inseguro, e a percentagem de mortes maternas atribuídas ao aborto inseguro permanece inalterada em 13% em todo o mundo (OMS, 2011). Consequências do aborto inseguro podem ser mais graves para os mais desfavorecidos. Diversos estudos documentam altas taxas de complicações e mortalidade por aborto inseguro entre as mulheres de baixo nível socioeconômico (Briozzo et al., 2004; Chowdhury et al., 2007; Gasman et al., 2006; Korejo et al., 2003). Em 2008, quase todos os abortos na África eram inseguros (Sedgh et al., 2012) e 41% dos abortos inseguros em regiões em desenvolvimento foram entre mulheres jovens de 15 a 24 anos (Shah and Ahman, 2012).

As mulheres estão em risco de gravidez quase que imediatamente após o aborto. A fertilidade retorna uma semana logo após um aborto (Wilcox et al., 2000). Serviços de planejamento familiar fornecidos em tempo podem evitar uma subsequente gravidez não planejada.

O espaçamento entre gestações é importante para a saúde das mulheres e das crianças. Depois de um aborto espontâneo ou induzido, as mulheres devem esperar pelo menos seis meses antes de engravidar novamente para reduzir a incidência de anemia materna, rotura prematura de membranas, baixo peso à nascença e parto prematuro na próxima gravidez (OMS, 2006).

Qual é o impacto?

O planejamento familiar pós-aborto aumenta a aceitação da contraceção em situações variadas. Estudos realizados em diferentes regiões do mundo têm demonstrado aumentos na proporção de clientes pós-aborto que saem um estabelecimento de saúde com o método contraceptivo de sua escolha depois de reforçar a componente do planejamento familiar de APA (Observe o quadro 1, próxima página).

O planejamento familiar pós-aborto reduz a gravidez não planejada e a repetição do aborto. Estudos demonstram que a provisão de serviços de planejamento familiar como parte da assistência pós-aborto pode aumentar o uso de contraceptivos e reduzir abortos repetidos. Por exemplo, no Zimbábue, na prática-padrão, os clientes de aborto tinham de obter contraceptivos a partir de um estabelecimento de saúde materno-infantil próximo, mediante pagamento de uma taxa. Um estudo constatou que clientes recebendo serviços-padrão de APA eram três vezes mais propensas a experimentar uma gravidez não planejada no prazo de 12 meses após um aborto, do que clientes de APA que foram oferecidos serviços de planejamento familiar na enfermaria e métodos de graça, após ajustes quanto ao estado civil, desejo de ter outro filho, e anterior uso de contraceptivos (Johnson et al., 2002). Implementadores do programa notaram que o fornecimento de aconselhamento adicional em Planejamento Familiar em visitas de acompanhamento também foi um fator importante na redução de abortos repetidos (Johnson et al., 2002; Savelieva et al., 2003).

Tabela 1. A percentagem de clientes de APA que recebem um método anticoncepcional antes e depois de serviços de planeamento familiar foi reforçada.

País (N/N*)	Pré-intervenção (n)	Pós-intervenção (n*)	Referência
Argentina (205/209)	40% (82)	65% (134)	Romero et al., 2010
Burkina Faso (330/456)	57% (188)	83% (378)	Frontiers, 2000
Camboja (1085/1970)	15% (158)	40% (792)	Delvaux et al., 2008
Etiópia (2301/2231)	31% (709)	78% (1746)	Alemayehu et al., 2009
Gana (-/323)	-	52% (168)	Billings et al., 1999
Quênia ¹ (481/319)	<1% (3)	48% (154)	Solo et al., 1999
Malawi (-/464)	-	80% (373)	Lema and Mpanga, 2000
Nepal (-/282)	-	70% (194)	Malla et al., 1997
Peru ² (99/102)	31% (31)	59% (60)	Benson and Huapaya, 2002
Senegal (318/543)	10% (32)	25% (138)	CEFOREP, 1998
Tanzânia ³ (-/752)	-	70% (525)	Wanjiru et al., 2007
Tanzânia (-/788)	-	90% (708)	Rasch et al., 2004
Turquia (-/342)	-	81% (277)	Ortayli et al., 2001
Turquia (4100/3623)	65% (2665)	98% (3514)	Senlet et al., 2001
Zimbabwe (903/1009)	34% (307)	92% (928)	Mahomed et al., 1997

