

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade
Programa Médicos pelo Brasil

Beatriz Campos Coutinho Silva

**NÃO ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ: construção de uma abordagem saudável em
uma unidade básica de saúde no interior nordestino**

Belo Horizonte

2025

Beatriz Campos Coutinho Silva

**NÃO ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ: construção de uma abordagem saudável em
uma unidade básica de saúde no interior nordestino**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do
certificado de Especialista em Medicina de
Família e Comunidade.

Orientadora: Profa. Dra. Mirian Santana
Barbosa

Belo Horizonte

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 8 do mês de Julho de 2025, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **BEATRIZ CAMPOS COUTINHO** intitulado "NÃO ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ: CONSTRUÇÃO DE UMA ABORDAGEM SAUDÁVEL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO INTERIOR NORDESTINO.", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores MÍRIAN SANTANA BARBOSA e LAIANNY DE CARVALHO RIBEIRO. O TCC foi aprovado com a nota 100.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 24 do mês de outubro de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

PROF. MARCELO PELLIZZARO DIAS AFONSO

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 24/11/2025, às 19:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 25/11/2025, às 08:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4680203** e o código CRC **126AA059**.

*Aos meus futuros filhos, com todo o amor
do mundo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por fortalecer minha fé. Ao João, meu marido, por ser meu grande incentivador, protetor e amor. À Dra. Mírian, orientadora, por ter me guiado e ter sido entusiasta do tema. À Dra. Marina, tutora clínica, por ter me acolhido e ensinado tão bem. À equipe Coivaras, por toda parceria e auxílio. Às minhas gestantes, por confiarem em mim.

“Antes que eu te formasse no ventre materno, eu te conheci, e, antes que saíesses da madre, te consagrei, e te constituí profeta às nações” (Jeremias 1.5).

RESUMO

Introdução: A não aceitação da gravidez é uma situação complexa, com nuances biopsicossociais, de causa multifatorial e consequências multifacetadas, tratando-se de uma condição que pode levar a execução de abortos inseguros, com risco de complicações e óbito; a realização negligente do pré-natal; e ao aumento da prematuridade e mortalidade materno-infantil. Sendo a atenção básica a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário que as equipes de saúde da família saibam lidar de forma saudável e individualizada com esses casos, amparando essa mulher, com redução de riscos e atenuação ou resolução de conflitos. **Objetivo:** Construir um processo de capacitação para a ESF da UBS Coivaras, visando à qualificação da equipe quanto à abordagem de casos de gravidez não desejada, de forma humanizada e técnica. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa-ação em formato de projeto de intervenção, que será implementado na UBS Coivaras, localizada no município de Matões do Norte-MA. A pesquisa dar-se-á nas seguintes etapas: 1) levantamento bibliográfico sobre o tema da gravidez não desejada; 2) construção de uma aula expositiva sobre o tema, conjuntamente com um Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) e um fluxograma de referência e contrarreferência da rede regional de saúde; 3) ministração da aula expositiva à equipe da UBS Coivaras em formato de capacitação, apresentação do PCDT e do fluxograma à Secretaria Municipal de Saúde e à Gestão Municipal, e implementação dos materiais em contexto local e, em caso de aprovação, municipal e regional. **Resultados esperados:** Capacitação da equipe da UBS Coivaras, com oferta de um cuidado melhor para as pacientes em situação de rejeição à gravidez; maior assiduidade e qualidade do pré-natal; menos tentativas de aborto inseguro; maior aderência da população aos métodos contraceptivos disponíveis; a longo prazo, menores taxas de prematuridade e mortalidade materno-infantil.

Palavras-chave: Gravidez não Desejada; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente

ABSTRACT

Introduction: The non-acceptance of pregnancy is a complex situation with biopsychosocial nuances, multifactorial causes, and multifaceted consequences. It is a condition that can lead to unsafe abortions, with the risk of complications and death; negligent prenatal care; and an increase in prematurity and maternal-infant mortality. Since primary care is the main entry point to the Brazilian Unified Health System (SUS), it is necessary for family health teams to know how to deal with these cases in a healthy and individualized way, supporting these women, reducing risks, and mitigating or resolving conflicts. **Aim:** To develop a training process for the Family Health Team of the Coivaras Primary Health Care Unit (PHCU), aiming to qualify the team in the approach to cases of unwanted pregnancy, in a humanized and technical manner. **Methodology:** This is an action research project in the form of an intervention project, which will be implemented at the PHCU Coivaras, located in the municipality of Matões do Norte-MA. The research will be conducted in the following stages: 1) bibliographic survey on the topic of unwanted pregnancy; 2) construction of an expository lesson on the topic, together with a Clinical Practice Guideline (CPG) and a referral and counter-referral flowchart for the regional health network; 3) delivery of the expository lesson to the PHCU Coivaras team in a training format, presentation of the CPG and the flowchart to the Municipal Health Department and the Municipal Management, and implementation of the materials in a local context and, if approved, at the municipal and regional levels. **Expected results:** Training of the PHCU Coivaras team, offering better care for patients in situations of pregnancy rejection; greater attendance and quality of prenatal care; fewer attempts at unsafe abortion; greater adherence of the population to available contraceptive methods; in the long term, lower rates of prematurity and maternal and infant mortality.

