

Mércia Maria Rodrigues Alves^I

Sandra Valongueiro Alves^I

Maria Bernadete de Cerqueira Antunes^{II}

Dirce Luiza Pereira dos Santos^{III}

Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação

External causes of maternal mortality: proposal for classification

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os óbitos por causas externas e causas mal definidas em mulheres em idade fértil ocorridos na gravidez e no puerpério precoce.

MÉTODOS: Foram estudados 399 óbitos de mulheres em idade fértil de Recife, PE, de 2004 a 2006. A pesquisa utilizou o método *Reproductive Age Mortality Survey* e um conjunto de instrumentos de investigação padronizados. Foram usados como fontes de dados laudos do Instituto Médico Legal, prontuários hospitalares e da Estratégia Saúde da Família e entrevistas com os familiares das mulheres falecidas. Óbitos por causa externa na gravidez foram classificados de acordo com a circunstância da morte usando-se o código O93 e calculadas as razões de mortalidade materna antes e depois da classificação.

RESULTADOS: Foram identificados 18 óbitos na presença de gravidez. A maioria das mulheres tinha entre 20 e 29 anos, de quatro a sete anos de estudo, eram negras, solteiras. Quinze óbitos foram classificados com o código O93 como morte relacionada à gravidez (13 por homicídio – O93.7; dois por suicídio – O93.6) e três mortes maternas obstétricas indiretas (uma homicídio – O93.7 e duas por suicídio – O93.6). Houve incremento médio de 35,0% nas razões de mortalidade materna após classificação.

CONCLUSÕES: Os óbitos por causas mal definidas e no puerpério precoce não ocorrem por acaso e sua exclusão dos cálculos dos indicadores de mortalidade materna aumentam os níveis de subinformação.

DESCRITORES: Gestantes. Violência contra a Mulher. Causas Externas. Mortalidade Materna. Classificação.

^I Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

^{III} Departamento Materno Infantil. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Mércia Maria Rodrigues Alves
Av. Conselheiro Rosa e Silva, 1283
Compl. 1202 Afritos
52050-020 Recife, PE, Brasil
E-mail: merciamrodrigues@hotmail.com

Recebido: 12/8/2011
Aprovado: 7/10/2012

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze deaths from external causes and undefined causes in women of childbearing age occurring during pregnancy and early postpartum.

METHODS: The deaths of 399 women of childbearing age, resident in Recife, Northeastern Brazil, in the period 2004 to 2006, were studied. The survey utilized the Reproductive Age Mortality Survey method and a set of standardized questionnaires. Data sources included, reports from the Institute of Legal Medicine, hospital and Family Health Strategy records and interviews with relatives of the deceased women. External causes of death during pregnancy were classified according to the circumstance of death, using the O93 code (ICD) and maternal mortality ratios before and after the classification were calculated.

RESULTS: Eighteen deaths during pregnancy were identified. The majority were aged between 20 and 29, had between four and seven years of schooling, were black and single parents. Fifteen deaths were classified using the O93 code as pregnancy related death (13 for homicide – code 93.7; two by suicide – code 93.6) and three were classified as indirect obstetric maternal deaths (one homicide – code 93.7 and two by suicide – code 93.6). There was an average increment of 35% in the maternal mortality ratios after classification.

CONCLUSIONS: Deaths from undefined causes in and in early postpartum did not occur by chance and their exclusion from the calculations of maternal mortality indicators only increases levels of underreporting.

DESCRIPTORS: Pregnant Women. Violence Against Women. External Causes. Maternal Mortality. Classification.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher torna-se objeto de estudo e intervenção na área da saúde a partir dos anos 1990, ao mesmo tempo em que se firma internacionalmente como questão de direitos humanos. O principal agressor é o parceiro íntimo ou ex-parceiro (mais de 80%), cuja intimidade das relações favorece a ocorrência de episódios repetidos e de gravidade crescente, o que caracteriza violência de gênero.^{7,10}

Violência de gênero é utilizada como sinônimo de violência contra as mulheres, mas pode ser perpetrada por um homem contra outro homem, por uma mulher contra outra mulher ou por um homem contra uma mulher, e esta é a forma comum dessa violência.²¹

O conhecimento da magnitude da violência na gravidez depende da definição empregada e dos métodos de investigação utilizados. Estudos mostram que sua prevalência varia de 0,9% a 35,0% e que a violência está associada a sua ocorrência antes da gravidez.^{4,10,11,13,14}

Na cidade de São Paulo, a prevalência de violência física na gravidez foi estimada em 8,0% e 11,0% na Zona da Mata de Pernambuco.²² Segundo Durand & Schraiber,⁸ 20,0% das mulheres usuárias do serviço público de saúde de São Paulo referiram ter sofrido

algum tipo de violência na gravidez. Ludermitz et al¹⁶ (2010) encontraram prevalência de violência (psicológica, física ou sexual) de 30,7% no Recife, PE.

