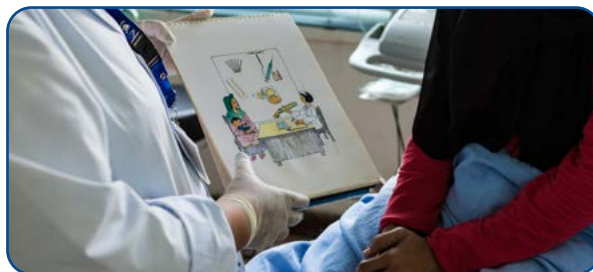


### Qual é a prática de grande impacto comprovada na prestação de serviços de planejamento familiar?

**Oferecer de forma proativa aconselhamento e serviços contraceptivos e voluntários no mesmo momento e local onde mulheres recebem cuidados pós-aborto.**

#### Contexto

Os cuidados pós-aborto (CPA), que incluem tratamento para complicações de abortos naturais ou induzidos constituem um momento oportuno para aconselhar e oferecer às usuárias contracepção gratuita. Mesmo que uma mulher pretenda engravidar imediatamente, ela provavelmente deveria esperar seis meses para reduzir as possibilidades de ter um bebê com baixo peso ao nascer, de parto prematuro e de anemia materna na próxima gravidez<sup>1\*</sup>. Todos os modelos de CPA incluem dois serviços essenciais: (1) tratamento de complicações de emergência e (2) aconselhamento de planejamento familiar voluntário, incluindo fornecimento de contracepção<sup>3</sup>. Pesquisas acadêmicas e dados de implantação de programas mostram, em forma consistente que, quando as usuárias são aconselhadas e lhes é oferecida contracepção como parte dos cuidados pós-aborto, a maioria das mulheres optará por deixar a unidade de saúde com um método de planejamento familiar efetivo (veja Figura 1)<sup>4</sup>.



Crédito da foto: UNFPA

*“Se a mulher que tratamos por complicações pós-aborto está ali porque não pôde obter contracepção, falhamos com ela. Se ela tiver alta sem planejamento familiar, então falhamos duas vezes.” – Verme, 1994*

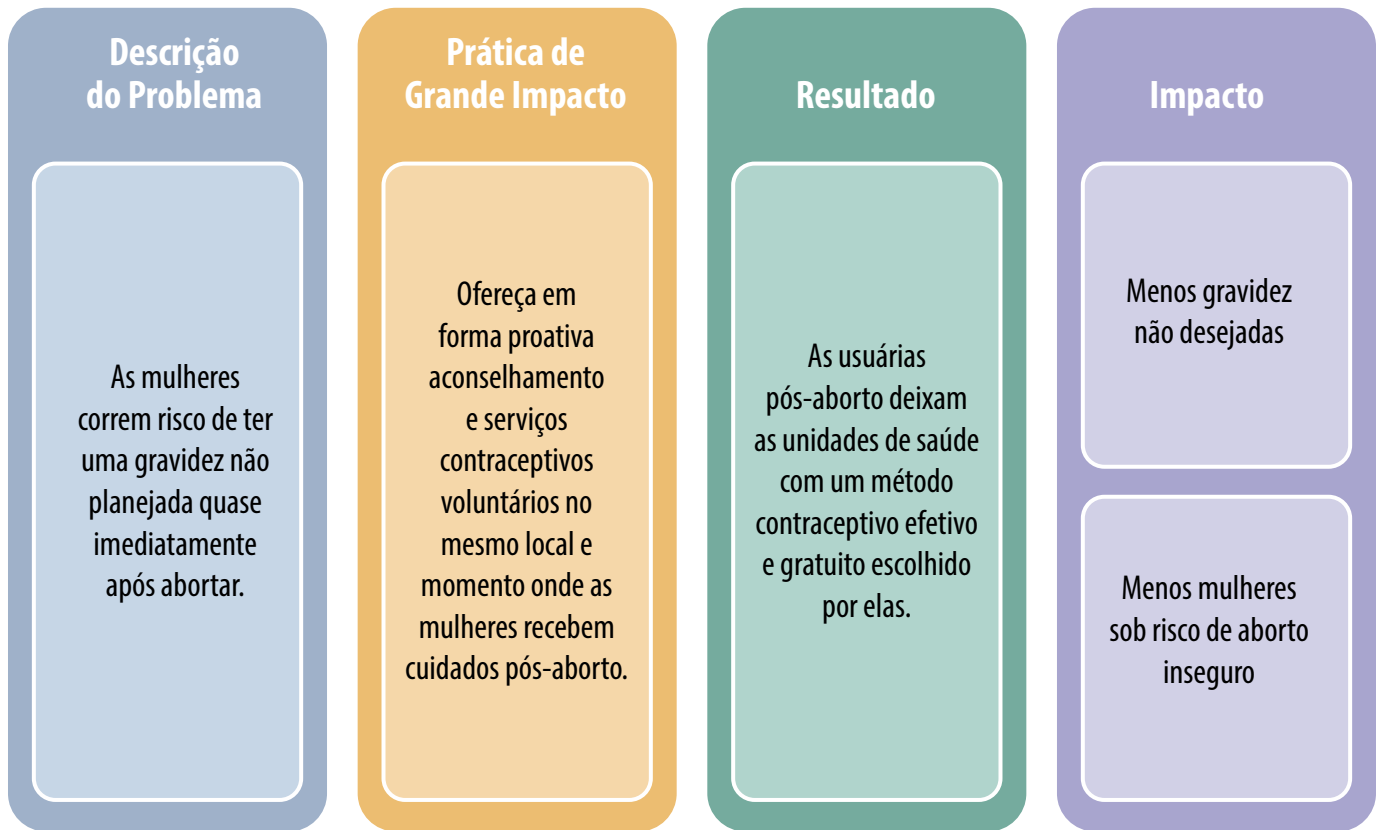
Apesar desta evidência e de décadas de investimentos para melhorar programas CPA, os sistemas de prestação de cuidados de saúde continuam fracassando. Em Bangladesh, apenas 18% de todas as unidades que fornecem CPA rotineiramente oferecem métodos contraceptivos às usuárias<sup>5</sup>. De modo semelhante, apenas 6% das usuárias na Geórgia, 17% na Tanzânia e 26% no Paquistão recebem os métodos contraceptivos escolhidos como parte dos CPA<sup>6-8</sup>. Além disso, estudos no Quênia e Nepal mostraram que mesmo quando os serviços estão funcionando, o método escolhido pode ser limitado<sup>9,10</sup>. No Quênia, 9 em cada 10 usuárias pós-aborto deixam a unidade de saúde com um método; no entanto, a esmagadora maioria deixa a unidade de assistência apenas com preservativos masculinos, devido às poucas opções de contraceptivos<sup>9</sup>. O estudo também encontrou lacunas significativas na informação fornecida a usuárias, tal como o modo de usar o método corretamente e informação para o seguimento. No Brasil, apenas um terço das usuárias pós-aborto relatou ter sido aconselhada sobre contracepção e menos de 1 em cada 10 deixou a unidade de assistência com um método contraceptivo<sup>11</sup>.

