

Mortes por causas externas durante o período gravídico-puerperal: como classificá-las?*

Sandra Valongueiro Alves *
Maria Bernadete de Cerqueira Antunes ♦

Resumo

A violência na gravidez (psicológica, física, sexual) representa uma violação dos direitos humanos das mulheres e aumenta o risco de morbimortalidade materna e perinatal, inclusive homicídios e suicídios. Este artigo discute a relação entre mortes maternas e mortes por causas externas e propõe uma classificação a ser acrescida ao Capítulo XV, “Complicações da gravidez, parto e puerpério”, da CID - 10 (1993), que permita, após investigação, considerar mortes por causas externas como mortes maternas associadas à gravidez. Para isto, foi criado um código específico preenchendo uma categoria vazia, a *O93*, contendo dígitos de *O93.0 a O93.9*, tendo como referência o Capítulo XX da CID 10. O código *O93* não poderá ser incluído no Sistema de Informações sobre Mortalidade, mas permitirá que se calculem indicadores de mortalidade materna com e sem as causas externas. Espera-se oferecer uma alternativa padronizada de classificação das mortes maternas por causas externas antes da 11ª Revisão da CID e contribuir com a argumentação de que essas mortes não ocorrem por acaso, que elas podem ser consideradas mortes maternas obstétricas indiretas e que sua exclusão do cálculo dos indicadores apenas aumenta os níveis de subinformação.

Palavras-chave: chave: mortes maternas, mortes violentas na gravidez, código O93, CID 10.

Abstract

Violence during pregnancy (psychological, physical, and sexual) represents a violation of women's human rights and increases the risk of maternal and perinatal morbimortality. This article discusses the relationship between maternal death and death due to external causes and proposes a classification to be added to Chapter XV, of the ICD 10 (1993), which will allow considering deaths due to external causes as maternal death associated to pregnancy, after investigation. In order to do so, a specific code was created to fulfill an empty category, i.e. *O93*, with the digit numbers from *O93.0 to O93.9*, having as reference the Chapter XX of the ICD 10. The *O93* code could not be typed in the System of Information on Mortality but it might allow calculating maternal mortality indicators of maternal mortality with and without external causes. It is hoped that its implementation will offer a standardized alternative to classify maternal deaths due to external causes before the 11th Edition of the ICD and also to contribute with the argument that these deaths do not occur by chance, and that their exclusion from the indicator. calculations increases the levels of underreporting.

Keywords: maternal deaths, violent deaths during pregnancy, ICD 10.

* Trabalho apresentado no IV Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Havana, Cuba de 16 a 19 de Novembro de 2010.

♦ Universidade Federal de Pernambuco/Comitê Estadual de Mortalidade Materna.

♦ Universidade Estadual de Pernambuco.

Mortes por causas externas durante o período gravídico-puerperal: como classificá-las?*

Sandra Valongueiro Alves *
Maria Bernadete de Cerqueira Antunes *

Introdução

A violência contra a mulher na América Latina tem sido um tem sido objeto de denúncia do movimento feminista, e ao mesmo tempo, tem desencadeado estudos que buscam avaliar sua magnitude e compreender seus determinantes. Tais estudos tem mostrado prevalências da violência cometida por parceiro variam de 41% na Colômbia (Ojeda et al., 2000), 46% em Guadalajara, México (Ramirez & Patiño, 1996) e 52% em Nicarágua (Ellsberg et al., 1999; Pallito et al., 2004). Destas, uma elevada proporção se transforma em casos fatais, aumentando as estatísticas de mortalidade por causas externas.

No Brasil, em 2005, as causa externas representaram o segundo grupo de causas de morte nas regiões Norte e Nordeste e Centro-Oeste. Nos últimos anos, estes óbitos tem crescido entre as mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos), representando a terceira causa de morte no Brasil e no Nordeste, atingindo 19,2% e 15%, respectivamente (Ministério da Saúde, 2006). Os homicídios foram as causas mais freqüentes (39,2%), seguidos pelos acidentes (37%) e pelos suicídios, com 17,5%. Ao se excluïrem os acidentes, mais de metade desses óbitos foram decorrentes das chamadas causas violentas. Entre estas, uma proporção ainda desconhecida resulta de homicídios na gravidez conseqüentes à violência gênero e suicídios decorrentes de gravidezes indesejadas (UNIEP /SES-PE, 2006).

A violência na gravidez (psicológica, física e sexual) representa uma violação dos direitos humanos das mulheres e em particular, do direito de viver uma maternidade segura. Embora o conhecimento de sua magnitude da violência na gravidez dependa, em geral, da definição de violência utilizada e dos métodos de investigação empregados, estudos tem mostrado prevalências que variam de 3% a 31% e em sua maioria perpetrada por parceiro ou ex-parceiro e que a violência na gravidez está associada à ocorrência de violência antes da gravidez (Heise et al., 1994; Gazmararian et al., 2000; Johnson et al., 2003; Pallitto, 2004; Castro e Ruiz, 2004). No Brasil, a prevalência de violência física na gravidez foi estimada em 8% na cidade de São Paulo e 11% na Zona da Mata de Pernambuco (Schraiber et al., 2007). Um estudo de coorte conduzido na

* Trabalho apresentado no IV Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Havana, Cuba de 16 a 19 de Novembro de 2010.

