

# **As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto.\***

**Mario Francisco Giani Monteiro\***  
**Leila Adesse\***  
**Jacques Levin\***

Palavras-chave: Saúde Reprodutiva; Aborto; Mortalidade Materna; Saúde Pública

## **Resumo**

A tipificação do aborto como um delito em si não desestimula as mulheres de se submeter ao aborto, mas incentiva as práticas de risco e evidencia as diferenças sócio-econômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade do aborto. Mulheres com mais condições financeiras, nos grandes centros urbanos, têm acesso aos métodos e clínicas de abortamento ilegais de maior higiene e cuidado.

Resultados. Foram estimadas as razões específicas de mortalidade materna/100.000 NV para sete causas de óbito, com destaque para “Gravidez que termina em aborto”. Os principais resultados para “Gravidez que termina em aborto” são resumidos a seguir: 1 – as razões de mortalidade materna de pretas (9,7/100.000) são 2,5 vezes maior que para as brancas (3,8/100.000), isto é um Risco Relativo=2,5.

2 – Este Risco Relativo é de 1,6 para a Região Norte (7,5/100.000) comparada com a Região Sudeste (4,57/100.000).

3 – Quando comparamos mulheres analfabetas (11,5/100.000) com mulheres que tinham 12 anos e mais de estudo (2,1/100.000) o Risco Relativo foi de 5,5.

Entre as causas de mortalidade materna, é a gravidez que termina em aborto que apresenta maiores diferenciais que as outras causas juntas, e, por isso, não podemos deixar de pensar, como uma hipótese razoável, que a penalização do aborto aumenta os riscos de mortalidade materna, mas não de maneira igual para todas as mulheres: a lei penaliza mais duramente as mulheres das Regiões Norte e Nordeste, as mulheres pretas e as mulheres analfabetas e semi-analfabetas, que precisam recorrer ao aborto inseguro, realizado com práticas domésticas, sem a atenção médica e hospitalar utilizadas pelas mulheres em melhores condições sócio-econômicas, moradoras nos grandes centros urbanos.

---

\* Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

\* Instituto de Medicina Social da UERJ.

♦ IPAS - Brasil.

♦ Instituto de Medicina Social da UERJ

# **As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. \***

**Mario Francisco Giani Monteiro\***

**Leila Adesse♦**

**Jacques Levin^**

## **1 - Introdução**

Consideramos o abortamento induzido um grave problema de saúde pública e de justiça social em países em desenvolvimento – como é o caso do Brasil – de grande amplitude envolvendo questões legais, econômicas, sociais e psicológicas. (Adesse, Monteiro e Levin, 2008). Grande parte dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, independentemente da sua política em relação ao aborto inseguro, não planeja sistematicamente, nem fornece atenção médica de emergência de maneira eficaz para mulheres que sofrem de complicações relacionadas ao aborto. Como resultado, o tratamento frequentemente é postergado e ineficaz, com graves conseqüências e riscos à saúde da mulher (Salter, Johnson e Hengen, 1997).

Singh e Wulf (1994) em seu trabalho sobre a prática do aborto no Brasil, Colômbia, Chile, Republica Dominicana, México e Peru, relacionam algumas destas práticas de maior risco: trauma voluntário (quedas, socos, atividade físicas excessivas, etc.), substâncias cáusticas inseridas na vagina (cloro, cal, sais de potássio), objetos físicos inseridos no útero (cateter e objetos pontiagudos, tais como arame, agulhas de tecer e cabides), entre outras práticas.

No final da década de 1980, quando o INAN realizou a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN, em colaboração com o IPEA e o IBGE, aumentou o interesse sobre a magnitude do aborto. Algumas informações sobre interrupções da gravidez, desta PNSN, foram analisadas por nós em dois trabalhos (Monteiro, 1994; Singh e Monteiro, 2000).

No entanto, apesar de sua importância e dos riscos à saúde da mulher que estão associados com algumas práticas de indução do aborto, os estudos sobre a magnitude do aborto têm sido obstaculizados por preconceitos políticos, religiosos e jurídicos em relação ao aborto, que certamente não têm contribuído para melhorar a atenção médico-hospitalar que seria necessária para a população feminina, além de dificultar o conhecimento do problema.

O documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Plano de Ação 2004 – 2007, elaborado pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, cujo objetivo específico três é “Promover a Atenção Obstétrica e Neonatal Qualificada e Humanizada, Incluindo a Assistência ao Abortamento em Condições

---

\* Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

\* Instituto de Medicina Social da UERJ.

♦ IPAS - Brasil.

