



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA



**CAUSAS EXTERNAS E MORTALIDADE MATERNA:  
UMA NOVA PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO USANDO O  
CÓDIGO O93**

MÉRCIA MARIA RODRIGUES ALVES

RECIFE  
2011

MÉRCIA MARIA RODRIGUES ALVES

**CAUSAS EXTERNAS E MORTALIDADE MATERNA:  
UMA NOVA PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO USANDO O CÓDIGO O93**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Epidemiologia

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Valongueiro Alves

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup> MSc Maria Bernadete de Cerqueira Antunes

RECIFE  
2011

## Alves, Mércia Maria Rodrigues

Causas externas e mortalidade materna: uma nova proposta de classificação usando o código O93 / Mércia Maria Rodrigues Alves. – Recife: O Autor, 2011.

100 folhas: il., fig., gráf. e quadros; 30 cm.

Orientador: Sandra Valongueiro Alves.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2011.

Inclui bibliografia e anexos.

**1. Causas externas. 2. Morte violenta. 3. Óbito materno. 4. Código O93. I. Alves, Sandra Valongueiro.**

**II. Título.**



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRANDO(A)

**MÉRCIA MARIA RODRIGUES ALVES**

No dia 31 de agosto de 2011, às 8:30h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Sandra Valongueiro Alves (Doutor(a) do Hospital das Clínicas da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Rivaldo Mendes de Albuquerque (Doutor(a) da Faculdade de Ciências Médicas da UPE) Membro Externo e Thália Velho Barreto de Araújo (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Mércia Maria Rodrigues Alves, sobre a sua Dissertação intitulada: *"Causas Externas e Mortalidade Materna: uma nova proposta de classificação usando o código O93"*. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque

Aprovado

Profª. Drª. Sandra Valongueiro Alves

Aprovada

Profª. Drª. Thália Velho Barreto de Araújo

Aprovado

## AGRADECIMENTOS

*A todos que fazem parte do Mestrado do Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC/UFPE), pela oportunidade e por todo conhecimento adquirido ao longo destes dois anos;*

*A minha orientadora, Profa. Dra. Sandra Valongueiro, pela confiança, aprendizado, compreensão, carinho e amizade;*

*A Profa MSc Bernadete Antunes, pela disponibilidade e valiosas contribuições;*

*Aos professores Dra. Thália Barreto e Dr. Rivaldo Mendes pelas críticas e sugestões na qualificação deste estudo;*

*A amiga querida Dirce Santos pela prontidão em me auxiliar, apoio, carinho e amizade;*

*A minha turma de mestrado (2009), em especial as “bios”, Andrezza Duque, Célia Vasconcelos, Fernanda Eskinazi, Monik Duarte, Juliana Nogueira e Raquel Aquino por todos os momentos (bons e difíceis), amizade, carinho, cumplicidade e conquistas compartilhados.*

*A José Moreira pela estima e auxílio administrativo durante todo curso;*

*A Fábio Alencar pela construção dos mapas;*

*A minha família por todo incentivo e amor que foram tão indispensáveis para a conclusão de mais uma etapa de vida.*

*A Deus pela vida, confiança e oportunidade de encontrar pessoas tão importantes no decorrer da minha estrada.*

*A Nossa Senhora, mãe intercessora, que não nos abandona em nenhum momento.*

*A todos que de alguma maneira contribuíram para mais essa conquista, muito obrigada.*

## RESUMO

Em regiões em desenvolvimento elevadas taxas de mortalidade feminina por causas externas coexistem com elevados níveis de mortalidade materna. No Brasil, como em outros países da América Latina, a proporção de mortes maternas resultantes de acidentes e violência se mantém invisível, pois as mesmas não são incluídas nos indicadores de mortalidade materna. O objetivo deste trabalho foi estudar a mudança nos indicadores de mortalidade materna, considerando os óbitos por causas externas em mulheres em idade fértil, residentes na cidade do Recife, no período de 2004 a 2006. Foram estudados 399 óbitos de mulheres em idade fértil. Dentre os óbitos por causas externas, os homicídios atingiram o maior percentual em todas as faixas etárias, exceto para a faixa etária 40 a 49 anos, onde predominaram os óbitos por acidente. As mulheres, em sua maioria, foram classificadas como negra, solteira e sem ocupação remunerada. Quatorze óbitos foram classificados como morte materna relacionada à gravidez, usando o código O93 (12 homicídio – O93.7; 2 por suicídio – O93.6); uma como morte materna relacionada ao puerpério (homicídio – O93.7), e três mortes maternas obstétricas indiretas (uma homicídio – O93.7 e duas por suicídio – O93.6). Após a classificação com o código O93, observou-se um incremento médio de 35,6% nas RRM para os três anos. A faixa etária entre 10 e 19 anos obteve o maior incremento em todo período, atingindo um valor expressivo de 200%, enquanto na faixa etária 20 a 29 e 30 a 39 anos a variação foi de 40,0% e 11,1%, respectivamente. Estes resultados corroboram com a argumentação internacional de que estes óbitos não ocorrem por acaso e que a exclusão destes dos cálculos dos indicadores de mortalidade materna aumentam os seus níveis de subinformação.

Palavras chaves: causas externas, morte violenta, óbito materno, código O93.

## ABSTRACT

In developing regions high rates of female mortality by external causes coexist with high levels of maternal mortality. In Brazil, as in other Latin America countries, the proportion of maternal deaths resulting from accidents and violence remains invisible because they are not included in the maternal mortality indicators. This work aimed to study the change in maternal mortality indicators, considering the external causes deaths in women of childbearing age residing in the city of Recife, in the period 2004 to 2006. 399 deaths of women of childbearing age were studied. Among the external causes of death, homicides reached the highest percentage in all age groups, except for the age group of 40 to 49 years, in which predominated deaths due to accidents. Most women were classified as black, as unmarried and had no gainful occupation. Fourteen deaths were classified as pregnancy related death, using the O93 code (12 homicides – O93.7 and 2 suicides – O93.6); a pregnancy related death in the postpartum (homicide - the O93.7), and three indirect obstetric maternal deaths (a homicide – O93.7 and two suicides – the O93.6). After classification with O93 code, noted an average increase of 35,6% in the RRM for the three years. The largest increase (200%) was found in the 10 and 19 age group while for the age groups 20 to 29 and 30 to 39 years, the variation was 40,0% and 11,1%, respectively. These results corroborate with the international argument that these deaths did not occur by chance and that the exclusion of them from the maternal mortality indicators increase its level of underreporting.

Keywords: external causes, violent death, maternal death, O93 code.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Quadro 1 - Distribuição dos óbitos e Razão de Mortalidade Materna de mulheres residentes no município do Recife, 2004 a 2006.	30
Figura 1 - Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por causas externas e causas mal definidas. Recife, 2004-2006.	33
Figura 2 - Distribuição por bairro de residência dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas básicas foram causas externas e causas mal definidas. Recife, 2004-2006.	41
Figura 3 - Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil segundo causas externas (homicídio, acidente, suicídio, e intenção indeterminada) por bairro de residência. Recife, 2004-2006.	48
Figura 4 - Distribuição dos óbitos relacionados à gravidez após investigação, por bairro de residência. Recife, 2004-2006.	51

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

	Página
Tabela 1 - Distribuição percentual dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas básicas foram registradas como <i>causas externas</i> e <i>causas mal definidas</i> , segundo algumas características sócio demográficas. Recife, 2004-2006.	40
Tabela 2 - Distribuição percentual dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas básicas foram registradas como <i>causas externas</i> e <i>causas mal definidas</i> segundo características relacionadas ao óbito. Recife, 2004-2006.	43
Tabela 3 - Caracterização dos óbitos relacionados à gravidez por causas externas após investigação. Recife, 2004-2006.	50
Tabela 4 - Classificação dos óbitos maternos após investigação segundo o código O93. Recife, 2004-2006.	53
Tabela 5 - Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação (morte materna obstétrica indireta e relacionada à gravidez) utilizando o Código O93, Recife 2004 a 2006.	60
Tabela 6 - Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação como morte materna obstétrica indireta, utilizando o Código O93, Recife 2004 a 2006.	60
Tabela 7 - Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação como morte materna relacionada à causa externa, utilizando o Código O93, Recife 2004 a 2006.	61
Tabela 8 - Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação (morte materna obstétrica indireta e relacionada à gravidez) utilizando o Código O93, segundo faixa etária. Recife 2004 a 2006.	61
Gráfico 1 - Distribuição dos óbitos estudados de mulheres em idade fértil segundo causa básica, após investigação. Recife, 2004-2006.	44
Gráfico 2 - Distribuição dos óbitos por causas externas de mulheres em idade fértil segundo faixa etária e causa básica específica. Recife, 2004 a 2006.	45
Gráfico 3 - Distribuição dos óbitos por causas externas de mulheres	46

	em idade fértil segundo raça/cor e causa básica específica. Recife, 2004 a 2006.	
Gráfico 4 -	Distribuição dos óbitos por causas externas de mulheres em idade fértil segundo ocupação e causa básica específica. Recife, 2004 a 2006.	47
Gráfico 5 -	Distribuição dos óbitos por causas externas de mulheres em idade fértil segundo situação conjugal e causa básica específica. Recife, 2004 a 2006.	47

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACOG</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>CDC</b>	Division of Reproductive Health Center do Center of Disease Control
<b>Ceatox-HR</b>	Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco
<b>CEEMM</b>	Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna
<b>CID 10</b>	Classificação Internacional de Doenças (10ª revisão)
<b>CID 11</b>	Classificação Internacional de Doenças (11ª revisão)
<b>CMEMM</b>	Comitê Municipal de Estudos da Mortalidade Materna
<b>DHEG</b>	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
<b>DO</b>	Declaração de Óbito
<b>GT</b>	Grupo Técnico
<b>IML</b>	Instituto Médico Legal
<b>MR</b>	Microrregiões
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMIF</b>	Óbito de Mulheres em Idade Fértil
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PPGISC</b>	Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva
<b>RAMOS</b>	Reproductive Age Mortality Survey
<b>RMM</b>	Razão de Morte Materna
<b>RPA</b>	Regiões Político Administrativas
<b>SES-PE</b>	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>SINASC</b>	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
<b>SVO</b>	Serviço de Verificação de Óbito
<b>UNICEF</b>	United Nations International Children's Emergency Fund

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 MARCO TEÓRICO</b>	14
2.1 Violência contra as mulheres	14
2.2 Mortes Maternas e Causas Externas	18
2.3 Homicídio e suicídio na gravidez	25
<b>3 OBJETIVOS</b>	28
<b>4 MÉTODOS</b>	29
4.1 Área do estudo	29
4.2 Desenho e população de estudo	30
4.3 Procedimentos técnicos	31
4.4 Produção dos dados	32
4.4.1 Variáveis de estudo	34
4.4.2 Análise dos dados	36
4.5 Aspectos éticos	37
4.6 Limites do estudo	38
<b>5 RESULTADOS</b>	39
5.1 Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil	39
5.2 Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil por causas Externas	45
5.3 Classificação dos óbitos por causas externas e as principais circunstâncias das mortes violentas (homicídio e suicídio) e sua relação com o ciclo gravídico puerperal (código O93)	49
5.4 Causas externas classificadas e a mudança nos indicadores de Mortalidade Materna	60
<b>6 DISCUSSÃO</b>	62
<b>7 CONCLUSÃO</b>	69
<b>8 RECOMENDAÇÕES</b>	71
<b>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	72
<b>ANEXOS</b>	81
Ficha de notificação de óbito de mulher em idade fértil modificada	82
Ficha confidencial de investigação de morte materna – Q2	83
Ficha confidencial de entrevista domiciliar – Q3	90
Guia de remoção de cadáver	98
Modelo de classificação – O93 (Valongueiro e Antunes, 2009)	100

## 1 INTRODUÇÃO

A violência, como fenômeno sociocultural, é definida por atos que constituem violação de direitos, seja da perspectiva legal ou ética. Pode ser entendida como comportamentos que desconhecem e transgridem os direitos das pessoas: direito ao respeito e a dignidade de cada um, homem ou mulher (SCHRAIBER et al., 2005).