Keywords: Pregnancy, Unwanted; Primary Health Care; Patient Care Team

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
eMulti	Equipe Multiprofissional da Atenção Primária à Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organização da Sociedade Civil
PCDT	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PI	Projeto de Intervenção
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SciElo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
4	OBJETIVOS.....	21
4.1	Objetivo geral.....	21
4.2	Objetivos específicos.....	21
5	METODOLOGIAS.....	22
5.1	Tipo de pesquisa.....	22
5.2	Local.....	22
5.3	Período.....	22
5.4	Participantes.....	22
5.5	Ações.....	22
5.5.1	Primeira etapa.....	23
5.5.2	Segunda etapa.....	23
5.5.3	Terceira etapa.....	24
6	RESULTADOS ESPERADOS.....	26
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde para a população em geral. Isso significa que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) tendem a buscar primeiramente a atenção primária, representada majoritariamente pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e pela Equipe de Saúde da Família (ESF), na tentativa de resolução dos seus agravos em saúde (MARQUES et al., 2021).

Seguindo essa lógica, não poderia ser diferente no tocante à mulher gestante que tem tido dificuldades para aceitar a gravidez. Muitas vezes, é na atenção básica que essa paciente obterá o diagnóstico de gestação, recebendo a notícia, frequentemente, com sentimentos de aflição e ansiedade. Portanto, o profissional de saúde da UBS deve estar preparado para abordar a situação, caso essa seja, de fato, uma condição não desejada (LIVRAMENTO et al., 2019; COELHO et al., 2012).

Pesquisas internacionais revelaram que, mundialmente, ocorreram 121 milhões de gestações não intencionais anuais entre 2015 e 2019, com média global de 50% quanto às mulheres que referiram já terem tido ao menos uma gravidez não planejada na vida. No cenário mundial, no mesmo período, a média de aborto (legal e clandestino) foi de aproximadamente 39 realizações por 1000 mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos), anualmente (ONU, 2022; BEARAK et al., 2020). Na América do Sul, ocorreram 69 gravidezes não planejadas a cada 1000 mulheres, por ano, pelo mesmo período. Dessas gestações, 46% terminaram em aborto, legal ou clandestino (BEARAK et al., 2020).

No cenário brasileiro, estudos apontam que cerca de 62% das mulheres já tiveram alguma gravidez não planejada (BAYER, 2022). Quanto aos abortos, pelo seu caráter clandestino, as estimativas de sua realização variam bastante entre as pesquisas, oscilando entre 800 mil (BEARAK et al., 2020), 503 mil (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017) e 48 mil (LE et al., 2014) efetuações ao ano. Na realidade local do povoado de Coivaras, localizado em Matões do Norte, município do interior do Maranhão, nos últimos 3 anos, ocorreram aproximadamente quinze gestações anuais, sendo 80% delas não planejadas, com média de 1 aborto clandestino ao ano.

O aborto clandestino apresenta-se como um procedimento perigoso para a saúde da mulher, podendo levar a diversas complicações, como perfuração de útero,

infecção, peritonite, tétano, septicemia, esterilidade e morte, e, por esses motivos, apresenta-se como um importante problema de saúde pública (NILSON et al., 2023; OLIVEIRA; BATISTA, 2021). Apesar do óbito por aborto clandestino, na média geral, não ter alta porcentagem, ainda se configura como uma das cinco principais causas de mortalidade materna, sendo o causador de aproximadamente 203 mortes ao ano no Brasil (COFEN, 2018).

Esses procedimentos apresentam-se como clandestinos pelo fato do aborto ser considerado crime no Brasil, salvo casos de risco de vida da gestante, gestação gerada por estupro e anencefalia fetal, conforme estabelecido no Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) e na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54 (BRASIL, 2012). A pena varia de 1 a 3 anos de detenção para a mulher que abortar e de 1 a 10 anos para o profissional que realizar o procedimento, pena esta que pode ser estendida em casos específicos (BRASIL, 1940).

Com o contexto epidemiológico e jurídico apresentado, são notórias a prevalência e a complexidade da presente problemática. Se a mulher, no momento do diagnóstico de gravidez não desejada, não for muito bem acolhida, ouvida, compreendida e amparada, as chances de que ela não dê continuidade à assistência pré-natal, ou mesmo não retorne ao serviço, podem aumentar, podendo-a levar a formas não saudáveis, ou mesmo perigosas, de enfrentamento da situação (MARQUES et al., 2021).

Uma das consequências quase imediatas da não aceitação da gravidez, como evidenciado nas pesquisas, é a tentativa de aborto por parte dessas mulheres. Entende-se como aborto “a interrupção espontânea ou provocada da gravidez com a expulsão do embrião ou feto com menos de 500 gramas, 20 a 22 semanas de gestação ou 25 cm de comprimento”, segundo estudiosos da Organização Mundial da Saúde (OMS) (GANATRA et al., 2014).

Quando não há tentativa de aborto ou há o insucesso do mesmo, e a mulher decide seguir com a gravidez indesejada, muitas acabam por negligenciar o processo de pré-natal. Entende-se como pré-natal negligente ou insuficiente aquele em que a gestante não realiza o número mínimo de consultas recomendadas, isto é, seis consultas, segundo o Ministério da Saúde (MS), ou inicia o pré-natal tardiamente (após o primeiro trimestre), ou não tem acesso aos exames básicos

(como hemograma, glicemia, ultrassonografia, entre outros) e orientações necessárias para o acompanhamento da gestação (LEAL et al., 2020).

É durante o pré-natal que patologias e outros problemas são diagnosticados precocemente, de forma que consequências graves possam ser evitadas ou atenuadas. Desse modo, um pré-natal negligente pode implicar em diversos agravos em saúde, culminando no aumento da prematuridade, da mortalidade materna e da mortalidade infantil (NILSON et al., 2023; FIGUEIREDO et al., 2012).

Considerando as possíveis consequências da não aceitação de uma gravidez e o fato da UBS ser, muitas vezes, a principal porta de entrada dessas mulheres ao SUS, é deveras importante que os profissionais da atenção básica saibam lidar com tais casos, visando: 1) ao acolhimento e amparo dessa gestante; 2) à compreensão das suas motivações de rejeição; 3) à abordagem saudável, técnica e humana dessa paciente; e 4) à resolução ou atenuação de suas problemáticas e agravos (ANIS; SBMFC, 2021).

