



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200

Filiais: Hospital Fêmina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Malas, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Alcool e Drogas.

Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90



COREMU - GHC

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PROGRAMA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADES

GRAVIDEZ INDESEJADA E O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Yasmin Santos Boanova de Souza
Marcela Cristina Andrade de Azevedo

PORTO ALEGRE

Janeiro/2025

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. MÉTODO	6
3. RESULTADOS	7
4. DISCUSSÃO	12
5. CONCLUSÃO	18
7. REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

Frederici (2017) apresenta que a função das mulheres ao longo da história do capitalismo se revela como uma narrativa complexa e, frequentemente, marcada pela opressão sistemática. Afirma que:

a discriminação contra as mulheres na sociedade capitalista não é o legado de um mundo pré moderno, mas sim uma formação do capitalismo, construído sobre diferenças sexuais existentes e reconstruída para cumprir novas funções sociais (FEDERICI, 2017, p.11)

Nesse aspecto, durante a transição para o sistema capitalista, o trabalho doméstico das mulheres começou a exercer uma manutenção social, econômica e política. Logo, o patriarcado é pensado como um sistema de dominação dos homens sobre as mulheres, que conquista seu ápice, tornando-se fundamental para a alimentação deste sistema (FEDERICI, 2017).

As mulheres, então, assumiram de maneira coercitiva, reguladas pelo Estado, um papel crucial na sustentação do capitalismo, a partir do trabalho doméstico e da procriação, conforme preserva a desigualdade entre gêneros necessária para reprodução do trabalho e para a expansão da força de trabalho (FEDERICI, 2017).

Ao analisar a teoria de Marx, Federici (2017) aponta que embora seja reconhecido que o desenvolvimento capitalista tenha sido acompanhado por um crescimento populacional, as mudanças na procriação e na população estão longe de serem automáticas ou “naturais” em todas as fases do desenvolvimento capitalista.

Historicamente, o estado criminaliza a contracepção, expropria das mulheres estes saberes adquiridos durante a Idade Média, arrancando certa autonomia sobre seu corpo e convertendo a maternidade à condição do trabalho forçado, além de confinar as mulheres à atividade reprodutiva, criando uma nova divisão sexual do trabalho (FEDERICI, 2017).

No Brasil colônia e posteriormente imperial, percebemos a perpetuação da tradicional divisão de gênero, que, devido às raízes históricas da escravidão, assume também uma dimensão racial (MENDONÇA, RIBEIRO, 2010). Não sendo atenuado o trabalho das mulheres, cabendo-lhes a tarefa de doação de força moral para seu homem, seus filhos ou seus irmãos (GONZALES, 2020).

A associação entre a reprodução e a suposta natureza feminina historicamente restringiu às mulheres ao espaço doméstico, limitando suas oportunidades de vida. Com a perpetuação do patriarcado como um sistema social de opressão, exercendo contínua influência cultural, mantém-se a visão de que o papel primordial da mulher é dedicado à família (BARBOSA, COUTINHO, 2012).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), no ano de 2022, as mulheres dedicavam em média 21,3 horas semanais aos afazeres domésticos e/ou cuidado de pessoas, enquanto os homens dispunham de 11,7 horas semanais. Entre 148,1 milhões de pessoas de 14 anos ou mais realizaram afazeres domésticos no próprio domicílio ou em domicílio de parente, destas 91,3% são mulheres para 79,2% de homens (IBGE, 2022).

Em recorte de raça, as taxas de realização de afazeres domésticos pelas mulheres brancas (90,5%), pretas (92,7%) ou pardas (91,9%) são sempre mais altas que a dos homens dos mesmos grupos de cor ou raça (80,0%, 80,6% e 78,0%, respectivamente).

A edição intitulada “Arranjos Familiares” (2022) do Observatório Nacional da Família e a Secretaria Nacional da Família do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (ONF/SNF/MMFDH), refere mudanças na composição familiar brasileira, verificou-se uma redução significativa da proporção de casais com filhos o que correspondeu a um crescimento das famílias monoparentais femininas. A distribuição do rendimento nominal mensal familiar *per capita*, revela que estas famílias chefiadas por mulheres referem em média o menor rendimento familiar.