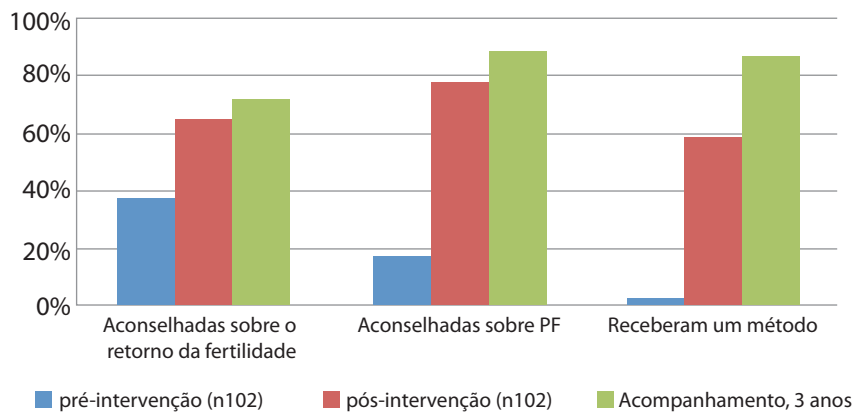
N/N*: Tamanho total de amostra de grupos de pré-intervenção e pós-intervenção, respetivamente

n/n*: Número de mulheres em grupos de pré-intervenção e pós-intervenção recebendo um método contraceptivo, respetivamente

- Medidas de utilização de contraceptivos pré e pós-intervenção foram calculadas entre todos os clientes de APA para serviços de planeamento familiar fornecidos pelo: (1) pessoal de ginecologia em enfermaria de ginecologia, (2) pessoal da clínica de planeamento familiar em enfermarias de ginecologia, e (3) fornecedor externo em uma clínica de planeamento familiar.
- Resultados da pré-intervenção incluem um pequeno número de mulheres que receberam um método no prazo de 30 dias após a saída do hospital. Os pesquisadores relatam na fase de pré-intervenção que “a maioria [das mulheres] passou pela clínica de planeamento familiar imediatamente após a alta, mas antes de sair o hospital.” Os resultados pós-intervenção incluem apenas as mulheres que receberam um método antes da baixa.
- Duas unidades foram retiradas da análise, porque elas não fornecem aconselhamento e métodos de planeamento familiar no local.

Planeamento familiar pós-aborto melhora a sustentabilidade e institucionalização da orientação em planeamento familiar pós-aborto e serviços ao longo do tempo. No Peru e na Turquia, os estudos mostram que as instituições que fortaleceram o componente de planeamento familiar da APA têm sustentado ou melhorado aconselhamento e serviços de planeamento familiar mesmo depois da assistência técnica terminar (Benson and Huapaya, 2002; Senlet et al., 2001). No Peru, mais de 80% de clientes pós-aborto recebeu um método antes de sair da instalação três anos após o término da assistência técnica inicial (observe a Figura 1).