A gravidez pode aumentar a dependência financeira e afetiva de muitas mulheres em relação aos seus parceiros, expondo-as a situações extremas como homicídios e suicídios. As mortes por causas violentas surgem como as primeiras revelações de um cotidiano de iniquidades, discriminação e maus tratos.²

Fatores relacionados às mortes por causas violentas aumentam a subinformação, pois a violência infligida contra mulheres ocorre principalmente na esfera do privado e por parceiro íntimo, muitas vezes desconhecida dos outros membros da família e dos amigos. Viver em situação de violência pode interferir na autonomia e mobilidade dessas mulheres e inviabilizar possíveis redes de apoio institucionais ou familiares.²

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁸ define morte materna como: “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa

relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais”. Portanto, exclui as mortes violentas ocorridas no período puerperal do cálculo dos indicadores de mortalidade materna.

Outra definição, utilizada nos Estados Unidos, tem como referência o *Maternal Mortality Study Group*, coordenado pelo *Division of Reproductive Health Center* do *Center of Disease Control (CDC)* e pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*. Ambas definem morte relacionada à gravidez como “aquela que resulta de complicações da própria gravidez, de uma cadeia de eventos iniciada na gravidez não relacionada com condição clínica da gravidez, ou causa não relacionada, mas que ocorreu durante ou até um ano após a gravidez”.⁶

A contribuição das causas externas (acidentes e violências) para a mortalidade materna é discutida em muitos países. Estudos conduzidos a partir da década de 1990 mostram que muitas mortes violentas estão relacionadas à condição da gravidez, questionando o caráter acidental de sua ocorrência. Se a violência doméstica for responsável pelas mortes de mulheres grávidas ou de puérperas, tais mortes devem ser investigadas e classificadas como mortes maternas por causas obstétricas indiretas.^{5,9,14,23}

Embora a relação suicídio e gravidez seja um tema controverso na literatura, alguns autores mostram a existência de associação entre suicídio e gravidez, ao mesmo tempo em que questionam a sua exclusão na construção dos indicadores de mortalidade materna.^{20,23} Em alguns casos de suicídios, a gravidez não aparece; em outros, representam tentativas mal-sucedidas de interrupção de gravidezes nas quais o aborto é legalmente restrito.¹

Alves & Antunes² propuseram acrescentar a uma categoria vazia do capítulo XV, “Complicações da gravidez, parto e puerpério”, da Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10),¹⁸ o código (O93) que permitisse, após investigação, considerar mortes por causas externas como mortes relacionadas à gravidez ou morte materna obstétrica indireta. Esse código contém dígitos que vão de O93.0 a O93.9, de acordo com a lógica de organização dos capítulos da CID-10. Por determinação internacional, o código O93 não poderá ser incluído no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), mas permite que se calculem indicadores de mortalidade materna com e sem a causa externa nos níveis locais.

No Brasil, inexistem estudos específicos sobre mortes por causas externas no período gravídico puerperal.

Este estudo tem como objetivo analisar os óbitos por causas externas e causas mal definidas em mulheres em idade fértil ocorridos na gravidez e no puerpério precoce.

MÉTODOS

Estudo descritivo parte de uma pesquisa maior sobre mortes violentas na gravidez.^a

Foram investigados 399 óbitos de mulheres em idade fértil, residentes no Recife, registrados pelo SIM, cujas causas básicas declaradas tenham sido causa externa (capítulo XX) e causa mal definida (capítulo XVIII) da CID-10, entre 2004 e 2006.

Utilizou-se o método *Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS)*. Esse inquérito tem por base a identificação das mortes maternas entre as mulheres em idade fértil a partir de registros de prontuários hospitalares, laudos dos serviços de necropsia e entrevistas domiciliares. Foram consultadas duas fontes de dados: secundários, composta pelos laudos do Instituto Médico Legal (IML), de prontuários hospitalares e registros da Estratégia Saúde da Família; e por dados primários, a partir de entrevistas conduzidas com os familiares das mulheres falecidas e suas informantes-chaves.