Nessa perspectiva, o sentido de cuidado não está relacionado apenas ao processo saúde/doença, e sim ao compromisso, dedicação, responsabilidade, compreende uma condição de “doar” parte de sua vida para outra pessoa, que embora compreendido como trabalho familiar possui uma divisão de gênero (MOSER, DAL PRÁ, 2016). Neste enfoque

[...] a família assume o papel do trabalho de reprodução social, e o cuidado é o elo invisível dessa trama, predominantemente assumido pelas mulheres. Dessa forma, as relações estabelecidas entre Estado, família e mercado são constitucionais para a proteção social dos indivíduos (BARCELOS, 2011, p.48).

Seguindo esta perspectiva, articulando a esfera da produção econômica capitalista e da reprodução social, observa-se as consequências na vida das mulheres. Percebe-se que este “caminho natural” é contraditório aos posicionamentos das mulheres, por isso tem procurado espaço para reflexão das implicações sociais e políticas desse papel.

Uma pesquisa da Bayer (2022), em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), realizada pelo IPEC (Inteligência em Pesquisa e Consultoria) constatou que 62% das mulheres já vivenciaram pelo menos uma vez uma gravidez não planejada. Entretanto, não encontra-se estatística para mulheres que vivenciaram a gravidez indesejada, tão pouco o materno indesejado.

Cabe salientar que embora muitas vezes utilizados como sinônimos, existe grande distinção entre os termos “gravidez não planejada” e “gravidez indesejada”. A “gravidez não planejada” é aquela na qual ocorre sem ser programada pelo casal e/ou pela mulher, dando-se em momento inoportuno, podendo tornar-se aceita e/ou desejada com o passar do tempo. Embora semelhantes, a “gravidez indesejada” nunca se torna estimada pela mulher, sendo esta a principal diferença entre elas. (RODRIGUES e LOPES, 2016)

No Brasil, as décadas do século XX foram o marco inicial para as políticas públicas em saúde da mulher, elaborando-se estratégias específicas relativas a gravidez e ao parto, seguido da fundação de programas de saúde materno-infantis no viés de uma perspectiva funcionalista focada no aspecto biológico (MACHADO, PENNA, 2022).

Acompanhando os movimentos sociais e com a participação do movimento feminista nas discussões de saúde, tem-se elaborado um novo conceito de assistência a mulher. Entretanto ainda se observa na prática a conservação do viés biológico, baseado no modelo biomédico (MACHADO, PENNA, 2022).

Em recorte, a Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde no Brasil. Abrangendo a saúde da mulher em todos os ciclos da vida, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são fundamentais no cuidado, na

prestação de serviços de promoção, prevenção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, sendo o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção em Saúde (RAS).

Diante do exposto, a presente pesquisa pretende analisar as estratégias de saúde voltadas para a gravidez indesejada no Brasil no período de 1988 a 2024 e quais as repercussões destas na APS. Com o intuito de contribuir com subsídios para as estratégias de cuidado para pessoas que gestam/ mulheres, a partir do descobrimento da gravidez, ao abortamento ou ao materno/puerperio indesejado.

2. MÉTODOS

De acordo com Minayo (2014) a pesquisa qualitativa permite “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2014, p.57). Perante o exposto, o presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica documental, de cunho qualitativo, analisada através do método materialista histórico dialético, no período de 1988 a 2024.

A pesquisa bibliográfica se caracteriza pelo uso de obras já publicadas acerca de determinadas teorias a serem estudadas, realizando-se o levantamento ou a revisão do material com a análise e o estudo pelo pesquisador. Em outras palavras, consiste em um conjunto de dados incluídos em documentos, artigos, dissertações e livros publicados, sendo estes, fontes para a base teórica que colaboram no desenvolvimento da pesquisa (SOUSA, et al, 2021).

A fim de complementar a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental trilha um caminho semelhante, tendo como diferença o uso recorrente a fontes mais diversas, como tabelas, jornais, revistas, cartas, etc. Pode-se dizer que a pesquisa documental utiliza-se de fontes primárias de informação, atuais ou antigas, que permitam o uso para contextualização histórica, social e econômica da sociedade em determinado momento (FONSECA, 2002).