* Universidade Federal de Pernambuco/Comitê Estadual de Mortalidade Materna.

♦ Universidade Estadual de Pernambuco.

cidade do Recife com mulheres grávidas mostrou uma prevalência de violência (física, psicológica e sexual) por parceiro íntimo de 30,7% (Ludermir et al, 2010).

A agressão ou trauma durante a gravidez pode provocar abortos e partos prematuros, recém nascidos prematuros e de baixo peso, hemorragias, ruptura de útero e histerectomias (Parker B., Macfarlane J. and Soeken K, 1994; Cokkinides et al., 1999; Nuñez-Rivas et al., 2003,.)¹. Particularmente, a violência de gênero pode interferir nas relações das mulheres com a maternidade, influenciar na busca por cuidado pré-natal e/ou desencadear doenças mentais leves, como a ansiedade, ou mais severas, como depressão na gravidez e no pós-parto (Leung et al., 2002; Moraes e colls., 2006). Agressões físicas e /ou sexuais, isoladas ou associadas à violência psicológica aumentam o risco de suicídios entre gestantes e puérperas, de homicídios por parceiro íntimo durante a gravidez e o risco de mortalidade perinatal (Campbell, 1999; Granja, 2002)². Estas mortes, portanto, revelam um cotidiano de discriminação e desigualdades, influenciadas pela presença de uma gravidez ou de um filho. A Classificação Internacional de Doenças (CID 10, 1993) exclui essas causas de morte dos indicadores e dos estudos sobre mortalidade materna.

Este trabalho discute a importância das mortes por causas externas serem consideradas mortes maternas e propõe uma classificação a ser acrescida ao Capítulo XV da CID 10 (1993).

Mortes Maternas e Causas Externas

Em regiões em desenvolvimento, elevados níveis de mortalidade materna co-existem com elevadas taxas de mortalidade feminina por causas externas e ambas são subinformadas pelas estatísticas oficiais. As causas externas (acidentes e violências) constituem um conjunto de causas de morte definidas como causas não-naturais. Estas causas estão agrupadas no Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças da 10ª Revisão, 1993 – CID 10, tendo como foco as circunstâncias da lesão fatal, condição suficiente para determinar a morte e, portanto, momento sobre o qual se pode intervir para prevenção de mortes por esta causa (anexo 1). Mortes maternas são definidas como “a morte de uma mulher durante a gestação ou, ainda, dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada e ou agravada por medidas tomadas em relação a ela, excetuando-se, porém, as causas acidentais ou incidentais”, compondo o Capítulo XV da 10ª Revisão da CID, 1993 (anexo 2). Dessa forma, todas as mortes por causas externas ocorridas no período gravídico-puerperal são automaticamente excluídas da construção dos indicadores de mortalidade materna, gerando sobreposição dos níveis de subinformação e, portanto, diminui a possibilidade de se construir políticas públicas que possam evitar estas mortes no período

¹ As regiões mais atingidas pela violência de gênero são: rosto, pescoço, dorso, mamas e abdome (Helton et al., 1987).

² Mortalidade perinatal: número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas) acrescido dos óbitos neonatais precoces (de zero a seis dias) por mil nascimentos (vivos e óbitos fetais) em determinado espaço geográfico, no ano considerado (OPS/OMS/RIPSA, 2008).

gravídico-puerperal (Organização Mundial de Saúde, 1993; Laurenti et al., 2004; Espinoza, H & Camacho, AV., 2006).

Fatores relacionados à natureza das mortes violentas (suicídios e homicídios) também contribuem para esta subinformação. A violência de gênero ocorre na esfera do privado e em geral por parceiro íntimo, sendo muitas vezes desconhecida de outros membros da família e de amigos. “Viver em situação de violência” interfere na autonomia das mulheres e dificulta a busca de redes de apoio. Podem aumentar a dependência financeira e afetiva das mulheres em relação aos seus parceiros, expondo-as a situações extremas como homicídios e suicídios.

A contribuição das causas violentas para a mortalidade materna já vem sendo discutida em muitos países (Rizzi, R. G. et al., 1998; Krulewitch, Cartol J. et al., 2001; McFarlane J. et al., 2002; Shadigian E.M. & Bauer S.T., 2005; Campero, L. et al., 2006; Espinoza, H & Camacho, AV., 2006). Estes estudos, conduzidos a partir da década de 1990, discutem como mortes violentas estão intrinsecamente relacionadas à condição da gravidez e questionam o caráter acidental de sua ocorrência. Dentre estas, a relação entre acidentes (de transporte, quedas, afogamentos, etc) e mortes maternas talvez seja a mais desconhecida.

Homicídio e gravidez

Os homicídios representaram a principal causa de morte por causa externa entre mulheres grávidas em Moçambique - África (Granja et al., 2002), na Carolina do Norte - EUA (Parsons & Harper, 1992) e no Distrito de Columbia - EUA (Krulewitch et al., 2001), gerando um adicional nível de subinformação, principalmente em países aonde a proporção de mortes maternas obstétricas diretas vem sendo gradativamente substituída por outras causas, entre essas, as causas não-obstétricas. Investigações conduzidas nas cidades de Nova York e Chicago e nos estados da Virgínia e Maryland (EUA) os homicídios também foram a principal causa de morte materna (Dannenberg et al., 1991; Fildes et al., 1992). Um estudo de caso controle, abrangendo dez cidades americanas, encontrou um risco de morrer por homicídio três vezes maior (*Odds Ratio* de 3,08) entre as mulheres que sofriam violência na gravidez (Macfarlane et al., 2002).