Figura 1. Percentagem de clientes da APA recebendo serviços de planeamento familiar antes de sair da unidade de saúde, Peru



Fonte: Benson and Huapaya, 2002

Como fazer: Dicas de implementação

- **Fornecer serviços de planejamento familiar, ao mesmo tempo e local que uma mulher recebe os serviços pós-aborto.** Isso conduz a uma maior aceitação da contraceção do que quando as mulheres são encaminhadas para serviços de contraceção e suprimentos. Um estudo realizado no Quênia, que testou três modelos de fornecimento de planejamento familiar pós-aborto constatou que fornecer aconselhamento e métodos sobre planejamento familiar na enfermaria foi o modelo mais eficaz, aceitável e viável (Solo et al., 1999). Estudos no Camboja e na Tanzânia também constataram que clientes de APA servidas em instalações com serviços de planejamento familiar no local, foram significativamente mais propensas a aceitar um método contraceptivo em comparação com as clientes atendidas em instalações que remetem para os serviços de planejamento familiar (McDougall et al., 2009; Wanjiru et al., 2007). Orientações de planejamento familiar indicam que, “ajudar uma mulher a iniciar um método contraceptivo eficaz é uma tarefa essencial na assistência pós-aborto, e não deve ser adiada para uma consulta de acompanhamento” (Hatcher et al., 2009, p. 666).
- **Proporcionar um ambiente de serviço que protege a dignidade das mulheres que procuram atendimento pós-aborto.** Tomar as medidas necessárias, tais como a formação do provedor e clarificação de exercício de valores, para garantir que as mulheres sejam tratadas com respeito, e para evitar a estigmatização e a negligência.
- **Assegurar o acesso equitativo aos serviços de planejamento familiar, independentemente do método de esvaziamento uterino usado.** Os contraceptivos que podem ser usados após o tratamento cirúrgico ou médico de esvaziamento uterino são os mesmos, e a maioria pode ser iniciado no dia do tratamento de um aborto incompleto com algumas exceções.¹ Algumas evidências sugerem que as clientes pós-aborto são mais ou menos propensas a ser receber aconselhamento sobre planejamento familiar e serviços, dependendo do método de esvaziamento uterino que recebem (Nielsen et al., 2009). É importante que todos os prestadores de serviços e estabelecimentos de tratamento de mulheres por aborto incompleto ofereçam aconselhamento imediato no local de planejamento familiar e serviços como parte integrante de assistência pós-aborto (Rasch et al., 2004), independentemente do método de esvaziamento uterino.
- **Considere os custos da cliente e motivação.** Em Perm, na Rússia, um estudo constatou que o custo financeiro de um aborto para uma mulher era significativamente mais baixo do que o custo do uso de contraceção por um ano (Savelieva et al., 2003). Estes resultados não tomam em conta os custos sociais ou o aumento dos encargos financeiros e de tempo no sistema de saúde. No entanto, eles indicam a importância de fornecer aconselhamento de qualidade para melhor compreender a motivação pessoal e custos financeiros e sociais, a fim de promover o poder de tomada de decisões informadas sobre as suas escolhas contraceptivas pós-aborto.
- **Oferecer uma ampla gama de métodos contraceptivos.** De acordo com a orientação da OMS, no período pós-aborto imediato, se não houver complicações, as mulheres podem usar com segurança uma gama completa de métodos contraceptivos, incluindo os preservativos, espermicidas, contraceptivos orais, pílulas contraceptivas de emergência,

Considerações para a extensão em escala

No âmbito da ampliação e institucionalização das PGLs, certifique-se de planejar as mudanças necessárias em:

- Financiamento
- Políticas e diretrizes, em especial para compartilhamento de tarefas
- Sistemas de informação sanitária
- Necessidades de logística e abastecimento
- Sensibilização da comunidade
- Comunicação em saúde
- Supervisão
- Formação

¹ Um DIU pode ser inserido imediatamente após um aborto induzido. No caso de complicações pós-aborto, o DIU pode ser inserido após a exclusão de infecção e/ou lesões no trato genital. Depois do tratamento médico (misoprostol), recomenda-se a inserção do DIU depois que houver certeza razoável de que a mulher não está mais grávida. Laqueadura tubária, que deve ser decidida com antecedência, pode ser feita no dia da intervenção cirúrgica do útero, a menos que haja infecção ou severa perda de sangue. Não existem dados disponíveis para o momento da laqueadura depois do tratamento misoprostol; recomenda-se que seja agendado para uma visita de acompanhamento.