Violência também é definida como o uso instrumental de poder, situação em que o sujeito detentor de maior poder se vale daqueles atos para reiterar ou ampliar seu poder sem legítima autoridade, acentuando desta forma desigualdades sociais, entre estas, as desigualdades de gênero (SCHRAIBER et al., 2009). Tem-se transformado em um problema de saúde pública porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para a sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. Primeiro pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pela exigência de atenção e cuidados dos serviços de saúde. E segundo, porque faz parte das preocupações quando se trabalha o conceito ampliado de saúde (KRONBAUER E MENEGHEL, 2005).

A violência contra a mulher torna-se objeto de estudo e intervenção na área da saúde a partir dos anos noventa, ao mesmo tempo em que se firma internacionalmente como questão de direitos humanos. São consideradas como situações de violência contra as mulheres, agressões interpessoais ou assédios que podem ser do tipo sexual, físico ou psicológico, apresentando-se na grande maioria de modo combinado, superpondo-se os tipos entre si. O principal agressor é, em mais de 80% das vezes, o parceiro íntimo ou ex-parceiro, cuja intimidade das relações favorece a ocorrência de episódios repetidos e de gravidade crescente, o que caracteriza violência de gênero (D'OLIVEIRA et al., 2009).

O conhecimento da magnitude da violência na gravidez depende, em geral, da definição empregada e dos métodos de investigação utilizados, entretanto, estudos tem demonstrado que sua prevalência varia de 0,9% a 35% e que a violência na gravidez está associada à ocorrência de violência antes da

gravidez (CAMPBELL et al., 1999; GAZMARARIAN et al., 1996; KRULEWITCH et al., 2001; JASINSKI, 2004; WALKER et al., 2004; PALLITO, 2004; GARCIA-MORENO et al., 2006; AUDI et al., 2009).

Castro e Ruiz (2004) ao estudar a severidade da violência contra mulheres grávidas no estado do México, encontrou prevalência de 32,1%, enquanto Doubova et al., (2007) analisando a violência de parceiros íntimos em mulheres grávidas na cidade do México, encontrou uma prevalência entre 25% e 35%. Estes últimos ressaltam que este tipo de violência tem sido associado à história de violência na infância e antes da gravidez, a gravidez indesejada, ao baixo nível socioeconômico dessas mulheres e de seus parceiros, entre outros.

Em regiões em desenvolvimento se observa coexistência entre elevados níveis de mortalidade materna e elevadas taxas de mortalidade feminina por causas externas (CAMPERO et al., 2006; ESPINOZA E CAMACHO, 2006; VALONGUEIRO E ANTUNES, 2009). No entanto, a proporção de mortes maternas resultantes de acidentes e violência ainda é desconhecida. Esta questão, portanto, se mantém invisível nos protocolos dos programas de maternidade segura, nas políticas de combate às desigualdades de gênero ou mesmo nas propostas de vigilância do óbito materno, limitando-se a adoção de medidas de intervenção.

No Brasil, a mortalidade por causas externas entre mulheres em idade reprodutiva (10 - 49 anos) tem crescido, representando a 3ª causa de morte entre mulheres dessa faixa etária (LAURENTI et al., 2004; DATASUS, 2008). No entanto, sua contribuição para a mortalidade materna é pouco conhecida e praticamente não investigada pelos sistemas de vigilância de óbito materno, o que pode contribuir para aumentar o nível de subinformação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Um estudo conduzido na cidade do Recife mostra uma prevalência de violência por parceiro íntimo na gravidez de 30,7% (LUDERMIR et al., 2010).

Neste sentido, este trabalho busca estudar e classificar as mortes por causas externas ocorridas durante a gravidez e puerpério precoce de mulheres residentes na cidade do Recife e contribuir para a melhoria da qualidade das estimativas de mortalidade materna, utilizando uma estratégia metodológica proposta por Valongueiro e Antunes (2009).

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 Violência contra as mulheres

A violência num sentido mais amplo passou a ser contextualizada na medida em que a Modernidade incorporou a luta pela cidadania e os direitos humanos, e que a liberdade e a autonomia se tornaram presentes no discurso político (DURAND, 2005). Considerando a forma mais abrangente do termo, *violentia* (latim) significa ato de força, impetuosidade, acometimento, brutalidade, veemência. Na perspectiva jurídica, a violência se traduz como um constrangimento posto em prática, exercido contra a vontade do outro, para obrigá-lo a submeter-se e vencer sua capacidade de resistência (HOUAISS, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Para Schraiber et al. (2006) neste conceito se encontra a intencionalidade do ato violento, excluindo os incidentes não intencionais. Também inclui o uso do poder, exemplificado por ameaças de agressões ou intimidações e por negligências e omissões.

A violência pode ser caracterizada de várias formas, dentre elas podemos destacar a física, a sexual e a psicológica /emocional. A violência física é o tipo mais evidente de violência doméstica, sendo representada por qualquer tipo de agressão física, seja chutar, bater, morder, estrangular, empurrar, puxar cabelo, atirar contra paredes ou contra o chão. Às vezes, parte de corpo como a barriga de mulheres grávidas, são alvos mais frequentes. A violência sexual inclui ataques aos seios ou genitais da mulher, sadismo sexual ou atos sexuais forçados. Assim como o estupro, o ato sexual é o método usado para humilhar, ferir, degradar e dominar a mulher. A violência psicológica, quando isolada, é mais difícil de ser comprovada juridicamente, mas seus efeitos podem ser traumáticos e duradouros (JEWKES, 2002; KRONBAUER E MENEGHEL, 2005). Várias práticas podem ser usadas como

forma de violência psicológica, dentre elas pode-se destacar a dominação econômica, uso das crianças para manter o poder e a dominação sobre a parceira, intimidação, ameaças e isolamento (DOUBOVA et al., 2007).

A violência cometida por parceiro íntimo é globalmente uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres (OMS, 2002) e está inserida no âmbito da violência doméstica. Nas últimas décadas, estudos revelaram que as situações mais frequentes de violência contra as mulheres ocorrem no âmbito familiar e conjugal, proveniente dos vínculos com parceiros e ex-parceiros. Constitui-se num fenômeno difícil de ser apreendido em duas diferentes perspectivas, em função dos vínculos configurados entre homens e mulheres em contextos culturais diversos, nos quais, a depender das leis e normas sociais que estruturam os ditos vínculos, a noção de violação tem sentido e conotações distintas (SAFFIOTTI, 1999; FRANCO, 2002; SAFFIOTTI, 2004).

Uma revisão de mais de 50 estudos de base populacional em 35 países realizados antes de 1999 indica que, ao redor do mundo, entre 10% e 52% das mulheres referiam que haviam sofrido violência física por seus parceiros íntimos alguma vez na vida e entre 10% e 30% relataram haver sofrido violência sexual pelos respectivos parceiros (GARCIA-MORENO et al., 2006).

Diniz e D'Oliveira (1998) analisaram dados do serviço especializado em atendimento a mulheres em situação de violência do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (Brasil), revelando que a violência física foi declarada por 30,4% das mulheres usuárias da instituição e em 71% desses casos, os agressores eram os parceiros.

Investigação populacional com amostra representativa conduzida em 2001 e 2002, integrando estudo multicêntrico internacional coordenado pela OMS, encontrou que 27,2% das mulheres no município de São Paulo relataram ter sofrido violência física cometida pelo parceiro ao menos uma vez na vida, enquanto entre as moradoras da Zona da Mata de Pernambuco este percentual foi de 33,7%. No que se refere à violência sexual cometida por parceiro, a prevalência foi de 10,1% entre as paulistanas e 14,3% entre as pernambucanas. Em relação à violência física perpetrada por outras pessoas que não o parceiro íntimo, a situação se inverte quando se compara a Zona da Mata de Pernambuco com a cidade de São Paulo. Nesta última, há mais mulheres (20,9%) que foram agredidas por outro tipo de agressor do que em

Pernambuco (13%). Também para os casos de violência sexual perpetrada por outras pessoas mantém-se a diferença entre as duas amostras: 5,8% das pernambucanas sofreram violência sexual antes dos 15 anos contra 7,8% das paulistas (SCHRAIBER et al, 2002).

Sobre a permanência nas situações de violência psicológica contra as mulheres chama a atenção para alguns fatores implicados, dentre os quais estão a dependência emocional, o medo de criar os filhos sozinha, os sentimentos de culpa e baixa auto estima (DINIZ, 2006).

Na década de 1980 as relações de gênero passaram a ter uma visibilidade no cenário mundial e, apesar de diferentes correntes teóricas sobre o tema, há um consenso que o gênero é uma categoria analítica e histórica, que abre caminho para repensar as questões relativas à mulher enquanto sujeito constituinte de seu próprio destino (SANTOS et al., 2005; FRANCO, 2002). Santos (2005) em seu artigo aborda ideias de diferentes estudos sobre o tema, mas é em Joan Scott (1989) que se encontra a seguinte definição conceitual: “gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças percebidas entre os sexos [...], constitui-se como um campo no qual ou através do qual o poder é articulado”.

A violência de gênero é uma expressão que vem sendo 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, sendo este último, o vetor mais difundido da violência de gênero (SAFFIOTTI, 2004).

A violência de gênero 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 da magnitude da violência na gravidez dependa, em geral, da definição empregada e dos métodos de investigação utilizados, estudos têm demonstrado que sua prevalência varia de 0,9% a 35% e que a violência na gravidez está associada à ocorrência de violência antes da gravidez (HEISE et al., 1995; GAZMARARIAN et al., 1996; PALLITO, 2004; CASTRO E RUIZ, 2004). 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., 2002). Ainda na cidade de São Paulo, Durand e Schraiber (2007)

identificaram que 20% das mulheres usuárias do serviço público de saúde referiram ter sofrido algum tipo de violência na gravidez e Ludermir et al. (2010) encontraram uma prevalência de violência (psicológica, física ou sexual) de 30,7% na cidade do Recife.

A violência durante a gestação pode levar a abortos e partos prematuros, ruptura prematura de membranas, recém nascidos prematuros e de baixo peso, hemorragias, ruptura de útero e histerectomias (COKKINIDES et al., 1999; NUÑEZ-RIVAS et al., 2003). Paralelamente, pode interferir nas relações subjetivas das mulheres com a maternidade, na recusa ou busca tardia pelos cuidados do pré-natal e/ou desencadear doenças mentais leves, como a ansiedade, ou mais severas, como depressão na gravidez e no pós-parto (ELLSBERG et al., 2001; LEUNG et al., 2002; MORAES et al., 2006).

Agressões físicas e /ou sexuais, isoladas ou associadas com violência psicológica aumentam o risco de suicídios, de homicídios por parceiro íntimo durante a gravidez e de mortalidade perinatal, mesmo considerando que a mortalidade perinatal consequente à violência de gênero se caracteriza como uma situação de extrema gravidade (CAMPBELL, 1999; GRANJA, 2002).