Tendo em vista esse cenário, que é real e urgente global, nacional e localmente, o presente estudo pretende elaborar um Projeto de Intervenção (PI) com a construção de um processo de capacitação virado para profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), abordando o tema e apontando os meios para se realizar, na prática, uma abordagem acolhedora, assertiva e empática a mulheres nessa situação, tornando a APS um pilar de amparo nesse período de vida da mulher, que pode apresentar-se como muito complexo e difícil.

Dessa forma, espera-se que as mulheres que passam pela não aceitação da gravidez sejam cuidadas integralmente e sem julgamentos, de modo que compreendam o processo que estão percorrendo e saibam que podem encontrar apoio na APS, diminuindo a ocorrência de abortos clandestinos, otimizando a assiduidade e qualidade do pré-natal, melhorando a qualidade de vida das pacientes e reduzindo as taxas de prematuridade, mortalidade materna e infantil.

O PI será executado no município de Matões do Norte - Maranhão, no povoado de Coivaras, na zona rural do município.

2 JUSTIFICATIVA

A não aceitação da gravidez é uma situação complexa, com muitas nuances a considerar, de causa multifatorial, com consequências multifacetadas, e relativamente comum, principalmente em âmbito de APS (DELONG et al., 2021).

A rejeição à gravidez pode levar a gestante a tentativas de aborto, majoritariamente clandestinos e sem assistência médica adequada, elevando as chances para complicações físicas e psicológicas da paciente e, de igual modo, aumentando as taxas de mortalidade materna (OLIVEIRA; BATISTA, 2021).

Mesmo que haja insucesso das tentativas de aborto, a mulher que rejeitou a gravidez, enxergando-a como um fardo, tende a realizar um pré-natal insuficiente, adiando diagnósticos e agravos que poderiam ter sido diagnosticados precocemente (LIVRAMENTO et al., 2019). Diagnósticos tardios podem levar a consequências graves, aumentando as porcentagem de mortalidade materna, mortalidade infantil, prematuridade, além de doenças e complicações neonatais (LELIS; PRIETSCH; CESAR, 2024).

Após o parto, com a manutenção da rejeição à criança, transtornos puerperais comuns podem ser exacerbados, como o *blues*, a depressão e a psicose puerperais (GONÇALVES, 2016). A amamentação é frequentemente afetada por esse puerpério patológico, havendo quebra do vínculo mãe-bebê e podendo levar à criança ao desenvolvimento de transtornos físicos e mentais ainda na primeira infância (CHECKKO; LOSSE; NEHLS, 2023).

Constrói-se então um cenário de infância disfuncional, com maiores taxas de abuso e trabalho infantil, além de evasão escolar, devido à negligência do cuidado. Todos esses fatores contribuem para a perpetuação de conflitos geracionais, com repercussão social pela disfuncionalidade das famílias (ANDI, 2021; BOLZE et al., 2017). Cabe ressaltar, ainda, a insegurança do profissional de saúde para lidar com tais casos, principalmente no âmbito da APS, bem como a falta de recursos da gestão e da rede de saúde para amparar tais pacientes (ANIS; SBMFC, 2021).

No contexto local de Matões do Norte, no período entre 2023 e 2025, com média de 15 gestações anuais, a grande maioria (80%) foi não intencional. Destas, cerca de 14% foram recebidas com não aceitação. No mesmo período, dentre as pacientes que rejeitaram sua gestação, três executaram o aborto clandestino e uma realizou tentativa sem sucesso, prosseguindo com a gravidez. Duas dessas

pacientes apresentaram complicações clínicas após procedimento. Notou-se na equipe certa dificuldade para lidar com tais situações, principalmente no tocante ao acolhimento das pacientes e ao apoio da rede de saúde.

Conclui-se, portanto, que é de suma importância abordar o tema e propor um Projeto de Intervenção para transformação da conjuntura atual, tanto para a academia, com contribuições técnicas que podem ser reproduzidas em outros contextos de APS; quanto para a saúde, otimizando as taxas epidemiológicas e ofertando maior qualidade de vida para as pacientes; quanto para a sociedade, preocupando-se com a formação de novas gerações de cidadãos saudáveis, funcionais e produtivos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com base na literatura científica das áreas da saúde, especialmente ginecologia, obstetrícia, psicologia e saúde pública, as motivações que levam uma mulher a rejeitar sua gravidez são diversas, de causas multifatoriais, apresentando-se como um fenômeno biopsicossocial complexo (SMITH et al., 2016).

Quanto aos fatores físicos e biológicos, o histórico de doenças ginecológicas ou traumas físicos anteriores apresenta-se como importante fator, pois experiências negativas com seu próprio corpo podem influenciar a relação da mulher com sua gestação, principalmente quando se trata de um passado patológico relacionado a sua história reprodutiva (OLIVEIRA; BATISTA, 2021).

Perdas gestacionais anteriores, como abortos espontâneos ou morte perinatal, por exemplo, podem provocar medo de se apegar ao bebê ou de reviver a dor da perda. Histórico de complicações obstétricas durante o pré-natal, traumas com o parto ou experiências de depressão pós-parto também podem influenciar na aceitação ou não de novas gestações (McNAMARA et al., 2022; GONÇALVES, 2015).

Complicações de saúde, mesmo que não obstétricas, também podem ser motivações de rejeição, principalmente quando a gestante sofre de doenças crônicas debilitantes, como lúpus, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), diabetes mal controlado, entre outros, podendo gerar angústia frente à gestação. Isso também se aplica para mulheres com dependência química, seja de álcool, medicamentos ou drogas ilícitas, gerando sentimentos de culpa ou medo de prejudicar o feto (LEAL et al., 2020; GONÇALVES, 2016). Além disso, as mudanças corporais que ocorrem durante a gestação também podem influenciar autoestima e conforto físico da mulher, sendo motivadoras de não aceitação (DELONG et al., 2021).

