

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO A DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM
SAÚDE
POLO DE SÃO FRANCISCO DE PAULA

Etianne Martini Sasso

ABORTO INSEGURO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

São Francisco de Paula, RS
2015

**PG Gestão de Organização Públicas em Saúde/UFSM, RS
Especialista 2015**

SASSO, Etianne Martini

Etianne Martini Sasso

ABORTO INSEGURO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão na modalidade artigo apresentado ao Curso de Pós-graduação a Distância Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, do Polo de São Francisco de Paula, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**.

Orientadora: Dr^a Eveline Dischkaln Stolz

São Francisco de Paula, RS
2015

Etianne Martini Sasso

ABORTO INSEGURO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Pós-graduação a Distância Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, do Polo de São Francisco de Paula, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Aprovado em 11 de dezembro de 2015.

Eveline Dischkaln Stolz, Dr^a
(Presidente/Orientador)

Monique Prestes, MSc (UFSM)

Ricardo Vianna Martins, Dr (UFSM)

São Francisco de Paula, RS
2015

When medical historians look back upon our era, the legalization of abortion will stand out, along with the development of antibiotics and immunization, as a public health triumph.

(David A Grimes)

ABORTO INSEGURO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

UNSAFE ABORTION: A QUESTION OF THE PUBLIC HEALTH

Etianne Martini Sasso¹ e Eveline Dischkaln Stolz¹

¹Programa Pós-graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

Resumo

Objetivo: Revisar criticamente produções científicas com o intuito de averiguar os impactos causados pelo abortamento inseguro à saúde pública brasileira. **Métodos:** Foram consultadas as bases de dados Scielo, Pubmed, Portal Capes e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Além disso, foram incluídos documentos de organizações nacionais e internacionais sobre aborto. Foram selecionados artigos relacionados com os termos *aborto induzido* e *saúde pública*. **Resultados:** A partir das buscas selecionou-se 33 artigos para análise integral. Também foram utilizados 07 documentos obtidos de organizações em saúde e direitos humanos e outros 05 artigos por meio das referências bibliográficas dos materiais avaliados. Os estudos utilizados caracterizam o abortamento inseguro como um grave problema de saúde pública, responsável por significativa parcela de morbimortalidade materna. O contexto de legislações restritivas aplicados nos países em desenvolvimento, como o Brasil, não tem contribuído para diminuir os casos de aborto induzidos e ainda elevam a prática insegura. No Brasil, apesar do tabu, o aborto está presente em nosso cotidiano, principalmente das mulheres de baixa renda, com outros filhos e que tentaram evitar gestações indesejadas. Estes dados não podem ser ignorados, negligenciando a situação de vulnerabilidade social que está associada a ele.

Conclusões: A redução dos impactos do abortamento inseguro irá advir da desmistificação, descriminalização e fornecimento de atendimento seguro, rápido e humanizado. No entanto, para que isso aconteça à discussão em sociedade sobre o aborto no âmbito da saúde pública e da igualdade social é eminente.

Palavras-chave: aborto induzido, aborto inseguro, saúde pública, mortalidade materna, gastos em saúde.

Abstract

Objective: Critically review scientific productions with the intention to ascertain the impacts caused by unsafe abortion to Brazilian public health. **Methods:** The databases Scielo, Pubmed, Portal Capes e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) were searched, as well as materials from organizations that stimulate the practice of safe abortion. Articles related with terms *induced abortion* and *public health* were selected. **Results:** Thirty three articles were selected for full analysis. In addition, were included 07 documents of health and humans rights organizations and 05 articles from bibliographic references of the evaluated materials. In a general manner the set of studies pointed the unsafe abortion as one grave public health problem, accounts for a significant parcel of maternal morbidity and mortality. The context of restrictive legislation applied in developing countries like Brazil not has contributed to decrease the induced abortion cases and still increase unsafe practice. In Brazil the abortion practice is currently present, especially in the low income communities, where the women has sons and want to avoid unwanted pregnancies. So this data can't be ignoring and the neglected social vulnerability associated with it need to solved. **Conclusions:** The impacts decrease of unsafe abortion will accrue from demystification, decriminalization and provision attention safe, rapid and humanized. However, for this to happen the discussion in society about abortion in the scope public health and social equality is eminent.

Key-words: induced abortion, unsafe abortion, public health, maternal mortality, health expenditures.

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

Apêndice A – Tabela de Artigos Selecionados e as Estratégias de Buscas.....	32
Anexo A – Normas da Revista Panamericana de Saúde Pública.....	33

SUMÁRIO

ABORTO INSEGURO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	11
Introdução	11
Materiais e Método	13
Aborto Induzido: Uma Visão Global.....	16
Situação do Brasil	19
Complicações/Consequências do Aborto	22
Acesso ao Abortamento Seguro no Brasil	24
Impacto Econômico	26
Conclusões	28
Referências.....	29

ABORTO INSEGURO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Introdução

O abortamento inseguro¹, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é caracterizado como procedimento para finalizar uma gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias ou em ambiente fora dos padrões médicos mínimos, ou ambos (1-7). O aborto inseguro é uma das principais causas de morbimortalidade materna, mas estas ocorrências tendem a ser menores em países onde o aborto é legalizado (8-11).

A mortalidade materna² é uma grave violação dos direitos das mulheres, sendo que em 92% dos casos as mortes poderiam ser evitadas. Em 2008, estimou-se 358 mil casos de mortalidade materna, sendo 47 mil atribuídas ao aborto inseguro. Além disso, cerca de 5 milhões de mulheres foram afetadas por disfunções de caráter temporário ou permanente, física e psicologicamente (7, 12-15). Há predomínio das ocorrências nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde a legislação do aborto é restritiva e a mortalidade materna atingiu 69 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2013 (16).

Os países podem legalizar o aborto de acordo com sete diferentes critérios: (I) salvar a vida da mulher; (II) para preservar a saúde física da mulher; (III) para preservar a saúde mental da mulher; (IV) em caso de estupro ou incesto; (V) devido à malformação fetal; (VI)

¹ O termo 'abortamento inseguro' não se restringe a situações de ilegalidade ou clandestinidade, apesar de legalizado pode não ser realizado por profissionais e em ambiente adequados (3). O termo aborto significa uma interrupção prematura do desenvolvimento e refere-se ao nascimento de um embrião ou feto antes de se tornarem viáveis - suficientemente amadurecidos para sobreviverem fora do útero. Todos os terminos de gravidez que ocorrem naturalmente, ou são induzidos antes das 20 semanas, são considerados aborto.

² Considera-se mortalidade materna, os casos de óbitos femininos, durante a gestação ou dentro do período de 42 dias após o término e independe da duração ou localização da gravidez, e não por causas acidentais ou incidentais. A taxa de mortalidade materna é representada pelo número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. (7) (17).

por razões econômicas ou sociais; e (VII) por solicitação da mulher (7, 17). A Organização das Nações Unidas (ONU) classifica os países em duas categorias, tendo como base suas políticas, os liberais são aqueles que aceitam a prática de abortamento por razões sociais e econômicas ou por solicitação, enquanto aqueles que não aceitam estes critérios são considerados restritivos (1, 16).

É perceptível uma forte distribuição do aborto legal em países do hemisfério norte (em sua maioria países desenvolvidos), por outro lado as graves consequências do aborto inseguro estão presentes na porção sul, onde há maior concentração de países em desenvolvimento e restrições à prática segura do aborto (7, 11, 15, 16, 18). A maioria dos países em desenvolvimento permite o abortamento apenas quando este oferece risco a gestante e 40% das mulheres vivem em países com políticas restritivas (19). Conforme dados de 2013, 98% dos abortos inseguros são realizados em países em desenvolvimento, uma das causas disso é o fato de somente 20% destes países permitirem a realização do aborto por razões sociais ou econômicas e 16% a pedido da mulher, enquanto que dos países desenvolvidos as taxas são de 82% e 71%, respectivamente (1, 7, 13, 16).

As políticas restritivas não reduzem a ocorrência de aborto, ao contrário, países que as aplicam apresentam índices elevados de abortamento inseguro. A limitação existente para interromper uma gravidez indesejada, de maneira segura e legalizada, obviamente incentiva as gestantes a procurar meios clandestinos, inseguros e desumanizados (5, 12, 20). Isso é comprovado através da taxa de mortalidade materna, que em 2013, foi em média três vezes maior em países que adotam políticas restritivas, sendo 223 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, enquanto que nos países liberais esse índice atingiu 77 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (16, 21). A redução de 75% da mortalidade materna, entre 1990 e 2015, é um dos objetivos deste Milênio (5, 10, 22, 23). Entretanto para alcançá-lo é

fundamental tratar de questões como o planejamento familiar, educação sexual, métodos contraceptivos e o acesso ao abortamento seguro (1, 4, 11, 16).

A OMS entende e defende a importância do abortamento seguro para salvar milhões de vidas, e por isso trabalha formulando materiais de apoio e subsídio técnico para orientar a forma correta de realizar os procedimentos. Este trabalho não tem intuito discutir posições a favor ou contra o procedimento de interrupção da gestação. Parte do seguinte fato: o Brasil não possui legislação específica sobre o aborto, mas elevado percentual de brasileiras o induzem de forma insegura. O contexto apresentado contribui para complicações que podem levar ao óbito, tornando o aborto uma questão de saúde pública. O objetivo deste estudo é analisar as produções científicas a fim de levantar os impactos do aborto inseguro na saúde pública brasileira.