injetáveis, implantes, DIUs, e esterilização masculina e feminina² (OMS, 2010). Oferecendo uma vasta gama de métodos tende a aumentar o uso do planejamento familiar. Em Honduras, após a introdução de uma ampla gama de métodos contraceptivos, a percentagem de clientes de APA que saem com um método, aumentou de 13% para 54% (Medina et al., 2001). No Camboja, a probabilidade prevista de uma cliente que sai com um método contraceptivo foi significativamente maior em unidades de saúde que oferecem mais de quatro métodos do que naquelas que oferecem 1-3 métodos (42% versus 14%, respetivamente) (McDougall et al., 2009).

- **Conectar clientes a uma fonte de contraceptivo contínuo e apoio contínuo.** Depois de iniciar um método contraceptivo, garanta que as mulheres estejam ligadas a uma provisão contínua de anticoncepcional e apoio para ajudar na continuação do contraceptivo. Os profissionais devem também dar às mulheres materiais de informação, educação e comunicação (IEC) que incluem instruções sobre como usar o seu método preferido.
- **Promover a provisão de serviços de APA por provedores de nível médio.** Vários países, como Quênia, Moçambique, Nepal, Senegal, Tanzânia e Uganda, têm demonstrado que, provedores de nível médio, competentes e treinados podem fornecer serviços de APA com segurança, incluindo o tratamento de emergência, utilizando a aspiração manual ou misoprostol, aconselhamento sobre planejamento familiar e prestação de métodos e aconselhamento sobre DTSs, HIV/SIDA, e nutrição. Provedores de nível médio, como parteiras e enfermeiras, são mais acessíveis às mulheres em áreas remotas ou carentes em comparação com os médicos. Além disso, alguns estudos têm mostrado que a criação de planejamento familiar como parte dos serviços de APA é mais fácil em lugares onde as parteiras são responsáveis por todos os serviços de saúde reprodutiva (Kiggundu, 1999).
- **Responder às barreiras culturais e organizacionais para uso de planejamento familiar.** No Egito, um estudo mostrou baixa absorção de planejamento familiar entre as clientes de APA, mesmo em unidades de saúde que ofereciam às clientes contraceptivos na enfermaria do hospital (Youssef et al., 2007). Os autores do estudo observaram que os provedores da maternidade não tinham motivação e incentivos para fornecer serviços de planejamento familiar; a rápida rotação do pessoal reduzia a eficácia dos modelos de prestação de serviços; e as mulheres não tinham a autoridade para tomar decisões de planejamento familiar, sem envolvimento dos homens (Youssef et al., 2007). Fornecer formação para sensibilizar os gestores e o pessoal técnico sobre a importância do planejamento familiar pós-aborto pode melhorar as atitudes do provedor (Cobb et al., 2001).
- **Envolver os homens e redes de apoio.** Muitas mulheres querem que seu parceiro, marido, ou outra pessoa de apoio esteja presente no aconselhamento de APA. Da mesma forma, muitos parceiros querem obter mais informações sobre a condição do seu parceiro durante o APA e o planejamento familiar (Solo et al., 1999). Com o consentimento do cliente, o aconselhamento aos parceiros sobre cuidados posteriores, os efeitos secundários e complicações dos contraceptivos, e restituição da fertilidade pode aumentar o uso de contraceptivos e fortalecer o apoio físico, material e emocional às pacientes de APA durante a recuperação (Abdel-Tawab et al., 1999).
- **Envolver Agentes de Saúde Comunitária (ASCs).** Um estudo no Quênia constatou que o treinamento dos ASCs para aumentar a conscientização sobre a assistência pós-aborto e para aconselhar as mulheres sobre o planejamento familiar pode aumentar tanto o número de mulheres que usam serviços de APA e das que utilizaram contraceção. O estudo constatou que 90% das clientes de APA foram encaminhadas para o tratamento por ASCs (Magak and Mukenge, 2003).