Quanto aos fatores psicológicos, transtornos mentais pré-existentes são frequentes em mulheres que rejeitam a gravidez, como depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtornos de personalidade, transtorno bipolar ou esquizofrenia, comprometendo o vínculo com a gestação e diminuindo a capacidade de enfrentamento (*coping*) da paciente (CHECHKO; LOSSE; NEHLS, 2023; CHASE et al., 2021). Histórico de trauma, como experiências anteriores de abuso sexual,

violência doméstica ou outras questões não resolvidas também podem ser reativadas durante a gestação (GONÇALVES, 2015; LE et al., 2014).

O fato da gravidez não ser planejada, por si só, já pode causar uma rejeição inicial, pela sua característica inesperada. É possível causar insegurança quanto à maternidade, seja em relação ao parto, à capacidade de ser mãe e à perda da liberdade pessoal devido às responsabilidades inerentes a este período da vida (McNAMARA et al., 2022; GONÇALVES, 2016). Menos comum, a negação psicótica da gravidez também se revela como um possível fator de rejeição, quadro psiquiátrico no qual a mulher não reconhece que está grávida, muitas vezes até o momento do parto (CHASE et al., 2021).

Quanto aos fatores sociais, estes envolvem causas econômicas, familiares, culturais e ambientais. A baixa renda ou a vulnerabilidade social são muito frequentes entre mulheres que rejeitam a gestação, pois dificuldades financeiras aumentam a insegurança e o medo relacionados a todas as preocupações inerentes à gestação, ao puerpério e à primeira infância (GONÇALVES, 2015; COELHO et al., 2012). Enxergar a gestação como uma interrupção de projetos de vida também é bastante comum, independentemente da classe social, podendo esta ser percebida como barreira a estudos, carreira ou planos pessoais, gerando frustração e rejeição (NILSON et al., 2023; SMITH et al., 2016).

Comumente, também se trata de pacientes com falta de apoio familiar e com carência de uma boa rede de apoio. A ausência do parceiro, seja por abandono, seja por relação instável, também é uma situação bastante corriqueira, aumentando a vulnerabilidade emocional e social desta gestante (BOLZE et al., 2017). Por vezes, a paciente está em uma união estável, mas violenta, e mulheres em relacionamentos abusivos podem associar a gravidez a mais sofrimento ainda, rejeitando-a (GONÇALVES, 2016). Além disso, é possível haver reprovação familiar, em casos de gestações fora do casamento ou na adolescência. A vergonha ou o medo do julgamento podem levar a gestante a não aceitar a gravidez (CHECHKO; LOSSE; NEHLS, 2023).

A rejeição da gestação, muitas vezes, é uma resposta transitória a um contexto adverso, mas também pode se apresentar como uma condição persistente, que continua mesmo após o nascimento da criança (McNAMARA et al., 2022; DELONG et al., 2021). Em ambos os casos, é necessário que o profissional de saúde da atenção básica, bem como a rede de saúde da APS, saiba abordar tais

pacientes e quadros, tendo em vista ser a principal porta de entrada do SUS e a ordenadora do cuidado de seus usuários.

O profissional da APS deve, primeiramente, entender o que é uma “gravidez indesejada” (ou rejeitada ou não aceita), sendo aquela gestação em que a paciente entende que não quer ou não pode levar adiante. Conceito diferente de “gravidez não planejada” (ou não intencional ou não pretendida), que ocorre quando a mulher não está tentando engravidar (ANIS; SBMFC, 2021). Vale ressaltar que uma gravidez não planejada nem sempre será indesejada, ao contrário, uma gravidez não intencional pode ser recebida com muita alegria pela gestante, dependendo do seu contexto biopsicossocial (BEARAK et al., 2020).

Quando uma mulher descobre uma gravidez indesejada, o profissional de saúde deve explicitar que ela tem direito: 1) à informação, confiável, científica e igualitária; 2) ao cuidado digno, respeitoso e sem julgamentos; 3) ao uso de todas as estratégias da rede de saúde e intersetoriais necessárias; 4) à saúde integral, incluindo todas as questões referentes à saúde sexual e reprodutiva (ANIS; SBMFC, 2021; LEAL et al., 2020).

Cabe ao profissional da APS seguir as melhores práticas em saúde, visando a prevenção de danos aos pacientes e assegurando seu consentimento livre e informado. O profissional de saúde precisa estar apto a: 1) criar um espaço reservado e acolhedor para ouvir a mulher, sem preconceitos; 2) mediar conflitos familiares e/ou pessoais resultantes da gravidez indesejada; e 3) indagar abertamente sobre a vontade da paciente em abortar, sem julgar ou intimidar (LELIS; PRIETSCH; CESAR, 2024; ANIS; SBMFC, 2021).

Caso seja percebido risco de abortamento, o profissional deve: 1) informar sobre as situações legais em que o aborto é permitido e sobre a opção de adoção; 2) aconselhar a mulher a discutir a situação com alguém de confiança e oferecer apoio, mediar conflitos e avaliar vulnerabilidades sociais e familiares; 3) explicar os riscos de práticas inseguras de interrupção da gravidez, como hemorragia, infecção, perfuração uterina, infertilidade e morte; 4) demonstrar como a equipe e a rede saúde estão disponíveis para amparar a paciente em todos os aspectos, ressaltando que ela não está só; 5) agendar um retorno para reavaliação; e 6) em caso de abortamento, garantir o planejamento reprodutivo para evitar uma nova gestação indesejada (LIVRAMENTO et al., 2019; ANIS; SBMFC, 2021).