Materiais e Método

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que utilizou a pergunta “Qual é o impacto do abortamento inseguro na saúde das brasileiras?” como questão de pesquisa (24). Os estudos foram selecionados por meio de buscas nas bases eletrônicas do Scielo, Pubmed, Portal Capes e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os termos de busca aplicados pelas combinações dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “aborto inseguro e saúde pública”, “aborto induzido, saúde pública e mortalidade materna” e “gastos em saúde e aborto”, e suas respectivas traduções para o inglês. Os resultados destas pesquisas são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultado das Pesquisas nas Bases Eletrônicas com as combinações dos termos.

	Aborto Inseguro e Saúde Pública			Aborto Induzido, Saúde Pública e Mortalidade Materna			Gastos em Saúde e Aborto		
	Port	Ing	Total	Port	Ing	Total	Port	Ing	Total
Scielo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PubMed	0	668	668	0	1240	1240	0	81	81
Portal Capes	38	645	683	9	149	158	34	80	114
BVS	13	185	198	62	111	173	163	63	226
Total	51	1498	1549	71	1500	1571	197	224	421

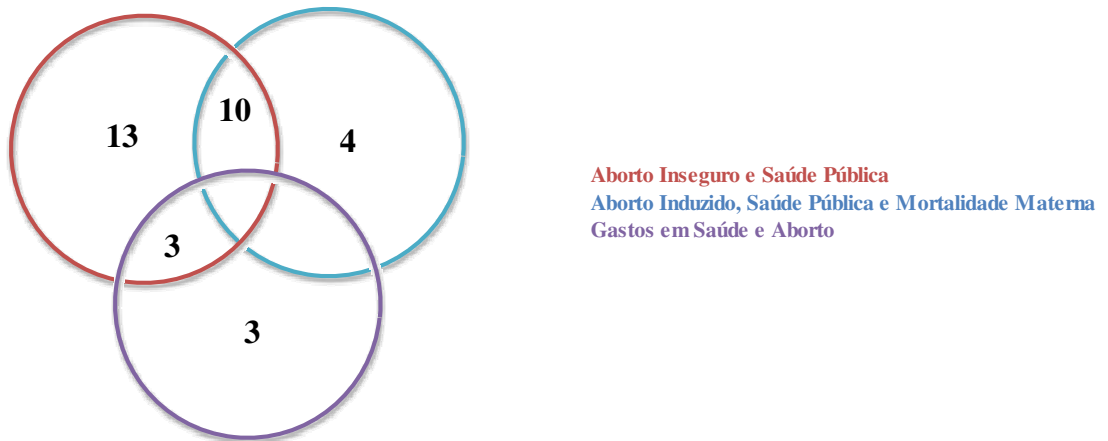
No conjunto de estratégias de buscas foram encontrados 3.541 estudos, dos quais incluímos aqueles que apresentavam o termo do aborto induzido relacionado a questões de saúde pública através da leitura dos títulos e posteriormente resumos, publicados no período de 1959-2015 e escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os artigos sobre aborto espontâneo e os que enfatizavam questões específicas de um determinado território, cultura ou técnicas de aborto. Cabe destacar que entre os 3.541 artigos houve repetições do mesmo artigo dentro da mesma busca. Também, vários artigos foram encontrados em mais de uma busca (Apêndice A), portanto o número real de trabalhos foi menor. Inicialmente foram pré-selecionados 66 estudos, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Artigos pré-selecionados

	Aborto Inseguro e Saúde Pública			Aborto Induzido, Saúde Pública e Mortalidade Materna			Gastos em Saúde e Aborto		
	Port	Ing	Total	Port	Ing	Total	Port	Ing	Total
PubMed	0	21	21	0	9	9	0	3	3
Portal Capes	2	7	9	2	3	5	0	1	1
BVS	1	10	11	0	2	2	4	1	5
Total	3	38	41	2	14	16	4	5	9

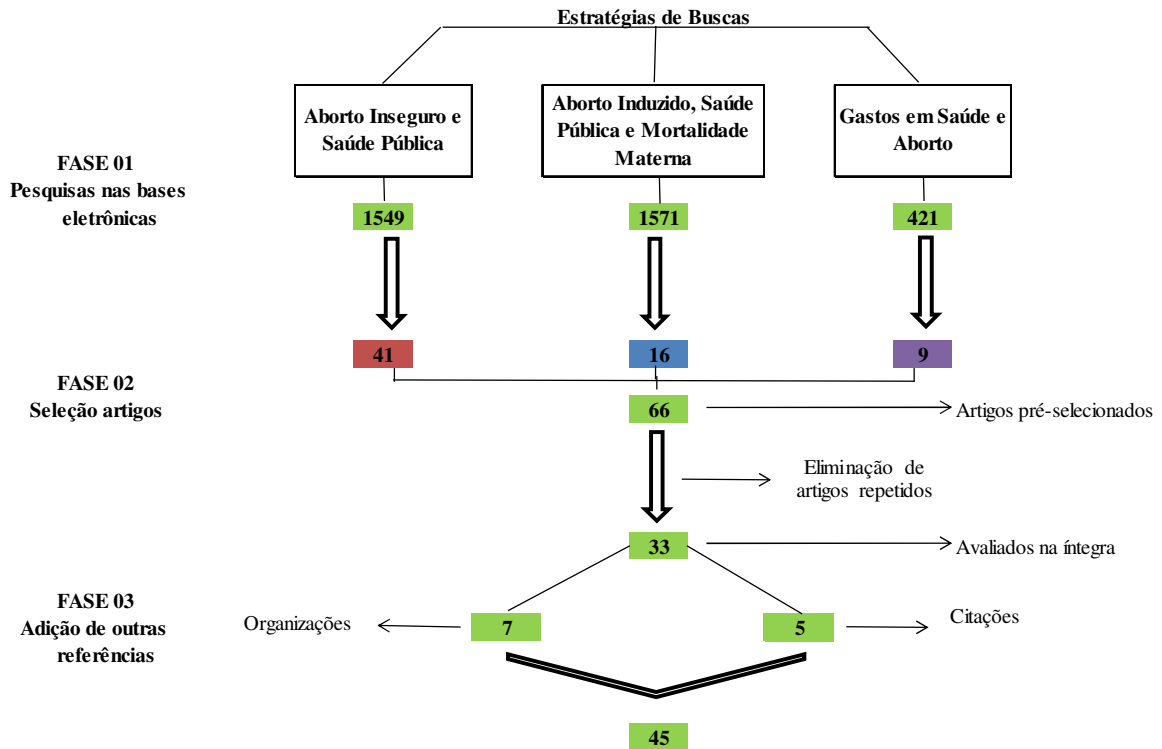
Após a exclusão dos artigos repetidos (selecionados em mais de uma busca), restaram 33 estudos para análise na íntegra. Estes estão estratificados na Figura 1.

Figura 1 - Estratificação dos artigos conforme estratégias de buscas



De forma complementar, foram acrescentadas 07 bibliografias de organizações relacionadas à saúde e direitos humanos (OMS, ONU, Ministério da Saúde e Instituto Guttmacher) e outros 05 estudos citados nos materiais selecionados. Na Figura 2 a representação do método utilizado para seleção de referências bibliográficas.

Figura 2 - Representação do método utilizado



Aborto Induzido: Uma Visão Global

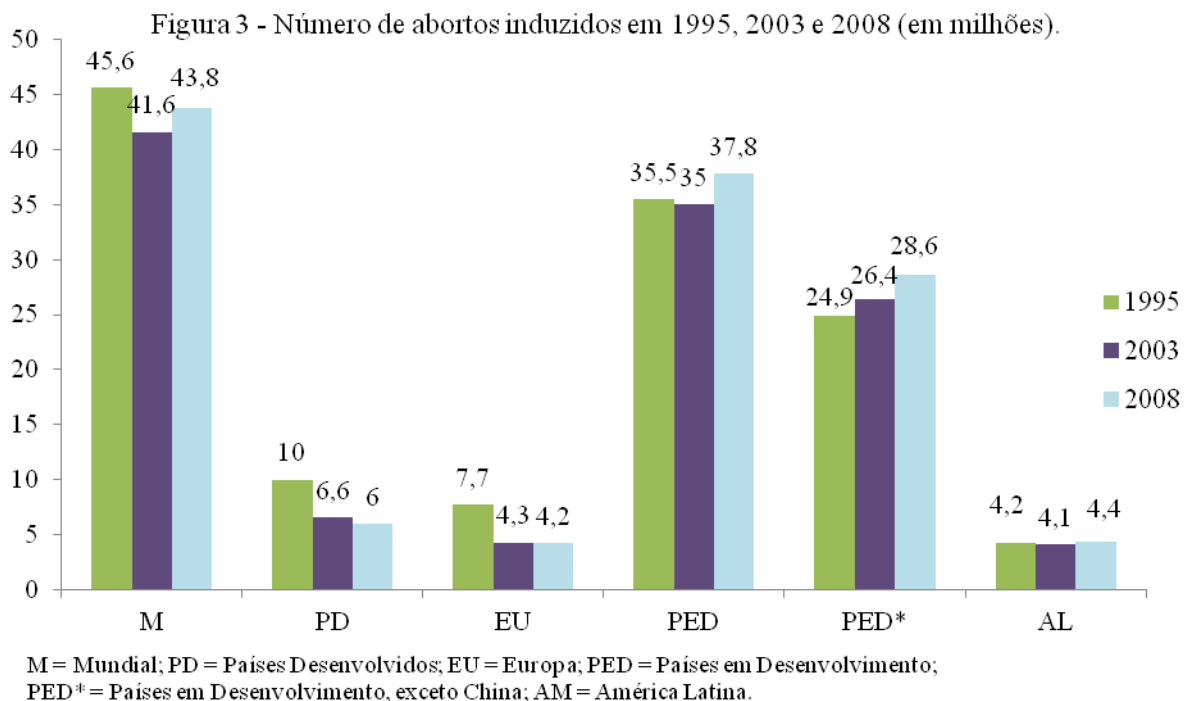
O abortamento inseguro deve ser entendido como um grave problema de saúde pública, que afeta milhões de mulheres a cada ano. Está fortemente vinculado à classe social e ao poder econômico da população, visto em maior escala nos países em desenvolvimento, onde a desigualdade social coloca a parcela mais pobre em situação de exclusão e marginalização, inclusive por outros problemas sociais, como as restrições de acesso a informação, educação, saúde, como exemplo dos principais aspectos negligenciados (11, 18).