^ Instituto de Medicina Social da UERJ

Inseguras, para Mulheres e Adolescentes”, mostra preocupação e reconhece a gravidade dos riscos associados com o abortamento (Ministério da Saúde, 2004).

A clandestinidade cria um ambiente ameaçador, de violência psicológica e de culpabilidade que leva muitas mulheres a apresentarem sintomas de depressão, ansiedade, insônia e arrependimento da escolha realizada. O problema da gravidez não desejada deve ser enfrentado a partir de políticas públicas que reconheçam os direitos humanos reprodutivos das mulheres, que incluam os homens nessas políticas e desenvolvam a cultura de implementar ações de educação sexual e de atenção à anticoncepção nos municípios brasileiros, lócus das ações de saúde (Araújo e Viola, 2005).

O tema do aborto ganhou maior relevância em 2007 porque, segundo Diniz (2007) *“pela primeira vez um Ministro da Saúde posicionou-se favorável à mudança da legislação brasileira sobre aborto. A tese do Ministro José Gomes Temporão é simples: aborto é uma questão de saúde pública. O deslocamento do debate do campo moral para o da saúde pública provoca uma redefinição nos termos argumentativos que dominam o debate brasileiro nos últimos trinta anos.”* Disponível em URL: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000900001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) [09 mar 2008]

Em 2007, outro fato que estimulou o debate sobre o aborto foi a visita do Papa Bento XVI ao Brasil que repercutiu em todo o mundo. Uma entrevista do Papa, dada durante o voo ao Brasil, foi o principal destaque da imprensa mundial. Segundo Freitas (2007): *“O Papa advertiu que políticos católicos que defendessem ou votassem em favor da legalização do aborto seriam passíveis da excomunhão. Inquirido por um jornalista se isso não configuraria uma ameaça, o Papa Bento XVI disse que não, pois esta medida está prevista no código canônico. Em seguida, disse que “receber a comunhão significa receber o corpo de Cristo, impossível para um criminoso que mata um ser inocente”, referindo-se aos que praticam ou apóiam a legalização do aborto. A imprensa internacional destaca este ponto como uma tentativa do Vaticano em impor aos fiéis da América Latina a doutrina da Igreja Católica, num momento em que este tema volta a ser discutido com força em muitos países latino-americanos com governos considerados de esquerda, como no caso do Brasil (A visita do Papa na imprensa, Mário de Freitas, 10-05-2007).*

Disponível em URL: [http://www.parceria.nl/sociedade/so070510\\_papa](http://www.parceria.nl/sociedade/so070510_papa). [20 fev 2008]

A prática do aborto inseguro, especialmente, evidencia as diferenças sócio-econômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade do aborto. Mulheres com mais condições financeiras, geralmente nos grandes centros urbanos, têm acesso aos métodos e clínicas de abortamento ilegais de maior higiene e cuidado. Já as mulheres mais carentes – a grande maioria da população feminina brasileira – recorrem aos métodos mais perigosos, com pouca precaução, resultando num alto índice de agravos à saúde. Esta situação é ilustrada por Alaerte Martins quando declara que *“as mulheres pretas possuem piores condições de vida, de acesso aos serviços de saúde, como também possuem pior qualidade de atenção nos períodos gravídico e puerperal”* (Martins, 2001).

Deste modo, faz-se necessário delinear a magnitude do abortamento em seus aspectos epidemiológico, sócio-econômico, cultural, ético e jurídico, através de um estudo mais apurado dos dados existentes. A partir da realização de cruzamentos de dados de diferentes naturezas, buscamos fornecer subsídios para apoiar a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas para a reversão do quadro de abortos ilegais, morbidade e mortalidade feminina no Brasil.

A dimensão crítica do abortamento justifica a relevância de informações consistentes para que gestores e profissionais da área da saúde possam prestar atenção técnica adequada, segura e humanizada às mulheres em situação de abortamento e incentivar o uso de alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortos repetidos. É fundamental para a formulação e implementação de políticas públicas, criar um ambiente favorável para a atenção ao abortamento, diminuindo seu estigma e, estimulando os profissionais, independente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres.

## **II - Objetivo**

A tipificação do aborto como um delito em si não desestimula as mulheres de se submeter ao aborto, mas, pelo contrário, incentiva as práticas de risco, e evidencia as diferenças sócio-econômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade do aborto. Mulheres com mais condições financeiras, nos grandes centros urbanos, têm acesso aos métodos e clínicas de abortamento ilegais de maior higiene e cuidado. O objetivo deste trabalho é estimar diferenciais das razões de mortalidade materna por complicações de gravidez que termina em aborto segundo as Regiões do Brasil, a escolaridade e a raça/cor.