No México, Campero et al. (2006), demonstrou que entre as vinte e sete mortes maternas precoces identificadas no período analisado, vinte e três foram por causas obstétricas e quatro por causas violentas, sendo três suicídios e um homicídio. Na Argentina, Rizzi et al. (1998) classificaram vinte e oito mortes maternas por causa violenta: duas mortes por suicídios, uma por homicídio, três por acidentes e vinte duas por aborto induzido³. Os autores argumentam que a classificação do aborto como causa externa se deve ao fato de que este representa uma violência contra a mulher, dado a sua condição de ilegalidade no país. A pesquisa sobre mortalidade de mulheres em idade reprodutiva, conduzida por Laurenti e colaboradores (Ministério da Saúde,

³ Complicação de aborto induzido é a primeira causa de morte materna na Argentina em 2005 (<http://www.cedes.org>).

2006) nas capitais brasileiras em 2002, revelou que dentre as 224 mortes ocorridas durante o ciclo gravídico-puerperal, 19,2% foram homicídios e 7,1% suicídios.

Suicídio e gravidez

A relação suicídio e gravidez é um tema controverso na literatura. Alguns autores demonstram a existência de associação entre suicídio e gravidez e ao mesmo tempo questionam a sua exclusão na construção dos indicadores de mortalidade materna (Ronsmans C. e Klant Myriam, 1999; Rizzi et al., 1998, Walker et al., 2004). Embora o relativamente raro, quando ocorre, geralmente está associado com gravidez não pretendida⁴ e falta de acesso ao aborto, com situações de violência física ou sexual e extrema pobreza (*World Health Organization - WHO*, 2009; Frautschi, Cerulli & Maine, 1994). Ambos, gravidez não pretendida e tentativa de suicídio acontecem entre adolescentes e mulheres jovens sem antecedentes psiquiátricos e com história de violência física e ou sexual em suas “relações afetivo-sexuais” (WHO, 2009). E se em alguns casos de suicídios, a gravidez simplesmente não aparece, em outros, representam tentativas mal sucedidas de interrupção de gravidezes onde o aborto é legalmente restrito (Valongueiro, 2006).

Um estudo conduzido em Morelos - México (Campero et al., 2006), revelou que entre as mortes maternas por causas externas identificadas, metade era por suicídio entre adolescentes com gravidez não pretendida, não sendo possível determinar se a intenção era o suicídio ou a interrupção da gravidez. Ainda investigações de suicídios em mulheres, em geral, não consideram a existência de gravidez, principalmente quando esta é precoce (WHO, 2009).

Em Pernambuco (nordeste do Brasil), casos de suicídios para esconder uma gravidez não pretendida, suicídios resultantes de tentativas de interrupção de gravidez precoce e homicídios cometidos por parceiros que negavam a paternidade foram registrados por Valongueiro (1996 & 2006). Nestes estudos, foram necessárias investigações em prontuários médicos, serviços de necropsia e entrevista com familiares e amigos próximos (método RAMOS).

Embora gravidez indesejada e suicídio sejam frequentes entre adolescentes sem história de desordens psiquiátricas (Walker et al., 2004; Campero et al. 2006; Valongueiro, 2006), pouca atenção tem sido dada às desordens mentais como fator mediador das mortes por suicídio no período puerperal e à associação entre suicídio na gravidez e história de violência física e sexual na infância. Alguns autores afirmam que a gravidez na adolescência está associada com violência na infância e que mulheres que tentam suicídio na gravidez estão mais propensas a terem sofrido violência doméstica (Stark & Flitcraft, 1995; Adams & East, 1999). E mesmo que se reconheça a

⁴Gravidez pretendida: clara intenção de ficar grávida associada a uma decisão deliberada de não usar contraceptivos, inclusão do parceiro no projeto de concepção e investimentos em estilos de vida que favoreçam a concepção, como por exemplo, participação em planejamento pré-concepcional nos serviços de saúde, busca por reorganizações econômico-sociais prevendo a chegada de um filho, dentre outros (Mbizvo, M.T at al., 1997; Barret, G. et al., 2004; Azevedo, AC, 2008) .

presença de gravidez em mulheres e adolescentes suicidas, esta não é comumente vista como um fator preditor deste tipo de violência (YIP et al, 1997; WHO, 2009). A Organização Pan-americana de Saúde recomenda que os países da América Latina incluam perguntas sobre a presença de gravidez ou puerpério nos formulários de registro de óbitos, mas poucos seguem a recomendação. No Brasil, os comitês de mortalidade materna recomendam aos serviços de necropsia a verificação do útero e anexos de mulheres que morrem por agressão física ou sexual e suicídio (Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 2007).