Em qualquer acolhimento de saúde, a garantia de sigilo é fundamental, tanto para os profissionais de saúde quanto para quem recebe os cuidados. Portanto, é recomendado que toda conversa com mulheres que não desejam a gravidez comece com uma explicação sobre o que é o sigilo médico, garantindo que tudo o que for dito estará protegido por ele. Além disso, a equipe da APS deve ter clareza sobre a obrigatoriedade do sigilo profissional, e os métodos para assegurá-lo devem ser discutidos e implementados (MARQUES et al., 2021).

Após estabelecer um ambiente seguro e acolhedor, o atendimento inicial à mulher que rejeita a gravidez envolve ouvi-la e compreender seus sentimentos. Se ela desejar prosseguir com a gravidez, encaminha-se para o pré-natal, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, com acolhimento, testes de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e informações sobre as rotinas do pré-natal (LEAL et al., 2020). Havendo hesitação em continuar a gestação, deve ser ofertado aconselhamento aprofundado sobre cuidados na gravidez, aborto legal, alternativas como adoção, riscos do aborto inseguro, estratégias da rede de saúde para amparo da paciente e a importância de permanecer sendo acompanhada pela APS, incentivando sempre o retorno ao serviço de saúde (ANIS; SBMFC, 2021; JENKINS; MILLAR; ROBINS, 2011).

Se for identificado que o caso se enquadra em aborto legal e a paciente desejar interromper a gravidez, ela deve ser informada sobre o serviço mais próximo. Qualquer unidade de saúde pode realizar o acolhimento inicial e encaminhar a gestante ao serviço de referência, fornecendo transporte, caso haja necessidade de tratamento fora do domicílio (BRASIL, 1940; BRASIL, 2012; MARQUES et al., 2021). Após o procedimento, a mulher tem o direito de acompanhamento contínuo pelo serviço que realizou o aborto ou pelo serviço de saúde mais próximo de sua residência, podendo ser a UBS. É garantido também o direito ao afastamento remunerado, caso seja desejado (OLIVEIRA; BATISTA, 2021; NILSON et al., 2023).

Caso se conclua que a gravidez não se encaixa nos requisitos do aborto legal e, se do atendimento for possível inferir, de forma expressa ou subentendida, tratar-se de gravidez indesejada, o profissional de saúde poderá proceder à informação da paciente, explicando acerca de todas as estratégias da rede de saúde e da rede de assistência social que podem amparar esta mulher, de forma integral e personalizada (MARQUES et al., 2021). É importante que o profissional permaneça

com um discurso empático, neutro, científico e respeitoso; promova os princípios dos direitos humanos, elucidando o direito de todos ao cuidado digno e sem preconceito; torne acessível à paciente toda a informação necessária; preze pela ética e profissionalismo na saúde, seguindo os princípios da não maleficência, beneficência, justiça e autonomia (ANIS; SBMFC, 2021).

A partir daí, deve-se ofertar a mediação de conflitos para a paciente. Com seu consentimento, pode-se realizar um estudo aprofundado sobre os possíveis fatores causais que levaram a mulher a não aceitar a gravidez, podendo tratar-se das causas acima explicitadas ou outras. Cabe à equipe de saúde da APS construir um ambiente seguro e calmo no qual a paciente poderá ser escutada e compreendida (CHECHKO; LOSSE; NEHLS, 2023). A partir da compreensão das causas, a equipe pode prosseguir com um Plano Terapêutico Singular (PTS), acionando a equipe multiprofissional da APS (eMulti) e setores como Assistência Social, Conselho Tutelar, Gestão Municipal e Organizações da Sociedade Civil (OSC), dependendo do caso (LEAL et al., 2020).

Cada cenário deve ser analisado e conduzido de forma individualizada, com estratégias distintas para problemáticas distintas. Em casos de gestações traumáticas anteriores, encaminhar a paciente para o pré-natal de alto risco, com relatório médico explicando passado obstétrico e preocupações atuais, assegurando à paciente que a rede de saúde fará o máximo para a prevenção da recorrência de complicações passadas (MARQUES et al., 2021). Em casos de concomitância com outros agravos em saúde debilitantes, realizar pré-natal compartilhado com especialista da área, além do pré-natal de alto risco, trazendo maior segurança à paciente (LIVRAMENTO et al., 2019).

Nos cenários nos quais há transtornos mentais pré-existent, ou medo quanto à maternidade, ou histórico de trauma psicológico, ou condições semelhantes, a eMulti deve ser acionada e o pré-natal deve ser acompanhado por psicólogo e/ou psiquiatra, em âmbito de APS, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outras formas de atenção secundária (MARQUES et al., 2021; GONÇALVES, 2016). Rodas de conversa entre gestantes que vivem os mesmos problemas também podem trazer a recuperação pela identificação social e vínculo (SMITH et al., 2016).

Nos quadros nos quais os fatores causais são socioeconômicos, envolvendo baixa renda, desemprego e outras vulnerabilidades sociais, a rede de assistência

social do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) deve ser acionada, buscando soluções em programas, projetos e benefícios, com possível auxílio de unidades como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) (COELHO et al., 2012). Em casos de relacionamentos abusivos ou violência doméstica, a equipe deve acionar a Central de Atendimento à Mulher e os órgãos competentes mais próximos, para que a paciente saia dessa situação de vulnerabilidade (BOLZE et al., 2017).