Existem recomendações de diversas organizações de direitos humanos e saúde, como a ONU e a OMS, indicando medidas governamentais que visam reduzir o abortamento inseguro por meio da legalização e ofertas de serviços. Tais medidas visam evitar danos físicos e psíquicos a mulheres e suas famílias, bem como a mortalidade materna associada ao aborto (1, 25-27). As políticas públicas e leis devem objetivar a proteção da saúde das mulheres, para tanto, precisam eliminar barreiras regulatórias e políticas que dificultam o acesso do abortamento seguro (28).

A tendência de mortalidade materna relacionada ao abortamento inseguro sofreu leve queda nas últimas décadas, em 1990 eram 69 mil mortes ao ano, em 1997 e 2000 foram 58 mil mortes, 56 mil em 2003 e 47 mil mortes em 2008. Esta redução é atribuída à introdução de novos métodos contraceptivos (diminuição dos casos de gravidez indesejada) e de aborto seguro, como os farmacológicos (2). Há evidências que a introdução do fármaco misoprostol no mercado reduziu o risco do aborto induzido, por substituir métodos perfurantes ou cáusticos, reduzindo a ocorrência de complicações e conseqüentemente da mortalidade materna (3, 12, 13, 28, 29). No entanto, a utilização sem qualquer orientação de profissional continua caracterizando o método como inseguro (27, 30, 31).

O número absoluto de óbitos maternos sofreu redução, no entanto o percentual atribuído ao aborto inseguro se mantém mundialmente em 13% e na América Latina atinge os 17% (2, 20, 32, 33). A quantidade de abortamentos inseguros cresceu de 19,7 milhões em 2003 para cerca de 21,6 milhões em 2008, destes 18,5 milhões (85,6%) são em países em desenvolvimento, este aumento se deve principalmente pela elevação do número de mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 44 anos), visto que a taxa global manteve-se a mesma (7, 13, 34).

Dados do Instituto Guttmacher de Washington (EUA), apontam com veemência que a legalização não é um incentivo a realização de aborto e que contribui para sua queda. O número de abortos induzidos em 1995 era de 45,6 milhões e passou a 43,8 milhões em 2008, dados detalhados da distribuição destes abortos podem ser visualizados na Figura 3 (6, 9, 18, 19).



A maior queda neste período ocorreu nos países desenvolvidos (40%), em especial no continente Europeu, que chegou aos 45,4% comprovando que a legalização não contribuiu

para o aumento do aborto. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, com predomínio de legislações houve aumento de 6,48%. Deste grupo há expressiva contribuição da China, país com rigoroso controle de natalidade e legislação liberal. Ao eliminá-la do grupo, a elevação do número de induções é de 14,86%. Na América Latina o aumento ficou em 4,76%. Podemos concluir que o contexto de legislação restritiva não tem contribuído para reduzir os casos (6, 15, 18, 19).

Na América Latina existem algumas exceções, como Uruguai, Cuba, Guiana e Porto Rico, onde o aborto é permitido por solicitação (16, 21). Antes da legalização, o Uruguai enfrentava situação preocupante, visto que no período entre 1991 e 2001 as mortes maternas atribuídas ao abortamento atingiram 28,7%. Apesar das restrições legais, em 2004, uma estratégia para a redução de riscos associados ao abortamento foi implantada no principal hospital público, através de consulta médica para informar as mulheres sobre a realização do aborto. Em casos de interrupção da gestação, as mulheres poderiam retornar à consulta pós-aborto, a fim de serem examinadas, verificar ocorrência de complicações e obter métodos de contracepção. No período do projeto nenhuma morte foi relacionada ao aborto induzido, enquanto em anos anteriores a média era de 4 mortes ao ano e um caso de infecção (entre 2001 a 2003 houve 10 casos/ano) (35, 36). Neste caso a gestão em saúde pública conseguiu atuar para minimizar os danos resultantes do aborto inseguro, transpondo a barreira da legislação em prol da saúde feminina. O modelo preconiza que os profissionais de saúde têm o dever de fornecer aconselhamento e cuidados apropriados às mulheres, mesmo que estas tenham intuito de realizar ou tenham realizado um aborto. Em 2009, a OMS financiou a implementação dessa estratégia, com enfoque na cidade de Rivera (fronteira com o Brasil), que apresenta características religiosas e conservadoras. Estes dados demonstram que o fato de tornar o abortamento seguro e acessível reduz o risco de comprometimento a saúde e vida

das mulheres. O programa é de baixo custo aos governos e pode ser implementado independentemente da legislação em vigor (3).

Alguns países com legislações liberais apresentam barreiras legais, reguladoras ou de logísticas que deveriam ser eliminadas, pois a falta de acesso ao aborto seguro, mesmo sendo legalizado, é outra restrição que aumenta a frequência de abortos inseguros. Exemplos dessas situações são os requisitos para permitirem o abortamento (limites de idade gestacional, período obrigatório de espera, consentimento de pais ou cônjuge, autorização de terceiros) falta de profissionais treinados e dispostos a realizar o aborto, altos custos, instalações médicas específicas, aconselhamento, dentre outros (1, 7, 8, 12).

Os Estados Unidos é um exemplo de país com legislação liberal, mas com restrição de acesso, pois a maioria dos planos de saúde não paga e o Medicaid³ não disponibiliza esse serviço. Apenas em 17 estados o aborto é fornecido pelo governo para pessoas de baixa renda, pago por fundos de origem estadual. Desta forma as mulheres enfrentam medo do estigma e dificuldades financeiras para abortar de forma segura, muitas tendo que optar pela autoindução. Em 2009, um aborto no primeiro trimestre de gestação chegava a custar US\$ 470 (30, 37).

Situação do Brasil

No Brasil, assim como em outras partes do mundo, o aborto não é legalizado e ocorre intensamente de maneira insegura. Além de possuir ampla distribuição geográfica no país, com ocorrências em praticamente todos os municípios, as maiores concentrações estão nos estados do Norte, Nordeste e Sudeste, caracterizado como um importante problema de saúde pública (20, 26, 29, 38, 39). A OMS estima que 31% das gestações no Brasil terminam por

³ Medicaid é um programa de saúde social dos Estados Unidos para famílias e indivíduos de baixa renda e recursos limitados.

abortos (cerca de 1,4 milhão). Em 2004, foram registradas 243.988 internações no Sistema Único de Saúde (SUS) para curetagens após abortamento (18). Entre 1996 e 2012, foram registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) 4.007.327 internações hospitalares por abortamentos (média anual de 235.725) (20, 40). No entanto, esses dados são referentes ao período ao qual o misoprostol já estava disponível no país, o que reduziu as complicações e conseqüentemente a necessidade de internações, subestimando os valores (20).

O misoprostol chegou ao Brasil no final da década de 80. Em 1990, 70% das brasileiras atendidas em hospitais públicos após induzirem o aborto declararam ter realizado o procedimento utilizando misoprostol. Entre 1992 e 2005, o número de mulheres tratadas em hospitais públicos por complicações do aborto passou de 345 mil para 250 mil (redução de 28%), estabilizado em 250 mil desde 1995, fato atribuído ao misoprostol. O inquérito nacional de áreas urbanas realizado em 2010 averiguou que 22% das mulheres com idades entre 35 e 39 anos declaravam já ter provocado aborto (4, 32, 39).

O Código Penal Brasileiro permite o aborto para salvar a vida da mulher ou quando a gestação resultar de estupro (21, 41). Além destas duas situações previstas, o poder judiciário brasileiro permite o aborto em casos de anencefalia (20). Entretanto, existem outros casos não compatíveis com a vida extrauterina (principalmente defeitos do tubo neural, múltiplas malformações congênitas e anormalidades do sistema urinário) em que é necessária ação judicial, a qual demanda tempo e podem ser negadas por base na opinião do magistrado (17, 18, 42). Há sérias barreiras de acesso ao aborto no país, tanto por questões morais dos profissionais quanto por serviços escassos no sistema público de saúde (15).

