

## Anticoncepción postaborto: atención y prácticas<sup>1</sup>

Ana Luiza Vilela Borges<sup>2</sup>

Renata Luciria Monteiro<sup>3</sup>

Luiza Akiko Komura Hoga<sup>4</sup>

Elizabeth Fujimori<sup>4</sup>

Christiane Borges do Nascimento Chofakian<sup>5</sup>

Osmara Alves dos Santos<sup>6</sup>

Objetivo: analizar la atención en anticoncepción recibida por mujeres durante la hospitalización por aborto y sus prácticas anticonceptivas en el mes subsecuente a ese episodio. Método: estudio longitudinal con mujeres hospitalizadas por aborto en una maternidad pública de la Ciudad de Sao Paulo. Fueron hechas entrevistas frente a frente (n=170) y después de un mes por contacto telefónico (n=147) entre mayo y diciembre de 2011. Resultados: las orientaciones en anticoncepción y el alta hospitalaria con método anticonceptivo prescrito fueron referidas por una proporción reducida de mujeres. Hubo tendencia de significación estadística para la prescripción de método anticonceptivo, ajustado por la edad, en el alta hospitalaria y su uso en el mes subsecuente. La mayoría de las mujeres tuvo relaciones sexuales (69,4%) con uso de método anticonceptivo (82,4%), pero sin orientación de profesional de la salud (63,1%). Conclusión: a pesar de la atención en anticoncepción postaborto estar fuera de las directrices establecidas por las políticas públicas, las mujeres demostraron disposición para usar métodos anticonceptivos.

Descriptores: Anticoncepción; Aborto; Atención a la Salud.

<sup>1</sup> Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2010/15298-0.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermera.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>6</sup> Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Ana Luiza Vilela Borges  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: alvilela@usp.br

**Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

En 2011, el Ministerio de la Salud<sup>(1)</sup> (MS) reeditó el Manual de Atención Humanizada del Aborto para estandarizar y calificar la atención a las mujeres. Independiente de que el aborto hubiese sido espontáneo o inducido, la atención calificada a las mujeres que lo experimentan es considerada una prioridad, sobre todo para minimizar daños como la muerte materna y neonatal, los principales desafíos que persisten en el actual contexto de asistencia a la salud<sup>(1)</sup>. La prioridad dada a la atención del aborto surgió, entre otros aspectos, debido a la necesidad de cumplir las proposiciones de las Conferencias del Cairo y de Pequín y alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>(2)</sup>, que incluyen la disminución de la razón de mortalidad materna, que en Brasil está próxima de 60<sup>(3)</sup>.

El marco conceptual de atención al aborto en que se basa el referido Manual preconiza que una red integrada de servicios esté disponible para las mujeres, de modo a atender sus necesidades físicas y mentales, considerando su inserción social. También, se preconizó que los servicios de planificación de la reproducción estén disponibles durante la hospitalización, para garantizar el ofrecimiento de orientaciones adecuadas para las mujeres que desean quedar embarazadas nuevamente y evitar nuevos episodios de aborto.

Este artículo tiene como objetivo estudiar las prácticas anticonceptivas postaborto, considerando la complejidad de la relación entre anticoncepción y aborto. Las mujeres que experimentan aborto espontáneo poseen, la mayoría de las veces, la intención de quedar embarazadas lo más rápido posible y las que experimentan el aborto inducido probablemente no tienen esa intención. Cualquiera que sea el deseo personal, la adopción de medidas para propiciar autonomía y libertad para decidir sobre la planificación de la reproducción es importante en el momento experimentado por estas mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(4)</sup> y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)<sup>(5)</sup> preconizan que mujeres que experimentan aborto deben recibir atención en anticoncepción, para que puedan quedar embarazadas en condiciones clínicas apropiadas para el desarrollo adecuado de la gestación. Esto requiere un intervalo entre embarazos de por lo menos de seis meses, esencialmente para minimizar los riesgos de resultados adversos para la salud de la mujer y del niño, tales como anemia materna, parto prematuro y bajo peso al nacer. Estos son resultados ampliamente reconocidos como asociados al espacio entre embarazos inferior a seis meses<sup>(6)</sup>.