A morbidade, a mortalidade de mulheres e a mortalidade materna produzidas pela violência são objetos de inúmeros estudos. Dentre as referências mencionadas no Brasil, verifica-se que as causas externas se encontram como uma das responsáveis mais frequentes pela mortalidade de mulheres em idade reprodutiva (25%), sendo os homicídios responsáveis por 13% das mortes. Observando-se as necropsias realizadas entre as mulheres vítimas de homicídio durante o período reprodutivo (14 - 49 anos), 11,2% apresentaram útero gravídico, indicando que as mulheres foram assassinadas nessas gravidezes (DINIZ E D'OLIVEIRA, 1998).

Em relação à violência física na gestação, estudos internacionais encontraram uma prevalência entre 0,9% a 20,1%, estando a maior parte deles entre o espectro de 3,9% a 8,3% (GAZMARARIAN et al., 1996). Revisão acerca deste problema em países em desenvolvimento mostra uma variação entre 4% a 29% (NASIR E HYDER, 2003).

## 2.2 Mortes Maternas e Causas Externas

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Doenças - CID 10ª Revisão (OMS,1993), 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, independente 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” (OMS, 1978).

As mortes maternas podem ser classificadas em causas *obstétricas* e *não obstétricas*. As mortes maternas obstétricas podem resultar de causas *diretas* ou *indiretas*. As causas diretas resultam de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, devida às intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações, tais como hemorragia, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo e acidente anestésico. As causas indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolvem durante a gestação (intercorrentes) e que não se devem a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, por exemplo, cardiopatias e outras doenças crônicas (BRASIL/MS, 2002).

As causas não obstétricas são aquelas denominadas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e também podem ser apresentadas como morte não relacionada. Esses óbitos não são incluídos nas estimativas de mortalidade materna. O somatório das mortes maternas obstétricas com as não-obstétricas correspondem à totalidade da mortalidade materna (BRASIL/MS, 2002).

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). Esta define 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” (ELLERBROCK et al., 1988; CDC, 2003). A partir dessas definições foi criado em 1987, nos Estados Unidos, o Sistema de Vigilância da Mortalidade na Gravidez (*Pregnancy Mortality Surveillance System*), que analisa todos os óbitos nos quais se identifica uma gravidez e busca-se aumentar a precisão das informações sobre as mortes ocorridas neste período, além da clássica definição de mortes maternas da CID 10 (OMS,1993).

No Brasil, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975/1976, o qual foi imprescindível para minimizar as dificuldades existentes na obtenção de dados de mortalidade abrangentes e confiáveis, além de representar um grande avanço na produção de informações no país (HARAKI et al., 2005). O instrumento de coleta de dados desse sistema é a Declaração de Óbito (DO), que foi padronizado e implantado em todo território nacional não só para o atendimento de exigências legais, mas com o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil epidemiológico da mortalidade de toda população (BRASIL, 2004).

Com objetivo de aprimorar a vigilância da mortalidade materna, a OMS sugeriu a introdução de variáveis na DO que identificassem as mortes de mulheres em idade fértil na presença de gravidez (LAURENTI et al., 2000). No Brasil, em 1995 foram incluídas as variáveis 43 (se o a morte ocorreu na gravidez, parto ou aborto) e 44 ( se a morte ocorreu no puerpério: até 42 dias; 43 dias a 1 ano; não e ignorado). Atualmente, a versão nova da DO (2010) estas variáveis foram substituídas pela variável 37 (a morte ocorreu na gravidez; no parto; aborto; até 42 dias após o parto; de 43 dias a 1 ano após o parto; não ocorreu nestes períodos e ignorado) (MS, 2010).

Em relação às informações contidas na DO, o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2002) utiliza as seguintes definições para a morte materna:

- *Morte materna declarada* – quando as informações contidas na DO mencionam a presença de uma gravidez por ocasião do óbito, por incluir um dos diagnósticos apresentados na CID ou por fazer menção ao estado gestacional na Parte I ou II da DO.

- *Morte materna não declarada* – quando na DO não há referência à gravidez, parto ou puerpério (na parte I e II do atestado médico e nas variáveis número 43 e 44), de modo que apenas após as investigações o óbito é identificado como materno.

A portaria do Ministério da Saúde nº1119 de 5 de junho de 2008 que regulamenta a vigilância de óbitos maternos, estabelece que todos os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Com isto, pretende identificar fatores determinantes e suas possíveis causas, a fim de subsidiar a adoção de medidas de prevenção e controle.

Para se conhecer o nível da mortalidade materna utiliza-se a Razão de Morte Materna (RMM) que consiste na relação entre o número de óbitos por causas maternas e os nascidos vivos, no mesmo período e local.

Portanto, a RMM é expressa da seguinte forma:

$$RMM = \frac{\text{Número de mortes maternas numa determinada área e período}}{\text{Número de nascidos vivos na mesma área e período}} \times 100.000$$

A OMS, em parceria com o *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), estimou um total de 585.000 a 600.000 mortes maternas no mundo, para os anos de 1990 e 2000, respectivamente, sendo 99% dessas em países do terceiro mundo, sugerindo que a morte materna é um indicador sensível das desigualdades sociais (WHO/UNICEF, 1996). Desta forma, não existe outro indicador em saúde pública que mostre maior disparidade entre os países, em função de sua riqueza e desenvolvimento, que a mortalidade materna (DULEY, 1992).

Em 2000, definido em conferência da ONU, o quinto objetivo do milênio estabelece o compromisso dos países signatários em reduzir, até o ano de 2015,  $\frac{3}{4}$  dos níveis de mortalidade materna observados nos anos 90. No

contexto brasileiro, avaliações e estimativas apontam que o ritmo atual da redução das mortes maternas no país não será suficiente para atingir a meta proposta (MARCONDES E BELON, 2008).

Apesar das razões de mortalidade materna brasileiras apresentarem-se elevadas, o número de mortes maternas ainda permanece subestimado. No Brasil, nas duas últimas décadas, foram realizados estudos em alguns estados com o objetivo de dimensionar a real magnitude do problema. Em São Paulo, no ano de 1986, Laurenti et al. (1990), avaliando a fidedignidade das informações contidas na DO de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade) observaram elevada subinformação de óbitos por causas maternas. Nesse grupo, a morte por causa materna passou da 8ª para a 5ª posição dentre as causas de morte, após a investigação do óbito, com consulta aos prontuários, entrevista com os familiares e análise de registros de necropsia.

A RMM oficial que era 44,5 elevou-se para 99,6 por 100.000 NV, o que corresponde a um fator de correção de 2,24. Entre 1991 e 1995, estudo realizado no Estado de São Paulo mostrou, após a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, um subregistro em torno de 40% (HADDAD E SILVA, 2000). Em Recife, Albuquerque (1994) estudando os óbitos maternos ocorridos em 1992 -1993 observou uma subnumeração de 50%.

Essa realidade não se alterou, pois em estudo realizado em 2002 por Laurenti et al., (2004) em capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, com exceção de Porto Velho, foi encontrado após investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil um aumento de 67% no número de óbitos por causas maternas. Esta pesquisa também revelou que dentre as 224 mortes ocorridas durante o ciclo gravídico-puerperal, 19,2% foram homicídios e 7,1% suicídios.

Vários esforços foram dispensados no sentido de melhorar a qualidade da informação do óbito materno. Neste sentido, os comitês de mortalidade materna são importantes instrumentos de controle social, que contribuem para a discussão da problemática da mortalidade materna, sua gravidade, seus efeitos sociais e de saúde, bem como para a possibilidade de prevenção do óbito materno e recomendações de medidas adequadas (BRASIL, 2002).

No Brasil, os primeiros Comitês Estaduais foram criados no estado de São Paulo, no final da década de 1980, com a participação de representantes do movimento organizado de mulheres. A partir daí o movimento ganhou maior dimensão, chegando a outros estados (RODRIGUES E SIQUEIRA, 2003).

No ano de 1988, o MS passou a organizar seminários regionais em todo o país, com o objetivo de discutir um Programa Nacional de Prevenção de Mortes Maternas (FAÚNDES E CECATTI, 1991). Em 1994, o MS publicou o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Também foi criada a Comissão Nacional de Mortalidade Materna, através da Portaria nº 773 de 07 de abril de 1994, sendo esta responsável pela elaboração do Plano de Ação para a Redução da Mortalidade Materna. Em 1998 foi criado o Comitê Municipal de Estudos da Mortalidade Materna (CMEMM) em Recife (BRASIL/MS, 1995).

Em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL/MS, 2004) reafirmou que todos os óbitos de mulheres em idade fértil devem ser investigados nos níveis municipais, porém o que se observa é uma relação de custo-benefício, que acaba por privilegiar a investigação dos óbitos por causas obstétricas a serem usados na construção dos indicadores de mortalidade materna, deixando “de fora” outras causas de óbito, dentre estas, as causas externas. O sistema de vigilância dos óbitos maternos do município do Recife, por exemplo, até 2002 investigava apenas óbitos maternos presumíveis, dos quais eram excluídos aqueles cujas causas básicas declaradas fossem neoplasias e causas externas.

A contribuição das causas externas (acidentes e violências) para a mortalidade materna vem sendo discutida em muitos países. Estudos conduzidos a partir da década de 1990 tem mostrado que muitas mortes violentas estão relacionadas à condição da gravidez, questionando o caráter acidental de sua ocorrência. Granja et al. (2002), considera que existe omissão em enfatizar que as mortes violentas ocorrem durante a gravidez por acaso. Outros autores (KRULEWITCH et al., 2001; WALKER et al., 2004; CAMPERO et al., 2006) afirmam que 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.

As causas externas constituem um conjunto de causas de morte definidas como causas não-naturais. Estas causas estão agrupadas no Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão de 1993. No Brasil, a mortalidade por causas externas entre mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos) tem crescido nos últimos anos, representando a 3ª causa de morte entre mulheres desse grupo etário e a 2ª causa para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (LAURENTI et al., 2004; DATASUS, 2008).

Estudo realizado no Brasil sobre a mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na mortalidade materna realizado no primeiro semestre de 2002 mostrou que os homicídios foram às causas mais frequentes (39,2%), seguidos dos acidentes (37%) e suicídios, com 17,5%. Excluindo-se os acidentes, mais de metade desses óbitos foram decorrentes das chamadas *causas violentas* (LAURENTI et al., 2004). Em Pernambuco, dados de investigações de óbito materno revelam a ocorrência de suicídios decorrentes de gravidezes indesejadas e homicídios na gravidez consequentes à violência gênero (SES-PE, 2006).

Alguns fatores relacionados às mortes por causas violentas contribuem para sua subinformação, pois a violência infligida contra as mulheres, em sua grande maioria, ocorre na esfera do privado e por parceiro íntimo, sendo muitas vezes desconhecida dos outros membros da família e dos amigos. Outro ponto importante é que viver em situação de violência pode interferir na autonomia e mobilidade dessas mulheres e inviabilizar possíveis redes de apoio, sejam estas, institucionais ou familiares. 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. Nestas situações, as mortes por causas violentas surgem como as primeiras revelações de um cotidiano de iniquidades, discriminação e violência de gênero (VALONGUEIRO E ANTUNES, 2009).