A ilegalidade do aborto é vista como um dos fatores que desencadeia conseqüências negativas à saúde das brasileiras, pouco coíbe a prática e contribui para a desigualdade social. No Brasil, mulheres pertencentes a faixas opostas da pirâmide social passam por trajetórias

distintas diante de uma gravidez indesejada, apesar de estarem sob as mesmas questões éticas, morais e legais. A minoria delas com melhores condições financeiras arcam com os custos de um abortamento rápido e seguro, enquanto as demais se expõem aos riscos e por isso são as grandes vítimas de mortalidade materna (12, 18, 31).

Em levantamento, publicado em 2009 pelo Ministério da Saúde, os pesquisadores compilaram os principais resultados de 20 anos de pesquisas sobre temática no Brasil. O reflexo da desigualdade é perceptível ao avaliar que o predomínio do aborto é nas mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com filhos, usuárias de contraceptivos e que fazem uso de misoprostol para abortar, ou seja, em brasileiras jovens que têm família (companheiro e filho(s)), trabalhadoras com pouco estudo, religiosas que tentaram evitar a gravidez indesejada e que precisaram recorrer ao abortamento inseguro por falta de opção (31).

No Brasil, assim como em diversos países da América Latina e Ásia, a decisão de realizar o aborto é uma opção responsável, para mulheres casadas e com filhos que não possuem condições de lidar financeiramente com a situação de ter outro filho (33). É preciso considerar o impacto que essa desigualdade ocasiona à prole já existente e outros membros da família. Sendo o abortamento inseguro uma das principais causas de mortalidade materna, há impacto sobre essas crianças, que ao terem suas mães enfrentando o risco de um procedimento inadequado, podem ser vítimas, mais uma vez, da desigualdade social (43). As taxas globais estimam que anualmente 220 mil crianças perdem suas mães por mortes relacionadas ao aborto (32).

O aborto é uma prática rotineira em nossa sociedade, apenas deixada de lado pelas autoridades que preferem fingir que ele não ocorre. O aborto é tão comum que chega a ser transmitido entre as gerações, não sendo considerado secreto, e uma mulher após ter sua experiência ajuda outras que passam pela mesma situação (44).

Diante de inúmeras dificuldades na aplicação de estudos nesta área, o Brasil conseguiu executar a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) em 2010, quando os pesquisadores estimaram que ao completar 40 anos de idade mais de uma em cada cinco mulheres já fizeram aborto, principalmente utilizando medicamentos (40). Incoerentemente, o aborto induzido no Brasil é de alta frequência, principalmente nas classes sociais mais baixas e por consequência com piores níveis educacionais, no entanto em uma sociedade de opinião predominantemente contrária a prática (27). No julgamento alheio consideram apenas o aspecto moral e/ou religioso, enquanto no momento em que se deparam com uma gravidez indesejada avaliam uma gama de aspectos (15, 20, 40). O nível de aceitação do aborto geralmente é maior entre os profissionais da saúde do que a população em geral, provavelmente pelo primeiro grupo conhecer os reais impactos que o aborto oferece à vida (25).

Complicações/Consequências do Aborto

O abortamento inseguro expõem mulheres a riscos que podem originar sequelas físicas e mentais, ou até mesmo o óbito. Aproximadamente, um quarto das mulheres que realizaram o procedimento de forma insegura desenvolve algum tipo de dano temporário ou permanente. As principais complicações físicas que podem ocorrer de imediato são hemorragias, infecções, traumatismos e/ou perfurações de órgãos, ulcerações do colo ou vagina, salpingite, algias pélvicas, transtornos menstruais, complicações obstétricas e infertilidade (1, 2, 8, 18, 29, 33, 45). O agravamento destas está relacionado a complicações do quadro clínico decorrentes do aborto e as dificuldades de acesso aos cuidados, como em casos onde há demora de atendimento adequado, por receio da própria paciente ou ainda por limitações de acesso ao serviço de saúde (29).

No aspecto mental, essas mulheres ficam em condição de vulnerabilidade, ao estarem em um contexto de culpa e penalização. Devido à criminalização que o Estado e a sociedade colocam sobre o fato de abortar, a mulher fica exposta ao julgamento próprio, de familiares e de pessoas próximas. Mesmo com complicações físicas, muitas mulheres não procuram serviços de saúde, por falta de condição financeira e principalmente por temerem as represarias (de familiares e profissionais de saúde), e inclusive medo de serem denunciadas à polícia, visto que muitos profissionais não respeitam o sigilo (13, 18, 31).

O Ministério da Saúde declara que a atenção humanizada às mulheres em abortamento é um direito delas e um dever de todos os profissionais da saúde e define como elementos essenciais do modelo de atenção: o acolhimento e a orientação, a atenção clínica ao abortamento e o planejamento reprodutivo pós-abortamento (18). Mas de fato, isso não é efetivamente praticado, como comprovado por Aquino et al ao avaliarem os atendimentos às mulheres após abortamento, em hospitais públicos de três capitais nordestinas (39). Os pesquisadores encontraram falhas em vários aspectos, dentre os casos houve analgesia insatisfatória (causando sofrimento desnecessário), impessoalidade da atenção e até falta de informação dos procedimentos que seriam realizados. Cabe salientar que a curetagem foi a técnica adotada em maior escala, modelo este que requer anestesia, sedação profunda, admissão hospitalar, permanência por no mínimo 24 horas e resulta em maiores complicações, condições contrárias as recomendações da OMS (1, 39).

O profissional tem direito a sua liberdade de pensamento, consciência e valores desde que esses não ofereçam riscos e prejuízo aos direitos humanos de qualquer paciente, inclusive mulheres que realizaram abortamento ilegal e inseguro. Apesar de não serem aceitos, continuam frequentes os relatos de comportamentos punitivos, preconceituosos ou tendenciosos (1, 3, 18, 44).

Existem fatores que contribuem para o aborto inseguro e suas consequências, como o baixo uso de métodos contraceptivos, as legislações restritivas, a falta de acesso a abortamento seguro e a discriminação de gênero (26). A informação sobre contracepção pós-aborto é apontada como uma das principais estratégias para redução da incidência de abortamento inseguro, por reduzir a recorrência e ser aceitável na maioria das culturas (4, 22).

Acesso ao Abortamento Seguro no Brasil

A tecnologia atual permite tratarmos o aborto como um procedimento simples e seguro, desde que seja realizado nas condições adequadas, por profissionais preparados, seguindo critérios técnicos reconhecidos e a partir da decisão informada da mulher (1, 11). No entanto, são muitas barreiras para tornar o aborto um procedimento seguro no Brasil. A primeira delas é a ilegalidade, que apenas contribui para direcionar as mulheres aos serviços clandestinos. A segunda delas é cultural/religiosa, pois mesmo se fosse legalizado, por receio de serem julgadas, criticadas e rejeitadas, muitas mulheres continuariam abortando em ambientes ilegais. Talvez o maior entrave seja desmistificar o tabu do aborto, para que a sociedade aceite a prática e reduza os preconceitos com quem decide interromper a gestação (12). E a terceira, o acesso a serviços de saúde, porque grande parte não tem como arcar financeiramente, precisa de apoio social e não pode ficar sujeita a demora no atendimento ou as atitudes hostis dos profissionais (1).

A legalização do aborto não produz efeitos sobre a necessidade de realizá-lo, no entanto, contribui para que seja feito de forma insegura (1, 14, 18). As dificuldades de legalizar e oferecer o abortamento seguro às mulheres consiste em crenças sociais, culturais e religiosas que causam rejeição de parcela da população. Por envolver grandes massas populares, o assunto não é discutido como um problema de saúde pública, mas como um

instrumento ideológico em prol do forte interesse político, deixando de lado o interesse público. Fontes realizou levantamento e análise das notícias que foram divulgadas na mídia durante o período eleitoral de 2010 a respeito do aborto, sendo enfático ao destacar que a esfera da saúde pública foi excluída do debate (46). A perspectiva moral vinculada aos princípios religiosos foi utilizada para angariar votos, havendo preocupação dos políticos em não ter a imagem associada à postura favorável à ampliação da legislação. O principal interesse era manter o eleitorado, ignorando a situação social que a ilegalidade do aborto causa a parcela mais vulnerável da população (44, 46).

Apesar do Brasil ser um estado laico, a pressão religiosa imposta pelas igrejas é forte o suficiente para a discussão ser evitada. Os argumentos religiosos são apontados como principal empecilho para o avanço sobre a legislação brasileira, enquanto que a questão cultural de compreensão das pessoas é fator decisivo para o sucesso na aplicação de qualquer política na área. Não basta legalizar e fornecer atendimento acessível e de qualidade, precisamos ainda conseguir quebrar o ciclo de inaceitação da população. Este obstáculo é importantíssimo para que as políticas públicas futuras possam se tornar efetivas, pois se a sociedade não compreender a seriedade da pauta e os danos sociais do abortamento ilegal, a mesma não irá procurar atendimento ou continuará julgando e reprimindo aqueles que buscam serviços para interromper a gestação (11, 18, 21, 44, 46).

Ao transpor a barreira de ilegalidade o Brasil poderá oferecer serviços seguros através do SUS e trabalhar a questão de confiança das pacientes no serviço público. Essa inserção do abortamento seguro na legislação brasileira e, por conseguinte no SUS seria uma forma de garantir a equidade neste aspecto, com os mesmos direitos a todas as mulheres, independente das classes sociais e econômicas, além de reduzir os atendimentos em condições inseguras. Deste modo, teríamos que investir em regulamentar e fiscalizar os serviços públicos e privados (11).