Foi utilizada a ficha de notificação de óbito de mulher em idade fértil modificada pela equipe da pesquisa e o conjunto de fichas de investigação hospitalar e domiciliar padronizado e atualmente em uso no estado de Pernambuco.

Foram realizadas revisões nas Declarações de Óbitos (DO) das mulheres para encontrar informações ou indícios de gravidez nas “guias de remoção de cadáver” e nos laudos necroscópicos, independentemente de terem sido realizadas avaliações de útero e anexos. Foram também investigadas intoxicação por drogas, em especial por carbamato (conhecido como chumbinho) e drogas consideradas abortivas.

Essa etapa desencadeou as investigações domiciliares para identificar ou confirmar a presença, ausência ou desconhecimento de gravidez entre as mulheres estudadas. As entrevistas domiciliares foram realizadas por equipe treinada. As famílias ou informantes-chaves das mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os casos com gravidez confirmada foram discutidos pela equipe da pesquisa e pelo Grupo Técnico do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, incluindo codificadores de causa básica, que revisaram as causas de óbitos identificadas. A classificação das mortes por

^a Pesquisa desenvolvida em 2007 como parte do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC) da Universidade Federal de Pernambuco, intitulada Mortes Violentas na Gravidez: um problema ainda invisível no Brasil.

Tabela 1. Caracterização dos óbitos relacionados à gravidez por causas externas após investigação. Recife, PE, 2004 a 2006. (n = 18)

Variável	n	%
Ano		
2004	8	44,4
2005	3	16,7
2006	7	38,9
Tipo causa inicial		
Homicídio	13	72,2
Suicídio	4	22,2
Mal definida	1	5,6
Faixa etária (anos)		
10 a 19	6	33,3
20 a 29	10	55,6
30 a 39	2	11,1
Raça/cor		
Branca	2	11,1
Negra	15	83,3
Ignorada	1	5,6
Escolaridade (anos)		
1 a 3	1	5,6
4 a 7	10	55,6
8 a 11	4	22,2
Ignorada	3	16,7
Situação conjugal		
Solteira	12	66,7
União consensual	5	27,8
Ignorada	1	5,6
Necropsia		
Sim	18	100,0
Não	-	-
Abertura de útero e anexos		
Sim	10	55,6
Não	5	27,8
Ignorada	3	16,7

causas externas relacionadas à gravidez e puerpério teve como referência a definição do CDC e ACOG.⁶ A classificação das mortes maternas obstétricas indiretas por causas externas teve por base a definição de morte materna obstétrica indireta da CID-10.¹⁸

Aos óbitos classificados foi adicionado o código O93 (O93.0 a O93.9), desagregado conforme a circunstância da morte (acidente, suicídio, homicídio ou causas com intenção não determinada) (Figura). Foram calculadas as razões de mortalidade materna (RMM) antes e depois da classificação com o código O93. Foram utilizados os dados de nascidos vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) de Recife, no período,

como denominadores. Foram calculadas as razões de proporções antes e após as investigações.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Protocolo nº 248/2007).

RESULTADOS

Os óbitos por homicídio apresentam o maior quantitativo em todas as faixas etárias, com média de 57,0%, exceto na faixa de 40 a 49 anos, em que 36,5% foram óbitos por acidente. As mulheres negras predominaram (46,8% dos óbitos por homicídio), seguidas pelas brancas. A maioria dos óbitos por acidente, suicídio e intenção indeterminada era de mulheres que tinham algum tipo de atividade remunerada. Entre as que tiveram o homicídio como causa básica, a maior parte era estudante (15,4%).

A maioria das mulheres com óbitos por causas externas na presença de gravidez era solteira. Dezoito óbitos foram relacionados à gravidez (Tabela 1).

A classificação dos óbitos por causas externas como mortes relacionadas à gravidez/puerpério e mortes maternas obstétricas indiretas usando o código O93 está apresentada na Tabela 2.

A RMM antes e após sua classificação utilizando o código O93 pode ser observada na Tabela 3. Os dados da Tabela 4 mostram a variação das RRM por faixa etária antes e após a classificação utilizando o código O93. A faixa etária de dez a 19 anos obteve o maior incremento em todo o período, atingindo o valor de 200%.