Quanto às gestantes abandonadas por parceiros ou aquelas com carência de apoio familiar, a equipe de saúde pode tomar mão de recursos como a realização de genograma, ecomapa e conferência familiar, buscando soluções para que a paciente seja cuidada (LEAL et al., 2020). Há também a possibilidade de acionar o amparo advindo de OSCs, como instituições de caridade, instituições religiosas, grupos comunitários (como associações de moradores), fundações, institutos, organizações não governamentais (ONG), entre outros (JENKINS; MILLAR; ROBINS, 2011).

Além disso, é sempre importante ressaltar a importância do pré-natal regular; a disponibilidade da equipe e da rede de saúde para quaisquer necessidades da paciente; e os perigos à saúde gerados pela interrupção da gestação executada inadequadamente (de forma a evitar complicações ou óbito). Vale a pena lembrar da possibilidade de adoção e, caso a gestante escolha por essa opção, deve receber as orientações necessárias para o processo (ANIS; SBMFC, 2021; DELONG et al., 2021).

O enfrentamento à não aceitação da gravidez é complexo e difícil, mas possível. Com um cuidado centrado na pessoa, humanizado, empático, individualizado, integral e sem preconceitos, é viável oferecer um processo de gestação mais sereno e confortável para tal paciente.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Construir um processo de capacitação para a ESF da UBS Coivaras, localizada na zona rural de Matões do Norte-MA, visando à qualificação da equipe quanto à abordagem de casos de gravidez não desejada, de forma humanizada e técnica.

4.2 Objetivos específicos

Compreender, através de uma revisão de literatura, os fatores que envolvem o corpo da mulher (físicos), as principais motivações psico-emocionais e as razões sociais (ambientais e culturais) envolvidas na não aceitação da gestação;

Elaborar um projeto de capacitação acerca de como o profissional de saúde da atenção básica pode executar uma abordagem saudável à gestante que rejeita sua gravidez;

Construir um fluxograma da rede de atenção à saúde no tocante ao apoio a tais gestantes, visando à sua apresentação à secretaria de saúde e aos gestores, e à sua execução em escala municipal e regional.

5 METODOLOGIAS

5.1 Tipo de pesquisa

Este estudo se trata de uma pesquisa-ação em formato de Projeto de Intervenção.

5.2 Local

O presente PI será realizado na Unidade Básica de Saúde Coivaras, na zona rural do município de Matões do Norte, localizado no estado do Maranhão.

5.3 Período

Este PI levará aproximadamente seis meses para ser planejado e construído. Após, a implementação propriamente dita da ação ocorrerá em aproximadamente duas semanas e seus resultados serão avaliados pelo período de um ano, com reavaliações periódicas trimestrais.

5.4 Participantes

A participante deste PI é a autora deste estudo, que será a responsável por capacitar a equipe da UBS Coivaras e por apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para a Gestão Municipal, de forma que seja implementado não apenas em âmbito local, mas municipal ou até mesmo regional.

O público-alvo inicial da capacitação será a equipe da UBS Coivaras, podendo ser estendido para todos os profissionais de saúde do município de Matões do Norte. O público-alvo que receberá os benefícios dessa capacitação, entretanto, serão as mulheres que não aceitam sua gestação, residentes na região adscrita da UBS Coivaras, podendo tal público-alvo ser estendido para todas as mulheres que rejeitam a gestação residentes no município de Matões do Norte.

5.5 Ações

5.5.1 Primeira etapa

A primeira etapa da pesquisa consistirá em um levantamento bibliográfico nas principais plataformas acadêmicas virtuais. Serão utilizadas as seguintes plataformas: PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na aba de procura, serão utilizadas as seguintes palavras-chave, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “gravidez não desejada”, “atenção primária à saúde” e “equipe de assistência ao paciente”. Esses serão os critérios de inclusão dos artigos: estar na íntegra gratuitamente; ter sido publicado nos últimos cinco anos; estar em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; ter título compatível com a ideia central do tema da pesquisa. Esses serão os critérios de exclusão: estudos apenas com opiniões de especialistas.

Os artigos escolhidos com título mais compatível com a ideia central da presente pesquisa terão seus resumos lidos. Os resumos que permanecerem com a compatibilidade do título à ideia central deste estudo, sendo congruente com seus objetivos, terão o texto na íntegra também lido e analisado. Esta etapa durará aproximadamente dois meses.

5.5.2 Segunda etapa

Após o levantamento bibliográfico e a identificação dos principais fatores causais da não aceitação à gravidez, elaborar-se-á projeto de capacitação técnica para profissionais da atenção primária, levando em consideração a pesquisa realizada.

A primeira parte do projeto de capacitação constituir-se-á da exposição de aula, que elencará as razões fundamentais acerca da rejeição à gestação e como a equipe de saúde pode lidar com cada uma delas, tendo em conta estratégias de acolhimento, escuta, compreensão, empatia, enfrentamento e atenuação ou resolução de conflitos.

A aula será elaborada pela autora deste estudo, médica da ESF Coivaras, e ministrada pela mesma em apresentação de slides. A aula, de duração aproximada de 1 hora, será realizada em horário de funcionamento da UBS, para toda a equipe, que inclui: enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal,

agentes comunitários de saúde e auxiliar administrativo. Ao final da aula, serão sugeridas reuniões de equipe para elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para gestantes que rejeitam a gravidez.

A segunda parte do projeto de capacitação constituir-se-á na construção de um Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) para os casos de não aceitação da gestação, de modo que o profissional da saúde saiba as etapas a serem percorridas e as condutas conforme cada caso específico. O PCDT será criado pela autora deste estudo, que se utilizará de programas virtuais de escrita. O documento será disponibilizado para a equipe na extensão virtual *Portable Document Format* (PDF) e impresso. Seu conteúdo consistirá no conhecimento escrito da aula expositiva, organizado de forma intuitiva, com fácil acesso às informações.