Além disso, em muitos casos de mortes por causas externas, o médico legista declara apenas a natureza da lesão, deixando de reportar as circunstâncias nas quais estes óbitos ocorreram, ou seja, se um homicídio, suicídio ou acidente (MELLO JORGE et al., 2002).

No sentido de discutir a relação entre causas externas e mortalidade materna Valongueiro e Antunes (2009) propõem uma forma de classificação a ser acrescida ao capítulo XV, “Complicações da gravidez, parto e puerpério”, da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (1993), que permita, após cuidadosa investigação, considerar algumas mortes por causas externas como mortes maternas. Sendo assim, as autoras criaram um código específico preenchendo uma categoria vazia, contendo dígitos que vão de O93.0 a O93.9 (ANEXO), tendo como referencia o Capítulo XX da CID-10. Até o momento, o código O93 não pode ser incluído no SIM, mas permitirá que se calculem indicadores de mortalidade materna com e sem a causa externa.

### 2.3 Homicídio e suicídio na gravidez

Estudos realizados em Moçambique - África (GRANJA et al., 2002), na Carolina do Norte - EUA (PARSONS E HARPER, 1999) e no Distrito de Columbia - EUA (KRULEWITCH et al., 2001), mostraram que os homicídios representam a principal causa de morte por causa externa entre mulheres grávidas, 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 estas, as causas não-obstétricas.

Em 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 (FILDES et al., 1992; DANNENBERG et al., 1995;). Um estudo de caso controle, abrangendo dez cidades americanas, comparou tentativas de homicídios e homicídios consumados por parceiros íntimos (casos) com mulheres que sofreram violência na gravidez (controles) e mostrou que o risco de morrer por homicídio foi três vezes maior (*Odds Ratio* de 3,08; IC 95%: 2,4 - 5,5) entre as mulheres que sofriam violência na gravidez (MCFARLANE et al., 2002).

Campero et al. (2006), em um estudo realizado no México, verificou que entre as 27 mortes maternas precoces identificadas no período analisado, 23 foram por causas obstétricas e 4 por causas violentas, sendo estas últimas, três suicídios e um homicídio. Na Argentina, Rizzi et al. (1998) ao estudar as mortes de mulheres em idade fértil, identificou e classificou 28 mortes maternas por causa violenta. Dentre estas, 2 mortes foram por suicídios, uma por homicídio, 3 por acidentes e 22 por aborto induzido. 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.

Uma pesquisa realizada no Brasil conduzida por Laurenti e colaboradores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) sobre a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva 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.

Embora a relação suicídio e gravidez seja um tema controverso na literatura, alguns autores demonstram a existência de associação entre suicídio e gravidez, ao mesmo tempo em que questionam a sua exclusão na construção dos indicadores de mortalidade materna (RIZZI et al., 1998; WALKER et al., 2004). 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 realizado 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 indesejada, não sendo, no entanto, possível determinar se a intenção era o suicídio ou a interrupção da gravidez.

Em Pernambuco, casos de suicídios para esconder uma gravidez indesejada, suicídios resultantes de tentativas de interrupção de gravidez precoce e homicídios cometidos por parceiros que negavam a paternidade foram registrados por Valongueiro (1996; 2006) e Valongueiro et al. (2003). Nestes estudos, foram necessárias cuidadosas investigações em prontuários médicos, serviços de necropsia e entrevista com familiares e amigos próximos, método RAMOS (WHO, 2000).

Para alguns autores (KRULEWITCH et al., 2001; GRANJA et al., 2002; WALKER et al., 2004; CAMPERO et al., 2006; ESPINOZA E CAMACHO, 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 soro-positividade para HIV. Nesta linha de argumentação, eles defendem que se a violência de gênero for responsável pela morte de mulheres grávidas ou puerpéras, tais mortes devem ser investigadas e classificadas como mortes maternas por causas obstétricas indiretas.

Há, ainda, pesquisas que apontam para a associação da violência durante a gestação como um amplo conjunto de impactos negativos na saúde materna e neonatal. Entre as principais complicações à saúde da mulher já

identificadas estão a depressão, o uso de álcool e outras drogas, o consumo de cigarro, a anemia, as hemorragias no primeiro e segundo semestre, o ganho de peso abaixo do ideal, padrões alimentares não saudáveis e gravidez indesejada (NUNEZ-RIVAS et al., 2003; PALLITO, 2004). Além disso, há indicações de que as mulheres que sofreram violência tendem a começar o atendimento pré-natal tardiamente, no terceiro trimestre da gravidez, o que por si só pode ser um fator de risco para diversos problemas gestacionais (MCFARLANE et al., 1992; HEISE et al., 1999).

Considerando que a mortalidade por causas externas ocorrida durante a gravidez ou puerpério precoce, inclusive suicídios por depressão puerperal, são classificadas como causas não obstétricas e automaticamente excluídas da construção dos indicadores oficiais de mortalidade materna, este estudo justifica-se pela:

- Necessidade de contribuir com a argumentação internacional de que estes óbitos não ocorrem por acaso, enfatizando a urgência da revisão da classificação das mortes maternas na próxima CID -11 pois sua exclusão do cálculo dos indicadores aumenta os níveis de subinformação;
- Importância em quantificar e qualificar as informações sobre as causas/motivos da violência (homicídios e suicídios) contra a mulher, principalmente, no período gravídico-puerperal;
- Utilização do código O93 como estratégia de classificação das mortes maternas por causas mal definidas e causas externas.

### 3 OBJETIVOS

#### Geral

Estudar a mudança da mortalidade materna considerando as circunstâncias relacionadas aos óbitos classificados por causas externas e causas mal definidas em mulheres em idade fértil, residentes na cidade do Recife, no período de 2004 a 2006.

#### Específicos

1. Descrever a distribuição dos óbitos por causas externas e causa mal definida de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e características relacionadas ao óbito;
2. Estimar a magnitude dos óbitos por causas externas e suas causas específicas (acidentes, homicídios e suicídios);
3. Classificar os óbitos por causas externas ocorridos na gravidez e puerpério precoce de acordo como código O93 (classificação de Valongueiro e Antunes, 2009).

## 4 MÉTODOS

Esta pesquisa integra o projeto: “Mortes Violentas da Gravidez: um problema ainda invisível no Brasil”, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC) da Universidade Federal de Pernambuco, financiado pelo Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde (Portaria MS nº 638/2006), que foi a campo entre 2007 e 2008.

### 4.1 Área do estudo

O estudo foi realizado na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco. O Recife, à semelhança de outras capitais brasileiras está inserido numa região metropolitana densa e com elevados níveis de desigualdades. Encontra-se dividida em seis Regiões Político Administrativas (RPA), que por sua vez, são subdivididas em três microrregiões (MR) que englobam 94 bairros.

A estimativa da população para 2005 (meio do período de estudo) foi de aproximadamente 1.500.000 habitantes, dos quais, aproximadamente 500.000 (34%) eram mulheres entre 10 a 49 anos de idade (IBGE, 2010).

Além de sediar os principais serviços de saúde de referência estadual, a rede própria do Recife conta com 240 Equipes de Saúde da Família, 14 Policlínicas, 11 Centros de Atenção Psicossocial e 3 Maternidades. No município também estão localizados o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) situado na Faculdade de Medicina da UFPE, o Instituto Médico Legal (IML), no bairro de Santo Amaro e o Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco (Ceatox-HR), localizado no Hospital da Restauração (RECIFE, 2011).

O município possui ainda um Comitê Municipal de Mortalidade atuante e desde o ano de 2003, ano quando todos os óbitos de mulheres em idade fértil, independente da causa declarada, passaram a ser investigados pela Vigilância Epidemiológica do Município.

Como apoio às mulheres vítimas de violência doméstica, a cidade dispõe de uma Delegacia Especializada da Mulher, um Centro de Atendimento à Mulher com a casa abrigo e serviços de aborto legal na maioria de suas

maternidades públicas. Conta ainda com órgãos do governo como a Coordenadoria da Mulher, o Conselho Municipal da Mulher e com algumas instituições feministas como, o SOS Corpo (Instituto Feminista para a Democracia), o Grupo Curumim, o Grupo Loucas de Pedra Lilás, entre outras, e sedia o Fórum de Mulheres de Pernambuco.

#### 4.2 Desenho e população de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal, cuja principal fonte de dados foi a declaração de óbito de mulheres em idade fértil residentes em Recife, registradas no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2006 pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria Municipal de Saúde. Esses óbitos foram investigados no IML, nos serviços de saúde e nos domicílios das mulheres falecidas.

Uma média de 600 óbitos de mulheres residentes, com idade entre 10 e 49 anos, a cada ano são registrados pelo SIM (Quadro 1).

Quadro1- Distribuição dos óbitos e Razão de Mortalidade Materna de mulheres residentes no município do Recife, 2004 a 2006.

<b>Óbitos /RMM</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Total</b>
<b>Nº de óbitos MIF*</b>	661	629	623	1907
<b>Nº de MIF* por causas externas</b>	128 (19%)	127 (20%)	113 (18%)	368 (19%)
<b>Nº de óbitos maternos</b>	21	10	18	49
<b>RMM*</b>	91,9	43,3	78,7	71,2
<b>Total de óbitos femininos por causas externas</b>	216	226	226	668

\*MIF – Mulheres em Idade Fértil (10-49 anos); RMM – Razão de Mortalidade Materna.

Fonte: SIM/GOIMN/GEPI/DVS/SMS-Recife

### 4.3 Procedimentos técnicos

A pesquisa “Mortes Violentas da Gravidez: um problema ainda invisível no Brasil” utilizou o método RAMOS – (do inglês *Reproductive Age Mortality Survey, ou seja, Inquérito de Mortalidade em Idade Reprodutiva*) (WHO, 2001). Este é baseado na identificação das mortes maternas entre as mortes de mulheres em idade fértil a partir de registros de prontuários hospitalares, laudos dos serviços de necropsia e entrevistas domiciliares. Foram investigados todos os 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) entre 2004 a 2006. Independente de a vigilância epidemiológica municipal assumir a investigação dos óbitos por causa externa (causas não obstétricas), o fato desses não serem incluídos na construção de indicadores de mortalidade materna, pode, em certa medida, minimizar sua importância em relação àqueles por causas obstétricas. No que se refere aos óbitos por causa mal definida, a investigação representa uma segunda tentativa de melhorar a qualidade da informação neste grupo específico e validar a investigação antes realizada.

Foram utilizadas 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 (ANEXO). Estas tem como objetivo descrever o processo de adoecimento /ou complicações e possíveis causas que contribuíram para a morte dessas mulheres.

#### 4.4 Produção dos dados

Na etapa inicial da pesquisa foram realizadas reuniões com a equipe de pesquisadores (profissionais da área de saúde), as instituições envolvidas (secretarias estadual e municipal de saúde do Recife) e a coordenação para discussão do projeto, do método e dos instrumentos que seriam utilizados.

Para o desenvolvimento do projeto duas fontes de dados foram consultadas: dados secundários, composta pelos laudos do IML, de prontuários hospitalares e da Estratégia Saúde da Família; e como fonte primária, as entrevistas conduzidas com os familiares das mulheres falecidas e suas informantes-chaves. Ambas as fontes de informação já são utilizadas rotineiramente pelo município com base na Portaria Estadual de setembro de 1995 (087/95) que discorre sobre a compulsoriedade das investigações de óbitos de mulheres em idade fértil no estado de Pernambuco.