DISCUSSÃO

O presente estudo utiliza uma nova abordagem metodológica para classificar as mortes por causas externas ocorridas em mulheres grávidas ou puérperas.

Os achados aqui apresentados reafirmam a elevada prevalência de homicídio entre mulheres jovens.¹⁷ Campero et al⁵ (2006), ao analisarem os óbitos de mulheres que sofreram violência, observaram média de idade de 19,7 anos para as mulheres que morreram por causa externa na gravidez. Granja et al¹² (2002) enfatizam que os óbitos por suicídio em mulheres grávidas ocorreram em mulheres com menos de 25 anos. Dados semelhantes são observados no presente estudo.

Todos os óbitos por causa externa foram submetidos à necropsia, em 55,6% foram realizadas abertura de útero e avaliação de anexos. Isso confirma o não cumprimento de determinações/acordos pelos médicos legistas (IML e Serviço de Verificação de Óbitos) de procederem à verificação de útero e anexos em mulheres em idade

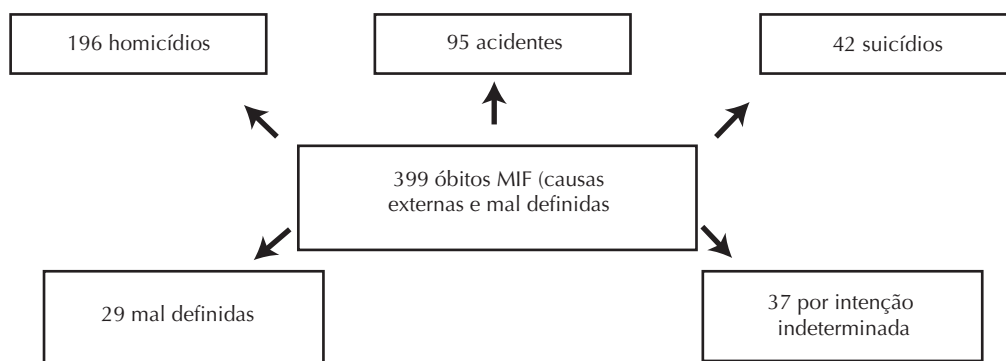


Figura. Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas externas e causas mal definidas. Recife, PE, 2004-2006.

fértil, em especial para aquelas que morrem por agressão física ou sexual e suicídio, como recomenda o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.^b

A necropsia é um procedimento indicado para melhorar a acurácia sobre as causas de mortes naturais e causas e circunstâncias de mortes violentas. É considerada padrão-ouro em relação ao diagnóstico clínico.^{15,b} A “guia de remoção do cadáver”, implantada em Pernambuco, é um instrumento estabelecido pela coordenação estadual do SIM no início dos anos 1990 para subsidiar clinicamente as necropsias locais. Mesmo assim, entre os óbitos estudados, nos quais houve análise de útero e anexos, muitos laudos de necropsia e guias de remoção de cadáver não foram suficientes para identificar a presença ou ausência de gravidez.

Muitas famílias das mulheres falecidas não tinham conhecimento da existência da gravidez e foram informadas a partir dos laudos necroscópicos do IML durante as investigações domiciliares. Como mostram os resultados, a maioria das mortes ocorreu no início da gravidez, quando não havia sido assumida pelas mulheres nem conhecida pela família. Em outras situações, a entrevista domiciliar foi uma estratégia fundamental para a conclusão do caso. A DO continha dados sobre a causa básica, sem referências às circunstâncias nas quais ocorreram e/ou outros fatos importantes para sua definição.

Em mais de 70% dos óbitos identificados no estudo, as mulheres estavam no primeiro trimestre da gestação. Granja et al¹² (2002) identificaram que 85% das mulheres falecidas por causa externa estudadas tinham menos de 28 semanas de idade gestacional. Nossos resultados confirmam esses achados e enfatizam a contribuição dos óbitos por causas externas na mortalidade materna.

Dois casos de homicídio mostraram envolvimento dos parceiros íntimos com a morte das mulheres, uma por arma de fogo e outra por agressão física. Espinoza & Camacho⁹ e Campero et al⁵ (2006) discutem como a violência doméstica durante a gravidez ou no puerpério precoce é parte dos fatores envolvidos com a mortalidade materna e como não se mensura qual a proporção de mortes maternas é consequente a esse tipo de violência.