Impacto Econômico

A magnitude e impacto global do aborto são alarmantes, estimativas apontam que 20% a 50% das mulheres que se submetem ao abortamento inseguro precisam ser hospitalizadas por causas das complicações sofridas. Conseqüentemente, reflete nos investimentos dos serviços de saúde, chegando a compor metade dos gastos com internações obstétricas (10, 11, 32, 43, 45).

Os gastos diretos do tratamento de complicações do abortamento inseguro são relativos a medicações, transfusões sanguíneas, suprimentos, equipamentos, profissionais e internações, todos esses reduzidos na prática do abortamento seguro (11, 45). A prática insegura também é onerosa de forma indireta, atinge cerca de US\$ 930 milhões a cada ano no mundo. A morbimortalidade da mulher contribuem para a perda de produtividade, infertilidade, conseqüências sociopsicológicas, disfunções crônicas e desagregação familiar, com significativas conseqüências para os filhos, principalmente em um contexto como o brasileiro, no qual grande parte das mulheres que realizam abortos são mães (11, 32, 43).

Os investimentos para atender ao abortamento seguro incluem os materiais e a infraestrutura necessários, como aspiração a vácuo, medicação para profilaxia antibiótica, controle da dor e indução do aborto. A OMS recomenda a utilização de aspiração a vácuo em sala de tratamento ambulatorial, sem necessidade de internação, com menor demanda de remédios para alívio da dor e feita por profissional de saúde de nível médio, com retorno apenas em pacientes que apresentarem complicações (1, 10, 32).

Estudos em países com leis restritivas indicam que os altos custos para tratar complicações decorrentes da prática insegura ou para casos em que o aborto é permitido,

demandam alto investimento do setor público, visto que continuam a utilizar procedimento de dilatação e curetagem realizada por médicos (26, 47).

No Brasil, estimam-se cerca de 240 mil internações ocasionadas por complicações do abortamento inseguro, o que corresponde no mínimo R\$ 45 milhões ao ano. No entanto, isso se refere apenas aos custos das internações hospitalares, sem considerar os gastos indiretos e desconsiderando as subnotificações. Os dados oficiais relacionados ao aborto são imprecisos e divergentes, em especial nos países que estabelecem medidas restritivas, como o Brasil, onde há subnotificações de abortos induzidos, declarados como espontâneos ou não declarados (domésticos e clandestinos). O impacto do aborto inseguro é superior ao exposto pelas estatísticas em saúde e, portanto a estimativa de custos também é mascarada (7, 8, 16, 20, 27, 32).

A legalização do aborto e o acesso a métodos seguro não gera aumento da demanda ou sobrecarga ao sistema de saúde, seu efeito é sobre a redução de casos clandestinos realizados de maneira insegura. Após a implantação de serviços na rede pública há troca gradativa, com aumento da demanda de aborto seguro concomitante a redução de gastos com complicações do inseguro. Países que liberaram o aborto, como Barbados, Canadá, África do Sul, Tunísia e Turquia, observaram redução de gastos públicos, devido a menor utilização de recursos para tratar as complicações (1, 32). Com isto, o sistema público de saúde poderá definir formas estratégicas para investir financeiramente, entre elas o planejamento familiar, educação sexual e fiscalização dos procedimentos (10, 43, 45).

Johnston et al. desenvolveram ferramenta para considerar os custos empregados no tratamento das complicações pós-aborto a partir do status legal do aborto e do tipo de serviço oferecido, configurando os seguintes cenários (i) Legislação Restritiva e Serviços Convencionais, (ii) Legislação Restritiva e Serviços Recomendados, (iii) Legislação Liberal e Serviços Convencionais e (iv) Legislação Liberal e Serviços Recomendados (10). As

legislações restritivas com alteração da configuração de serviços convencionais para recomendados diminui o custo médio por caso em 44,4% (US\$ 45 para US\$ 25). Na mesma linha, nos cenários liberais a redução foi de 82,4% quando alterou o tipo de serviço ofertado de convencional para recomendado (US\$ 34 para US\$ 6). Portanto, houve menores custos nos serviços recomendados, mas a redução foi ainda mais significativa quando o serviço recomendado estava sendo realizado em associação à legislação liberal. Nos cenários do estudo, o Brasil pertence ao de Legislação Restritiva e Serviços Convencionais, ou seja, o de maior custo. A simulação demonstra que a ampliação da legislação já poderia reduzir cerca de 24,4% dos investimentos (US\$ 45 para US\$ 34), e se fosse associada a prestação de serviços conforme recomendado poderia repercutir em cerca de 86,7% de economia (US\$45 para US\$ 6) (10).

Considerações finais

A partir desta revisão é notório que a ilegalidade do aborto não restringe a sua realização, pelo contrário, é justamente o que incentiva sua execução de forma insegura. Porém, não é suficiente descriminalizar, é fundamental desmistificar e regularizar o aborto, trazendo garantias e fiscalização ao processo.

Os profissionais e gestores de saúde precisam refletir sobre o que é benéfico ao interesse público. Não cabe responder ou idealizar se individualmente somos a favor ou contra a prática, pois essa é um fato altamente disseminado em nossa população, responsável por altas taxas de morbimortalidade materna. Concomitantemente, a sociedade precisa entender que a legalização do aborto contribuirá para a saúde coletiva, sendo uma alternativa para evitar complicações e mortes associadas a este. Alterações na concepção poderão mobilizar os representantes políticos.

É perceptível a necessidade de a legislação brasileira obter caráter liberal, seguindo exemplos bem sucedidos de outros países que reduziram os impactos do abortamento inseguro através da descriminalização e ampliação de acesso. A trajetória do Uruguai poderia ser um exemplo a ser seguido, pois aplicaram políticas públicas eficazes em um contexto legal restritivo e posteriormente avançaram com a legalização. A conformação conservadora do Congresso Brasileiro parece implicar diretamente neste processo, dos 18 projetos de lei relacionados ao aborto induzido apenas 06 de alguma forma estabelecem medidas que ampliam o acesso ao abortamento.

Enquanto a situação legal continua restritiva, precisamos encontrar alternativas para reduzir os danos causados pelo abortamento inseguro. A educação sexual, o planejamento familiar e principalmente a contracepção orientada das mulheres são estratégias para minimizar a ocorrência de gestações indesejadas e, conseqüentemente as complicações do aborto. Apesar de não ser o suficiente, no momento, é o que os gestores e profissionais da saúde podem realizar, por isso é importante discutir a temática do aborto e oferecer subsídios para educação dos profissionais de saúde, com propósito de assegurar a abordagem adequada e a orientação acessível à população.

Referências

1. Organização_Mundial_da_Saúde. Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2 ed. Genebra, Suíça 2013. p. 136.
2. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;115(2):121-6.
3. Faúndes A, Rao K, Briozzo L. Right to protection from unsafe abortion and postabortion care. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;106(2):164-7.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet.* 2006;368(9550):1887-92.
5. van Dijk MG, Ahued Ortega A, Contreras X, García SG. Stories behind the statistics: a review of abortion-related deaths from 2005 to 2007 in Mexico City. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;118 Suppl 2:S87-91.

6. Institute TAG. Facts on Induced Abortion Worldwide. 2008.
7. United_Nations._Department_of_Economic_and_Social_Affairs._Population_Division. World Abortion Policies 2011. 2011.
8. Grimes DA. Unsafe abortion: the silent scourge. *Br Med Bull.* 2003;67:99-113.
9. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet.* 2007;370(9595):1338-45.
10. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2007;33(4):250-7.
11. Bursztyn I, Tura LFR, Correa JdS. Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2009;19(2):475-87.
12. Culwell KR, Hurwitz M. Addressing barriers to safe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;121 Suppl 1:S16-9.
13. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters.* 2010;18(36):90-101.
14. Diniz D, Menezes G. Abortion: women's health. *Cien Saude Colet.* 2012;17(7):1668-9.
15. Leal OF. ["Those of you who have never had an abortion, raise your hand!" Rethinking ethnographic data on the dissemination of abortion practices among low-income populations in Brazil]. *Cien Saude Colet.* 2012;17(7):1689-97.
16. United_Nations._Department_of_Economic_and_Social_Affairs._Population_Division. Abortion Policies and Reproductive Health around the World. 2014. p. 49.
17. United_Nations._Department_of_Economic_and_Social_Affairs._Population_Division. World Abortion Policies 2013. 2013.
18. Ministério_da_Saúde._Secretaria_de_Atenção_à_Saúde._Departamento_de_Ações_Programáticas_Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2 ed 2011. p. 60.
19. Bernabé-Ortiz A, White PJ, Carcamo CP, Hughes JP, Gonzales MA, Garcia PJ, et al. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. *CMAJ.* 2009;180(3):298-304.
20. Martins- Melo FR, Lima MdS, Alencar CH, Ramos JrI AN, Carvalho FHC, Machado MMT, et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev Saúde Pública* 2014;48(3):508-20.
21. Duarte GA, Osis MJ, Faúndes A, Sousa MH. Brazilian abortion law: the opinion of judges and prosecutors. *Rev Saude Publica.* 2010;44(3):406-20.
22. Faúndes A. A professional duty to contribute toward preventing unsafe abortion and its consequences. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;126 Suppl 1:S1-2.
23. Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, Calhoun B, et al. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. *BMJ Open.* 2015;5(2):e006013.
24. Sampaio R, Mancini M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev bras fisioter.* 2007;11(1):83-9.
25. Vasquez DN, Das Neves AV, Golubicki JL, Di Marco I, Loudet CI, Roberti JE, et al. Critical care providers' opinion on unsafe abortion in Argentina. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;116(3):249-52.
26. Benson J, Okoh M, KrennHrubec K, Lazzarino MA, Johnston HB. Public hospital costs of treatment of abortion complications in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;118 Suppl 2:S134-40.
27. Lima BG. [Abortion-related mortality in Brazil: decrease in spatial inequality]. *Rev Panam Salud Publica.* 2000;7(3):168-72.