## **III - Metodologia**

Para medir os diferenciais foram estimadas as razões específicas de mortalidade materna/100.000 nascidos vivos para oito causas de óbito, entre as quais “Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério”, “Complicações do trabalho de parto e do parto” e “Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério”, com destaque para “Gravidez que termina em aborto”. Com estas razões foram calculados Riscos Relativos (RR) comparando as razões de pretas/brancas, analfabetas/mulheres com 12 anos e mais de estudo, e mulheres residentes na Região Norte/Região Sudeste.

### **III.1 - Método de cálculo da razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos.**

Para cada causa de óbito materno: número de óbitos maternos de 2003 a 2005 por uma causa específica e grupo étnico ou nível de escolaridade/ número de nascimentos vivos de 2003 a 2005 do grupo étnico (ou nível de escolaridade da mulher ou região)x 100.000

Esta razões de mortalidade foram multiplicadas por 1,4 considerando que a mortalidade materna está subestimada em cerca de 40%, conforme o estudo de Laurenti e Gotlieb (2004).

### **III.2- Fonte dos dados**

Para a mortalidade materna segundo a causa: Ministério da Saúde/SAS. Sistema de Informações de Mortalidade - SIM ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

Para o número de nascimentos vivos por grupo étnico da mãe de 2003 a 2005: estimativas geradas pela taxa de natalidade por grupo étnico da mãe multiplicado pela população de 2003 a 2005 segundo o grupo étnico (estimados a partir do Censo Demográfico de 2000 -IBGE). Para as categorias de cor/raça, optamos por utilizar as informações do Censo 2000 sobre cor/raça da mulher porque a proporção “sem declaração da cor/raça” era de 0,7% enquanto no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (MS/SVS/DASIS) era de 9,2% em 2005, gerando um viés grande já que pelo SINASC a percentagem de nascidos vivos de mulheres de cor preta era de 2,1% do total de nascidos vivos enquanto no Censo 2000 esta proporção era de 6,8%, sugerindo também uma concentração da categoria “sem declaração da cor/raça” entre as mulheres de cor preta no SINASC. Se fosse utilizada a informação do SINASC no denominador teríamos um superestimativa da razão de mortalidade materna para as mulheres pretas.

Já para estimar diferenciais por nível de escolaridade utilizaremos a informação do SINASC, porque a proporção de “ignorado” para instrução da mãe em 2005 era de 2,5%. A categoria “ignorado” será redistribuída proporcionalmente entre as outras categorias.

### **III.3- Categorização:**

- Categorias selecionadas entre as causas de óbito materno:

O00-O08-Gravidez que termina em aborto

O10-O16-Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério

O20-O29-Outros transtornos maternos relacionados predominantemente à gravidez

O30-O48-Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto

O60-O75-Complicações do trabalho de parto

O85-O92-Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério

O95-O99-Outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte.

- Três grupos de cor/raça: brancos, pretos e pardos, segundo o IBGE.
- Três níveis de escolaridade: menos de 4 anos de estudo, de 4 a 7 anos e 8 ou mais anos de estudo.

## **IV - Resultados**

#### IV.1 - Diferenciais por região

O risco de mortalidade materna é maior na Região Nordeste, sendo 1,5 vezes maior que na Região Sudeste. No entanto quando observamos a razão específica de mortalidade materna em consequência de gravidez que termina em aborto, a Região de risco mais elevado é a Região Norte, correspondendo a um risco 1,6 vezes maior que no Sudeste.

**Tabela 1**

**Razões específicas de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos para algumas causas selecionadas. Brasil e Grandes Regiões - triênio 2003 a 2005**

Causas selecionadas de mortalidade materna	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Brasil
Gravidez que termina em aborto	10,0	7,1	6,3	7,1	6,1	7,0
Edema proteinúric trans hipertens grav part puerp	20,2	24,3	15,2	12,3	19,0	18,4
Outr transt matern relac predom com a gravidez	1,2	2,5	1,8	3,4	4,5	2,4
Assist mãe ligados feto cav amniót probl parto	6,0	6,5	5,2	4,2	4,3	5,5
Complicações do trabalho de parto e do parto	16,2	14,9	8,7	12,3	11,8	12,0
Complicações relac predominant com puerpério	12,0	10,6	9,1	11,6	7,9	10,1
Outras afecções obstétricas NCOP	11,7	23,3	9,9	23,8	23,8	17,0
Todas as causas de mortalidade materna	78,1	90,4	59,3	77,4	79,3	74,5

**Fonte:** MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Nota:** corrigido assumindo um sub-registro de 40%.

#### IV.2 - Diferenciais por raça/cor

As mulheres pretas estão submetidas a um risco de mortalidade materna que é o dobro do risco a que estão submetidas as mulheres brancas. Esta diferença relativa é maior quando consideramos a razão específica de mortalidade materna em consequência de gravidez que termina em aborto: neste caso as mulheres pretas suportam um risco 2,5 vezes maior que as mulheres brancas.