No IML foi realizada uma revisão de todas as DO das mulheres falecidas que foram assinadas por médicos peritos com o objetivo de encontrar informações ou indícios de gravidez nas “guias de remoção de cadáver” e nos laudos necroscópicos, independente de terem sido realizadas avaliações de útero e anexos (presença de embrião ou feto, restos ovulares e placentários, presença de lesões nas trompas, sinais de lesões uterinas, cicatrizes uterinas recentes, nos casos de gravidezes iniciais ou no período puerperal e ainda outros sinais descritos na necropsia).

Buscaram-se também no IML informações sobre intoxicação por drogas, em especial por carbamato (conhecido como *chumbinho*) e drogas consideradas abortivas. Esta etapa desencadeou as investigações domiciliares orientando quanto à presença, ausência ou desconhecimento de gravidez entre as mulheres estudadas.

Durante as entrevistas domiciliares, as famílias ou informantes-chaves das mulheres, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As visitas aos domicílios foram organizadas por bairros de residência das mulheres, obedecendo a uma lógica espacial. As entrevistas foram realizadas

de acordo com a área de residência das mulheres e não com o ano de ocorrência.

Para todos os óbitos, nos três anos de estudo, ao se identificar a gravidez, utilizou-se a ficha de entrevista domiciliar (Q3 - ANEXO) do sistema de vigilância da SES-PE. A distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por causas externas e causas mal definidas do estudo está representada na figura 1.

Após as investigações, os casos com gravidez confirmada foram discutidos pela equipe da pesquisa e codificadores de causa básica, que revisaram todas as causas de óbitos identificadas (maternos obstétricos e não obstétricos) com o objetivo de contribuir para a classificação dos óbitos femininos por causa externa e causa mal definida como *mortes por causa externa relacionada à gravidez* ou como *morte materna obstétrica indireta*. Estes últimos foram discutidos pelo Grupo Técnico do Comitê Estadual de Mortalidade Materna.

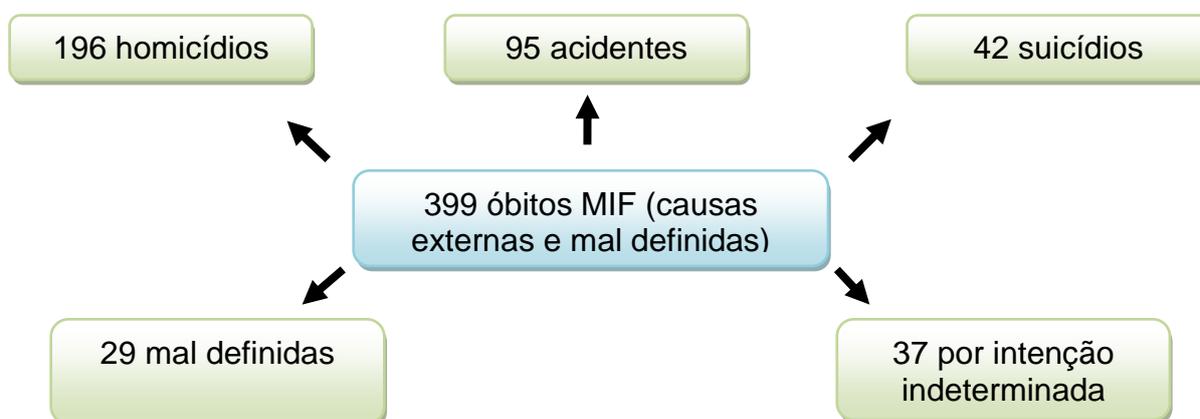


Figura 1 – Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por causas externas e causas mal definidas. Recife, 2004-2006.

#### 4.4.1 Variáveis de estudo

A) Variável dependente: Óbitos por causas externas

B) Variáveis independentes:

B1) Características sócio econômicas e demográficas

Variável	Critério de enquadramento / definição	Categorização
Idade	Considerada em anos completos, a partir da data de nascimento e coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar.	10-19 20-29 30-39 40-49
Raça/cor	Raça/cor da pele da mulher, de acordo com informação registrada na DO e/ou na ficha de coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar.	Branca Negra (considerado a agregação de parda e preta – SANTOS et al., 2007) Indígena Ignorada
Ocupação	Ocupação exercida pela mulher, classificada de acordo com informação registrada na DO e/ou na ficha de coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar.	Aposentada/pensionista, Com ocupação remunerada Sem ocupação remunerada Do lar Estudante Ignorada
Situação Conjugal	Situação conjugal no momento do óbito, de acordo com informação registrada na DO e/ou na ficha de coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar.	Solteira Casada/União consensual Viúva Separada/Divorciada Ignorada
Escolaridade	Número de anos de estudos, de acordo com informação registrada na DO e/ou na ficha de coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar.	1-3 4-7 8-11 Ignorado
Chefe de domicílio	Se a mulher contribuía com a maior parte da renda da família de acordo com informação registrada na ficha de coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar.	Sim Não Ignorado

## B2) Variáveis relacionadas ao óbito

<b>Variável</b>	<b>Critério de enquadramento / definição</b>	<b>Categorização</b>
Local de ocorrência do óbito	Local de ocorrência do óbito registrada na DO e/ou na ficha de coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar.	Hospital Domicílio Transporte/via pública Ignorada
Local de ocorrência da violência	Local de ocorrência da violência registrada na DO e/ou na ficha de coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar.	Rua/via pública Domicílio Comércio/serviço Hospital Não se aplica Ignorada
Abertura de útero e anexos	Se ocorreu abertura de útero e anexos a partir das informações registrada na DO e/ou coletadas no IML durante as investigações.	Sim Não Ignorado
Necropsia	Se foi realizada a necropsia a partir das informações registrada na DO e/ou coletadas no IML durante as investigações.	Sim Não Ignorado
Momento do óbito	Se no momento do óbito havia alguma característica em relação à gravidez registrada na DO (variáveis 43 e 44) e/ou na ficha de coleta de dados, ou seja, na data da visita domiciliar.	Gravidez Aborto/pós aborto Puerpério tardio Não ocorreu nestes períodos Ignorado

#### 4.4.2 Análise dos dados

Entre as variáveis de estudo, inicialmente foram identificadas aquelas que tiveram cobertura acima de 80%. Em seguida, foram selecionados os óbitos de MIF por causas externas, os quais também foram caracterizados seguindo este mesmo critério (JASPERS-FAIJER E ORELLANA, 1994; MELLO JORGE et al., 1996; SILVA, et al., 2001).

Os óbitos nos quais havia confirmação de uma gravidez (morte durante a gravidez, no pós-parto ou pós-aborto) foram classificados de acordo com o código O93 e foram calculadas as razões de proporções antes e após as investigações.

Os óbitos classificados como *mortes por causa externa relacionadas à gravidez* tiveram como referência a recomendação do CDC e ACOG. A elevada prevalência de violência na gravidez (DINIZ et al., 1998; CDC, 2003; PALLITO, 2004; GARCIA-MORENO et al., 2006; SILVA, 2009) e homicídios por parceiro íntimo (SHADIGIAN E BAUER, 2005) e de suicídios decorrentes de vivência em situação de violência (CZEIZEL et al., 1999), justifica o uso dessa definição para classificar esses óbitos como *morte relacionada à gravidez por causa externa*.

Para os óbitos classificados como *mortes maternas obstétricas indiretas por causa externa*, a referência foi a definição clássica de morte materna obstétrica indireta da CID 10 (1993) na qual a “morte materna é aquela que pode ser causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela”, e corrobora os argumentos apresentados na Revisão da Literatura (ALBUQUERQUE et al., 1998; CAMPBELL et al., 1999; LAURENTI et al., 2004; ESPINOZA E CAMACHO, 2006; DOUBOVA et al., 2007; AUDI et al., 2009; VALONGUEIRO E ANTUNES, 2009, entre outros).

Dessa forma, todos os óbitos ocorridos na gravidez ou puerpério precoce nos quais se identificou que a condição da gravidez foi fator que provocou diretamente ou contribuiu para a sua ocorrência (circunstância da morte) foram classificados como *mortes maternas obstétricas indiretas por causa externa*, independente da causa básica inicial.

Em seguida, a esses óbitos classificados foram adicionados os códigos O93, desagregados conforme a circunstância da morte, ou seja, acidente, suicídio, homicídio ou causas com intenção não determinada (ANEXO). Por fim, foram calculadas as razões de mortalidade materna (RMM) antes e depois da classificação com o código O93, utilizando-se como denominadores os nascidos vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do município do Recife no período.

A análise utilizou os programas Epi-info e Excel e os resultados serão apresentados em tabelas, quadros e gráficos.

#### **4.5 Aspectos éticos**

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

Este estudo preserva a confidencialidade dos dados e o anonimato das mulheres que foram a óbito, dos profissionais e instituições de saúde, dos familiares entrevistados, ou de qualquer outra pessoa que tenha contribuído com alguma informação durante o processo de produção dos dados.

#### 4.6 Limites do estudo

O principal limite deste estudo é a subinformação.

- A utilização de dados secundários, resultante de não preenchimento de dados importantes, interferindo na completude das informações no momento da análise;
- Subinformação resultante da omissão de informações importantes pela família por insegurança ou medo, desconhecimento do caso e recusa à entrevista; ainda por dificuldade de localização dos domicílios, mudanças de endereço, por serem áreas de difícil acesso ou consideradas violentas;
- Possível subinformação por esquecimento pela família dos fatos ocorridos – viés de memória. Embora haja uma sugestão de investigar até 180 dias após o óbito, a OMS ressalta que a morte materna é um evento muito marcante e que a memória permanece por muito tempo (WHO, 1994).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil

Foram estudados 399 óbitos de mulheres em idade fértil residentes no Recife cujas causas básicas foram registradas pelo SIM como causas externas e causas mal definidas. Destes, 37,34% foram de mulheres com idades entre 20 e 29 anos seguidas, por aquelas com idades entre 10 e 19 anos (23,56%), estas juntas representam mais de 60% do total dos óbitos (Tabela 1). As faixas etárias de 30 a 39 e 40 a 49 corresponderam a 21,30 e 17,79%, respectivamente.

As mulheres foram em sua maioria classificadas como negras (pardas e pretas) com 80,95% dos óbitos. As demais se caracterizavam como brancas (16,54%) e indígenas (0,25%). Em relação à ocupação, 31,08% tinham ocupação remunerada, 25,56% eram donas de casa e 25,06% eram estudantes, não sendo registrado outro tipo de remuneração. Desses óbitos, quatro (1%) eram mulheres aposentadas e 14,29% tiveram esta variável ignorada.

As mulheres declaradas como solteiras obtiveram o percentual mais expressivo (67,92%), seguida pelas casadas ou por aquelas com união consensual (19,05%). As variáveis escolaridade e chefe de domicílio não foram incluídas na análise devido ao elevado percentual de valores ignorados, em torno de mais de 60% (dados não tabulados). O estudo usou como ponto de corte as variáveis com percentual de ignorado igual ou menor que 20% (JASPERS-FAIJER e ORELLANA, 1994; MELLO JORGE et al., 1996; SILVA, et al., 2001).