A terceira parte do projeto de capacitação constituir-se-á na elaboração de um fluxograma descrevendo os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que podem dar suporte a tais casos, considerando encaminhamentos de referência e contrarreferência, tendo a atenção básica como coordenadora do cuidado da paciente. Será considerada a RAS de toda a Região de Saúde da qual Matões do Norte faz parte.

O fluxograma será construído utilizando-se de elementos visuais, com auxílio de plataformas virtuais, em uma lauda só, de modo que possa ser fixado nas paredes de consultórios, salas de atividade coletiva, salas de espera, entre outros.

A construção da aula, do PCDT e do fluxograma levará aproximadamente quatro meses para conclusão. A ministração da aula à equipe da UBS Coivaras e a apresentação do PCDT e do fluxograma para a Secretaria Municipal de Saúde e para a Gestão Municipal levará aproximadamente duas semanas.

5.5.3 Terceira etapa

Posteriormente à elaboração do projeto de capacitação, incluindo aula, PCDT e fluxograma, a terceira etapa deste estudo será a aplicação dos conhecimentos dos materiais construídos, primeiramente na esfera local, na UBS Coivaras.

Sugerir-se-á, em conjunto com a equipe, um ano para pôr em prática os conhecimentos adquiridos, com reavaliações periódicas trimestrais para eventuais mudanças. Ao final deste período, elaborar-se-á relatório sobre os resultados alcançados, comparando com os resultados esperados.

A equipe, então, apresentará à secretaria de saúde e à gestão o relatório com os resultados alcançados, demonstrando como a aula, o PCDT e o fluxograma construídos podem ser efetivos para a realidade do SUS. Sendo o projeto aprovado e acatado pela gestão, o último passo é pactuar o fluxograma da RAS em esfera municipal e regional.

6 RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação do presente Projeto de Intervenção, espera-se alcançar alguns bons resultados. Dentre eles, o mais imediato é tornar a equipe de saúde da UBS Coivaras mais empática e técnica após a execução da capacitação, de forma que haja a oferta de um serviço melhor para as mulheres em condição de negação da gravidez. Com a equipe capacitada, espera-se que as pacientes sejam melhor cuidadas, recebendo amparo integral e individualizado, levando em consideração seu contexto biopsicossocial.

Com o serviço e o cuidado otimizados, é esperado que haja um crescimento nas taxas de assiduidade e qualidade do pré-natal, de forma que os indicadores do Ministério da Saúde demonstrem resultados melhores do que os anteriores. Com o acolhimento humanizado e a abordagem individualizada, empática, integral e sem preconceitos por parte da equipe, também se espera que haja menos tentativas de aborto inseguro por parte dessas mulheres.

O resultado a longo prazo de uma equipe capacitada, que oferta cuidado integral, empático e técnico, com um pré-natal otimizado e com menor porcentagem de abortos inseguros, será, indutivamente, menores taxas de prematuridade, mortalidade materna e mortalidade infantil. Discutir sobre gravidez não planejada, gravidez indesejada, aborto inseguro e formas de lidar com tais situações também traz à tona o tema da contracepção. Portanto, com a implementação deste PI, também se espera uma maior aderência da população aos métodos contraceptivos disponíveis, diminuindo, assim, as porcentagens de futuras gestações não planejadas e/ou indesejadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da não aceitação ou negação da gravidez é complexo e, por certo, não é fácil lidar com mulheres que passam por essa situação, principalmente porque, em sua maioria, tratam-se de pacientes com algumas ou muitas problemáticas físicas e/ou psicossociais adjacentes. Contudo, a complexidade do tema não deve ser vista como um dilema impossível, mas sim como uma oportunidade de aprofundamento de conhecimentos objetivando oferta de soluções e cuidado para quem mais precisa.

O presente PI será implementado em uma área rural de um município de alta vulnerabilidade do interior do Maranhão, localizado no nordeste brasileiro. Trata-se de uma região com altas taxas de patologias não assistidas, mortalidade materna e infantil, saúde mental precária, baixa renda, fome, adicções e todos os tipos de violência. Em resumo, se trata de uma região na qual gestar se apresenta como um ato árduo por natureza, tornando-se ainda mais duro e pesado quando não há o desejo de realizá-lo.

Este PI traz, justamente, um olhar integral e individualizado sobre essa mulher, de forma que ela seja verdadeiramente amparada em um momento difícil de sua história. O presente projeto foi construído como uma alternativa à estratégia de redução de danos em gestações indesejadas, demonstrando que é possível, em qualquer solo brasileiro, cuidar, amparar e amar à vida, seja ela materna, seja ela fetal.

REFERÊNCIAS

ANDI. **Rejeição na infância traz emaranhado de prejuízos e impacta a vida adulta.** *ANDI*, 7 jun. 2021. Disponível em:

https://andi.org.br/infancia_midia/rejeicao-na-infancia-traz-emaranhado-de-prejuizos-e-impacta-a-vida-adulta/. Acesso em: 24 abr 2025.

ANIS; SBMFC. **Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS):** as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar. Brasília: *LetrasLivres*, 2021. Disponível em:

https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2022/04/CARTILHA_FINAL-Gravidez-Indesejada-na-APS.pdf.

BAYER. **Gravidez não planejada atinge 62% das mulheres no Brasil.** *Blog Bayer*, 2022. Disponível em:

<https://www.bayer.com.br/pt/blog/gravidez-nao-planejada-atinge-62-mulheres-brasil>. Acesso em: 15 abr 2025.

BEARAK, J.; POPINCHALK, M. P. H.; GANATRA, B.; 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*, New York, v. 8, n. 9, p. e1152–e1161, sep. 2020. Disponível em:

<https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2820%2930315-6/fulltext>.