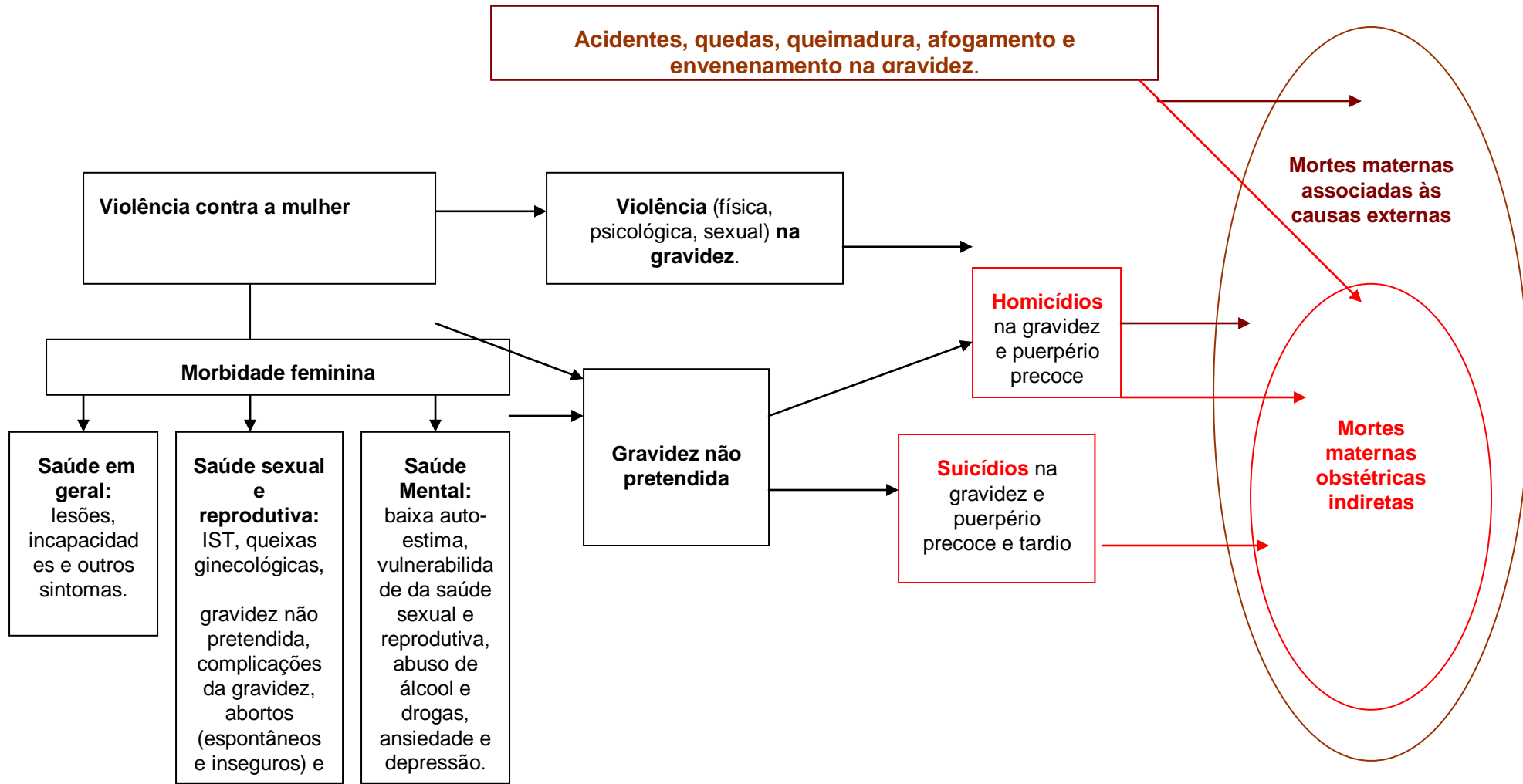
Para um número crescente de autores (Krulewitch et al., 2001; Walker et al., 2004; Campero et al., 2006; Granja et al., 2002; Shadigian & Bauer, 2005; Espinoza, H & Camacho, AV, 2006) desconhecer a contribuição das mortes violentas para a mortalidade materna deve-se à concepção equivocada de que estas mortes ocorrem por acaso e desconsideram que *história de violência na vida e na gravidez, doenças mentais e gravidez não pretendida*, se comportam como comorbidades, à semelhança de uma hipertensão, cardiopatia ou soropositividade para HIV. Nesta linha de argumentação, eles defendem que se a violência de gênero resultar em morte de mulheres grávidas ou puérperas, tais mortes devem ser investigadas e classificadas como mortes maternas por causas obstétricas indiretas.

Shadigian & Bauer (2005) ao revisar estudos sobre homicídios e suicídios na gravidez revelaram que não há padronização na forma de identificar a presença de gravidez no momento da morte ou próximo à morte das mulheres. Na América Latina, El Salvador e Nicarágua estão incluindo as mortes por suicídio de mulheres no período gravídico puerperal como causa materna.

A Figura adapta o modelo de Bruyn (2003), que mostra as conseqüências da violência sobre a saúde das mulheres, para explicar como mortes maternas podem ser classificadas como mortes associadas às causas externas.

Figura 1

Modelo explicativo para classificar mortes maternas associadas às causas externas e mortes maternas obstétricas indiretas – O93



Em 2006, o Seminário sobre Vigilância da Mortalidade Materna na América Latina e Caribe⁵, promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Agência Internacional dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID) e Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), sediado no Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo (CBCD /FSP /SP) discutiu a necessidade de se rediscutir a forma como a 10ª Revisão da CID classifica as mortes por suicídios e homicídios ocorridos durante a gravidez. Os representantes de diversos países sugeriram incluir esta discussão na pauta da reunião 11ª Revisão da CID.