Tabela 1 – Distribuição percentual dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas básicas foram registradas como *causas externas* e *causas mal definidas*, segundo algumas características sócio demográficas. Recife, 2004-2006.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>		
10-19	94	23,56
20-29	149	37,34
30-39	85	21,30
40-49	71	17,79
<b>Raça/cor</b>		
Branca	66	16,54
Negra (parda e preta)	323	80,95
Indígena	1	0,25
Ignorada	9	2,26
<b>Ocupação</b>		
Aposentada/pensionista	4	1,00
Com ocupação remunerada	124	31,08
Sem ocupação remunerada	12	3,01
Do lar	102	25,56
Estudante	100	25,06
Ignorada	57	14,29
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteira	271	67,92
Casada/ União consensual	76	19,05
Viúva	7	1,75
Separada/divorciada	10	2,51
Ignorada	35	8,77

Observando a distribuição espacial dos óbitos verifica-se que a maioria se concentra no bairro do Ibura (28), seguido pelos bairros de Santo Amaro (23), Boa Viagem (21), Iputinga (21), Cohab (15) e Várzea (15) (Figura 2).

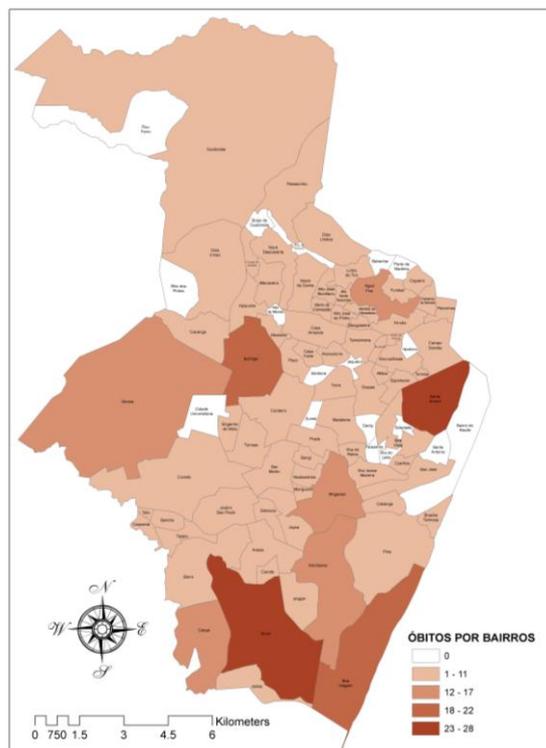


Figura 2 – Distribuição por bairro de residência dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas básicas foram causas *externas* e *causas mal definidas*. Recife, 2004-2006.

Em relação às variáveis relacionadas ao óbito (Tabela 2) 42,11% destes ocorreram em hospital, 35,59% estavam relacionados a algum meio de transporte ou foram em via pública, 17,54% ocorreram em domicílio e 4,76% tiveram esta variável ignorada.

Quanto ao local de ocorrência da causa externa 52,13% ocorreram na rua ou via pública, 25,31% em domicílio, 4,76% da violência ocorreram no comércio ou serviço e 12,53% dessa variável foram ignoradas. Ressalta-se que 4,76% para esta variável recebeu o código *não se aplica*, já que o óbito não ocorreu devido à violência, pois o banco do SIM também era composto pelos óbitos com causas mal definidas.

No que se refere à abertura de útero e anexos 64,16% tiveram esta variável preenchida, em 18,30% não havia referência à abertura de útero e anexos e 17,54% o preenchimento desta variável foi ignorada. Para a maioria dos óbitos, 97,25% foi realizado necropsia.

Com relação à variável relacionada à gravidez no momento do óbito, 3,01% ocorreu durante a gravidez propriamente dita, 0,5% no puerpério tardio (duas mulheres que segundo informações da família tinham filhos menores de um ano, um tinha cinco meses e outro sete meses) e 0,25% no aborto /pós aborto. Em 9,02% dos casos esta variável foi ignorada e 87,22% não ocorreram em nestes períodos.

Tabela 2 – Distribuição percentual dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas básicas foram registradas como *causas externas* e *causas mal definidas* segundo características relacionadas ao óbito. Recife, 2004-2006.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Local de ocorrência do óbito</b>		
Hospital	168	42,11
Domicílio	70	17,54
Transporte/via pública	142	35,59
Ignorada	19	4,76
<b>Local de ocorrência da violência</b>		
Rua/via pública	208	52,13
Domicílio	101	25,31
Comércio/serviço	19	4,76
Hospital	2	0,50
Não se aplica	19	4,76
Ignorada	50	12,53
<b>Abertura do útero e anexos</b>		
Sim	256	64,16
Não	73	18,30
Ignorada	70	17,54
<b>Necropsia</b>		
Sim	388	97,25
Não	11	2,75
<b>Momento do óbito</b>		
Gravidez	12	3,01
Aborto/pós aborto	1	0,25
Puerpério tardio	2	0,50
Não ocorreu nestes períodos	348	87,22
Ignorada	36	9,02

Os 399 óbitos de mulheres em idade fértil no período de estudo segundo a causa básica estão representados no gráfico 1. Observa-se que quase metade dos casos (49,12%) é composta pelos óbitos por homicídio, 23,81% por acidentes, 10,53% por suicídios, 9,27% pelos óbitos que tiveram a causa básica classificada no capítulo das causas externas, porém a intenção foi indeterminada e 7,27% dos óbitos foram por causas mal definidas.

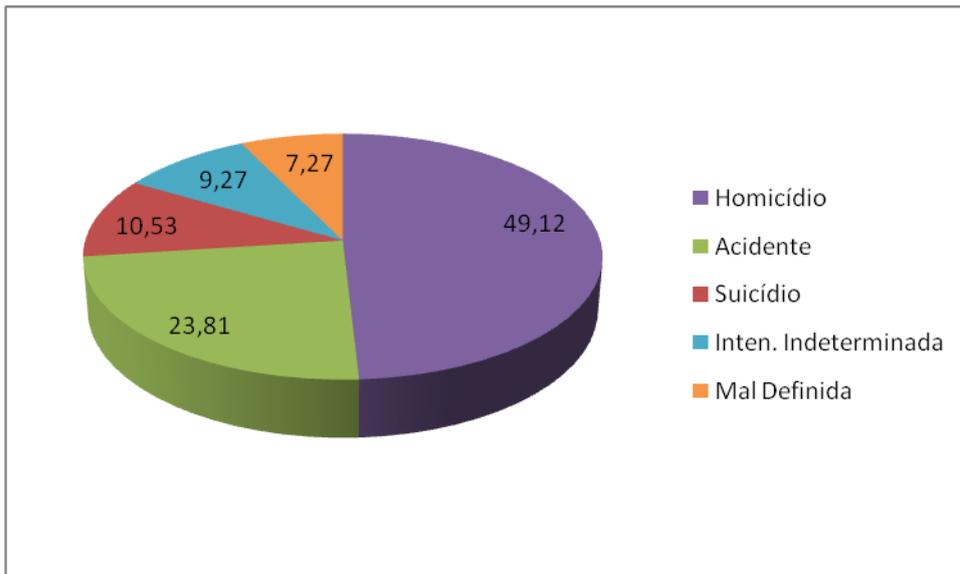


Gráfico 1- Distribuição dos óbitos estudados de mulheres em idade fértil segundo causa básica, após investigação. Recife, 2004-2006.

## 5.2 Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil por causas externas

A caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil no período do estudo que tiveram causa básica classificada como causas externas estão representados segundo faixa etária no gráfico 2.

Analisando todos os casos que ocorreram, observa-se que os óbitos por homicídio apresentam o maior quantitativo em todas as faixas etárias, com uma média em torno de 57%, exceto para a faixa etária de 40 a 49 anos onde 36,51% foram devido aos óbitos por acidente. Enfatiza-se que na faixa etária de 10 a 19 anos, 58,24% foram os óbitos por homicídio, mostrando que a maioria destes acomete uma população muito jovem. Os óbitos por suicídio permaneceram na terceira posição na faixa etária dos 20 a 29 anos (13,38%), já os óbitos por intenção indeterminada ocuparam esta posição nas faixas etárias de 10 a 19 anos e de 40 a 49 anos.

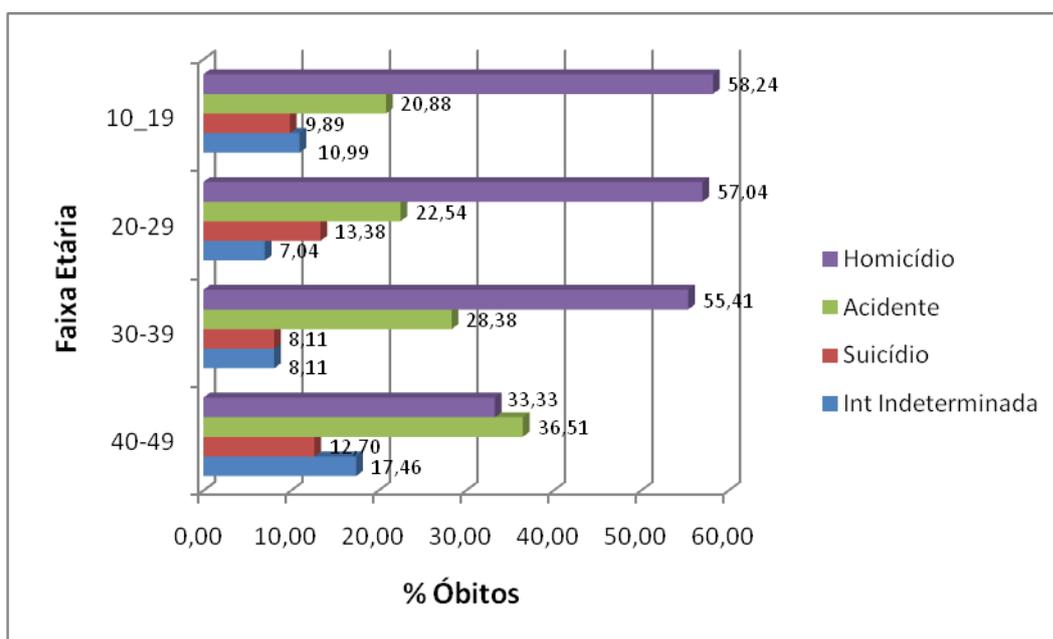


Gráfico 2 - Distribuição dos óbitos por causas externas de mulheres em idade fértil segundo faixa etária e causa básica específica. Recife, 2004 a 2006.

Segundo a variável raça/cor o gráfico 3 mostra que a raça negra é maioria dentre as quatro causas, sendo esta correspondendo a 46,81% dos óbitos por homicídio, seguido pela raça branca.

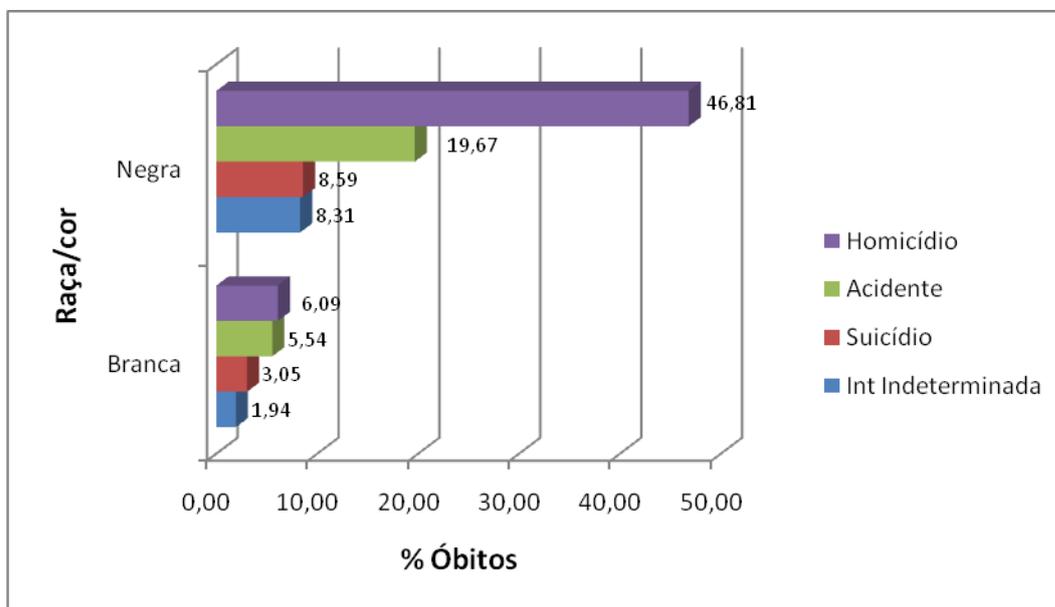


Gráfico 3 - Distribuição dos óbitos por causas externas de mulheres em idade fértil segundo raça/cor e causa básica específica. Recife, 2004 a 2006.