El MS<sup>(1)</sup> preconiza que los Métodos Anticonceptivos (MAC) estén disponibles en el local en donde las mujeres reciben asistencia durante el proceso de aborto. Esta premisa tiene como base el hecho de que 75% de las mujeres reinician el proceso de ovulación hasta seis semanas después de la ocurrencia del aborto<sup>(4)</sup>, indicando la necesidad del inicio precoz de la orientación en anticoncepción.

A pesar de que la atención en anticoncepción sea un aspecto relevante de la asistencia humanizada a las mujeres en proceso de aborto, existe escasez de conocimientos sobre las prácticas anticonceptivas adoptadas por ellas. Esta fue la justificación de esta investigación, que objetivó analizar la atención en anticoncepción recibida por mujeres durante la hospitalización por aborto y las prácticas anticonceptivas adoptadas por ellas en el mes subsecuente a ese episodio. Se tuvo como hipótesis que el acceso a la atención en anticoncepción durante la hospitalización postaborto está asociado al uso de MAC en el mes subsecuente.

## Método

Los datos presentados son parte de un estudio cuantitativo longitudinal más amplio, que tuvo como objetivo analizar las prácticas anticonceptivas adoptadas por mujeres en los primeros seis meses después de la hospitalización por aborto. Este artículo enfoca datos referentes a la atención en anticoncepción recibida durante la hospitalización y las prácticas adoptadas en el primer mes subsecuente al aborto.

La población del estudio fue compuesta por una muestra no probabilística de mujeres hospitalizadas por aborto en una maternidad pública de la ciudad de Sao Paulo, entre mayo y diciembre de 2011. Todas las mujeres hospitalizadas por aborto fueron convidadas a participar de esta investigación. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista individual, frente a frente, durante la hospitalización (Momento 0) y por vía telefónica 30 días después del alta (Momento 1). Fueron excluidas las mujeres que no poseían teléfono (fijo o móvil) y las que no conseguían establecer diálogo en el idioma portugués. Ese criterio fue establecido debido a que muchas mujeres atendidas en esta institución eran inmigrantes de países cuyo idioma nativo no era el portugués.

La recolección de datos en el Momento 0 fue realizada por enfermeras obstétricas, que fueron previamente entrenadas para recolectar datos por medio de entrevistas. En el Momento 1, las entrevistas fueron realizadas por dos investigadoras con experiencia en el campo de la salud sexual y de reproducción y en el procedimiento de entrevistas telefónicas. Fueron convidadas a participar de

la investigación en el Momento 0, 184 mujeres. De estas, 14 recusaron (ocho no justificaron y las demás alegaron dificultad para compartir datos de naturaleza personal e íntima) lo que resultó en 170 mujeres participantes en el Momento 0. En el momento 1, hubo 23 pérdidas motivadas por muerte materna, teléfonos que no existían, no atendían o no constaban con el nombre procurado y por siete recusos, resultando en la participación de 147 mujeres. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres consideradas como pérdidas y las que permanecieron en el estudio en el Momento 1 en relación a la edad, planificación del embarazo y aborto anterior.

Fueron utilizados cuestionarios estructurados para recolectar datos. El cuestionario utilizado en el Momento 0 contenía preguntas sobre datos sociodemográficos y de reproducción de las mujeres y preguntas específicas para clasificar la planificación del embarazo. Se trata de un cuestionario que fue traducido para el portugués y validado para la cultura brasileña<sup>(7)</sup>. Los datos de reproducción estuvieron relacionados con la atención en anticoncepción recibida en el transcurso de la hospitalización, con el uso de MAC en el mes subsecuente, además de preguntas sobre la fecha de la última menstruación, la intención de quedar nuevamente embarazada y la posibilidad de estar embarazada nuevamente. No se cuestionó la etiología del aborto considerando que, en Brasil, el aborto inducido es legalmente restringido y este hecho podría resultar en datos subestimados.