O planejamento familiar pós-aborto é uma de muitas práticas de grande impacto (PGIs) identificadas por um grupo técnico consultivo de especialistas internacionais. Quando ampliados e institucionalizados, as PGIs vão maximizar investimentos em uma estratégia de planejamento familiar abrangente<sup>12</sup>. Para mais informação sobre outras PGIs, veja <http://www.fphighimpactpractices.org/pt/overview/>.

\*Uma análise sistemática e metanálise sugere que um intervalo menor que seis meses após o aborto não está associado com resultados adversos. <sup>2</sup>A metanálise foi realizada majoritariamente analisando estudos realizados em países desenvolvidos.

**Figura 1. Teoria da Mudança em Planejamento Familiar Pós-Aborto:**

*Contexto: Grande número de mulheres busca assistência por serviços relacionados a aborto natural ou induzido.*



Recomenda-se que os programas que implementam planejamento familiar pós-aborto incluam os seguintes indicadores:

- Porcentagem de usuárias pós-aborto que são aconselhadas sobre o retorno da fertilidade e opções contraceptivas (desagregado por grupo de idade, <20 anos contra  $\geq 20$  anos)
- Porcentagem de usuárias pós-aborto que deixam a unidade com um método contraceptivo moderno efetivo (desagregado por tipo de método e grupo de idade, <20 anos contra  $\geq 20$  anos).

### **Que desafios o planejamento familiar pós-aborto pode ajudar os países a enfrentar?**

**O planejamento familiar pós-aborto pode alcançar muitas mulheres e garotas que precisam de aconselhamento e serviços contraceptivos.** Abortos espontâneos e induzidos são comuns. Juntos, eles respondem por um quarto das gestações estimadas globalmente<sup>13</sup>. Em todo o mundo, o número de abortos induzidos está subindo, aumentando de 50,2 milhões em 1990-1994 para 55,9 milhões em 2010-2014. Quase a metade destes são considerados inseguros, com esmagadora maioria de casos nos países em desenvolvimento<sup>14,15</sup>. Além disso, enquanto os abortos induzidos caíram 44% em regiões desenvolvidas (de 11,8 milhões para 6,6 milhões), eles aumentaram 28% em regiões em desenvolvimento (de 38,4 milhões para 49,3 milhões)<sup>15</sup>.