A gravidez indesejada pode desempenhar papel importante na ocorrência de mortes violentas durante a gravidez, em especial por suicídio.^{12,20,23} Neste estudo foram identificados dois casos de suicídios que envolveram chumbinho devido à gravidez indesejada. Os resultados não permitem concluir se o objetivo seria a interrupção da gravidez ou o suicídio propriamente dito.

O suicídio é o último recurso para uma mulher que não tem acesso ao planejamento familiar ou quando o aborto é uma prática ilegal. Uma gravidez indesejada pode ser a principal causa de suicídios entre as mulheres de uma condição social menos privilegiada e que não têm condições de resolvê-la.^{20,23}

Estudo em Pernambuco relata casos de suicídio para esconder uma gravidez não pretendida, resultantes de tentativas de interrupção de gravidez precoce e homicídios cometidos por parceiros que negavam a paternidade.¹

Três casos passaram a ser classificados como óbitos maternos obstétricos indiretos após as investigações no IML e em domicílio. Desconhecer a contribuição das mortes violentas para a mortalidade materna deve-se à concepção equivocada de que essas mortes ocorrem por acaso e desconsideram que a história de violência na vida e na gravidez, doenças mentais e gravidez não pretendida comportam-se como comorbidades.^{5,9,12} Se a violência de gênero for responsável pela morte de mulheres grávidas ou puérperas, tais mortes devem ser

^b Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Brasília (DF); 2008 [citado 2011 maio 7]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

Tabela 2. Classificação dos óbitos maternos após investigação segundo o código O93. Recife, PE, 2004 a 2006.

Idade (anos)	Causa inicial	Motivo do óbito	Fonte de investigação	Causa final (pós-investigação)	Nova classificação (O93)
Ano 2004					
14	Homicídio (X95.0)	Homicídio por arma de fogo pelo companheiro, estava no 1º trimestre da gestação	Hospital, domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
15	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo, agredida e jogada de uma passarela, estava entre 3-4 mês da gestação	IML, domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
18	Suicídio (X68.0)	Suicídio por chumbinho, tentativa de aborto, estava no 1º trimestre da gestação	IML, domicílio	Morte materna obstétrica indireta	O93.6 (X60-X84)
20	Mal definida (R99.0)	Encontrada no manguê em elevado estágio de putrefação, sofria maus tratos pelo companheiro, estava no 1º trimestre da gestação	Domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
22	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo, estava no 1º trimestre da gestação	IML	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
23	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo, estava envolvida com drogas, possuía cicatriz cirúrgica com pontos de sutura devido a uma cesariana	Domicílio	Morte por causa externa relacionada ao puerpério	O93.7 (X85-Y09)
28	Homicídio (Y07.0)	Homicídio devido a agressões do companheiro, estava no 9º mês de gestação	Domicílio	Morte materna obstétrica indireta	O93.7 (X85-Y09)
32	Homicídio (X99.4)	Homicídio por foice após discussão em um bar, estava no 1º trimestre da gestação	Domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
Ano 2005					
20	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo por homens encapuzados, o companheiro encontrava-se preso, estava no 1º trimestre da gestação	Domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
22	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo, envolvida com drogas, estava no 6º mês da gestação	IML, domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
24	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo, envolvida com drogas, estava no 1º trimestre da gestação	Domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
Ano 2006					
13	Suicídio (X80.0)	Suicídio, jogou-se do 5º andar no domicílio, estava no 1º trimestre da gestação	Outros (escola)	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.6 (X60-X84)
18	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo, queima de arquivo, estava no 1º trimestre da gestação	IML, domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
19	Suicídio (X68.0)	Suicídio por chumbinho, gravidez indesejada, estava no 1º trimestre da gestação	IML, domicílio	Morte materna obstétrica indireta	O93.6 (X60-X84)
24	Suicídio (X68.4)	Suicídio por envenenamento, suspeita-se de homicídio pelo companheiro, já que este era contra a gravidez, estava no 1º trimestre da gestação	Domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.6 (X60-X84)