Los datos fueron analizados con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 17.0 para *Windows*. Se realizó un análisis descriptivo, univariado y múltiple. Las variables cuantitativas fueron descritas por medio de promedios y desviación estándar y las variables cualitativas con frecuencias absolutas y relativas. Las diferencias entre dos proporciones fueron analizadas por medio de las pruebas Chi-cuadrado y Exacta de Fisher. La descripción del intervalo entre el aborto y la primera menstruación (en días) fue realizada por medio de la técnica de Kaplan-Meier.

El análisis de la asociación entre la variable dicotómica dependiente (uso de MAC 30 días después del aborto) y las variables independientes: MAC prescrito en la hospitalización (no/si); orientación sobre MAC en la hospitalización (no/si); edad (15-24, 25-34 y 35 y más años); trabajo remunerado (no/si); situación conyugal (vive/no vive con compañero); existencia de hijos (no/si); aborto anterior (no/si); planificación del embarazo (no/si o ambigua); e intención de quedar embarazada nuevamente (no/si/no pensó) fue hecha por medio de regresión logística múltiple.

Las variables independientes fueron sometidas a la regresión logística múltiple apenas cuando  $p < 0,20$  en el

resultado del análisis univariado con el uso de MAC 30 días después del aborto. La entrada de cada variable en el modelo obedeció a la siguiente secuencia: 1) entrada en el modelo de las variables independientes de mayor interés conforme la hipótesis de este trabajo (MAC prescrito en la hospitalización y orientación sobre MAC en la hospitalización); 2) entrada en el modelo por orden de significación estadística, o sea, las que presentaron menor valor de  $p$  fueron posicionadas en primer lugar. La prueba Hosmer-Lemeshow fue utilizada para analizar el ajuste del modelo.

El proyecto fue aprobado en dos Comités de Ética en Investigación acreditados en el Consejo Nacional de Ética en Investigación (CONEP), siendo uno de ellos la Institución que fue sede del estudio. Todos los preceptos éticos determinados por el CONEP fueron seguidos. Las mujeres con menos de 18 años de edad fueron debidamente autorizadas por sus padres o responsables a participar de la investigación. Las propias mujeres definieron el mejor horario para recibir las llamadas telefónicas y responder a las preguntas de la entrevista. En el instrumento de recolección de datos, había un campo específico para registrar la posibilidad de dejar recados y con quien las entrevistadoras podrían hablar sobre la investigación. Estas indicaciones fueron respetadas.

## Resultados

Las mujeres tenían un promedio de 29 años de edad ( $de=7,5$ ). Doce (7,0%) tenían 17 años de edad o menos. La escolaridad promedio fue 9,2 años ( $de=2,5$ ), siendo que dos habían concluido curso superior y seis lo habían iniciado, y una mujer era analfabeta.

Casi la mitad de las mujeres se clasificó como negra o marrón (48,8%). Poco más de la mitad estaba actuando en el mercado de trabajo en el momento de la entrevista (59,4%) y 43,5% refirieron ser católicas. En lo que se refiere al comportamiento sexual y a la historia de reproducción, 75,3% vivían con un compañero que tenía un promedio de edad de 32,7 años ( $de=8,7$ ). Cerca de dos tercios (68,2%) tenían hijos. Para tres cuartos (75,3%), aquella fue la primera experiencia de aborto y 22,4% del total no habían planificado el embarazo que resultó en aborto. Algunos de estos datos pueden ser observados en la Tabla 1.

Casi la mitad de las mujeres (45,3%) refirió haber menstruado en el primer mes subsecuente al aborto, en promedio después de 28,5 días (IC 95%=27,4-29,6), con mediana de 29,0 días. En la figura 1 se presenta la distribución de las mujeres según el intervalo de tiempo (días) entre la hospitalización y el retorno de la menstruación.