No Brasil isto vem sendo discutida pelo Ministério da Saúde, via Secretaria de Vigilância em Saúde, que promoveu em fevereiro de 2009 uma reunião em Brasília, com o objetivo de obter subsídios para padronizar nacionalmente critérios para uso dos códigos da CID 10ª Revisão, com vistas ao cálculo dos indicadores relativos à mortalidade materna, entre eles, o Capítulo XX, referente às causas externas. Tal discussão teve como referência a Portaria Nacional 1.119 de 05 de junho de 2008, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos no Brasil (Ministério da Saúde, 2008), onde foi discutida a necessidade de se utilizar uma definição temporária de mortalidade materna que incluísse as causas externas e foi oficialmente apresentada a proposta de criação de um código específico para classificar as mortes maternas por causas externas. Este código representa o primeiro resultado da pesquisa *Mortes violentas na gravidez: um problema ainda invisível no Brasil*, conduzida por Valongueiro (2006) no Recife, financiada pelo Ministério da Saúde (Portaria 638/2006).

A criação do código O93 para classificar as mortes maternas por causas externas

A necessidade de criar um código específico para classificar essas mortes surgiu no final dos anos 90, diante do inesperado volume de mortes por causas externas na gravidez e puerpério, logo após a publicação da Portaria Estadual 087 de setembro de 1995 (Diário Oficial do Estado de Pernambuco, 1995), que regulamentava o Sistema de Vigilância do Óbito Materno e a implantação dos Comitês de Mortalidade materna no estado. Esta definia como atribuição dos municípios a investigação de *todos* os óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos), independente da causa informada.

Tendo-se como referência o Capítulo XV da 10ª Revisão da CID 10, este novo será incluído numa categoria vazia, a *O93.*, Todo óbito de mulher em idade fértil por causas externas que, após investigação (no Instituto de Medicina Legal, hospital e domicílios, ou qualquer outro que permita associar a causa da morte com a condição da gravidez), seja considerado associado à condição gravídica ou puerpério precoce deverá assumir um *código O93* com seu terceiro dígito correspondente, *de O93.0 a O93.9* (Quadro 1). Cada óbito (investigado e discutido) receberá três códigos: um referente à *natureza da lesão*, outro código referente à causa externa (*circunstância*

⁵ Entre 29 a 31 de agosto de 2006.

que determinou da lesão) e um novo código específico do Capítulo XV, o *O93*, correspondente à morte materna por causa externa (Quadro 1).

Algumas circunstâncias, correspondentes aos códigos Y35-Y36 – Intervenções legais e operações de guerra; Y85-Y89 – Sequelas de causas externas de morbidade e mortalidade e Y90-Y98 – Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificadas em outra parte, não foram incluídos por sua difícil associação com as mortes maternas no Brasil.

O *código O93* deverá ser registrado na Parte II da declaração de óbito e, como é uma codificação complementar e desconhecida do *Sistema de Seleção da Causa Básica de Morte - SCB*⁶, não poderá ainda ser digitado no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), mas digitado num banco de dados específico para mortes maternas associadas a causas externas até que o referido sistema possa absorvê-lo. Este banco de dados, portanto, deverá ser programado para receber os códigos usuais relativos à *natureza e circunstância da lesão*, mais o *código O93*.

A decisão de avaliar a existência ou não de associação entre uma morte na gravidez ou puerpério precoce e uma causa externa e qual dígito deva ser acrescido, é dos Grupos Técnicos dos Comitês de Mortalidade Materna ou de especialistas no tema, pois ainda não existe protocolo que possa servir como modelo para este tipo de classificação. A criação do código e sua implantação no nível local, não permitem, no entanto, que os mesmos sejam incorporados ao cálculo dos indicadores de mortalidade materna, sob pena de perder sua comparabilidade.

No Brasil, o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, na sua versão mais recente, está preparando um esquema espacial de codificação e gravação de novos campos e filtros, tendo como referência o código *O93* (Informe N° 1 – Parte II - Principais Novidades da versão 3.2 do SIM e SINASC, 2010:1).

⁶ O SCB-10 é um sistema desenvolvido em cooperação com o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da USP e representa a técnica atual de automação da seleção da causa básica da morte.

Quadro 1

Modelo de classificação para as mortes por causas externas no período gravídico-puerperal, utilizando-se *categorias vazias* do Capítulo XV da 10ª Revisão da CID.