Em específico para esta pesquisa, será utilizado leis, decretos, portarias, políticas nacionais, notas técnicas e cartilhas (governamentais ou não), encontrados

na internet e disponíveis para acesso, escritos a partir do ano de 1988, sobretudo evidenciado à construção do Sistema Único de Saúde, até o ano de 2024.

Ainda, utilizará da análise de conteúdo de Bardin (2010) como técnica de tratamento dos dados obtidos, dispondo de um processo sistemático e objetivo para organização e categorização dos referenciais selecionados, a fim de identificar padrões de interpretação dos elementos (MINAYO, 2014).

Inclui-se todos os materiais que abordem a temática da saúde da mulher, preferencialmente acerca da gravidez indesejada ou não planejada, relevando o uso dos termos como sinônimos na literatura, excluindo apenas aqueles que não correspondem à área da saúde.

3. RESULTADOS

Foram encontrados a nível nacional, um número reduzido de documentos que envolvem, de alguma forma, a temática. Para melhor visualização, dividiu-se entre estes documentos, entre políticas públicas e legislações (tabela 1), desenvolvidas de maneira federal, estadual ou municipal em todo âmbito brasileiro e cartilhas desenvolvidas por órgãos não governamentais (tabela 2).

TABELA 1: POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÕES ACERCA DA SAÚDE DA MULHER¹

LEI/DECRETO/PORTARIA/ CARTILHAS	TEMA	ANO
Lei nº9.263	Regula o § 7º do art. 226 da CF, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.	1996
Portaria nº569	Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do	2000

¹ Na presente tabela constam as informações básicas acerca do documento, como título, tema, objetivo e ano que foi publicado.

	Sistema Único de Saúde.	
Humanização no Pré Natal e Nascimento	Tem o objetivo de garantir uma melhoria do acesso, na cobertura e na qualidade do acompanhamento na assistência ao pré-natal, parto e puerpério à gestantes e recém-nascidos.	2002
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes	Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais	2004
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	Estrutura ações e políticas a serem implementadas acerca de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e, enfrentamento à violência contra as mulheres	2004
Lei nº 11.108	Lei do Acompanhante	2005
Portaria nº2.418	Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS.	2005
Atenção Humanizada ao Abortamento	Guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção, com vistas a estabelecer e a consolidar padrões culturais de atenção com base na necessidade das mulheres, buscando, assim, assegurar a saúde e a vida.	2005
Lei nº11.634	Dispõe sobre o direito da	2007

	gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.	
Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes	Expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual.	2012
Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher/ Ministério da Saúde - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa	Com o objetivo de ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais	2016
Portaria nº2.282	Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.	2020
Cartilha Saúde da Mulher/ Departamento Médico da Câmara dos Deputados	Aborda os temas de saúde com maior ocorrência nas mulheres brasileiras, discorrendo sobre os sintomas mais comuns, fatores de risco e medidas preventivas.	2022

FONTE: De autoria própria, 2023

TABELA 2: CARTILHAS DESENVOLVIDAS POR ÓRGÃOS NÃO GOVERNAMENTAIS ACERCA DA SAÚDE DA MULHER²

Aborto Legal via Telesaúde	ANIS - Instituto de Bioética	Orientações para serviços de saúde acerca da pandemia do COVID	2021
----------------------------	------------------------------	--	------

² Na presente tabela constam as informações básicas acerca do documento, como título, instituição onde foi desenvolvida, objetivo/temática e ano que foi publicado.

Gravidez Indesejada na Atenção Primária à Saúde	Grupo de Trabalho de Mulheres na Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e pela Anis – Instituto de Bioética.	Esclarece dúvidas frequentes entre profissionais da APS com relação a gravidezes indesejadas.	2021
Caminhos para a Promoção de Saúde da Mulher	Organização Internacional para as Migrações e a Círculos de Hospitalidade, no marco do Projeto Oportunidades.	Cartilha de promoção de saúde da mulher voltada para venezuelanas e migrantes de países vizinhos ao Brasil.	