Tabla 1 - Características sociodemográficas y de reproducción de las mujeres. Sao Paulo, SP, Brasil, 2012

Características	n	%
Edad (años)		
15-24	54	31,8
25-34	69	40,6
≥35	47	27,6
Color		
Blanca	79	46,5
Marrón	57	33,5
Negra	26	15,3
Amarilla	6	3,5
Indígena	2	1,2
Trabajo remunerado		
No	69	40,6
Si	101	59,4
Situación conyugal		
Vive con compañero	128	75,3
Vive sin compañero	42	24,7

Tabla 1 - continuación

Características	n	%
Religión		
Católica	74	43,5
Evangélica	50	29,4
Ninguna	34	20,0
Otras	12	7,1
Tiene hijos		
No	54	31,8
Si	116	68,2
Aborto anterior		
No	42	24,7
Si	128	75,3
Planificación del embarazo		
No	38	22,4
Ambigua	82	48,2
Si	50	29,4
Total	170	100,0

(continúa...)

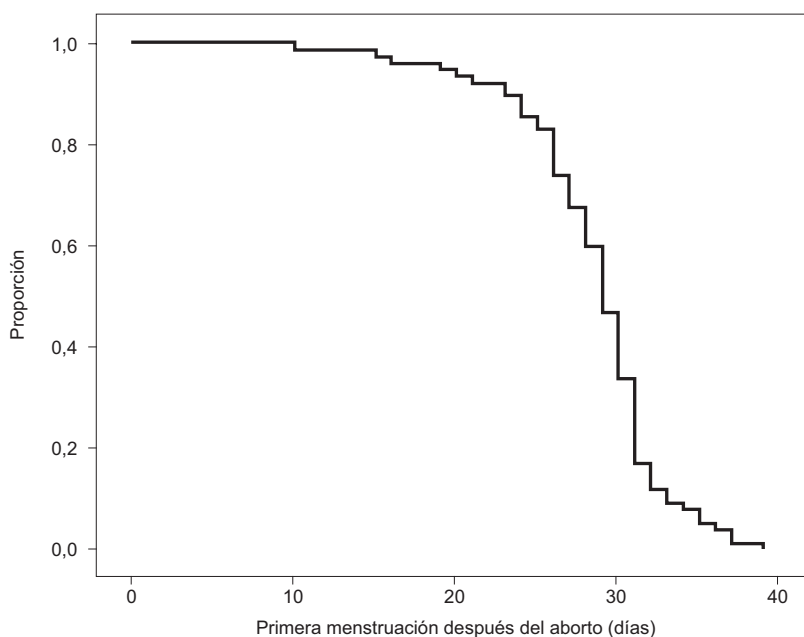


Figura 1 - Distribución de las mujeres según el intervalo de tiempo entre la hospitalización y el retorno de la menstruación. Sao Paulo, SP, Brasil, 2012

En relación a la atención y prácticas en anticoncepción, apenas 33,3% de las mujeres recibieron orientación durante la hospitalización y una proporción menor (8,9%) recibió alta hospitalaria con MAC prescrito. Durante el primer mes después de la hospitalización, 25,9% de las mujeres recibieron orientación sobre el uso de MAC, no siempre fue ofrecida

por profesionales de la salud. La mayor parte tuvo relaciones sexuales en el primer mes después del aborto y usó MAC (Tabla 2). Los MAC más utilizados fueron el preservativo masculino y la píldora anticonceptiva, con inicio en promedio de 15 días (de=10,9) después del alta hospitalaria (datos no presentados en la tabla).