² Métodos baseados na informação e conscientização, como o Método dos Dias Padrão, não são recomendados para mulheres no período imediato ao pós-aborto. As mulheres podem começar a utilizar métodos baseados no calendário após terem tido pelo menos uma menstruação pós-aborto.

Elementos de Sucesso nos Programas de Planeamento Familiar Pós-Aborto

- Líderes (campeões) são importantes para realizar mudanças na organização dos serviços
- Gestores e pessoal sensibilizado sobre a importância do planeamento familiar pós-aborto.
- Serviços organizados para facilitar a provisão de planeamento familiar e em envolver parceiros com o consentimento dos clientes
- As descrições de funções modificadas conforme necessário para expandir o acesso ao planeamento familiar pós-aborto
- Diretrizes de provisão de serviço ou protocolos clínicos alinhados com as normas internacionais
- Sistemas de informação, previsão, aquisição e cadeia de suprimentos criados ou atualizados para garantir um fornecimento estável de métodos contraceptivos, materiais de IEC, e consumíveis.

Fatores que contribuem para o Fracasso da Provisão de Serviços de Planeamento Familiar Pós-Aborto

- Falta de habilidades e de conhecimento em planeamento familiar por parte da equipe de saúde materna
- Falta de fornecimento consistente de contraceptivos
- Preconceito do provedor e/ou resistência em fornecer planeamento familiar a clientes pós-aborto devido ao estigma relacionado com o aborto e as barreiras culturais
- Mulheres sem poder para tomar decisões a respeito do uso de contraceptivos
- Barreiras médicas desnecessárias na provisão do planeamento familiar
- Fracasso na construção do trabalho em equipe entre o pessoal de saúde materna e planeamento familiar

Ferramentas e Recursos

Site de Recursos em assistência pós-aborto, disponível em Inglês, Francês, Espanhol, e Russo
www.postabortioncare.org

Guia de contraceptivos VSI para Serviços de Assistência Pós-Aborto, uma referência de bolso para médicos http://vsinnovations.org/assets/files/Resources/VSI_Contraceptive%20Pocket%20Guide.pdf

Para mais informações sobre PGIs, por favor, contacte a equipa de PGI da USAID pelo fhip@k4health.org.