FONTE: De autoria própria, 2023.

Destes, há um conjunto de leis que dispõem de alguns direitos específicos das pessoas no período gestacional. A Lei N° 11.108, de abril de 2005, regulamentada pela Portaria 2.418, que garante a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato; e a Lei N° 11.634, de dezembro de 2007, acerca do direito ao conhecimento e vinculação prévia à maternidade.

No mesmo âmbito, a Portaria de N° 2.282, de 2020 predispõe do Procedimento de Justificação e Autorização da realização do abortamento, nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. Semelhantes, as leis citadas perpassam apenas pelo contexto dos serviços de alta complexidade e não mencionam casos específicos de gestações indesejadas.

Abrangendo os domínios da APS, a Lei N° 9.263, de 1996, trata do planejamento familiar como direito de todo cidadão, com gestão do SUS e associado ocasionalmente com o sistema educacional, possui o objetivo de promover condições e recursos informativos, educacionais e técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Em seguida, a Portaria 569, de 1° de junho de 2000, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo “o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do

acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2000).

Seguindo de uma linha mais ampliada de saúde e na linha de atenção à saúde da mulher, “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes” (PNAISM), propõe-se baseado em dados epidemiológicos do país e reivindicações de segmentos sociais, diretrizes para humanização e qualidade em atendimentos referentes à atenção à saúde da mulher em todos os níveis de atenção à saúde.

O “Plano Nacional de Políticas para Mulheres” (PNPM) tem diretrizes definidas na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), e apresenta propostas de promoção da igualdade de gênero com políticas e linhas de ação. Foi construído em torno de quatro áreas de atuação autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e, enfrentamento à violência contra as mulheres.

A “Cartilha de Saúde da Mulher”, foi desenvolvida pela Câmara de Deputados conjuntamente com o Senado Federal, e possui como objetivo informar e fomentar o conhecimento abordando temas característicos da saúde da mulher, incluindo fatores de risco, sintomas e medidas preventivas.

E a Cartilha “Caminhos para a Promoção de Saúde da Mulher”, de promoção de saúde da mulher voltada para venezuelanas e migrantes de países vizinhos ao Brasil, levando em consideração os impactos que o processo migratório na saúde das mulheres e na sua comunicação e acesso aos serviços de saúde. Ambos os últimos documentos não fazem menção a situações de gestação indesejada.

Tratando de materiais específicos referente a situações de abortamento, “A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento”, condizentes com os objetivos específicos da PNAISM e seus Planos de Ação, procura promover atenção qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, revisando normas de acolhimento, orientação e atenção clínica.

Ainda, a cartilha “Aborto Legal via Telesaúde” elaborada diante da Pandemia de COVID-19, pensando no contexto de isolamento social, fornece orientações e instruções aos serviços de saúde para realização do procedimento de abortamento, legalmente garantido, de maneira segura via telesaúde com o uso da telemedicina. Considerando que uma gestação indesejada não permite a realização do abortamento, não há alusão a essa circunstância.

A Norma Técnica (2012) de “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, revisa normas de atendimento e apoio psicossocial e atualiza importantes procedimentos profiláticos, a fim de auxiliar profissionais na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada, condizente com os princípios do sistema único de saúde.

Já específicos para APS, o “Protocolos de Atenção Primária: saúde das mulheres” faz parte de uma série de materiais técnicos que servem como subsídios para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, a fim de ampliar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços e a satisfação dos usuários, com uso racional dos recursos do SUS.

E para finalizar, a Cartilha “Gravidez Indesejada na Atenção Primária à Saúde”, organizada com o intuito de esclarecer dúvidas dos profissionais e visando apresentar informações e estratégias para abordagem em situações relacionadas, com enfoque na redução de riscos e danos relacionados à gravidez indesejada e ao aborto inseguro.

4. DISCUSSÃO

Para discussão, descartou-se os materiais encontrados que não citassem estratégias para situações específicas de gestações indesejadas, direta ou indiretamente. Aglutinou-se em tópicos, as estratégias mais citadas entre os documentos achados.