Com relação à ocupação (Gráfico 4) a maioria dos óbitos por acidente, suicídio e intenção indeterminada eram mulheres que tinham algum tipo de atividade remunerada, porém para aquelas que tem como causa básica homicídio a maior parte destas eram estudantes (15,41%), seguida por aquelas que tinham como ocupação do lar e com remuneração, ambas correspondem a 13,51%. Merece destaque o elevado número desta variável ignorada para as quatro categorias.

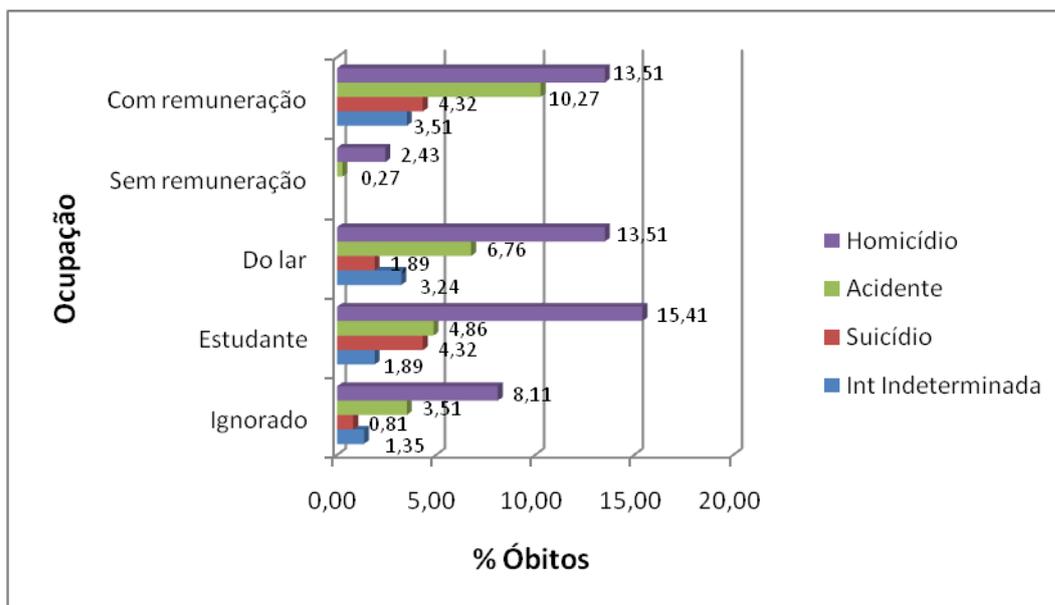


Gráfico 4 - Distribuição dos óbitos por causas externas de mulheres em idade fértil segundo ocupação e causa básica específica. Recife, 2004 a 2006.

Quanto à situação conjugal (gráfico 5) para os quatro tipos de causas externas, observou-se que a maioria das mulheres eram solteiras seguida pelas casadas ou com união consensual. Esta variável também apresenta um número significativo de ignorados.

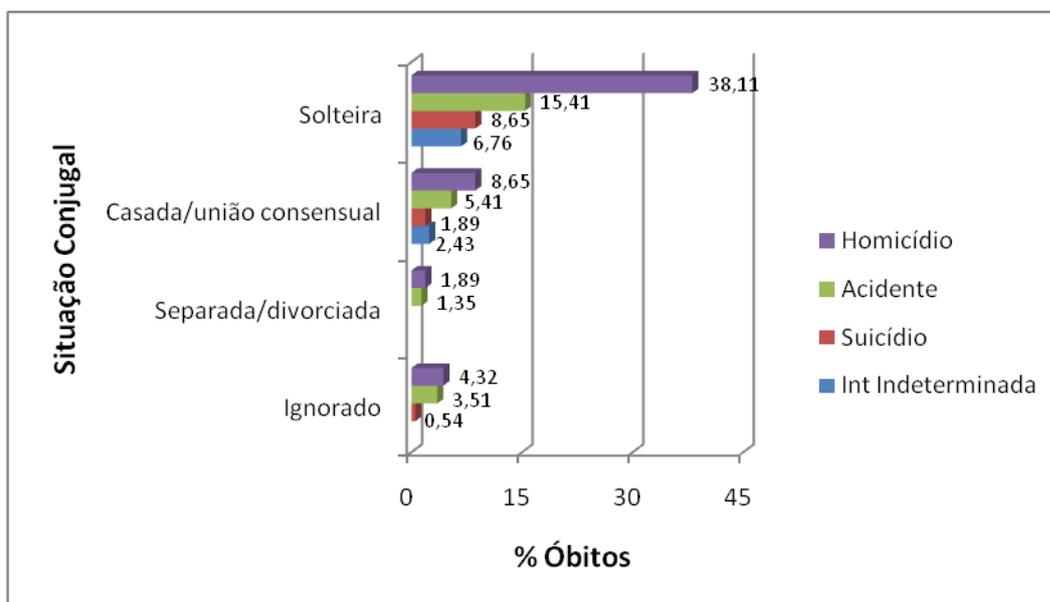


Gráfico 5 - Distribuição dos óbitos por causas externas de mulheres em idade fértil segundo situação conjugal e causa básica específica. Recife, 2004 a 2006.

No que se refere à distribuição destes óbitos por bairro de residência a maioria dos óbitos por homicídio ocorreram no Ibura (17), seguido por Santo Amaro (15), Iputinga (12), Cohab (11), Afogados (8) e Boa Viagem (8). Os óbitos por acidente ocorreram em Boa Viagem (7), seguido pelos bairros de Ibura (5), Campo Grande (4), Santo Amaro (4), Torreões (4) e Vasco da Gama (4). Os óbitos por suicídio foram em Iputinga (3), Santo Amaro (3), Varzea (3), Boa Viagem (2), Dois Unidos (2) e Jordão (2). Com relação à localização dos óbitos com intenção indeterminada a maioria ocorreu no Ibura (4), Nova Descoberta (2), Várzea (2), Boa Viagem (2) e Jordão (2) (Figura 3).

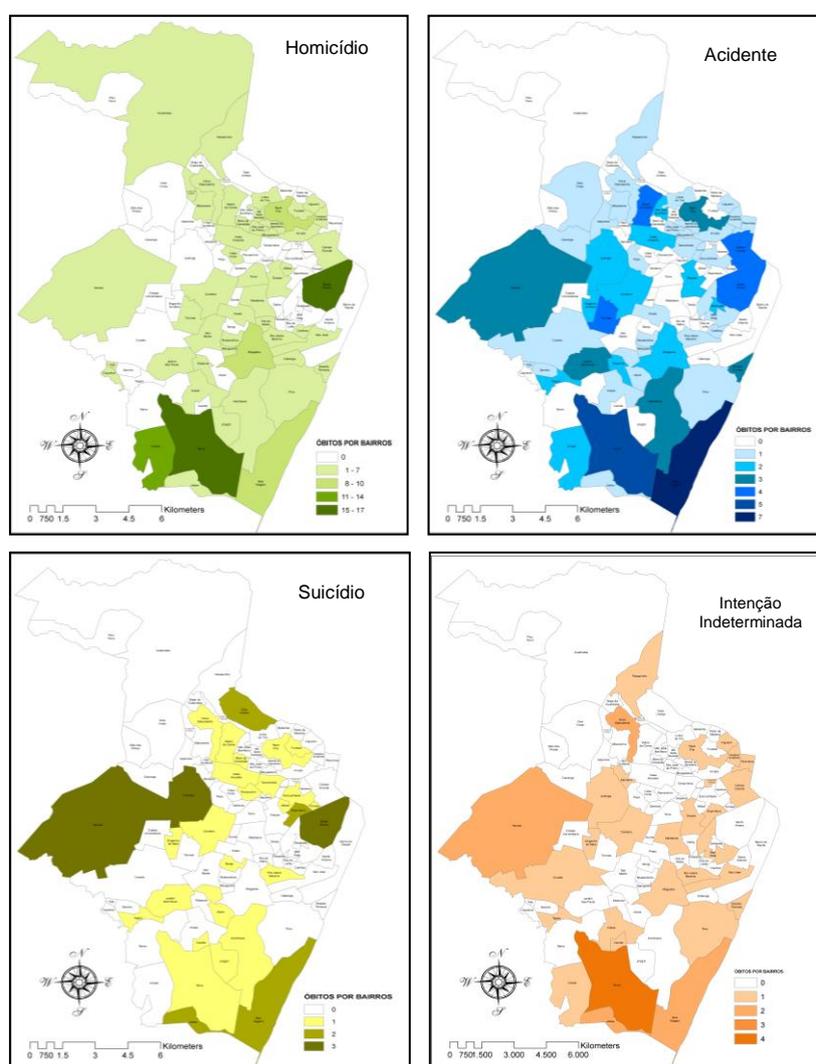


Figura 3 – Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil segundo causas externas (homicídio, acidente, suicídio, e intenção indeterminada) por bairro de residência. Recife, 2004-2006.

### **5.3 Classificação dos óbitos por causas externas e as principais circunstâncias das mortes violentas (homicídio e suicídio) e sua relação com o ciclo gravídico puerperal (código O93)**

Após as investigações realizadas no IML e nos domicílios, foram encontrados 18 óbitos relacionados à gravidez, destes, oito ocorreram no ano de 2004, três no ano de 2005 e sete no ano de 2006. Estes óbitos inicialmente foram classificados tendo a causa básica distribuída da seguinte forma: treze homicídios, quatro suicídios e um com causa básica mal definida (Tabela 3).

Em relação à faixa etária (Tabela 3) 55,56% destas mulheres tinham idade entre 20 e 29 anos, 33,33% entre 10 e 19 anos e 11,11% entre 30 e 39 anos. Acrescenta-se ainda que na faixa etária entre 10 e 19 anos três mulheres tinham idade menor ou igual a 15 anos.

Quanto a raça/cor (Tabela 3) 83,33% foram classificadas como negras, 55,56% tinham entre 4 a 7 anos de estudo e 66,67% eram solteiras/ sem companheiro.

Para os resultados de necropsia 100% dos óbitos realizaram este tipo de procedimento (inclusive uma causa básica registrada como mal definida), porém apenas em 55,56% destes foi realizada abertura de útero e anexos, em 27,78% não foi realizada e 16,67% esta variável ignorada.

No que se refere à distribuição destes óbitos por bairro, três ocorreram em Nova Descoberta, dois em Água Fria e Pina, os demais podem ser observados na figura 4.