**O planejamento familiar pós-aborto pode ajudar usuárias a alcançar seus planos reprodutivos e tem capacidade de oferecer redução de gastos para as mulheres, as famílias e para o sistema de saúde.** Os indivíduos e os sistemas de saúde arcam igualmente com custos significativos ao tratar complicações de abortos não seguros. Em muitos países africanos, uma alta proporção (15% a

30%) de admissões ginecológicas hospitalares são devidas a complicações de abortos induzidos de maneira insegura<sup>16</sup>. O tratamento para complicações relacionadas ao aborto pode consumir quase metade dos orçamentos de obstetrícia e ginecologia<sup>16</sup>. Os custos podem ser reduzidos quando se investe na melhoria do acesso a serviços de planejamento familiar de alta qualidade e aumenta a consciência sobre a fertilidade. Abortos subsequentes são comuns<sup>17,18</sup> e são uma indicação de que o sistema de saúde fracassou na prestação de serviços de contracepção e informação efetiva durante o primeiro encontro da mulher com os CPA. Uma revisão em diversos países revelou que, em média, quase 20% das usuárias pós-aborto relataram ter tido um aborto previamente induzido<sup>19</sup>. Além disso, mais da metade das usuárias pós-aborto expressou interesse em usar contracepção. Contudo, apenas um quarto (27%) deixou a unidade de saúde com um método contraceptivo. Fornecer contracepção gratuita a mulheres que desejem retardar ou limitar gestações custaria apenas uma fração da média do custo financeiro dos CPA: um ano de serviços e suprimentos contraceptivos custa, em média, de 3% a 12% dos encargos financeiros envolvidos nos CPA de uma paciente<sup>20</sup>.

**Muitas usuárias pós-aborto e trabalhadores de saúde não sabem que as usuárias pós-aborto estão sob risco de gravidez quase imediatamente após o abortamento.** A fertilidade pode retornar dentro de duas semanas após um aborto induzido ou espontâneo no primeiro trimestre<sup>1</sup>, dentro de quatro semanas depois de um aborto induzido ou espontâneo no segundo trimestre e, em média, dentro de três semanas após o aborto clínico com mifepristone ou misoprostol<sup>21</sup>. Contudo, um estudo transversal mostrou que quase dois-terços das mulheres que receberam CPA não sabiam quando a fertilidade retornaria após a abortamento e este mesmo grupo não pretendia usar contracepção, apesar de três quartos desejarem adiar uma gestação<sup>22</sup>. As mulheres que deixam uma unidade de saúde sem um claro entendimento dos riscos de engravidar são quase três vezes mais propensas a ter outro aborto do que mulheres com conhecimento preciso sobre o tema<sup>23</sup>. Aconselhamento e serviços de planejamento familiar oportunos podem ajudar as mulheres a prevenir uma gravidez subsequente não planejada e um possível aborto.

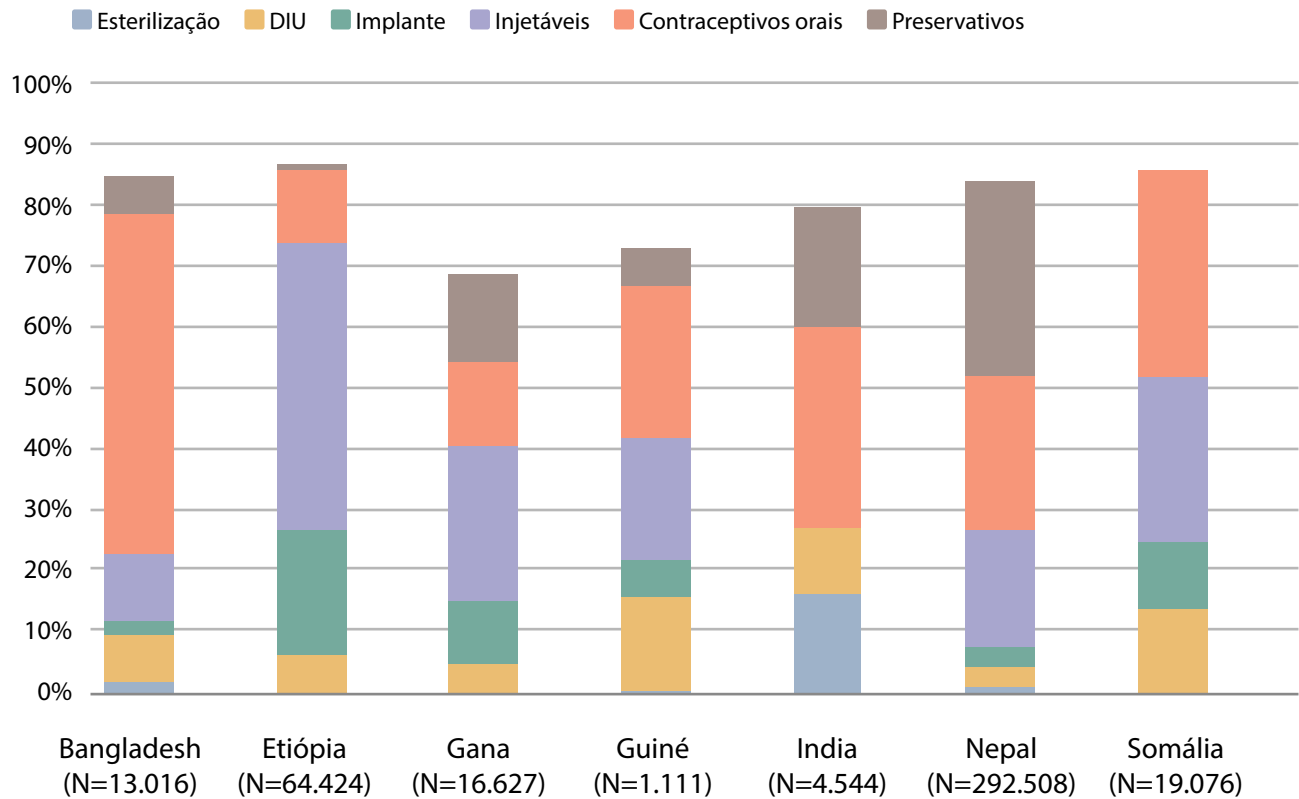
**O aborto inseguro é um dos principais contribuintes para a morbidade e mortalidade maternas em países em desenvolvimento e o planejamento familiar pós-aborto pode reduzir abortamentos subsequentes.** Globalmente, estima-se que aconteçam 25 milhões de abortos inseguros a cada ano<sup>24</sup>, e entre 4,7% e 13,2% de mortes maternas a cada ano podem ser atribuídas ao aborto inseguro<sup>25</sup>. Cerca de 7 milhões de mulheres são hospitalizadas todos os anos em países em desenvolvimento devido a abortos inseguros<sup>15</sup>. O custo anual de se tratar complicações maiores de abortos inseguros foi estimado em US\$ 553 milhões<sup>20</sup>. O aborto inseguro é a quinta causa direta de mortalidade materna<sup>25</sup>. Prevenir a gravidez não desejada, incluindo entre usuárias dos CPA, é fundamental para reduzir as consequências do aborto inseguro.