Causa Externa da Lesão	Código O93 do Capítulo XV	Comentários
Acidente de Transporte (V01-V99)	O93.0	Pode ser acidental ou intencionalmente infligido por alguém ou por si próprio. Neste caso* correspondente a <i>Morte materna por acidente de transporte.</i>
Queda (W00-W19)	O93.1	Pode ser acidental ou intencionalmente auto-infligido. Neste caso*, deve assumir o código correspondente à <i>Morte materna por queda acidental.</i>
Afogamento (W66-W74)	O93.2	Pode ser acidental ou intencionalmente infligido por si próprio ou por alguém. Neste caso*, deve assumir o código correspondente a <i>Morte materna por afogamento acidental.</i>
Queimadura (X00-X19)	O93.3	Pode ser acidental ou intencionalmente infligido por si próprio ou por alguém. Neste caso* deve assumir o código correspondente a <i>Morte materna por queimadura acidental.</i>
Envenenamento Acidental (X20-X29 e X40-X49)	O93.4	A situação do <i>envenenamento</i> deve ser esclarecida de acordo com o código da causa externa da lesão. Assim, para efeito de análise usar sempre os dois códigos. <i>Morte materna por envenenamento acidental.</i>
Complicações de Assistência Médica e Cirúrgica (Y40-Y84)	O93.5	Esclarecer a situação das complicações. Neste caso, propõe-se manter <i>Morte materna por complicações da assistência médica</i> , pois desta forma consta na 10ª Revisão da CID.
Suicídio (X60-X84)	O93.6	Lesões auto-infligidas. <i>Morte materna por Suicídio.</i>
Homicídio (X85-Y09)	O93.7	Agressões. <i>Morte materna por Homicídio.</i>
Outros Acidentes (W20-W64; W75-W99; X30-X39 e X50-X75)	O93.8	Os demais acidentes que constam na CID-10 e não estão incluídos nos códigos acima, <i>intervalo de O93.0 – O93.5. Morte materna por outros acidentes.</i>
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34)	O93.9	Circunstância da causa externa não determinada. <i>Morte materna de intenção indeterminada.</i>

- Códigos (intervalos referidos na primeira coluna) da causa externa correspondente.

Uso do código O93 na Classificação de Óbitos Maternos

A seguir, alguns exemplos de óbitos por causas externas investigadas e discutidas pelo GT do Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Estado de Pernambuco, nos quais o código O93 pode ser aplicado:

Exemplo 1

1. **Identificação:** 21 anos, com antecedentes psiquiátricos.

2. **Dados do óbito:**

- Declaração de Óbito (DO) preenchida pelo Instituto de Medicina Legal (IML);
- Variável 43 (morte ocorreu na gravidez): SIM;
- Causa Básica Original:

I - Homicídio (traumatismo cranioencefálico por instrumento perfuro-contundente).

2. **Investigação:**

- No IML: Confirmado homicídio e presença de gestação em torno de 20ª semana;
- No domicílio: Segundo a família, ela estava grávida de um “rapaz que era noivo” e quando soube da gravidez pressionou-a para fazer um aborto. A família não sabe se ela se recusou ou se ela não conseguiu fazer porque “era caro e ela era muito nervosa”. Diante da manutenção da gravidez, o rapaz foi até a casa da moça grávida e, diante da família, assassinou-a com dois tiros.

3. **Proposta de causa básica final:**

I - Homicídio (por instrumento perfuro-contundente): X 95.0

II - Morte Materna por homicídio: O93.7

4. **Comentários:**

Neste caso, houve relato de que os antecedentes psiquiátricos e a criminalização do aborto foram elementos que dificultaram a decisão de interromper a gravidez. E embora não tenha sido possível saber se a gravidez era desejada por ela, segundo as informações colhidas, não era desejada pelo parceiro. No entanto, fica evidente a associação entre a violência cometida pelo parceiro e o fato de estar grávida e, portanto, justifica sua classificação como *morte materna por homicídio*, conforme descrita na Figura 1.

Exemplo 2

1. **Identificação:** 29 anos, sem antecedentes psiquiátricos.

2. **Dados do Óbito**

- Declaração de Óbito (DO) preenchida pelo Instituto de Medicina Legal (IML);
- Variável 43 (morte ocorreu na gravidez): SIM;
- Causa Básica Original:
- I - Indeterminada – Colhida vísceras para Exame Toxicológico: R99

2. *Investigação:*

- No IML (após resultado do exame toxicológico): Suicídio por intoxicação exógena por ingestão de carbamato (chumbinho). Gravidez no curso da 20ª semana;
- No domicílio: Segundo a irmã, o suicídio se deu por desespero: o parceiro não queria a gravidez e ela se sentiu abandonada e se “matou tomando chumbinho”.

3. *Proposta de causa básica final:*

I - Suicídio por ingestão de carbamato: X 68.

II - Morte Materna por suicídio: O93.6

4. Comentários:

Este caso mostra uma mulher sem antecedentes psiquiátricos, que diante de uma gravidez não desejada pelo parceiro, se mata no início da gravidez. O sentimento de abandono descrito pela família que a levou ao suicídio caracteriza esta morte violenta como associada à condição gravídica e justifica sua classificação como *morte materna por suicídio*, conforme descrita a Figura 1.

Exemplo 3

1. *Identificação:* Nome, 22 anos, segunda gravidez.

- Declaração de Óbito preenchida pelo médico assistente;
- Variável 44 (morte ocorreu no puerpério precoce): SIM;
- Causa Básica Original:

I - Choque hemorrágico

- Hemorragia produzida por descolamento prematuro da placenta e lesão de vasos esplênicos consequente à queda da própria altura – W01

II - Gravidez no curso da 36ª semana.