Continua

Continuação

19	Suicídio (X68.0)	Suicídio por chumbinho, gravidez indesejada, estava no 1º trimestre da gestação	IML, domicílio	Morte materna obstétrica indireta	O93.6 (X60-X84)
24	Suicídio (X68.4)	Suicídio por envenenamento, suspeita-se de homicídio pelo companheiro, já que este era contra a gravidez, estava no 1º trimestre da gestação	Domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.6 (X60-X84)
26	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo, envolvida com drogas, estava no 6º mês da gestação	IML, domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
27	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo devido uma briga em bar, estava no 1º trimestre da gestação	IML	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)
32	Homicídio (X95.4)	Homicídio por arma de fogo, queima de arquivo por presenciar um assassinato, estava no 1º trimestre da gestação	Domicílio	Morte por causa externa relacionada à gravidez	O93.7 (X85-Y09)

investigadas e classificadas como mortes maternas por causas obstétricas indiretas.

Mais de 60% dos óbitos por homicídio resultaram de arma de fogo. Destes, quatro foram devido a envolvimento com drogas ilícitas e um foi cometido pelo parceiro íntimo. Foram encontradas associações entre a violência e abuso de drogas, e as vítimas de violência seriam mais propensas a fumar, a beber álcool e a usar drogas ilícitas antes e durante a gravidez.^{3,19}

Granja et al¹² (2002) mostraram que o homicídio foi a causa mais importante dos óbitos classificados como mortes maternas, contribuindo para 37% dos casos. Mais de 70% dos óbitos foram por homicídio no presente estudo.

Alguns casos de homicídio, como os óbitos de mulheres com idade 27 e 32 anos em 2006 (Tabela 2), apesar de parecerem coincidência, foram classificados como morte por causa externa relacionada à gravidez. Estudos^{5,9,14,23} mostram que o nexa causal

entre uma morte violenta e a condição da gravidez/puerpério nem sempre é facilmente identificado pelas investigações. Neste estudo, decidiu-se classificá-los como relacionados à gravidez.

Apesar da maioria dos óbitos classificados terem como causa básica inicial uma causa externa, verificou-se que um óbito por causa mal definida foi, de fato, uma morte violenta na gravidez. Após a classificação final dos óbitos de acordo com o código O93, quatro óbitos foram classificados como O93.6 (morte relacionada e/ou materna por suicídio) e 14 como O93.7 (morte relacionada e/ou materna por homicídio).

Nenhum óbito por acidente foi classificado como morte relacionada e/ou materna porque não se identificou, neste estudo, óbito por acidente durante a gravidez ou puerpério.

Ao utilizar óbitos notificados ao SIM, o estudo incorpora suas principais limitações, que são o sub-registro e a incompletude do preenchimento das variáveis da DO,

Tabela 3. Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação (morte materna obstétrica indireta e por causa externa relacionada à gravidez) utilizando o código O93. Recife, PE, 2004 a 2006.

Anos	Razão de Mortalidade Materna		
	Clássica ^a	Reclassificada O93	Incremento (%)
2004	91,7	126,6	38,1
2005	43,1	56,0	30,0
2006	79,5	110,4	38,9
Total	71,3	97,4	36,7

^a CID-10 (1993)

Tabela 4. Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação (morte materna obstétrica indireta e por causa externa relacionada à gravidez) utilizando o código O93, segundo faixa etária. Recife, PE, 2004 a 2006.

Faixa etária (anos)	Antes	Após	Variação (%)	Razão de Razão
10 a 19	21,0	63,0	200,0	3,0
20 a 29	67,1	94,0	40,0	1,4
30 a 39	112,1	124,6	11,1	1,1
40 a 49	257,9	-	-	-

ainda que considerando a boa cobertura e o decrescente percentual de causas mal definidas, do Recife.^c

Variáveis permaneceram ignoradas mesmo após as entrevistas nos domicílios. Muitas famílias sentiram-se coagidas, com medo de traficantes ou represálias pelo envolvimento com drogas ilícitas ou por dificuldade de expor a condição de violência nas quais estavam inseridas. Muitas vivenciavam desestruturação familiar, sendo, inclusive, obrigadas a mudar de endereço. Acrescente-se o viés de memória das pessoas entrevistadas, já que as entrevistas foram realizadas quatro anos após a ocorrência da morte.

Não há estudos brasileiros que abranjam esse tema para que se possam fazer comparações. No entanto, os indicadores se mostram subestimados, pois após calcular as novas RMM encontra-se variação em torno de 35,0% para cada ano investigado.