## Quais são as evidências de que o planejamento familiar pós-aborto tem grande impacto?

**Em uma grande variedade de cenários, os dados mostram em forma consistente, que a aceitação da contracepção é alta quando mulheres recebem oferta de aconselhamento e serviços como parte dos CPA.** Uma revisão de evidências dos últimos 20 anos concluiu que “a aceitação de planejamento familiar pós-aborto geralmente aumenta rápido — e o resultado disso é que o número de gestações indesejadas e de abortos repetidos pode cair — quando se oferecem vários tipos de contraceptivos gratuitos, incluindo métodos de longa ação, nas unidades de tratamento (...)”<sup>4</sup>. Estes achados são consistentes com outras revisões sistemáticas<sup>26</sup>. As taxas de aceitação de contraceptivos em estudos sobre intervenções de pequena escala variam entre 25% e 98%<sup>27,28</sup>. A Figura 2 oferece exemplos ilustrativos da aceitação voluntária de contraceptivos alcançada em programas da prestação de serviços de rotina em larga escala quando serviços de planejamento familiar pós-aborto de alta qualidade estão implantados.

**O planejamento familiar pós-aborto reduz gravidez indesejada e abortos subsequentes.** Estudos mostram que prestar serviços de planejamento familiar voluntário como parte dos CPA pode aumentar o uso de contraceptivos e reduzir abortos subsequentes. No Zimbábue, usuárias pós-aborto que foram encaminhadas a uma unidade de saúde materna e infantil próxima, e tiveram que pagar uma taxa simbólica para obter contracepção, foram mais de três vezes mais propensas a experimentar gravidez não planejada nos 12 meses seguintes ao aborto do que usuárias pós-aborto que receberam serviços e métodos de planejamento familiar gratuito na enfermaria local<sup>33</sup>. De modo semelhante, na Geórgia abortos múltiplos eram significativamente mais comuns entre mulheres que não receberam serviços de planejamento familiar pós-aborto no local dos CPA comparando com aquelas que o receberam<sup>6</sup>.

**Figura 2. Porcentagem de usuárias pós-aborto que deixam unidades de saúde com um método contraceptivo moderno em países selecionados com serviços de planejamento familiar pós-aborto de alta qualidade**



**Fonte dos dados:** Dados coletados entre 2011 e 2013, em unidades do setor público (apoiadas por ONGs) em Bangladesh, Etiópia, Gana e Nepal<sup>29</sup>. Dados coletados entre 2011 e 2014, em unidades do setor público (apoiadas por ONGs) na Índia<sup>30</sup>. Dados coletados entre 2013 a 2015 em unidades administradas por ONGs em Puntland, Somália<sup>31</sup>. Dados coletados em 2013 em unidades do setor público (apoiadas por ONGs), em Guiné<sup>32</sup>.