**Tabela 2**

**Razões específicas de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos para algumas causas selecionadas segundo a raça/cor da mulher. Brasil - triênio 2003 a 2005**

Causas selecionadas de mortalidade materna	Branca	Preta	Parda
Gravidez que termina em aborto	5,3	13,6	7,9
Edema proteinúric trans hipertens grav part puerp	12,9	36,5	21,7
Outr transt matern relac predom com a gravidez	2,1	4,2	2,4
Assist mãe ligados feto cav amniót probl parto	4,1	9,3	6,5
Complicações do trabalho de parto e do parto	10,5	13,8	13,4
Complicações relac predominant com puerpério	8,2	14,8	11,5
Outras afecções obstétricas NCOP	15,1	26,3	17,9
Total	60,7	122,0	82,9

**Fonte:** MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

**Nota:** corrigido assumindo um sub-registro de 40%

As mulheres de cor/raça parda ocupam uma posição intermediária de risco, com uma razão de mortalidade materna 1,4 vezes maior que as brancas, e, em relação à razão específica de mortalidade em consequência de gravidez que termina em aborto, é 1,5 vezes maior que as mulheres brancas.

Outra relação que mostra o peso do aborto na mortalidade materna é que a gravidez que termina em aborto corresponde a 11,1% da mortalidade materna das mulheres pretas, 8,8% da mortalidade materna das mulheres brancas e 9,5% da mortalidade materna das mulheres pardas.

### IV.3 - Diferenciais por escolaridade

Para as mulheres analfabetas (sem nenhum ano de estudo) e as categorizadas como analfabetas funcionais, as estimativas da razão de mortalidade materna eram respectivamente de 229,4 e 148,1 óbitos por 100.000 nascidos vivos, submetidas a riscos muito elevados de mortalidade materna, resultando em diferenciais por escolaridade mais amplos, indicando que a diferença de risco entre os dois grupos mais vulneráveis e o mais protegido são mais intensos que as diferenças regionais e de raça/cor.

**Tabela 3**

**Razões específicas de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos para algumas causas selecionadas, segundo o nível de escolaridade em anos de estudo.**

**Brasil - triênio 2003 a 2005**

Causas selecionadas de mortalidade materna	Níveis de escolaridade em anos de estudo				
	Nenhum	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais
Gravidez que termina em aborto	16,1	13,2	8,2	4,6	2,9
Edema proteinúria transt hipertens grav part puerp	51,4	36,5	17,9	12,2	12,4
Outr transt matern relac predom com a gravidez	8,6	5,2	1,9	1,4	2,3
Assist mãe ligados feto cav amniót probl parto	20,6	13,8	4,8	3,1	2,6
Complicações do trabalho de parto e do parto	44,7	23,8	11,6	7,7	7,0
Complicações relac predominant com puerpério	26,3	20,4	10,6	5,6	7,5
Outras afecções obstétricas NCOP	53,3	31,5	19,5	8,8	10,9
Todas as causas de mortalidade materna	229,4	148,1	76,7	44,5	46,6

**Fonte:** MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

**Nota:** corrigido assumindo um sub-registro de 40%

As mulheres analfabetas têm um risco de mortalidade materna 4,9 vezes maior que as mulheres com doze anos ou mais de estudo; para as mulheres semi-analfabetas esta diferença relativa é de 3,2.

Quando consideramos apenas a mortalidade materna em consequência de gravidez que termina em aborto, o risco é 5,5 vezes maior para mulheres analfabetas que para mulheres na categoria mais elevada de nível educacional; para as semi-analfabetas este risco relativo é 4,6 vezes maior.

## V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

O documento “Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank” fornece estimativas da razão de mortalidade materna (RMM) em várias regiões do mundo e permite termos um padrão de referência para avaliarmos os valores encontrados (WHO, 2007).

Nos países desenvolvidos a RMM está em torno de 9 óbitos maternos por 100.000 NV, em torno de 130 na América Latina e Caribe, 330 na Ásia e 820 na África. Para a China a estimativa é de 45/100.000 e em alguns países da América Latina apresenta grande diversidade: é de 16 para o Chile, 77 na Argentina, 150 no Paraguai, 20 no Uruguai, 290 na Bolívia e 130 no Panamá e Colômbia.