Tabla 2 - Atención en anticoncepción recibida durante la hospitalización por aborto y práctica anticonceptiva en el mes subsecuente. Sao Paulo, SP, Brasil, 2012

Variable	n	%
Durante la hospitalización (n=170)		
Orientación sobre uso de métodos anticonceptivos	49	33,3
Prescripción de métodos anticonceptivos	13	8,9
En el mes subsecuente al aborto (n=147)		
Recibió orientación sobre uso de métodos anticonceptivos	38	25,9
Local de la orientación		
Unidad Básica de Salud	24	63,2
Domicilio	10	26,3
Atención Médica en Ambulatorio	3	7,9
Médico particular	1	2,6
Quien orientó		
Médico	27	71,1
Familiares y amigos	10	26,3
Enfermero	1	2,6
Tuvo relación sexual	102	69,4
Usó métodos anticonceptivos		
En todas las relaciones	77	91,7
En algunas relaciones	7	8,3
Usó métodos anticonceptivos sin orientación de profesional de la salud	53	63,1
Adquirió métodos anticonceptivos en farmacia privada	49	58,3

Preguntadas sobre la intención de tener un nuevo embarazo un mes después de la hospitalización, la mayoría (61,8%) refirió esa intención para algún momento de la vida; cerca de un quinto (19,2%) no deseaba quedar embarazada nuevamente y una proporción similar (19,0%) todavía no había pensado sobre el asunto (datos no presentados en tabla).

Las variables que presentaron  $p < 0,20$  y fueron incluidas en el análisis de regresión logístico múltiple juntamente con la prescripción de MAC fueron la edad, la situación conyugal y la existencia de trabajo

remunerado. En el análisis múltiple, fue mantenida la variable prescripción de MAC ajustada por edad, ya que esta variable fue la única que presentó asociación significativa con el uso de MAC en el mes subsecuente al aborto (Tabla 3).

La variable orientación sobre MAC en la hospitalización, a pesar de que también era parte de la hipótesis, no fue mantenida en el modelo final de regresión múltiple por el hecho de no haber sido significativa ni haber mejorado o modificado el ajuste del modelo.

Tabla 3 - Número, proporción y aspectos asociados al uso de MAC 30 días después del aborto (análisis univariado y regresión logística múltiple). Sao Paulo, SP, Brasil, 2012

Variable	Categoría	Análisis univariado			Análisis de regresión logístico múltiple	
		Uso de métodos anticonceptivos 30 días después del aborto			Modelo final	
		n	%	p	OR ajuste*	IC 95%
MAC prescrito en la hospitalización	No	76	87,4	0,074	1,0	-
	Si	11	12,6		4,7	[0,9-22,9]
Orientación sobre MAC en la hospitalización	No	57	65,5	0,722		
	Si	30	34,5			
Edad	15-24	20	22,9	0,019	1,0	-
	25-34	44	50,6		3,3	[1,4-7,5]
	≥ 35	23	26,5		1,8	[0,7-4,3]

(continúa...)

Tabla 3 - continuación

Variable	Categoría	Análisis univariado			Análisis de regresión logístico múltiple	
		Uso de métodos anticonceptivos 30 días después del aborto			Modelo final	
		n	%	p	OR ajuste*	IC 95%
Trabajo remunerado	No	31	35,6	0,180		
	Si	56	64,4			
Situación conyugal				0,041		
	Vive con compañero	72	82,8			
	Vive sin compañero	15	17,2			
Tiene hijos	No	25	28,7	0,223		
	Si	62	71,3			
Aborto anterior	No	65	74,7	0,851		
	Si	22	25,3			
Planificación del embarazo				0,838		
	No	17	19,5			
	Ambigua	44	50,9			
	Si	26	29,9			
Intención de quedar embarazada nuevamente				0,776		
	No	17	19,5			
	Si	55	63,2			
	No pensó	15	17,2			

\*Prueba Hosmer-Lemeshow=0,919

## Discusión

Los resultados comprobaron que, aproximadamente dos semanas después del aborto, muchas mujeres ya se encuentran vulnerables a la ocurrencia de un nuevo embarazo, ya que poco menos de la mitad ya había menstruado en el mes subsecuente. Estos datos reiteran la posible ocurrencia previa de la ovulación con retorno a la fertilidad alrededor de dos semanas después del episodio<sup>(4,8)</sup>. La mayor parte de las mujeres ya había retomado la actividad sexual en esta fase, no siempre con el debido uso de MAC, corroborando resultados de otra investigación<sup>(9)</sup>. Esa coyuntura coloca en evidencia la vulnerabilidad anticonceptiva a que las mujeres están expuestas ya en el mes subsecuente al episodio del aborto.