**O planejamento familiar pós-aborto é dimensionável e sustentável e a efetividade do programa pode aumentar com o tempo.**

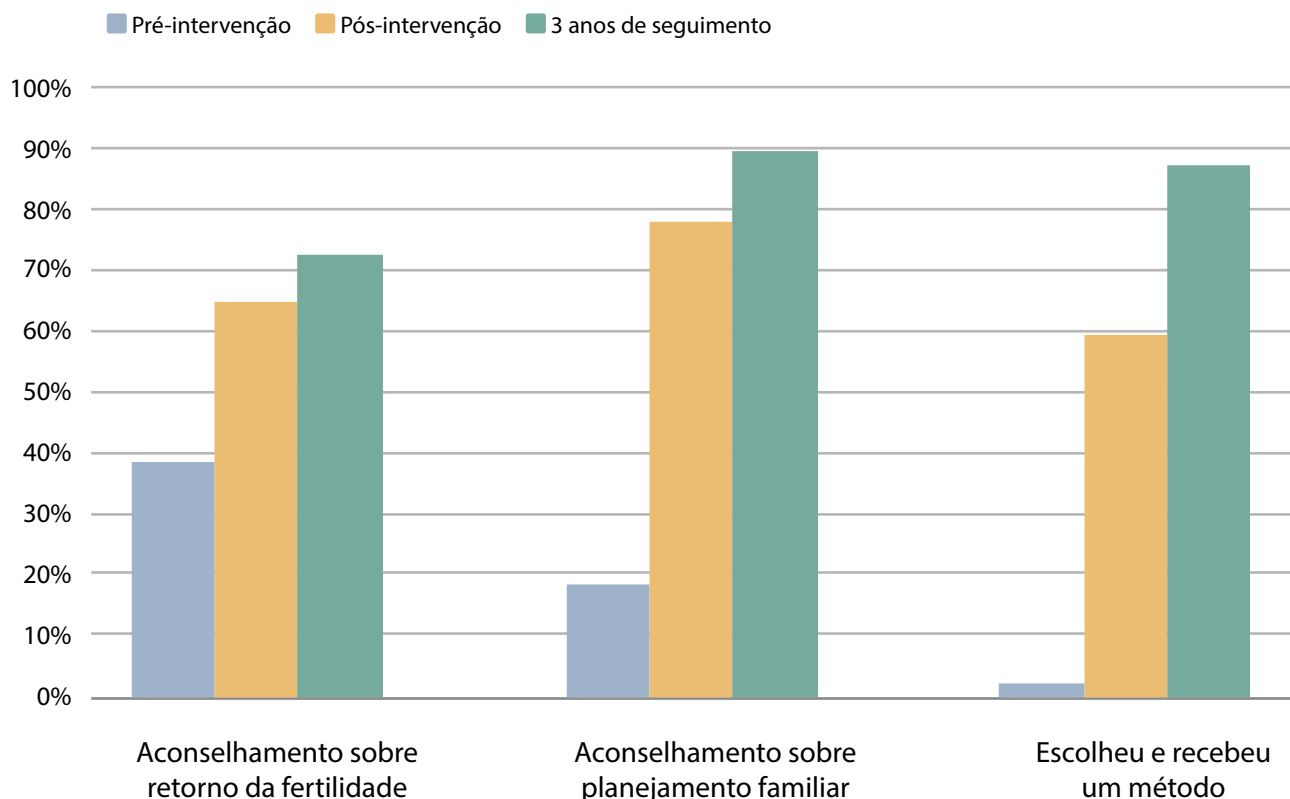
Os programas incluídos na Figura 2 representam implementação de larga escala em uma diferentes cenários. A Figura 3 mostra dados do Peru, onde instituições fortaleceram o componente de planejamento familiar dos CPA e sustentaram ou melhoraram depois da assistência técnica terminar<sup>34</sup>. Especificamente, três anos após a assistência técnica terminar, mais de 80% das usuárias pós-aborto receberam um método antes de deixarem as unidades de saúde, comparado com apenas algo abaixo de 60% durante o período de assistência técnica. Achados semelhantes têm sido descritos na Turquia<sup>28</sup>.

**Como fazer: Dicas da experiência de implementação**

Oferecer informação e serviços para mulheres no mesmo *lugar e momento* em que elas recebem CPA em unidades de saúde é fundamental para a implementação de serviços CPA efetivos. Além disso, os implementadores devem considerar os seguintes elementos em seus programas.

**Aborde o estigma e as barreiras sociais e comunitárias.** O aborto é frequentemente estigmatizado, particularmente em cenários onde é legalmente restrito. Buscar cuidados para tratar de complicações de aborto ou escolher um método contraceptivo pode ser particularmente difícil para mulheres nestes cenários ou entre mulheres cuja autonomia é limitada porque escolher usar um método implica que seu aborto foi induzido<sup>4</sup>. Oferecer aconselhamento de planejamento familiar e contracepção gratuita a *todas* as usuárias pós-aborto – tanto aquelas que buscam tratamento por aborto espontâneo ou aquelas que buscam tratamento por aborto induzido – ajuda a reduzir o estigma potencial.

**Figura 3. Resultados de planejamento familiar pós-aborto no Peru antes, durante e três anos depois da assistência técnica**



Fonte dos dados: Benson and Huapaya (2002)<sup>34</sup>.