4.1 ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO

Todos os documentos selecionados ressaltam que para garantir um atendimento digno, respeitoso e centrado nas necessidades, o acolhimento deve ser entendido como um “tratamento digno e respeitoso, baseado na escuta, no reconhecimento e na aceitação das diferenças” (BRASIL, 2005), sendo este primordial para o acompanhamento, independente da situação. Este acolhimento envolve não apenas a abordagem clínica, mas também a dimensão humana e emocional, assegurando que a mulher se sinta segura e amparada durante o processo de atendimento.

A orientação oferecida aos profissionais de saúde abrange o repasse de informações essenciais para que a mulher tenha clareza sobre as etapas e decisões do processo. Essa orientação “pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado” (BRASIL, 2005).

Preconiza-se além de um simples atendimento; ele deve responder às necessidades específicas de cada mulher de forma acolhedora e empática. Para isso, reforça-se a importância de uma escuta humanizada, que seja livre de julgamentos e de qualquer sobreposição de valores pessoais dos profissionais envolvidos. A escuta humanizada é uma habilidade essencial, pois permite que a mulher se sinta valorizada, tenha suas experiências validadas e possa expressar suas preocupações e sentimentos sem receios. Este tipo de abordagem promove o respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos da mulher, oferecendo um espaço seguro para a tomada de decisões.

Outro ponto crucial destacado é que o acolhimento deve ser uma prática compartilhada por toda a equipe multiprofissional (BRASIL, 2016). O atendimento a mulheres em situações de abortamento demanda uma abordagem integrada, onde cada profissional contribua com sua especialidade e sua perspectiva, colaborando para um atendimento completo e compassivo.

Para promover uma abordagem realmente humanizada, enfatiza -se o princípio do sigilo profissional (ANIS, 2021). Toda a escuta e as informações compartilhadas pela mulher devem ser mantidas em confidencialidade, reforçando a relação de confiança entre profissional e paciente. O sigilo é um dos elementos fundamentais para que a mulher se sinta confortável para expressar suas angústias e intenções,

especialmente em situações que envolvem decisões delicadas e pessoais.

4.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO

É proposto pelos achados a implantação e implementação de uma assistência ampla em planejamento familiar, contemplando homens e mulheres de todas as faixas etárias, incluindo adultos e adolescentes, com foco na promoção da contracepção dentro de uma abordagem de atenção integral à saúde. Essas ações buscam garantir que todas as pessoas, independentemente de gênero ou idade, tenham acesso a informações, métodos contraceptivos e orientação qualificada para que possam exercer seu direito ao planejamento reprodutivo de forma informada e segura.

Adicionalmente, destaca-se a importância da adoção imediata de métodos contraceptivos no período pós-abortamento, como forma de reduzir o risco de gestações indesejadas futuras. Nesse contexto, retoma-se a necessidade de uma orientação cuidadosa, especialmente no que diz respeito ao uso adequado e eficaz de diferentes métodos contraceptivos. Esse aconselhamento deve capacitar as mulheres a tomarem decisões informadas sobre o controle de sua fertilidade, reforçando sua autonomia e possibilitando que tenham um maior controle sobre sua saúde reprodutiva.

Em sintonia com a Lei N° 9.263, de 1996, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a saúde reprodutiva ocupa um espaço primordial, com o planejamento familiar sendo tratado como parte essencial do modelo descentralizado do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse modelo permite que ações educativas e preventivas em planejamento familiar cheguem à população de maneira acessível e próxima, garantindo que o direito à saúde seja efetivamente alcançado em toda a extensão do território (RUIVO, 2021).

Além disso, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres reforça a necessidade de prevenir gestações indesejadas em situações de violência sexual, recomendando o uso de métodos de anticoncepção de emergência hormonal. Essa norma complementa as políticas de saúde sexual e reprodutiva ao assegurar que mulheres em situação de

vulnerabilidade, especialmente vítimas de violência, tenham acesso imediato e eficaz a métodos contraceptivos de emergência. Dessa forma, a Norma Técnica amplia as possibilidades de proteção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, prevenindo consequências indesejadas e respeitando a dignidade e a autonomia de cada uma.