Referências

- Abdel-Tawab N, Huntington D, Hassan EO, Youssef H, Nawar L. Effects of husband involvement on postabortion patients' recovery and use of contraception in Egypt. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, editors. [Postabortion care: lessons from operations research](#). New York: Population Council; 1999. pp. 16-37.
- Alemayehu T, Otsea K, GebreMikael A, Dagnew S, Healy J, Benson J. Abortion care improvements in Tigray, Ethiopia: using the Safe Abortion Care (SAC) approach to monitor the availability, utilization and quality of services. Final report of a two-year project in 50 public sector facilities. Chapel Hill, North Carolina: Ipas; 2009.
- Benson J, Huapaya V. [Sustainability of postabortion care in Peru](#). New York: Population Council; 2002 May. 45 p.
- Billings D, Victor A, Baird T, Taylor J, Ababio K, Ntow S. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet-Pelon N, editors. [Postabortion care: lessons from operations research](#). New York: Population Council; 1999. pp. 141-158.
- Briozzo L, Rodriguez F, Leon I, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE. Unsafe abortion in Uruguay. *Int J Gynaecol Obstet* 2004 Apr;85(1):70-3.
- Centre de Formation et de Recherche en Sante de la Reproduction (CEFOREP). Introduction des soins obstetricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patients presentant des complications liees a un avortement incomplete. Dakar: CEFOREP; 1998.
- Chowdhury ME, Botlero R, Koblinsky M, Saha SK, Dieltiens G, Ronsmans C. Determinants of reduction in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year cohort study. *Lancet* 2007 Oct 13;370(9595):1320-28.
- Cobb L, Putney P, Roach R, Solo J, Buono N, Dunlop J, Vandenbroucke M. [Global evaluation of USAID's postabortion care program](#). Washington, DC: POPTECH; 2001.
- Delvaux T, Soeur S, Rathavy T, Crabbé F, Buvé A. Integration of comprehensive abortion-care services in a Maternal and Child Health clinic in Cambodia. *Trop Med Int Health* 2008 Aug;13(8):962-9.
- Frontiers in Reproductive Health. [Burkina Faso postabortion care: upgrading postabortion care benefits patients and providers](#). OR Summary 3. Washington, DC: Frontiers in Reproductive Health; 2000.
- Gasman N, Bandon MM, Crane BB. Abortion, social inequity, and women's health: obstetrician-gynecologists as agents of change. *Int J Gynaecol Obstet* 2006 Sep;94(3):310-16.
- Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, editors. *Contraceptive technology*. 19th edition. New York: Ardent Media, Inc.; 2009.
- Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Stud Fam Plann* 2002 Jun;33(2):195-202.
- Kidder E, Sonneveldt E, Hardee K. [Who receives PAC services? Evidence from 14 countries](#). Washington, D.C.: The Futures Group; 2004.
- Kiggundu C. Decentralizing integrated postabortion care in Uganda: a pilot training and support initiative for improving the quality and availability of integrated RH service. Kampala, Uganda: Ministry of Health, PRIME, Ipas, and DISH; 1999.
- Korejo R, Noorani KJ, Bhutta S. Sociocultural determinants of induced abortion. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003 May;13(5):260-2.
- Lema VM, Mpanga V. Post-abortion contraceptive acceptability in Blantyre, Malawi. *East Afr Medical J* 2000 Sep;77(9):488-93.
- Magak K, Mukenge M. COBAC: Community-based Abortion Care midterm evaluation, Western Kenya. Pacific Institute for Women's Health; 2003.
- Mahomed K, Healy J, Tandom S. Family planning counseling-a priority for post abortion care. *Cent Afr J Med* 1997 Jul;43(7):205-7.
- Malla K, Kishore S, Padhye S, Hughes R, Mcintosh N, Tietjen L. Establishing postabortion care services in Nepal. *J Nepal Med Assoc* 1997;35:104-10.
- McDougall J, Fetters T, Clark KA, Rathavy T. Determinants of contraceptive acceptance among Cambodian abortion patients. *Stud Fam Plann* 2009 Jun;40(2): 123-32.
- Medina R, Vernon R, Mendoza I, Aguilar C. [Expansion of postpartum/postabortion contraception in Honduras](#). New York: Population Council; 2001.
- Nielsen KK, Lusiola G, Kananma J, Bantamby J, Kikumbih N, Rasch V. Expanding comprehensive postabortion care to primary health facilities in Geita District, Tanzania. *Afr J Reprod Health* 2009 Jun;13(2):129-38.
- Ortayli N, Bulut A, Nablant H. The effectiveness of preabortion contraception counseling. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;74(3):281-5.
- Rasch V, Massawe S, Yambesi F, Bergstrom S. Acceptance of contraceptives among women who had an unsafe abortion in Dar es Salaam. *Trop Med Int Health* 2004 Mar;9(3): 399-405.
- Romero M, Zamberlin N, Gianni MC. [La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos](#). *Salud Colectiva* 2010; 6(1):21-35.
- Savelieva I, Pile JM, Sacci I, Loganathan R. [Postabortion family planning operations research study in Perm, Russia](#). New York: Population Council, 2002.

- Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw S, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012 Feb;379(9816):625-632.
- Senlet P, Cagatay L, Ergin J, Mathis J. [Bridging the gap: integrating family planning with abortion services in Turkey](#). *Int Fam Plann Perspect* 2001 Jun;27(2):90-5.
- Shah IH and Ahman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reprod Health Matters* 2012;20(39):169-173.
- Solo J, Billings D, Aloo-Obunga C, Ominde A, Makumi M. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Stud Fam Plann* 1999 Mar;30(1):17-27.
- United States Agency for International Development (USAID). [Postabortion care strategy](#). Washington, D.C.: USAID; 2004.
- United States Agency for International Development (USAID). [High impact practices in family planning](#). Washington, D.C.: USAID; 2011.
- Verme CS. Postabortion care: a global health issue [videocassette]. Nahitchevansky G, Webb Productions, producer. Washington, DC: Postabortion Care Consortium (AVSC International, International Planned Parenthood Federation, International Projects Assistance Services, JHPIEGO Corporation, Pathfinder International); 1994. 1 videocassette: 12 min., NTSC format.
- Wanjiru M, Askew I, Munguti N, RamaRao S, Homan R, Kahando R, Pile JM. [Assessing the feasibility, acceptability and cost of introducing comprehensive post abortion care in health centres and dispensaries in rural Tanzania. Final report](#). New York: Population Council; 2007.
- Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the 'fertility window' in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ* 2000 Nov 18; 321(7271):1259-62.
- Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *N Engl J Med* 1999 Jun 10;340(23):1796-9.
- World Health Organization (WHO). [Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th edition](#). Geneva: WHO; 2010.
- World Health Organization (WHO). [Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005](#). Geneva: WHO; 2006.
- World Health Organization (WHO). [Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th edition](#). Geneva: WHO; 2011.
- Youssef H, Abdel-Tawab N, Bratt J. [Linking family planning with postabortion services in Egypt: testing the feasibility, acceptability and effectiveness of the two models of integration](#). New York: Population Council; 2007.

Citação sugerida:

High Impact Practices in Family Planning (HIP). Postabortion family planning: strengthening the family planning component of postabortion care. Washington, DC: USAID; 2012 Nov. Available from: <http://www.fphighimpactpractices.org/briefs/postabortion-family-planning/>

Agradecimentos: Este documento foi originalmente elaborado por Julie Solo and Shawn Malarcher. Revisão crítica e comentários construtivos foram fornecidos por Bridgit Adamou, Halida Akhert, Hashina Begum, Linda Casey, Fabio Castaño, Maureen Corbett, Carolyn Curtis, Selamawit Desta, Brenda Doe, Mario Festin, Karen Foreit, Jennifer Friedman, Judith Fullerton, Sarah Harbison, Nuriye Hodoglugil, Roy Jacobstein, Nathalie Kapp, Cate Lane, Ricky Lu, Imran Mahmud, Cat McKaig, Erin Mielke, Deborah Murray, Nuriye Ortayli, Emma Ottolenghi, Juncal Plazaola-Castaño, Chelsea Polis, Samaya Ramarao, Tatiana Rastrigina, Suzanne Reier, Ilka Rondinelli, Marcela Rueda, Ruwaida Salem, Boniface Sebikali, Shelley Snyder, Cathy Solter, Jeff Spieler, Patricia Stephenson, Holley Stewart, Sara Stratton, John Townsend, e Lynn van Lith.

Este resumo de PGI é endossado por: EngenderHealth, Futures Group, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Pathfinder International, Population Council, Population Services International, the Postabortion Care Consortium, the United Nations Population Fund, the U.S. Agency for International Development, e Venture Strategies Innovations.

A Organização Mundial da Saúde/Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa contribuiu para o desenvolvimento do conteúdo técnico destes documentos, que são vistos como um resumo das evidências e experiência em campo. Pretende-se que estes resumos são usados em conjunto com ferramentas e Diretrizes de Planejamento Familiar da OMS : http://www.who.int/topics/family_planning/en/.

Tradução para o português pela Pathfinder International/Evidence to Action (E2A).