- Engaje comunidades e agentes comunitários de saúde.** No Quênia, a capacitação de agentes comunitários de saúde para aumentar a conscientização e mudar atitudes da comunidade sobre CPA e de aconselhar mulheres sobre planejamento familiar aumentou tanto o número de mulheres que usam serviços CPA quanto o número das que usam contracepção. De acordo com os implementadores do programa, a vasta maioria das usuárias dos CPA foi encaminhada por agentes comunitários de saúde. Uma abordagem-chave é engajar a comunidade em um diálogo para definir a necessidade de serviços CPA, planejar serviços CPA que encaixem na cultura da comunidade e desenvolver a apropriação local para assegurar acesso equitativo aos CPA e sua qualidade<sup>35-37</sup>.
- Engaje redes de apoio.** Muitas mulheres querem que seus parceiros, maridos ou outra pessoa de confiança esteja presente no aconselhamento CPA<sup>4</sup>. Depois de discutir as preferências da usuária, incluir pessoas queridas no aconselhamento e na instrução clínica tem se mostrado como algo que melhora a adesão a instruções e aos cuidados<sup>38</sup>.

**Ofereça CPA em unidades de cuidados básicos e permita que enfermeiras e parteiras prestem os cuidados para ampliar o acesso e reduzir custos.** Vários países, tais como Gana, Quênia, Moçambique, Nepal, Senegal, Tanzânia e Uganda, têm demonstrado que enfermeiras/os e parteiras treinadas e competentes podem oferecer serviços CPA com segurança<sup>39-44</sup>. Políticas de compartilhar tarefas que expandam a variedade de pessoal de saúde que podem oferecer CPA, incluindo planejamento familiar, pode resultar em economia de custos para o sistema de saúde através da redução da carga de trabalho em unidades de cuidados terciários de saúde<sup>45,46</sup>. Várias associações profissionais internacionais de saúde já endossaram esta abordagem<sup>3</sup>. O compartilhamento de tarefas também pode resultar em economia para usuárias ao tornar serviços mais convenientes e fáceis de ser acessados. As parteiras e as enfermeiras/os são mais acessíveis para mulheres que médicas/os em áreas remotas ou desassistidas. Ademais, alguns estudos têm mostrado que estabelecer o planejamento familiar como parte dos serviços CPA é mais fácil em lugares onde as parteiras são responsáveis por todos os serviços de saúde reprodutiva<sup>39</sup>.

**Invista em qualidade.** Em Bangladesh, as usuárias que avaliaram como média ou alta a qualidade dos serviços pós-aborto que receberam apresentaram maior propensão a relatar uso de contracepção três meses depois do que usuárias que avaliaram a qualidade do serviço como baixa<sup>47</sup>. Alguns elementos da assistência de qualidade incluem o seguinte:

- **Assegure um amplo conjunto de métodos contraceptivos.** Oferecer diferentes métodos, incluindo os de longa ação, tem mais chance de aumentar a aceitação do planejamento familiar oferecido de forma voluntária<sup>4</sup>. Em Honduras, após a introdução de uma gama de métodos contraceptivos mais ampla, o percentual de usuárias CPA que saíram com um método aumentou de 13% para 54% após 20 meses<sup>48</sup>. No Camboja, a previsão probabilística de uma usuária sair com um método contraceptivo foi significativamente maior em unidades que ofereciam mais de quatro métodos do que em unidades que ofereciam de um a três métodos (42% contra 18%, respectivamente)<sup>49</sup>.
- **Encoraje e apoie prestadores a tratar todas as usuárias respeitosa e adequadamente.** Tal apoio inclui, mas não se limita, a capacitar o prestador e valorizar o esclarecimento para abordar preconceitos do prestador. A capacitação deve ser reforçada através de supervisão de apoio, descrição do trabalho, diretrizes e políticas operacionais, além de outros tipos de apoio institucional.
- **Conecte usuárias a recursos para apoio contínuo.** Após iniciar um método contraceptivo, ofereça às usuárias informação sobre onde obter apoio contínuo e suprimentos, se for necessário. Ofereça às usuárias instruções escritas sobre como usar seus métodos preferidos para futuro encaminhamento. As tecnologias digitais, linhas diretas e agentes comunitários de saúde podem oferecer meios adicionais para apoiar as usuárias. Ao mesmo tempo em que oferecem apoio e acompanhamento, a equipe de saúde deve ser sensível às preferências da usuária e respeitosa com sua privacidade. Dar aconselhamento em planejamento familiar em visitas de acompanhamento é também um fator importante para a redução de abortos subsequentes<sup>33,50</sup>.



Une femme tient une boîte de présentation des produits de planification familiale contenant une variété de méthodes contraceptives.

© 2016 PATH/Gabe Bienczycki, Courtesy of Photoshare

**Aborde as necessidades de usuárias CPA que enfrentam violência baseada em gênero.** Múltiplos estudos enfatizam a relação entre violência baseada em gênero e aumento no risco de aborto espontâneo e/ou aumento na possibilidade de busca por aborto induzido<sup>51-56</sup>. Abordar essas necessidades particulares dentro dos serviços CPA requer capacitação dos prestadores de cuidados de saúde sobre como identificar sobreviventes de violência de parceiro íntimo e violência sexual e responder a essas necessidades, além de oferecer a necessária assistência à saúde<sup>32,57</sup>.