4.3 ABORTAMENTOS PERMITIDOS POR LEI

A atenção à saúde de mulheres em situação de abortamento é regulamentada em conformidade com o Artigo 128 do Código Penal, que prevê a prática do aborto em circunstâncias específicas. No momento, o procedimento é permitido nos seguintes casos: a) quando não há outro meio de salvar a vida da mulher; b) em casos de gravidez resultante de estupro ou outra forma de violência sexual; e c) nos casos de malformação fetal que tornam inviável a vida do feto fora do útero.

No entanto, o aborto inseguro permanece uma das principais causas de mortalidade materna (ANIS, 2021), causado, em grande parte, pela discriminação e violência institucional nos serviços de saúde contra as mulheres. A situação de ilegalidade em torno do aborto em muitos contextos dificulta o levantamento de dados confiáveis e abrangentes sobre o problema, o que compromete a elaboração e a implementação de políticas públicas eficazes, principalmente nas regiões onde os casos de gestação indesejada são mais prevalentes.

Embora seja um procedimento tipicamente realizado em serviços de saúde de alta complexidade, é essencial considerar a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) para o acolhimento inicial e o encaminhamento adequado dessas mulheres. Como primeira porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tem um papel crucial na identificação precoce e no suporte integral às mulheres em situação de vulnerabilidade.

4.4 MANEJO ESPECÍFICO DE GESTAÇÕES INDESEJADAS

Especificamente em situações de gestação indesejada, especialmente quando há risco de abortamento, recomenda-se uma abordagem sensível e informativa. O objetivo é assegurar que a mulher compreenda seus direitos e alternativas,

promovendo um atendimento seguro e humanizado.

A cartilha acerca de gestações indesejadas propõe um roteiro detalhado baseado na estratégia de redução de danos – conforme previsto na Lei Orgânica do SUS (Lei n. 8.080/90) – para situações de gestações indesejadas com riscos de abortamento inseguro.

Essa se dá em dez passos: realizar preparação ao atendimento; informar sobre o sigilo médico; realizar atendimento inicial, no qual deve-se avaliar como a pessoa que gesta se sente com relação à gravidez; avaliar prosseguimento com a gestação e orientar cuidados da gestação e início do pré natal; não havendo desejo de prosseguimento da gravidez e avaliar risco de abortamento, iniciar a avaliação clínica para o abortamento farmacológico; informar caso não reúna as condições para um abortamento seguro; informar acerca da ilegalidade do procedimento, dos riscos e possíveis complicações e da possibilidade de entrega do nascido para adoção; explicar lhe o procedimento de abortamento farmacológico; indicar checagem de materiais informativos; garantir compreensão das informações; orientar para contracepção e possibilidade de acompanhamento psicossocial e encorajar retorno ao serviço.

Ainda, outros materiais incluem demais ações como: apresentar alternativas, como a possibilidade de adoção; incentivar a mulher a conversar com pessoas de confiança e oferecer mediação para resolução de possíveis conflitos; avaliar a vulnerabilidade social e familiar da paciente, identificando necessidades adicionais de apoio.

4.5 SENSIBILIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE

Desenvolvimento de ações educacionais direcionadas tanto aos usuários quanto aos trabalhadores da saúde, com foco na atenção integral a mulheres e pessoas com útero em situação de abortamento. É essencial que a equipe de saúde ofereça suporte completo, contando com iniciativas de sensibilização e capacitação sobre essa temática para aprimorar o acolhimento e o atendimento.

Além disso, as ações de capacitação e qualificação dos agentes públicos em questões de gênero, raça e direitos humanos. Isso inclui a criação e o fortalecimento de mecanismos institucionais de defesa dos direitos e políticas voltadas para as

mulheres. A produção, organização e disseminação de dados, informações, estudos e pesquisas sobre gênero e raça são igualmente prioritárias, contribuindo para embasar políticas públicas e promover práticas mais inclusivas e equitativas nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, nota-se a insuficiência de políticas públicas e de estratégias de cuidado psicossocial, que impossibilitam o atendimento integral e singular preconizado pelo SUS, a pessoas que passam pela situação de uma gestação indesejada.