La única variable que presentó asociación con el uso de MAC fue la edad de las mujeres (entre 25 y 34 años). Estas tenían 2,3 veces más probabilidad de usar MAC en comparación a las mujeres jóvenes (menos de 24 años). Se verificó que esta asociación ocurrió independientemente de la historia reproductiva, del embarazo no planificado que terminó en aborto o de las intenciones de reproducción futuras. Como no queda claro de que forma la edad influencia la decisión de usar MAC en el período postaborto, ese resultado no debe ser interpretado aisladamente, ya que puede llevar a conclusiones precipitadas sobre

un evento que es socialmente modulado, en este caso, el uso de MAC.

El modelo de regresión logística múltiple permitió constatar que la existencia de la prescripción de MAC en la hospitalización estuvo muy próxima de ser estadísticamente significativa, indicando una probable influencia en el uso de MAC en el mes subsecuente al aborto. El intervalo de confianza excesivamente amplio sugiere que el número de mujeres en este grupo fue pequeño. De hecho, apenas 13 mujeres relataron que tuvieron alta con MAC prescrito. Los hallazgos de un estudio conducido<sup>(10)</sup> en tres capitales de la Región Noreste de Brasil mostraron que la atención a la mujer en proceso de aborto todavía es precaria, siendo las acciones de continuidad del cuidado (entre ellas, la atención en anticoncepción) la menos citada. Entonces, parece que la recomendación del Manual reeditado por el MS<sup>(1)</sup> no está siendo integralmente cumplida en lo que se refiere a la atención para la anticoncepción. Es interesante notar que la simple orientación sobre el uso de MAC durante la hospitalización no mostró cualquier influencia en su uso posterior, lo que indica que la atención no debe pautarse apenas en las explicaciones sobre la importancia o forma de uso, pero si en la oferta de insumos.

De hecho, algunos estudios han mostrado que el índice de adopción de MAC en el período postaborto es alto

cuando son ofrecidos insumos anticonceptivos durante la hospitalización<sup>(11-12)</sup>. Otros estudios resaltan también que tanto la orientación como la posibilidad de escoger el MAC en ese período aumenta la probabilidad de uso de MAC en los meses posteriores<sup>(13-15)</sup>. De esa forma, la hospitalización, a pesar de breve, parece ser el momento más propicio para desarrollar acciones que tengan por objetivo atender las necesidades de las mujeres<sup>(16)</sup>, incluyendo las relativas al uso de MAC.

Después del alta hospitalaria, apenas una en cada cuatro mujeres recibió orientación sobre cómo evitar el embarazo. Este resultado coloca en evidencia la falta de continuidad en la atención en el período postaborto, reflejando la ausencia de integralidad en la atención dispensada a estas mujeres, como ya descrito anteriormente<sup>(17)</sup>.

La proporción de mujeres que tuvo relación sexual fue mayor que la que usó MAC en el mes subsecuente al aborto. El MAC adoptado postaborto fue similar al de la mayoría de las mujeres brasileñas<sup>(18)</sup>, que usa predominantemente la píldora y el preservativo masculino. Además, se destaca que cerca de la mitad de las veces el MAC fue adquirido en farmacias privadas, sin cualquier orientación de un profesional de la salud. A pesar de que muchas mujeres hubiesen tomado la iniciativa de usar MAC en el primer mes subsecuente al aborto y obtenido los insumos para evitar un nuevo embarazo, no se puede negar que algunas todavía permanecieron vulnerables a quedar embarazadas durante ese período, mismo que hubiesen relatado la intención de no quedar embarazadas nuevamente.