**Torne a contracepção gratuita ou agregue-a ao custo do tratamento pós-aborto.** Em Burkina Faso, o custo da contracepção pós-aborto é uma barreira significativa para muitas usuárias dos CPA<sup>58</sup>. Para adolescentes e outras mulheres vulneráveis, os custos contribuem para demora na busca por CPA, assim como no acesso a planejamento familiar antes de receber alta da unidade de saúde. No Senegal, o manejo de pagamentos de usuárias frequentemente leva a processos complicados, que servem como barreira ao acesso<sup>59</sup>. Na Tanzânia, onde os CPA e os serviços de planejamento familiar são supostamente gratuitos, a média dos custos de próprio bolso para usuárias dos CPA foi de mais de US\$20 (incluindo transporte e tratamento de complicações, mas sem custos para a contracepção)<sup>60</sup>. Na Rússia, o custo financeiro de um aborto é substancialmente mais baixo que o custo anual de pílulas ou preservativos<sup>50</sup>. Contracepção gratuita, isenção para usuárias pobres e vulneráveis e sistemas de pagamento racionalizados têm maior probabilidade de aprimorar o acesso equitativo à contracepção para usuárias dos CPA.

## Assegure acesso equitativo à contracepção pós-aborto independentemente de:

- **Idade da usuária.** No Quênia, usuárias jovens de pós-aborto entre as idades de 15 e 24 tiveram menos propensão a receber método contraceptivo comparativamente a usuárias adultas (35% contra 48%, respectivamente), e 49% das jovens relataram não usar contraceptivos por receio de infertilidade, efeitos colaterais ou falta de conhecimento, comparativamente a 22% de adultas<sup>61</sup>. Treinamento especializado sobre os CPA acessível a jovens foi associado com maior consumo voluntário sustentado de contracepção entre mulheres na Etiópia<sup>62</sup>. Vários países, incluindo Angola, Etiópia, Gana, Quênia, Moçambique, Nigéria, Tanzânia e Uganda, avaliaram a qualidade dos CPA para usuárias jovens e as ferramentas de avaliação estão disponíveis<sup>63</sup>.
- **Contextos locais.** Em cenários de crise humanitária, mulheres e garotas podem estar sob risco aumentado de gravidez indesejada e aborto inseguro. Mais que isso, elas podem não estar aptas a continuar com seus métodos contraceptivos, na medida em que isso foi perdido durante o deslocamento. Mulheres, garotas e casais podem não desejar gravidez durante uma situação de crise e preferir esperar até que a segurança retorne, a subsistência esteja assegurada e sua situação estabilizada<sup>64</sup>. Pesquisas mostraram que aproximadamente uma em cada cinco mulheres em cenários de crise humanitária experimentaram violência sexual, e o número deve estar subestimado<sup>65</sup>. Em Puntland, Somália, uma área de conflito crônico, uma ONG implementou um pacote de intervenções, incluindo capacitação baseada em competências para prestadores, engajamento comunitário incluindo líderes religiosos, uso regular de dados para tomada de decisão e fortalecimento da cadeia de suprimento médico; 98% das usuárias CPA foram aconselhadas sobre contracepção, 88% das quais aceitaram um método contraceptivo antes de deixarem a unidade de saúde, demonstrando que serviços CPA abrangentes podem ser implementados com sucesso em cenários politicamente instáveis e culturalmente conservadores<sup>31</sup>.
- **Tipo de procedimento recebido.** Todos os contraceptivos, com poucas exceções, podem ser oferecidos depois de um aborto cirúrgico ou médico para tratamento de complicações (veja Quadro 1). A maioria pode ser iniciada no mesmo dia da intervenção. Contudo, as usuárias pós-aborto são mais ou menos propensas a receber aconselhamento sobre planejamento familiar e serviços, dependendo do método de evacuação uterina que recebem<sup>4,66</sup>. Serviços de planejamento familiar devem ser oferecidos a usuárias pós-aborto no local, independentemente do tipo de procedimento de evacuação, como parte integral dos CPA<sup>67</sup>.

### Quadro 1. Métodos contraceptivos para cuidados pós-aborto

#### Podem começar imediatamente:

- **Métodos hormonais:** implantes, injetáveis mensais, injetáveis, pílulas contraceptivas combinadas, pílulas somente de progestógeno, injetáveis somente de progestógeno, adesivo combinado e pílulas contraceptivas de emergência.
- **Métodos barreira:** preservativos masculinos ou femininos.
- **Dispositivos Intrauterinos (DIUs):** à base de cobre ou liberadores de levonorgestrel. Estes podem ser oferecidos imediatamente depois do tratamento de emergência para a complicação se não houver infecção, ou quando a infecção for eliminada e resolvida, e qualquer lesão estiver curada. Contudo, a inserção de DIU após o tratamento médico de complicações de emergência requer que a paciente retorne para uma visita de acompanhamento, a fim de assegurar o sucesso do procedimento abortivo.
- **Diafragmas, capuzes cervicais e anel vaginal combinado:** podem ser oferecidos quando a lesão for eliminada ou após uma lesão no trato genital ter sido curada.
- **Métodos permanentes:** laqueadura (ligadura de tubas uterinas) ou vasectomia (para o parceiro). Métodos permanentes podem ser oferecidos depois que a usuária tiver tido tempo de descansar e se recompor de qualquer sedativo e não estiver estressada ou com dor. Aconselhe com cuidado e certifique-se de mencionar os métodos reversíveis disponíveis.