O relatório do UNICEF sobre a Situação Mundial da Infância 2008 aponta algumas causas estruturais e subjacentes que aumentam os riscos de morte e desnutrição de mães e de crianças menores de cinco anos de idade, entre as quais destaca o analfabetismo da mulher, a gravidez precoce, a discriminação e exclusão de mães e crianças do acesso a serviços e instalações essenciais nas áreas de saúde e nutrição, e também devido à pobreza e à marginalização geográfica ou política (UNICEF, 2007).

Os resultados apresentados neste trabalho trazem algumas evidências empíricas que dão força a estas declarações. As diferenças regionais de risco de mortalidade materna, mostrando que as populações do Norte e Nordeste do Brasil são mais vulneráveis, podem ser conseqüências principalmente das condições de pobreza e da marginalização geográfica. Os diferenciais por raça/cor podem estar associados principalmente à discriminação e exclusão racial, dificultando o acesso a serviços de saúde, mas fatores como analfabetismo da mulher, gravidez precoce, pobreza e marginalização política provavelmente também tornam mais vulneráveis a população de cor preta. Os diferenciais em conseqüência de níveis de escolaridade baixos (certamente associados aos outros fatores referidos) mostram a grande vulnerabilidade aos riscos de mortalidade materna da população feminina analfabeta ou semi-analfabeta.

Resta enfim remarcar que, entre as causas de mortalidade materna, é a gravidez que termina em aborto que apresenta maiores diferenciais que as outras causas juntas, e, por isso, não podemos deixar de pensar, como uma hipótese razoável, que a penalização do aborto aumenta os riscos de mortalidade materna, mas não de maneira igual para todas as mulheres: a lei penaliza mais duramente as mulheres das Regiões Norte e Nordeste, as mulheres pretas e as mulheres analfabetas e semi-analfabetas, que precisam recorrer ao aborto inseguro, realizado com práticas domésticas, sem a atenção médica e hospitalar utilizadas pelas mulheres em melhores condições sócio-econômicas, moradoras nos grandes centros urbanos.



## VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adesse L, Monteiro MFG e Levin J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. *Revista Radis – Comunicação em Saúde* [periódico on line], Nº 66. Fevereiro de 2008. Disponível em URL:

[http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis\\_66.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf) [09 mar 2008].

Araújo, MJO e Viola, RC. O impacto da gravidez não desejada na saúde da mulher. In: Pitanguy, J e Mota, A. Os novos desafios da responsabilidade política. Rio de Janeiro: Cepia, 2005. cap. 4, p. 101-138.

Diniz D. Aborto e saúde pública no Brasil. Editorial. *Cad. Saúde Pública* v.23 n.9 Rio de Janeiro set. 2007) Disponível em URL:

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000900001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) [09 mar 2008]

Laurenti, R e Gotlieb, S. Mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 7, n. 4, 2004.

Martins, AL. Maior Risco para Mulheres Negras no Brasil. *Jornal da Rede Feminista de Saúde* - nº 23 - Março 2001.

Monteiro, MFG. Interrupções da gravidez no Brasil. In: *Anales del Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe*. Santa Fé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1994. v.1. p.41-46.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Plano de Ação 2004 – 2007. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF, 2004. Disponível em URL: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher2.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf) [09 mar 2008]

Salter, C, Johnson, HB e Hengen, N. O tratamento das complicações pós-aborto: Uma intervenção para salvar a vida da mulher. *Population Reports*, Series L, No. 10. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1997. Disponível em URL:

[http://www.bibliomed.com.br/Bibliomed/journals/Population/SerieL\\_n10/SerieL\\_n10.pdf](http://www.bibliomed.com.br/Bibliomed/journals/Population/SerieL_n10/SerieL_n10.pdf) [09 mar 2008]

Singh, S e Monteiro, MFG. Levels of childbearing, contraception, and abortion in Brazil: differentials by poverty status. In: GARCÍA, Brígida. (Org.). *Women, poverty, and demographic change*. Oxford University Press, 2000, v. 1, p. 113-142. Uma descrição do livro pode ser vista em URL: <http://www.iussp.org/Publications/OUP37.php> [09 mar 2008]

Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International family planning perspectives*, 1994, 20(1):4-13)

UNICEF. Situação Mundial da Infância 2008. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Nova York, 2007. Disponível em URL:

[http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008\\_br.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf) [09 mar 2008].

WHO. Maternal mortality in 2005 : estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. World Health Organization 2007. Disponível em URL:  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal\\_mortality\\_2005/mme\\_2005.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf)  
[11 mar 2008]