A pesar de que este estudio apunta hallazgos interesantes en lo que se refiere a la atención y a las prácticas anticonceptivas en el período postaborto, es importante mencionar que no fue posible concluir si las mujeres con aborto inducido adoptarían prácticas diferenciadas en ese ámbito, o si otras maternidades públicas o privadas habrían proporcionado el mismo tipo de atención. El hecho de que este estudio hubiese sido conducido con una muestra no probabilística no permite que estos hallazgos sean ampliamente generalizados.

Es importante destacar que el desarrollo de un estudio longitudinal contiene grandes desafíos, entre ellos la necesidad de garantizar el menor número de pérdidas. Frente al hecho de que este estudio tuvo como objetivo tratar un tema delicado y cercado de controversias en el escenario brasileño, y que la literatura<sup>(19)</sup> recomienda que las pérdidas en estudios cuantitativos no deben superar 20%, se consideró que las pérdidas ocurridas fueron aceptables (13,8%).

## Conclusión

Pocas mujeres tuvieron alta hospitalaria postaborto con MAC prescrito, de forma que las directrices del MS en relación a la atención en anticoncepción postaborto no han sido cumplidas. Muchas mujeres adoptaron MAC en el mes subsecuente al aborto, lo que muestra la disposición en adoptar medidas para postergar un nuevo embarazo, independientemente de haber recibido soporte profesional. El alta hospitalaria con MAC prescrito, ajustado por la edad, mostró una tendencia de asociación con el uso de MAC en el mes subsecuente al aborto. Estos datos colocan en evidencia la importancia de la atención y de la práctica anticonceptiva en el período postaborto.

## Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Atenção Humanizada ao Abortamento. Norma Técnica. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno no 4. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Victora CS, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FA, Szwarzwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011;6736(11):60138-4.
3. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Ginebra: WHO; 2012.
4. World Health Organization. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Ginebra: WHO; 2006.
5. Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Planejamento familiar: componente-chave no atendimento pós-abortamento [Internet]. FIGO. 2009. [acesso 13 jan 2013]; Disponível em: [http://www.esdproj.org/site/DocServer/PAC\\_FP\\_consensus\\_report\\_Port\\_final\\_for\\_web.pdf?docID=3162](http://www.esdproj.org/site/DocServer/PAC_FP_consensus_report_Port_final_for_web.pdf?docID=3162)
6. Conde-Agudelo A, Belizán IM, Breman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *Int J Gyn Obst*. 2005;89:s34-s40.
7. Borges ALV, Cavaliere FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(spe2):1679-84.
8. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertility window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *Br Med J*. 2000;321(7271):1259-62.
9. Boesen HC, Rörbye C, Nærgaard M, Nilas L. Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83(12):1189-92.
10. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC, et al. Qualidade da atenção ao abortamento no Sistema Único de Saúde do Nordeste

brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1765-76.

11. Schunmann C, Glasier A. Specialist contraceptive counselling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial. *Hum Reprod*. 2006;21(9):2296-2303.

12. Ferreira ALCG, Souza AI, Lima RA, Braga C. Choices on contraceptive methods in post-abortion family planning clinic in the northeast Brazil. *Rep Health*. 2010;7(5):1-5.

13. McDougall J, Fetters T, Clark KA, Rathavy T. Determinants of contraceptive acceptance among Cambodian abortion patients. *Stud Fam Plann*. 2009;40(2):123-32.

14. Kestler E, Barrios B, Hernández EM, del Valle V, Silva A. Humanizing access to modern contraceptive methods in national hospitals in Guatemala, Central America. *Contraception*. 2009;80(1):68-73.

15. Ferreira AL, Souza AI, Pessoa RE, Braga C. The effectiveness of contraceptive counseling for women in the postabortion period: an intervention study. *Contraception*. 2011;84(4):377-83.

16. Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS. Nursing care according to women in abortion situations. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(1):20-6.

17. Koch C, Santos C, Santos MR. Study of the measurement properties of the Portuguese version of the Well-Being Questionnaire 12 (W-BQ12) in women with pregnancy loss. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(3):567-74.

18. Ministério da Saúde (BR). PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

19. Babbie E. Métodos de pesquisa de survey. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2001. 519 p.