#### Uso retardado:

- **Métodos de monitorização da fertilidade:** Método de Dias Padrão ou Método de Dois Dias. É recomendado que as mulheres comecem com estes métodos após o retorno do ciclo menstrual.

Fonte: OMS (2018).1

## Ferramentas e Recursos

**Postabortion Care e-learning course** (curso e-learning de assistência pós-aborto, publicado em maio de 2018) oferece um panorama da assistência pós-aborto, incluindo definição, objetivos, justificativa, melhores práticas de planejamento, indicadores para monitoramento e avaliação, assim como uma base de evidências forte, incluindo abordagens baseadas em evidências para fortalecer o planejamento familiar pós-aborto. Disponível em inglês em <https://www.globalhealthlearning.org/course/postabortion-care-pac>.

**Postabortion care** (site de informação sobre cuidados pós-aborto) é uma fonte abrangente de instrumentos básicos para apoio a formuladores de políticas, gerentes de programas, equipes clínicas e doadores no planejamento, implementação e avaliação de programas. Disponível em inglês, francês, russo e espanhol em <http://www.postabortioncare.org/>.

**Family planning: a global handbook for providers** (edição 2018 em inglês e 2019 em espanhol) inclui uma seção sobre planejamento familiar em cuidados pós-aborto. Usuários/os podem baixar arquivos para imprimir ou solicitar uma cópia do manual em <http://www.fphandbook.org/order-form>.

Para mais informação sobre Prática de Grande Impacto em Planejamento Familiar (PGI), contate a equipe PGI em <https://www.fphighimpactpractices.org/contact/>.

## Referências

Uma lista completa das referências usadas na preparação deste resumo pode ser encontrada em: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/postabortion-family-planning/>

### Citação sugerida.

High Impact Practices in Family Planning (HIP). Planejamento Familiar Pós Aborto: Um componente crucial dos cuidados pós-aborto. Washington, DC: HIPs partnership; Abril 2019. Disponível em: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/postabortion-family-planning/>

**Agradecimentos:** Este resumo foi atualizado por Erin Mielke, Douglas Huber, Carolyn Curtis, and Shawn Malarcher. It was updated from a previous draft authored by Julie Solo and Shawn Malarcher. Revisão crítica e comentários úteis foram oferecidos por Bethany Arnold, Michal Avni, Hashina Begum, Neelam Bhardwaj, Neeta Bhatnagar, Venkatraman Chandra-Mouli, Elaine Charurat, Arzum Ciloglu, Claudia Conlon, Sweta Das, Isha Datta, Rubee Dev, Erin Files Dumas, Christine Galavotti, Alison Gatto, Laura Ghiron, Kate Gilles, Roy Jacobstein, Antonella Francheska Lavelanet, Grace Lusiola, Sylvia Lynch, Cat McKaig, Alice Payne Merritt, Janet Meyers, Tembi Mugore, Poonam Muttreja, Jean Jose Nzau, Kim Ocheltree, Amelia Ngozi Odod, Japheth Ominde, Anne Pfitzer, May Post, Eric Ramirez, Laura Raney, Ruth Simmons, Sanghamitra Singh, Anand Sinha, Sara Stratton, Nandita Thatte, Caitlin Thistle, and Erick Yegon.

As seguintes organizações contribuíram para o desenvolvimento deste resumo: Bill & Melinda Gates Foundation, CARE, Chemonics International, Engender Health, FHI 360, FP2020, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Center for Communication Programs, Palladium, PATH, Pathfinder International, Plan International USA, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, Promundo US, Public Health Institute, Save the Children, \*U.S. Agency for International Development, United Nations Population Fund, and University Research Co., LLC.

\*A USAID apóia o tratamento de lesões ou doenças causadas por abortos legais ou ilegais e aconselhamento e fornecimento de opções voluntárias de planejamento familiar.

O Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da Organização Mundial de Saúde contribuiu para o desenvolvimento do conteúdo técnico dos resumos PGIs, que são vistos como sumários de evidências e experiências de campo. Estes resumos foram pensados para serem utilizados em conjunto com as Ferramentas e Diretrizes de Planejamento Familiar da OMS: [http://www.who.int/topics/family\\_planning/en/](http://www.who.int/topics/family_planning/en/).

Tradução para o português pela OMS/Rede IBP. Revisor, Thais Forster, OPS/CLAP

Os HIPs representam uma parceria diversificada e orientada a resultados que abrange uma ampla gama de partes interessadas e especialistas. Como tal, as informações nos materiais HIP não refletem necessariamente as opiniões de cada co-patrocinador ou organização parceira.