É fundamental a realização de investigações exaustivas no IML, no hospital e em domicílio para usar o código O93. Só assim pode-se proceder a alguma associação causal entre morte por causa externa e a condição de gravidez. São necessárias mudanças nas práticas dos profissionais do IML, já que 16,7% dos óbitos tinham informação ignorada para a verificação de útero e anexos

ou esse procedimento não tinha sido realizado (27,8%).

Embora esses óbitos classificados como O93 não possam ser incorporados às estatísticas oficiais de mortalidade no País, sua utilização em estudos/estimativa é importante enquanto se espera a Revisão da Classificação Internacional de Doenças – 11ª Revisão (CID-11). Além disso, é reforçado o argumento de que esses óbitos não ocorrem ao acaso e que outros fatores como violência de gênero, gravidez indesejada e criminalização do aborto fazem parte desse contexto.

A coordenação nacional do SIM trabalha para criar uma forma especial de codificação e inclusão do código O93 nas próximas versões do programa (Informe nº 1 – Parte II – Principais Novidades da versão 3.2 do SIM e SINASC, 2010:1). A escassez de publicações nacionais com procedimentos metodológicos semelhantes aumenta a necessidade de outras investigações.

Espera-se que este estudo desencadeie uma nova forma de reclassificar os óbitos por causas externas, utilizando uma alternativa padronizada de classificação e diminuindo os níveis de subinformação da mortalidade materna.

^c Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3.ed. Brasília (DF); 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

REFERÊNCIAS

1. Alves SV. Maternal mortality in Pernambuco, Brazil: what has changed in ten years? *Reprod Health Matters*. 2007;15(30):134-44. DOI:10.1016/S0968-8080(07)30326-1
2. Alves SV, Antunes MBC. Morte por causas externas durante o período gravídico-puerperal: como classificá-las? *Cad Saude Coletiva*. 2009;17(3):743-64.
3. Bhatt RV. Domestic violence and substance abuse. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998;63(Suppl 1):S25-31.
4. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*. 1999;5(9):1017-35. DOI:10.1177/1077801299005009003
5. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud Publica Mex*. 2006;48(Supl 2):S297-306. DOI:10.1590/S0036-36342006000800010
6. Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy-related mortality surveillance - United States, 1991-1999. *MMWR Surveill Summ*. 2003;52(2):1-8.
7. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(4):1037-50. DOI:10.1590/S1413-81232009000400011
8. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalências e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(3):310-22. DOI:10.1590/S1415-790X2007000300003
9. Espinoza H, Camacho AV. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(2):123-9. DOI:10.1590/S1020-49892005000200011
10. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69523-8
11. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 1996;275(24):1915-20. DOI:10.1001/jama.1996.03530480057041
12. Granja AC, Zacarias E, Bergström S. Violent deaths: the hidden face of maternal mortality. *BJOG*. 2002;109(1):5-8. DOI:10.1111/j.1471-0528.2002.01082.x
13. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004;5(1):47-64. DOI:10.1177/1524838003259322
14. Krulewitch CJ, Pierre-Louis ML, Leon-Gomez R, Guy R, Green R. Hidden from view: violent deaths among pregnant women in the District of Columbia, 1988-1996. *J Midwifery Womens Health*. 2001;46(1):4-10. DOI:10.1016/S1526-9523(00)00096-9
15. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. *Rev Panam Saud Publica*. 2008;23(5):349-56. DOI: 10.1590/S1020-49892008000500007
16. Ludermir AB, Lewis G, Alves SV, Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010;376(9744):903-10. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60887-2
17. Meneghel SN, Hirkata VN. Femicídio: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):564-74. DOI:10.1590/S0034-89102011000300015
18. Organização Mundial da Saúde; Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10. revisão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1993.
19. Parsons LH, Harper MA. Violent maternal deaths in North Carolina. *Obstet Gynecol*. 1999;94(6):990-3.
20. Rizzi RG, Córdoba RR, Maguna JJ. Maternal mortality due to violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998;63(Suppl 1):S19-24.
21. Saffiotti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
22. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):470-7. DOI:10.1590/S0034-89102002000400013
23. Walker D, Campero L, Espinoza H, Hernandez B, Anaya L, Reynoso S, et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reprod Health Matters*. 2004;12(24 Suppl):27-38. DOI:10.1016/S0968-8080(04)24019-8