Nos achados, é perceptível a não inclusão de estratégias de cuidados específicas à população transgênero, que também está exposta a vivenciar uma gestação indesejada. Assim, como a ausência de estratégias de cuidado em casos de não realização do procedimento de abortamento, que podem resultar no maternar indesejado.

Ainda, percebe-se uma necessidade que sejam realizados maiores estudos que abordam acerca da temática, considerando sua relevância para sociedade e os serviços de saúde, e as dificuldades existentes perante o cenário existente.

REFERÊNCIAS

ANIS – Instituto de Bioética. **Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde**. Brasília; Ed. Letras Livres, 2021.

ANIS – Instituto de Bioética. **Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar**. Brasília; Letras Livres, 2021

BARBOSA, P. Z.; COUTINHO, M. L. R. **Ser Mulher Hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos**. Revista Psicologia & Sociedade, v.24, n. 3, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, 4º ed., 2010.

BAYER BRASIL. **Gravidez não planejada atinge 62% das mulheres no Brasil**. Disponível em:

<https://www.bayer.com.br/pt/blog/gravidez-nao-planejada-atinge-62-mulheres-brasil> 2022.

BARCELOS, M. S. **A incorporação da família nos serviços de saúde: um debate a partir das concepções dos profissionais num hospital de alta complexidade**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Altera a redação do art. 1º da Lei nº 8.560, de 29 de setembro de 1992, que dispõe sobre a autorização para o reconhecimento da paternidade e da maternidade. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o acompanhamento de gestantes e a criação de mecanismos para garantir a saúde e a segurança das mães e dos recém-nascidos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante à licença-maternidade e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 28 dez. 2007. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei n. 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 ago. 2020. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 jun. 2000. Seção 1, p. 45.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do Parto**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde da Mulher**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES. Plano Nacional de Políticas para mulheres. Brasília, DF, 2004.

FEDERICI, S. **O Calibã e a Bruxa: mulheres, corpos e acumulação primitiva**. Ed. Elefante, 2017.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2002.

GONZALES, L. A mulher negra na sociedade brasileira: Uma abordagem político econômica. *In*: RIOS, F.; LIMA, M. (org.) **Por um feminismo afro-latino-americano: Ensaios, intervenções e diálogos**. Zahar, 2020, p. 43-57.

GARCIA, M. Câmara aprova urgência de texto que equipara aborto a crime de homicídio; entenda o que é o aborto legal e quando ele é permitido, <https://g1.globo.com/saude/noticia/2024/06/13/camara-aprova-urgencia-de-texto-que-equipara-aborto-a-crime-de-homicidio-entenda-o-que-e-o-aborto-legal-e-quando-ele-e-permitido.ghtml>. Acesso em 25/12/2024.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios: Outras formas de trabalho**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37621-em-2022-mulheres-dedicaram-9-6-horas-por-semana-a-mais-do-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas> 2022.

MACHADO, J. S. A.; PENNA, C. M. M. **As políticas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n.2, 2022.

MENDONÇA, J. G. R.; RIBEIRO, P. R. M. **Algumas reflexões sobre a condição da mulher brasileira da colônia às primeiras décadas do século XX.** Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 5, n. 1, p. 93–104, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Ed. Hucitec. São Paulo, 2014.

MOSER, L.; DAL PRÁ, K. R. **Os Desafios de Conciliar Trabalho, Família e Cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras.** Textos & Contextos. Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 382–392, 2016.

ONF - Observatório Nacional da Família. **Arranjos Familiares.** Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/ArranjosFamiliaresDEFESOELEITORAL.pdf> 2022

RODRIGUES, C. D. S.; LOPES, A. O. S. **A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré natal das Unidades Básicas de Saúde.** Revista de Psicologia, v.10, n.32, 2016.

RUIVO, A. C. O, et al. **Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014, 2018.** Cad. Saúde Pública, 2021.

SOUSA, A. S.; OLIVEIRA, G. S.; ALVES, L. H. **A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos.** Cadernos da Fucamp, v.20, n.43, p.64-83, 2021.