2. *Investigação:*

- No domicílio: Segundo a mãe, a gestante estava numa festa de aniversário do filho pequeno e enquanto carregava uma badeja, tropeçou e caiu sobre a barriga. Passou mal logo em seguida, sendo encaminhada para um hospital local. Do hospital local foi encaminhada para um hospital de referência. Ao chegar lá, foi operada, recebeu sangue, mas faleceu ainda na sala de cirurgia. O bebê nasceu morto.
- Prontuário médico do hospital de referência: Paciente chegou grave, chocada, com gravidez avançada. Diagnóstico: descolamento da placenta pós-trauma. Realizada

cesariana, bebê nascido morto e presença de coágulo retroplacentário. Segundo a descrição cirúrgica, o sangramento uterino fora resolvido. No entanto, foi identificada na cavidade abdominal lesão de vasos esplênicos. Embora tenham sido realizadas transfusões sanguíneas, não foi possível refazer as lesões a tempo e a mulher foi a óbito durante a cirurgia.

3. Proposta de causa básica final:

I - Hemorragia por ruptura de vasos esplênicos.

II - Morte Materna por queda (da própria altura): O93. 1

4. Comentários:

Embora os acidentes sejam as causas externas mais difíceis de serem classificadas como mortes maternas, este caso revela como uma queda sofrida por uma mulher com uma gravidez avançada pode provocar morte por hemorragia em poucas horas. A presença da gravidez avançada provocou o descolamento da placenta, que segundo a descrição cirúrgica, fora resolvido. No entanto, a lesão dos vasos esplênicos, provocou sangramento abundante, que mesmo que tivesse sido identificado no hospital local, provavelmente seria necessária intervenção mais complexa para corrigi-lo. Portanto, justifica a classificação como *morte materna por acidente – queda*, conforme Quadro 1.

Conclusão

Este artigo traz como proposta classificar mortes por *causas externas (com foco nas causas violentas)* ocorridos na gravidez e no puerpério precoce como *mortes maternas associadas à gravidez*, usando o Código O93. Este código irá preencher uma casela vazia do Capítulo XV – Complicações da gravidez, parto e puerpério - da 10ª Revisão da CID (1993), tendo como referência o Capítulo XX - Causas Externas - da 10ª Revisão da CID (1993). Com a implantação deste código espera-se oferecer uma alternativa padronizada de classificação das mortes maternas por causas externas, a ser incluído já na CID 10 até que 11ª Revisão da CID seja apresentada à Assembléia da Organização Mundial de Saúde em 2014. Neste sentido, o próximo passo é desenvolver junto aos sistemas de informação os mecanismos necessários a sua operacionalização.

Espera-se com o código O93 venha a contribuir com o debate junto à comunidade acadêmica, aos gestores dos sistemas de informação em saúde e serviços de atenção à mulher, de que essas mortes não ocorrem por acaso e que sua exclusão do cálculo dos indicadores mortalidade materna apenas aumenta os seus níveis de subinformação. E assim, reascender no Brasil e na América Latina a discussão sobre a como a violência de gênero, muitas vezes iniciada ou agravada durante uma gestação, pode ser reclassificada como *morte materna (obstétrica indireta)*. Especialmente em relação aos suicídios, ressaltar que a gravidez indesejada ou tentativas frustradas de interrupção de uma gravidez em condições de restrição ao aborto, também possam ser classificadas *mortes maternas obstétricas indiretas*.

E por fim, reafirmar que a violência de gênero, a gravidez indesejada e a criminalização do aborto, tríade comum a maioria dos países da América Latina, são condições que violam cotidianamente os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

- ADAMS, J and East PL. (1999) “Past physical abuse is significantly correlated with pregnancy as an adolescent”. *Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology*, v.12, p.133-138.
- AZEVEDO, ACC. A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores associados à gravidez não-pretendida, 2008. Dissertação de Mestrado. Programa Integrado de Pós graduação em Saúde Coletiva – UFPE, Recife.
- BARRET, G; Smith S.C. and Wellings, K. (2004) “Conceptualization, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v.58, p.426-433, 2004.
- BRYUN, M. (2003) “Violence, pregnancy and abortion”. *Issues of women’s rights and public health*, 2nd edition. Chapel Hill, NC, Ipas.
- CAMPBELL J.C. and Soeken K. (1999) “Forced sex and intimate partner violence: effects on women’s health”. *Violence Against Women*, v.5, p. 1017-35.
- CAMPERO, L et al.,(2006) “La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, Mexico”. *Salud Publica de Mexico*, vl.48 suppl. 2.
- CASTRO R and Ruíz A. (2004) “Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México”. *Revista de Saúde Pública*, v.38, n.1, p. 62-70.
- CASTRO, R. Riquer, F. (2003). *La investigación sobre violencia contra las mujeres en America Latina: en empirismo ciego y la teoría sin dados*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de janeiro, 19 (1): 135-146.
- COKKINIDES VE et al. (1999) “Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes”. *Obstetrics and Gynecology*, v.93, p.661-666.
- DANNENBERG AL ET AL et al. (1995) “Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 172 (5): 1557-1564.
- ELLSBERG MC et al.(1999). “Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua”. *American Journal of Public Health*, 89:241-44.
- ESPINOZA, H and A Virginia Camacho. (2006) “Maternal Death due to domestic violence: an