28. Henderson JT, Puri M, Blum M, Harper CC, Rana A, Gurung G, et al. Effects of abortion legalization in Nepal, 2001-2010. *PLoS One*. 2013;8(5):e64775.
29. Santana DS, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, Costa ML, Sousa MH, et al. Severe maternal morbidity due to abortion prospectively identified in a surveillance network in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119(1):44-8.
30. Grossman D, Holt K, Peña M, Lara D, Veatch M, Córdova D, et al. Self-induction of abortion among women in the United States. *Reprod Health Matters*. 2010;18(36):136-46.
31. Ministério_da_Saúde. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Série B. Textos Básicos de Saúde. In: Secretaria_de_Ciência_TeIEdDdCeT, editor. 1ª ed. Brasília, DF.2009.
32. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006;368(9550):1908-19.
33. Fawcus SR. Maternal mortality and unsafe abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008;22(3):533-48.
34. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Unsafe abortion: a cruel way of birth control. *Afr Health Sci*. 2014;14(2):487-8.
35. Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;95(2):221-6.
36. Fiol V, Briozzo L, Labandera A, Recchi V, Piñeyro M. Improving care of women at risk of unsafe abortion: implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;118 Suppl 1:S21-7.
37. Jones RK, Upadhyay UD, Weitz TA. At What Cost? Payment for Abortion Care by U.S. Women. *Women's Health Issues*. 2013;13(3):e173-e8.
38. Diniz S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012;20(39):125-32.
39. Aquino EM, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, de Almeida MaC, et al. [Quality of abortion care in the Unified Health System of Northeastern Brazil: what do women say?]. *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1765-76.
40. Diniz D, Medeiros M. [Abortion in Brazil: a household survey using the ballot box technique]. *Cien Saude Colet*. 2010;15 Suppl 1:959-66.
41. Decreto Lei Nº 2.848. Código Penal, (07 de dezembro de 1940.).
42. Costa L, Hardy E, Osis M, Faúndes A. Interrupção da gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida: a vivência de mulheres brasileiras. *Questões de Saúde Reprodutiva*. 2006;I(1):92-100.
43. Vlassoff M, Walker D, Shearer J, Newlands D, Singh S. Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009;35(3):114-21.
44. Diniz D, Medeiros M. [Itineraries and methods of illegal abortion in five Brazilian state capitals]. *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1671-81.
45. Levin C, Grossman D, Berdichevsky K, Diaz C, Aracena B, Garcia SG, et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reprod Health Matters*. 2009;17(33):120-32.
46. Fontes ML. [The stance of abortion in the Brazilian printed media ahead of the 2010 presidential elections: the exclusion of public health from the debate]. *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1805-12.
47. Prada E, Maddow-Zimet I, Juarez F. The cost of postabortion care and legal abortion in Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2013;39(3):114-23.

Anexo A – Normas da Revista Panamericana de Saúde Pública.

Lists is empty

Lists is empty

Instructions to Authors and Guidelines for Manuscript Submission

- **1. GENERAL INFORMATION**
 - 1.1 Objectives and readership
 - 1.2 Subject coverage
 - 1.3 Indexing
 - 1.4 Contents
 - 1.4.1 Editorials
 - 1.4.2 Original research articles
 - 1.4.3 Reviews
 - 1.4.4 Special reports
 - 1.4.5 Opinion and analysis
 - 1.4.6 Short communications
 - 1.4.7 Current topics
 - 1.4.8 Letters
 - 1.5 Language
 - 1.6 Guidelines and research protocols
 - 1.7 Conflict of interests
 - 1.8 Copyright
 - 1.9 Peer review process
 - 1.10 Dissemination
- **2 GUIDELINES FOR MANUSCRIPT SUBMISSION**
 - 2.1 General criteria for manuscript acceptance
 - 2.2 Manuscript specifications
 - 2.3 Length and form
 - 2.4 Title
 - 2.5 Authors
 - 2.6 Abstract
 - 2.7 Keywords
 - 2.8 Body of the article
 - 2.9 Footnotes
 - 2.10 Bibliographic references
 - 2.11 Tables
 - 2.12 Figures
 - 2.13 Abbreviations
 - 2.14 Units of measure
 - 2.15 Submitting the manuscript
 - 2.16 Editing the manuscript
- **3 USEFUL RESOURCES**

1. GENERAL INFORMATION

1.1 Objectives and readership

The Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH) is a free-access, peer-reviewed monthly journal, published as the flagship scientific and technical periodical publication by the Pan American Health Organization (PAHO), headquartered in Washington, D.C., the United States of America.

Its mission is to serve as an important vehicle for disseminating scientific public health information of international significance, mainly in areas related to PAHO's essential mission to strengthen national and local health systems, improve the health of the peoples of the Americas.

It aims to bridge the gap between policy-makers, researchers, health professionals, and practitioners.

1.2 Subject coverage

The RPSP/PAJPH publishes materials related to public health in the Region of the Americas that reflect PAHO's main strategic objectives and programmatic areas: health and human development, health promotion and protection, prevention and control of communicable and chronic diseases, maternal and child health, gender and women's health, mental health, violence, nutrition, environmental health, disaster management, development of health systems and services, social determinants of health, and health equity.

1.3 Indexing

The RPSP/PAJPH is selected and indexed in the following databases and directories: PubMed/MEDLINE; Web of Science; Social Sciences Citation Index; Journal Citation Reports/Social Sciences Edition; Current Contents/Social & Behavioral Sciences; Scopus; SciELO Public Health; LILACS; EMBASE; Global Health; Tropical Diseases Bulletin; Nutrition Abstracts and Reviews, Series A: Human and Experimental; Abstracts on Hygiene and Communicable Diseases; Review of Medical and Veterinary Entomology; Directory of Open Access Journals; Latindex; and Redalyc.

1.4 Contents

The RPSP/PAJPH will accept contributions for the following sections of the journal: Editorials, Original research articles, Reviews, Special reports, Opinion and analysis, Short communications, Current topics, and Letters. A description of the specific features for each type of contribution will

be outlined below.

In general, the following contributions will not be accepted for publication: clinical case reports, anecdotal accounts of specific interventions, reports of a single study intended for publication as a series, noncritical and descriptive literature reviews, manuscripts with substantial overlap or with only minor differences from previous research results, and reprints or translations of articles already published, whether in print or electronically. Exceptions to this general rule will be judged and a determination made on a case-by-case basis.

1.4.1 Editorials

Authoritative expert views, analysis of relevant public health subjects, and/or commentary on specific articles previously published in the journal. From time to time, editorials may also present viewpoints offered by the journal's own editorial staff.

Editorials are commissioned by the Editorial Team and should always bear the author's name and institutional affiliation.

1.4.2 Original research articles

Original research reports on public health subjects of interest to the Region of the Americas.

Experimental or observational research must follow the IMRAD format (Introduction, Materials and methods, Results, and Discussion). Conclusions must be included at the end of the Discussion section and may be identified as a subheading.

1.4.3 Reviews

Systematic reviews about relevant public health matters, priorities, and interventions.

Reviews prepared by experts in the field presenting critical and authoritative analysis will also be considered.

Guidelines for systematic reviews and research protocols should be followed by authors and mentioned in Materials and methods section. See section 1.6 for more information.

Review articles are usually structured the same as original research articles and should include a section describing the methods used for selecting, extracting, and synthesizing data.

1.4.4 Special reports

Research reports of studies or projects relevant to the Region of the Americas.

1.4.5 Opinion and analysis

Authoritative opinion papers, reflections, and analyses on topics of interest in the field of public health.

1.4.6 Short communications

Short communications describing innovative or promising techniques or methodologies, or preliminary research results of special interest to the field of public health.

1.4.7 Current topics

Descriptions of current national and regional health initiatives, interventions, and/or epidemiological trends related to diseases and major health problems in the Americas.

1.4.8 Letters

Letters to the editor clarifying, discussing, or commenting on content presented in the RPSP/PAJPH are welcomed. Letters commenting on specific public health topics may also be accepted. Texts may be accompanied by references, if applicable.

Letters must be signed by the author, specifying institutional affiliation and mailing address.

1.5 Language

Manuscripts are accepted in three of the official languages of PAHO (English, Portuguese, and Spanish). Authors are strongly urged to write in their native language, since the inadequate command of a second language can blur the meaning of the text and is at odds with scientific precision.

Formal names of institutions, either in texts or in the author affiliation data, should not be translated unless an officially accepted translation exists. Also, titles in references should be left in their original language.