BOLZE, S. D. A.; BÖING, E.; SCHMIDT, B.; et al. **Conflitos conjugais e parentais em famílias com crianças:** características e estratégias de resolução. *Paidéia*, Florianópolis, v. 27, suppl. 1, p. 457-465. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/paideia/a/WFDXt5nJ5J4FxbhWrPqtQs/?format=pdf&lang=pt>.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.** *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 23941, 31 dez. 1940. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 2 mai 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Distrito Federal.** *Relator*: Min. Marco Aurélio Mello. Brasília, DF, 12 abr. 2012. Disponível em:

<https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>. Acesso em: 3 mai 2025.

CHASE, T.; SHAH, A.; MAINES, J.; et al. **Psychotic pregnancy denial:** a review of the literature and its clinical considerations. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, Hershey, v. 42, n. 3, p. 253-257, sep. 2021. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/figure/10.1080/0167482X.2020.1789584?scroll=top&needAccess=true>.

CHECHKO, N.; LOSSE, E.; NEHLS, S. **Pregnancy denial:** toward a new understanding of the underlying mechanisms. *Current Psychiatry Reports*, Aachen, v.

25, s/n, p. 493-500, aug. 2023. Disponível em:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-023-01448-2>.

COELHO, E. A. C.; ANDRADE, M. L. S.; VITORIANO, L. V. T.; et al. **Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família**. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-422. 2012. Disponível em:
scielo.br/j/ape/a/W9z9WJQLDFX7mVxhwFGLzq/?format=pdf&lang=pt.

COFEN. **Uma mulher morre a cada 2 dias por causa do aborto inseguro, diz Ministério da Saúde**. *Cofen*, 3 ago. 2018. Disponível em:
<https://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-cao-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 17 abr 2025.

DELONG, H.; EUTROPE, J.; THIERRY, A.; et al. **Pregnancy denial: a complex symptom with life context as a trigger? A prospective case-control study**. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, Reims, v. 129, n. 3. p. 485-492, jul. 2021. Disponível em:
https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.16853?utm_source=chatgpt.com.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/?format=pdf&lang=pt>.

FIGUEIREDO, P. P.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; et al. **Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault**. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-10, jan./fev. 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/CVkvVb68vDxK6YqKtd8FTLm/?format=pdf>.

GANATRA, B.; TUNÇALP, Ö; JOHNSTON, H. B.; et al. **From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion**. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 92, n. 3, p. 155. 2014. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3949603/pdf/BLT.14.136333.pdf>.

GONÇALVES, T. G. **Denial of pregnancy: a literature review and case report in Brazil**. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 613-623. 2016. Disponível em:
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-4281201600200017.

GONÇALVES, T. G. **Negação da gravidez: um estudo psicanalítico**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 20, n. 1, p. 117-127, jan./mar. 2015. Disponível em:
https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/25657/pdf_19.

JENKINS, A.; MILLAR, S.; ROBINS, J. **Denial of pregnancy: a literature review and discussion of ethical and legal issues**. *Journal of the Royal Society of Medicine*,

Glasgow, v. 104, n. 7, p. 286-291, jul. 2011. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1258/jrsm.2011.100376>.

LE, H. H.; CONNOLLY, M. P.; BAHAMONDES, L.; et al. **The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis.** *International Journal of Women's Health*, Groningen, v. 6, s/n, p. 663-670, jul. 2014. Disponível em: <https://www.dovepress.com/article/download/17608>.

LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F.; et al. **Assistência pré-natal na rede pública do Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 20, p. 1-12, jan. 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2020.v54/08/pt>.

LELIS, C. F.; PRIETSCH, S. O. M.; CESAR, J. A. **Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência, tendência e fatores associados.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio Grande, v. 29, n. 5, p. 1-9, mai. 2024. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/wYQRHqXBvy5dhr5SjWr4cJR/?format=pdf&lang=pt>.

LIVRAMENTO, D. V. P.; BACKES, M. T. S.; DAMIANI, P. R.; et al. **Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Florianópolis, v. 40, n. e20180211, p. 1-9. 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rngen/a/BBmdvmww53KqpSdCrLYJZ5s/?format=pdf&lang=pt>.

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y. T.; SARAIVA, S. S.; et al. **Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.** *Escola Anna Nery*, Chapecó, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ksLJGFs/?format=pdf&lang=pt>.

McNAMARA, J.; RISI, A.; BIRD, A. L.; et al. **The role of pregnancy acceptability in maternal mental health and bonding during pregnancy.** *BMC Pregnancy and Childbirth*, Wollongong, v. 22, n. 267, p. 1-10, mar. 2022. Disponível em:
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04558-6#citeas>.

NILSON, T. V.; AMATO, A. A.; RESENDE, C. N.; et al. **Unplanned pregnancy in Brazil: national study in eight university hospitals.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 57, n. 35, p. 1-9. 2023. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/rLNZV93NLzLDrDSzby7DRyn/?format=pdf>.

OLIVEIRA, C. S.; BATISTA, M. S. N. **Complicações físicas e psicológicas vivenciadas pelas mulheres em consequência da indução do aborto clandestino: uma revisão integrativa.** *Revista Interdisciplinar em Saúde*, Cajazeiras, v. 8, n. 1, p. 920-934. 2021. Disponível em:
https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_29/Trabalho_71_2021.pdf.

ONU. **ONU Mulheres: 257 milhões de mulheres no mundo não têm acesso a métodos contraceptivos modernos.** *ONU News*, 2022. Disponível em:
<https://news.un.org/pt/story/2022/03/1784602>. Acesso em: 9 abr 2025.

SMITH, W.; TURAN, J. M.; WHITE, K.; et al. **Social norms and stigma regarding unintended pregnancy and pregnancy decisions**: a qualitative study of young women in Alabama. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Birmingham, v. 48, n. 2, p. 73-81, jun. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27166869/>.