- unrecognized critical component of maternal mortality”. *Revista Pan-americana de Salud*, v. 17, n. 2, Washington.
- FILDES, J et al. (1992) “Trauma: Leading Cause of Maternal Death”. *Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, v.32, n.5, p.643-645.
- FRAUTSCHI S, Cerulli A and Debora Maine. (1994) “Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 47:275-284.
- GAZMARARIAN JA et al. (2000) “Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions”. *Maternal and Child Health Journal*, v., n.2, p. 79-84.
- GRANJA, AC ET AL. (2002) “Violent Deaths: The Hidden Face of Maternal Mortality”. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 109: 5-8.
- HEISE L, Pitangy J. And A Germain. (1987) “Violence against women: the hidden health burden”. *World Bank Discussion Papers*, Washington, n.255.
- HELTON AS ET AL.(1987). “Battered and pregnant: a prevalence study”. *American Journal of Public Health* v. 77, n.10, p.1337-1339.
- JONHSON J.K et al. (2003) “The prevalence of domestic violence in pregnant women”. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 110, p.272-275.
- KRULEWITCH, C. J et al.“ Hidden from View: Violent Deaths among Pregnant Women in the District of Columbia, 1988-1966”. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, v.6, n.1, p.4-10.
- LAURENTI, R et al. (2004) “A mortalidade nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste”. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.7, n.4, p.449-60.
- LEUNG, W.C et al (2002) Domestic violence postnatal depression in a Chinese Community. *Internationall Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.79, p. 159-166.
- LUDERMIR AB et al.(2010). “Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression”. www.thelancet.com. Published online September 6.
- MBIZOVO, MT et al (1997). “Unplanned pregnancies in Harare: what are the social and sexual determinants?” *Social Science & Medicine*, v.45, n.6: p.937-942.
- MCFARLANE J et al. (2002). “Abuse during pregnancy and femicide: Urgent implications for women’s health”. *Obstetrics and Gynecology*, 100 (1): 27-36.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. (2010) *Sistemas de Informações em Saúde*. http://200.214.130.46/SIMSINASC/Parte_II_Novidades_versao32_informe.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 3ª Edição, 2007. <<http://www.datasus.gov.br/>>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). “Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com Ênfase na Mortalidade Materna”. Relatório Final. Brasília – DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análises em Saúde. Saúde Brasil 2008. <<http://www.saude.gov.br>> Brasília, 2008.
- MORARES I et al. (2006). “Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados”. Revista de Saúde Pública, v.40, n.1, p.65-70.
- NUNEZ-RIVAS et al. (2003). “La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica”. Pan American Journal of Public Health, v.4, n.2, p. 75-83.
- OJEDA G, Ordoñez M, and Ochoa LH. (2000). “Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Encuesta nacional de demografía y salud. Resultados”. Profamilia. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1993) Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português - universidade de São Paulo. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Editora da Universidade de São Paulo.
- PALLITO C (2004). “Domestic violence and maternal, infant and reproductive health: a critical review of the literature”. Artigo submetido à Organização Pan-americana de Saúde, Washington – DC.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. (2005) “Maternal Death due to domestic violence”. Fact Sheet: Gender, Ethnicity and Health UNIT, July.
- PARSONS L.H and MA Harper. (1999) “Violent maternal deaths in North Caroline”. Gynecology & Obstetrics, v.4, n.6, p. 990-993.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde (1995). Portaria 087 de 26 de setembro de 1995. Redução da Mortalidade Materna. Diário Oficial do Estado, Recife.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde - Unidade de Informações Epidemiológicas - UNIEP, 2006.
- RAMIREZ, JC y MC Platiño. (1996) “Mujeres de Guadalajara y violencia: Resultados de um estudio piloto”. Cadernos de Saúde Pública, vol.12: 405-409.
- RIZZI R G, RR Cordoba RR and JJ Maguna. (1998) “Maternal Mortality due to Violence”.

International Federation of Gynecology & Obstetrics, v.63 (Supplement, p. S19-S24.

ROSMANS C y Klant Myriam. (1999). “Adolescent and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh”. The Lancet, vol 354, Letters.

SHADIGIAN EM and Samuel T Bauer (2005). “Prenancy-associated death: A Qualitative Systematic Revie of Homicide and Suicide”. Obstertical and Gynecological Survey. CMR Review Article, vol 6, n.3 p. 183-190.

SCHRAIBER, LB et al.(2007) “Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil”. Revista de Saúde Pública, v.41, n.5, p.:797-807, 2007.

STARK E and A Fliccraft. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. International Journal of Health Services, v.25, n.1, p. 43-64, 1995.

VALONGUEIRO, S.A. Mortalidade Materna em Pernambuco: Um Estudo Quantitativo e qualitativo, 1996. Dissertação de Mestrado. CEDEPLAR. Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

VALONGUEIRO, S.A. Maternal Mortality: A New Estimate for Pernambuco, Brazil, 2006. Tese. Population Research Center, Universidade do Texas. Texas, Estados Unidos.

YIP S-K et al. (1997) “Suicide and maternal mortality in Hong Kong”. Lancet, v. 350, n.9084: 1103.

WALKER, D et al. (2004) “Deaths from Complications of Unsafe Abortion: Misclassification Second Trimester Deaths”. Reproductive Health Matters v.12, n.24, Supplement, p. 27-38.

World Health Organization. Women’s Mental Health: An Evidence Based Review, Geneva: WHO, 2000.

World Health Organization and United Nations of Population Fund (UNFPA). Mental health aspects of women’s reproductive health. A Global review of the literature. WHO, Geneva, 2009.