1.6 Guidelines and research protocols

The RPSP/PAJPH follows the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, which was developed and is maintained by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), and it is listed among the journals that follow these requirements. These guidelines, also known as the "Vancouver Style," apply to the entire journal, including ethical considerations, such as authorship and contributorship, peer review, conflicts of interest, privacy and confidentiality, protection of human subjects and animals in research, as well as editorial and publishing issues such as advertising, overlapping publications, references, and registering clinical trials.

The RPSP/PAJPH strongly recommends that authors follow the best research protocols available. Research protocols are described in the EQUATOR Network Resource Centre. Also, a complete list of the major biomedical research reporting guidelines is maintained and published by the U.S. National Library of Medicine. The most frequently used in the public health field are: CONSORT (for randomized controlled clinical trials), TREND (for nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions), STROBE (for observational studies in epidemiology), MOOSE (for meta-analyses of observational studies), QUOROM (for systematic reviews and meta-analyses of randomized trials), as well as the COCHRANE handbook (for systematic reviews of interventions).

Following WHO and ICMJE recommendations, the RPSP/PAJPH will require registration of clinical trials in a public trials registry as a condition of consideration for publication. The RPSP/PAJPH does not advocate one particular registry, but recommends that authors register clinical trials in one of the registries certified by WHO and the ICMJE that are available at the International Clinical Trials Registry Platform. The clinical trial registration number will be published at the end of the abstract and will have a link to the corresponding registry.

When reporting experiments on human subjects, authors should indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Declaration of Helsinki (first revision of 1975 and sixth revision of 2008). When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed.

1.7 Conflict of interests

Authors are requested to provide full information about any grant or subsidy to cover research costs received from a commercial or private entity, national or international organization, or research support agency.

The RPSP/PAJPH adheres to the ICMJE recommendations for disclosure of competing interests. The ICMJE asks authors to disclose four types of information: associations with commercial entities that provided support for the work reported in the submitted manuscript, associations with commercial entities that could have an interest in the submitted manuscript, financial associations involving family, and other relevant nonfinancial associations. The information provided through these disclosures helps the reader to better understand the relationship between the authors and various commercial entities that may have an interest in the information reported in the published article.

1.8 Copyright

The RPSP/PAJPH endorses the principles of the free access model to maximize the access and benefit to scientists, scholars, and the general public throughout the world. Therefore, the Pan American Health Organization (as copyright holder) and the authors agree to grant to all users a free, worldwide, perpetual right of access in order to copy, use, distribute, transmit, and display the work publicly, in any digital medium, for any responsible purpose, provided that proper attribution of authorship is made.

The RPSP/PAJPH will deposit a complete version of the accepted manuscript in electronic format in SciELO Public Health, which will enable free access, unrestricted distribution, interoperability, and long-term archiving of all published issues.

As a condition for publication, the RPSP/PAJPH requires authors to provide information indicating that the text, or a similar one, has not been previously published in print or electronic format and that the manuscript will not be submitted to any other journal until the RPSP/PAJPH reaches a decision regarding its publication. Any instance of possible prior publication in any form must be disclosed at the time the manuscript is submitted and a copy or link to the publication must be provided. Submitting authors must also consent that if the manuscript is accepted for publication in the RPSP/PAJPH, the copyright will be held by PAHO.

Authors are solely responsible for obtaining permission to reproduce any copyrighted material contained in the manuscript as submitted. The manuscript must be accompanied by an original letter explicitly granting such permission in each case. The letter(s) should specify the exact table(s), figure(s), or text being cited and how it/they is/are being used, together with a complete bibliographic reference to the original source.

In the case of papers containing translations of quoted material, a link or copy of that text in the original language must be clearly identified and included as part of the manuscript's submission.

1.9 Peer review process

All manuscripts undergo selection through a formal peer review process. After determining whether or not received manuscripts meet the general requirements for submission and comply with the subject scope of the RPSP/PAJPH, the manuscripts are then sent to the journal's Associate Editors for review.

The Associate Editors consider the text's scientific merit and the relevance of its publication, and, if applicable, it will be sent for blind peer review to at least three different reviewers. Upon receipt of all requested reviews, the Associate Editors will prepare a recommendation to the Editor-in-Chief to: (a) reject the manuscript; (b) conditionally accept the manuscript (with either minor or major revisions); or (c) accept the manuscript.

In the case of a conditional acceptance, authors will be required to return the revised manuscript with a detailed explanation of the changes that have been incorporated to address the concerns and recommendations emanating from the peer review process, or, alternatively, to provide a detailed justification of the reasons for disagreeing with the observations made. The manuscript is again revised by the Associate Editors, as well as by peer reviewers in some cases, and the text may undergo as many reviews as may be needed to ensure that authors have provided an adequate response to all issues raised by reviewers.

The final decision on acceptance of manuscripts is made by the Editor-in-Chief.

All decisions are communicated in writing to the corresponding author(s). Authors who disagree with the editorial decision have the right to appeal by presenting a detailed written justification of the reasons why they believe the manuscript should have been accepted. Editorial meetings to discuss specific manuscript issues are scheduled periodically.

The time needed to process a manuscript varies depending on the complexity of the subject matter and the availability of appropriate peer reviewers.

Accepted papers are submitted to editorial revision and may be changed if appropriate. See section 2.16, "Editing the manuscript" for additional information.

1.10 Dissemination

The RPSP/PAJPH is published in electronic format and is available at SciELO Public Health and also at the journal portal of the PAHO Web site.

Users may register at the journal's portal to receive the table of contents and press releases of published articles, and also in SciELO to have access to other personalized tools. These include the definition of profiles for receiving new article alerts, follow-up on the usage and citation statistics for their own articles, and the creation of a personalized SciELO library of selected articles.

Articles will be published online immediately upon final editing (Ahead of Print), and links in databases will go directly to full-text versions of all published articles.

2 GUIDELINES FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

2.1 General criteria for manuscript acceptance

The selection of material for publication in the RPSP/PAJPH is based on the following criteria:

- suitability for the journal's subject scope;
- scientific soundness, originality, currency, and timeliness of the information;
- applicability beyond its place of origin and across the Region of the Americas;
- compliance with the standards of medical ethics governing experimentation with human and animal subjects;
- compliance with specific research reporting protocols;
- coherence of the research design and methodology;
- the need to strike a balance in topical and geographical coverage.

Manuscripts must comply with the specifications outlined in these Instructions and Guidelines in order to be accepted. Authors should carefully read all sections and complete the checklist available in the online submission system. Manuscripts not following the standard format of

RPSP/PAJPH will immediately be returned to authors. The journal may also refuse to publish any manuscript whose authors fail to answer editorial queries satisfactorily.

Final acceptance or rejection of a manuscript is decided by the Editor-in-Chief, based on recommendations resulting from the peer review process described in section 1.9.

Manuscripts are accepted with the understanding that they have not been submitted elsewhere for publication, in part or in whole, and that in the future they will not be published or submitted elsewhere without express authorization from PAHO as the copyright holder.

Any instance of possible prior publication in print or electronic format (e.g., the Internet), in the same or in a different language or form, must be disclosed at the time the manuscript is submitted, and authors must provide a copy of the published text.

Authors hold sole responsibility for the views expressed in their texts, which may not necessarily reflect the opinion or policy of the RPSP/PAJPH and/or PAHO. The mention of specific companies or certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended in preference to other ones of a similar nature.

2.2 Manuscript specifications

Manuscripts must be prepared using Microsoft Word or similar Open Office software, in double-space, single column, using 12-pt. characters in Times New Roman or Arial script.

For figures and tables, Excel, Power Point, or other graphics software must be used. Figures may be in color or black and white.

Once articles are accepted for publication, authors may be asked to send figures and tables in a more clear and readable format.

2.3 Length and form

The general format for the RPSP/PAJPH's various sections is presented as follows:

Section	Words*	References	Tables, figures
Editorials	1,000	Up to 5, if any	none
Original research articles	3,500	Up to 35	Up to 5
Reviews	3,500	Up to 50	Up to 5
Special reports	3,500	Up to 35	Up to 5
Short communications	2,500	Up to 10	1-2
Opinion and analysis	2,500	Up to 20	1-2
Current topics	2,000	Up to 20	1-2
Letters	800	Up to 5, if any	none

* excluding abstract, tables, figures, and references.

Exceptions to these standards will be analyzed on a case-by-case basis.

2.4 Title

The manuscript's title should be clear, precise, and concise and include all the necessary information to identify the scope of the article. A good title is the first entry point to the article's content and facilitates its retrieval in databases and search engines.

If possible, titles should not exceed 15 words. Ambiguous words, jargon, and abbreviations should be avoided. Titles separated by periods or divided into parts should also be avoided.

2.5 Authors

When submitting a manuscript, all authors must register their full name, institutional affiliations, city and country, and contact information. This information will be omitted during peer review in order to maintain the authors' confidentiality. Corresponding authors must send a complete mailing and e-mail address and telephone number to facilitate contact during the review process. Only the affiliation and e-mail address of the corresponding author will be published.

Names of institutions should not be translated unless an official translation exists.

Only those who participated directly in the research or drafting of the article, and are therefore in a position to assume public responsibility for its contents, may be listed as authors. Inclusion of other persons as authors, out of friendship, acknowledgment, or other nonscientific motivation, is a breach of research ethics.

According to the ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, "Authorship credit should be based on 1) substantial contributions to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and 3) final approval of the version to be published." Authors must declare in the cover letter the contribution of every author.

When a large, multicenter group has conducted the work, the group should identify the individuals who accept direct responsibility for the manuscript.

Please refer to the Authorship and Contributorship section of the ICMJE's Uniform Requirements for additional information.

2.6 Abstract

The abstract is the second point of entry for an article and must enable readers to determine the article's relevance and decide whether or not they are interested in reading the entire text. Abstract words are normally included in text word indexes and can facilitate retrieval in databases and search engines.

Original research articles or systematic reviews must be accompanied by a structured abstract of up to 250 words, divided into the following sections: (a) Objectives, (b) Methods, (c) Results, and (d) Conclusions. Other types of contributions must be accompanied by an informative abstract of up to 250 words.

The abstract should not include any information or conclusions that do not appear in the main text. It should be written in the third person and should not contain footnotes, unknown abbreviations, or bibliographic citations.

2.7 Keywords

Keywords represent the main subjects discussed in the articles and may be identified by the authors or by the Editorial Team of the RPSP/PAJPH.

Keywords are extracted from the DeCS (Health Sciences Descriptors) vocabulary, which includes the translation into Portuguese and Spanish of

MeSH (Medical Subject Headings), produced by the U.S. National Library of Medicine, with the addition of new subject categories for Public Health, Health Surveillance, Homeopathy, and Health Research.

2.8 Body of the article

Original research articles and systematic reviews are usually organized according to the IMRAD (Introduction, Materials and methods, Results, and Discussion) format. The Results and Discussion sections may require subheadings. Conclusions must be included at the end of the Discussion session and may be identified as a subheading.

Other types of contributions have no predefined structure and may use other subdivisions, depending on their content.

Short communications follow the same sequence of original articles, but usually omit subdivision headings.

2.9 Footnotes

Footnotes are clarifications or marginal explanations that would interrupt the natural flow of the text. They are numbered consecutively and appear at the end of the article in the electronic version and in a smaller type size at the bottom of the page on which they are cited in the pdf format.

Their use should be kept to a minimum. Links or references to cited documents must be included in the references list.

2.10 Bibliographic references

Citations are essential to identify the original sources of concepts, methods, and techniques referred to in the text and that come from earlier research, studies, and experiences; to support facts and opinions stated by the author; and to provide the reader with the bibliographic information needed to consult the primary sources.

References must be relevant and current.

The RPS/PAJPH follows the ICMJE Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals style for references (better known as "Vancouver Style"), which is based largely on an American National Standards Institute style adapted by the U.S. National Library of Medicine for its databases. Recommended formats for a variety of document types and examples are available in the publication *Citing Medicine: the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers*, 2nd Edition, produced by the U.S. National Library of Medicine.

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text, and identified by Arabic numerals in parentheses in text, tables, and legends. Examples:

"It has been observed (3, 4) that..."

or:

"Several authors (1-5) have said that ..."

References cited only in table or figure legends should be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the running text of the particular table or figure.

The titles of journals should be abbreviated according to the style used in the Journals database, created and maintained by the U.S. National Library of Medicine.

The list of references must be numbered consecutively and should begin on a separate sheet placed at the end of the manuscript.

2.11 Tables

Tables present information-usually numerical-in an ordered, systematic arrangement of values in rows and columns. The presentation should be easy for the reader to grasp. The data should be self-explanatory and should supplement, not duplicate, the information in the text. Tables with too much statistical information are confusing and hard to understand. Tables should not be used when data can be described in few text lines.

Tables must be inserted in the text to allow editing and not as objects extracted from other files.

Each table should have a brief but complete title, including place, date, and source of the information. The column heads should be as brief as possible and indicate the unit of measure or the relative base (percentage, rate, index), if any.

If information is missing because no observations were made, this should be indicated by ellipsis points (...). If the data do not apply, the cell should be marked "NA" (not applicable). If either or both of these devices are used, their meaning should be indicated with a footnote to the table.

Vertical rules (lines) should not be used in tables. There should only be three full horizontal rules: one under the title, a second under the column heads, and a third at the end of the table, above any footnotes.

Footnotes to a table should be indicated with superscript lowercase letters, in alphabetical order, in this way: a, b, c, etc. The superscript letters in the body of the table should be in sequence from top to bottom and left to right.

Authors must be sure to include call-outs for all tables in the text.

Tables or data from another published or unpublished source must be acknowledged and authors must obtain prior permission to include them in the manuscript. See "Copyright" section 1.8 for further details.

2.12 Figures

Figures include graphs, diagrams, line drawings, maps, and photographs. They should be used to highlight trends and to illustrate comparisons clearly and exactly. Figures should be easy to understand and should add information, not repeat what has been previously stated in the text or the tables. Legends should be as brief as possible but complete, and include place, date, and source of the information.

Figures should be sent in a separate file, in their original format, following standards of the most common software programs (Excel, Power Point, or Open Office), or in an eps (encapsulated postscript) file.

The legend of a graph or map should be included as part of the figure itself if there is sufficient space. If not, it should be included in the figure's title. Maps and diagrams should have a scale in SI units (see "Units of measure" section 2.14).

If the figure is taken from another publication, the source must be identified and permission to reproduce it must be obtained in writing from the copyright holder of the original publication. See "Copyright" section 1.8 for more information.

2.13 Abbreviations

The first time an abbreviation or acronym is mentioned in the text, the full term should be given, followed by the abbreviation or acronym in parentheses, as with: Expanded Program on Immunization (EPI). As much as possible, abbreviations should be avoided.

In general, abbreviations should reflect the expanded form in the same language as that of the manuscript. Exceptions to this rule include abbreviations known internationally in another language (e.g., CELADE, ILPES, ISO).

2.14 Units of measure

Authors must use the International System of Units (SI), organized by the International Committee for Weights and Measures (Bureau international des poids et mesures). The English brochure is available at: http://www.bipm.org/utis/common/pdf/si_brochure_8_en.pdf.

The system is based on the metric system. Abbreviations of units are not pluralized (for example, use 5 km, not 5 kms), nor are they followed by a period (write 10 mL, not 10mL.), except at the end of a sentence. Numbers should be grouped in sets of three to the left and to the right of the decimal point, with each set separated by a blank space.

Correct style:

12 500 350 (twelve million five hundred thousand three hundred fifty)

1 900.05 (one thousand nine hundred and five hundredths)

Incorrect style:

12,500.350 / 1.900,05 / 1,900.05

2.15 Submitting the manuscript

Manuscripts should be submitted through Manuscript Central (ScholarOne, Inc.), which is the online manuscript submission and peer review system employed now by the RPSP/PAJPH. The system may be accessed via the journal portal or directly at Manuscript Central.

Authors who have difficulty using the online submission system should send a message to the journal using the contact e-mail available at the journal portal.

Authors will be notified by e-mail that their manuscript has been received. Authors can view the status of their manuscripts at any time by entering Manuscript Central's "Author Center."

Manuscripts must be accompanied by a cover letter, which should include the information about all previous reports and submissions, possible conflicts of interest, permission to reproduce previously published material and any additional information that may be helpful to the Associate editors and the Editor-in-Chief. Authors should also declare in the cover letter that the manuscript has been read and approved by all the authors, and indicate the contribution of each author (see section 2.5).

2.16 Editing the manuscript

Manuscripts are accepted with the understanding that the publisher reserves the right to make revisions necessary for consistency, clarity, and conformity with the style of the RPSP/PAJPH.

Manuscripts accepted for publication will be edited and then sent to the corresponding author to respond to the editors queries and to approve any revisions. If during this stage the author does not satisfactorily respond to the editors queries, the journal reserves the right to not publish the manuscript. To avoid delay in the publication of the corresponding issue, authors are urged to return the edited manuscript, with their approval, by the date indicated in the accompanying message.

After peer review and author revisions, if any, articles will undergo an editorial process that may include, as needed, condensation of the text and deletion or addition of tables, figures, or annexes.

The edited version will be sent to the author for responses to any additional queries from the editors.

The final version will be sent to the corresponding author for approval before publishing on the Web. Articles will be published in html and pdf formats.

3 USEFUL RESOURCES

Day RA, Gastel B. How to write and publish a scientific paper. 6th ed. Westport: Greenwood Press; 2006.

Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, Trend Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health* 2004; 94(3):361-6.

Greenhalg, Trisha. How to read a paper: the basics of evidence-based medicine. 3rd ed. Oxford: BMJ Books; 2006.

Halstead, Donald. The writer's challenge: credibility, argument, and structure in public health writing. Harvard School of Public Health. Available from: http://www.hsph.harvard.edu/student-life/orientation/files/Halstead_Writers_Challenge.pdf

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. Available from: www.icmje.org

JAMA & Archives Journals. American Medical Association manual of style: a guide for authors and editors. 10th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2001;357:1191-4.

Patrias, K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling, DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [updated 2009 Jan 14]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>

Riegelman RK. Studying a study and testing a test: how to read the medical evidence. 5th ed. Baltimore: Lippincott: Williams and Wilkins; 2004.

Style Manual Committee, Council of Science Editors. Scientific style and format: the CSE manual for authors, editors, and publishers. 7th ed. Reston: CSE; 2006.

von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Epidemiology*. 2007;18(6):800-4.

World Health Organization. International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP). Available from: <http://www.who.int/ictrp/search/en/>

World Health Organization. The SI for the health professions: prepared at the request of the thirtieth World Health Assembly. Geneva: WHO; 1977.

World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2000;284:3043-5.