Tabela 3 - Caracterização dos óbitos relacionados à gravidez por causas externas após investigação. Recife, 2004-2006.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Ano</b>		
2004	8	44,44
2005	3	16,67
2006	7	38,89
<b>Tipo causa inicial</b>		
Homicídio	13	72,22
Suicídio	4	22,22
Mal definida	1	5,56
<b>Faixa etária</b>		
10-19	6	33,33
20-29	10	55,56
30-39	2	11,11
<b>Raça/cor</b>		
Branca	2	11,11
Negra	15	83,33
Ignorado	1	5,56
<b>Escolaridade</b>		
1 - 3	1	5,56
4 - 7	10	55,56
8 - 11	4	22,22
Ignorado	3	16,67
<b>Situação conjugal</b>		
Solteira	12	66,67
União consensual	5	27,78
Ignorado	1	5,56
<b>Necropsia</b>		
Sim	18	100,00
Não	-	-
<b>Abertura de útero e anexos</b>		
Sim	10	55,56
Não	5	27,78
Ignorado	3	16,67

\*N=18

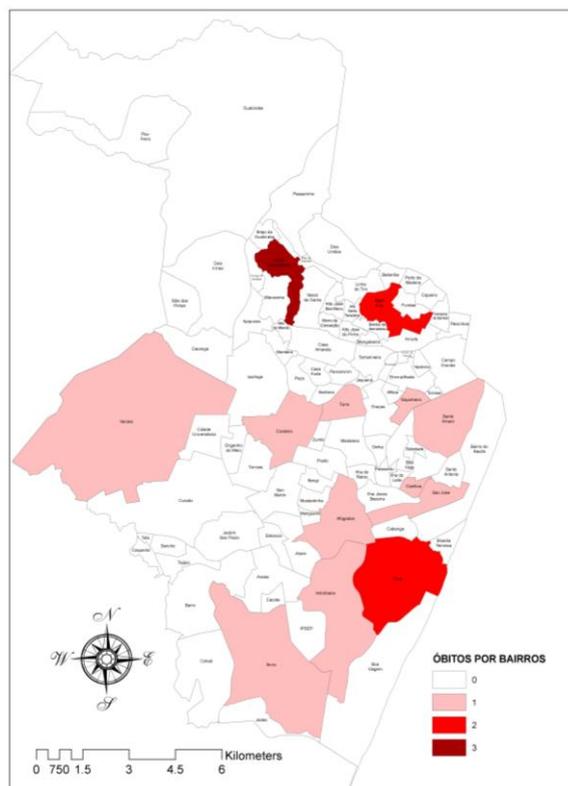


Figura 4 – Distribuição dos óbitos relacionados à gravidez após investigação, por bairro de residência. Recife, 2004-2006.

Na tabela 4 verifica-se a distribuição dos óbitos por causas externas após investigação e sua classificação usando o código O93.

Em 2004, dentre os óbitos classificados inicialmente como causa externa, seis foram por homicídios, um por suicídio e um foi por causa mal definida. Na maioria dos casos as mulheres encontravam-se no primeiro trimestre da gestação.

O óbito por suicídio foi devido ao uso de carbamato, conhecido como *chumbinho*, em tentativa de aborto, embora esta droga seja mais utilizada em tentativa de suicídio. Em um dos homicídios investigados a gestante foi a óbito devido a agressões do companheiro. Os demais óbitos foram por arma de fogo, excetuando-se um por arma perfuro contundente (foice) e o óbito por causa mal definida, onde o corpo foi encontrado no mangue com elevado grau de putrefação.

A principal fonte de investigação foi à entrevista domiciliar, onde em quatro casos houve a confirmação da gravidez. Para a causa final, após a

investigação, dois óbitos foram classificados como morte materna obstétrica indireta, os demais como morte materna relacionada à gravidez. Sendo assim, um óbito foi classificado como morte materna por suicídio (O93.6) e os outros sete como morte materna por homicídio (O93.7).

Para o ano de 2005 dentre os três homicídios registrados, duas das mulheres estavam no primeiro trimestre da gestação e uma no sexto mês de gravidez. Todos os óbitos ocorreram devido à arma de fogo, porém dois foram devido a envolvimento com drogas ilícitas. A principal fonte de informação foi o domicílio. A causa final após a investigação caracterizou os óbitos como morte materna relacionada à gravidez, desta forma os três foram classificados como morte materna por homicídio (O93.7).

No ano de 2006 foram registrados três suicídios e quatro homicídios, sendo que seis mulheres estavam grávidas no primeiro trimestre da gestação e uma no sexto mês. Dos óbitos por suicídio um foi devido ao uso de *chumbinho* consequente a uma gravidez indesejada, outro por envenenamento, porém não se sabe qual droga e o motivo. E o último, uma menina de 13 anos grávida se jogou de um edifício não sendo confirmado o motivo. Todos os homicídios foram por arma de fogo, sendo um destes devido a envolvimento com drogas ilícitas. Quanto à fonte de investigação a maioria foi no domicílio. Em relação à causa final após a investigação um óbito foi classificado como morte materna obstétrica indireta, as demais como morte materna relacionada à gravidez. Desta maneira, três óbitos foram classificados como morte materna por suicídio (O93.6) e os quatro restantes como morte materna por homicídio (O93.7).

Durante todo o período estudado, das treze mortes ocorridas por homicídio, quatro casos apresentaram relatos de envolvimento com drogas.

A seguir são mostrados dois exemplos de óbitos por causas externas (um homicídio e um suicídio) identificados durante as investigações de óbitos de mulheres em idade fértil nos quais os códigos O93 podem ser aplicados:

Tabela 4 - Classificação dos óbitos maternos após investigação segundo o código O93. Recife, 2004-2006.

<b>ANO</b>	<b>IDADE</b>	<b>CAUSA INICIAL</b>	<b>MOTIVO DO ÓBITO</b>	<b>FONTE DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>CAUSA FINAL (pós-investigação)</b>	<b>NOVA CLASSIFICAÇÃO (O93)</b>
2004	14	homicídio (X95.0)	homicídio por arma de fogo pelo companheiro, estava no 1º trimestre da gestação	hospital,domicílio	Morte relacionada a gravidez	O93.7 (X85-Y09)
	15	homicídio (X95.4)	homicídio por arma de fogo, agredida e jogada de uma passarela, estava do 3-4 mês da gestação	IML, domicílio	Morte relacionada a 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 mangue em elevado estágio de putrefação, sofria maus tratos pelo companheiro,estava no 1º trimestre da gestação	domicílio	Morte relacionada a gravidez	O93.7 (X85-Y09)
	22	homicídio (X95.4)	homicídio por arma de fogo, estava no 1º trimestre da gestação	IML	Morte relacionada a 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 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 relacionada a gravidez	O93.7 (X85-Y09)

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 relacionada a gravidez	O93.7 (X85-Y09)
	22	homicídio (X95.4)	homicídio por arma de fogo, estava envolvida com drogas, estava no 6º mês da gestação	IML, domicílio	Morte relacionada a gravidez	O93.7 (X85-Y09)
	24	homicídio (X95.4)	homicídio por arma de fogo, estava envolvida com drogas, estava no 1º trimestre da gestação	domicílio	Morte relacionada a gravidez	O93.7 (X85-Y09)
2006	13	suicídio (X80.0)	suicídio, jogou-se do 5º andar no domicílio, estava no 1º trimestre da gestação	Outros (escola)	Morte relacionada a 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 relacionada a 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 relacionada a gravidez	O93.6 (X60-X84)
	26	homicídio (X95.4)	homicídio por arma de fogo, estava envolvida com drogas, estava no 6º mês da gestação	IML, domicílio	Morte relacionada a 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 relacionada a 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 relacionada a gravidez	O93.7 (X85-Y09)

## Caso Homicídio:

### ***I- Investigação inicial***

**a) Identificação:** 28 anos, branca, tinha entre quatro e sete anos de estudo, vivia em união consensual e trabalhava numa lanchonete.

#### ***Dados do óbito:***

- Óbito ocorrido em 2004. Segundo a DO, o óbito ocorreu na maternidade próxima ao domicílio, mas o corpo foi encaminhado ao IML, que emitiu a Declaração de Óbito (DO).
- A variável 43 da DO (morte ocorreu na gravidez) (SIM) foi preenchida corretamente, ou seja, a morte ocorrera na gravidez. A causa básica original foi:  
I – Choque Hipovolêmico Hemorrágico  
A variável 56 (Prováveis circunstâncias de morte não natural) – foi preenchida como ignorada.

### ***II- Investigação sequencial***

Nesta etapa da investigação foram examinados três documentos: a ficha de atendimento da maternidade, a guia de remoção do cadáver e o laudo tanatoscópico do IML.

- Na *ficha de atendimento* da Maternidade, onde ela foi levada pelo companheiro, constava a seguinte história clínica: “gestante no curso do 9º mês, chega ao serviço morta. Diz o companheiro que ao acordar, a encontrou morta ao seu lado”. Registrava como hipótese diagnóstica: DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) grave. Encaminhada ao SVO.  
O fato de o corpo ter sido inicialmente encaminhado para o SVO pode ser explicado porque o profissional que a atendeu não considerou a hipótese de causa externa, mas DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez), uma causa natural de morte (CID 10, 1993). Embora não haja registro dos motivos da mudança no encaminhamento, segundo a *guia de remoção do cadáver*, o corpo fora conduzido para o IML.

Na *guia de remoção do cadáver* foram encontrados os mesmos registros contidos na *ficha de atendimento*, acrescido da informação sobre o *desconhecimento acerca das circunstâncias da morte* (se homicídio, suicídio ou acidente).

Uma vez depois do óbito, no laudo de necropsia ou perícia tanatoscópica constava:

“...cadáver do sexo feminino em bom estado de conservação, sem evidências de lesões traumáticas, como equimoses, hematomas ou escoriações”. Foi confirmada a presença de gravidez “...“ feto do sexo feminino, medindo 45 cm, “... placenta conservada, colo uterino dilatado em 4 cm”. Ao exame abdominal: “hemorragia interna abdominal decorrente de uma lesão esplênica/e ou pancreática, de etiologia espontânea ou traumática”. Decidiram colher vísceras para estudo anatomopatológico.

Aproximadamente seis meses depois do óbito, o resultado do exame anatomopatológico afirmou que a causa da morte decorreu de hemoperitônio em função de rotura traumática esplênica, descartando-se a hipótese de pancreatite necrohemorrágica.

### **III- Entrevista domiciliar**

A entrevista domiciliar foi realizada com a mãe da falecida, após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram acrescentadas informações sobre a paridade (04 gravidezes e três nascidos vivos a termo), não realização de pré-natal, última gravidez em 2002 e sobre as condições de vida antes do óbito.

Segundo a mãe, a filha foi assassinada pelo ex-marido, que era envolvido com drogas. Há alguns anos que ela vinha sendo agredida, o que não cessou durante esta gravidez. Ela estava no nono mês de gestação. A família só teve conhecimento da gravidez no quinto mês, porque a mulher sentia vergonha por causa da violência que sofria em casa. Quando ela aparecia com hematomas, dizia que havia se machucado na “lanchonete” (onde trabalhava). Mãe confirma que a filha foi espancada antes de falecer, pois referia muitas dores abdominais. Ainda segundo a informante, o ex-

companheiro de sua filha praticava lutas marciais e usava travesseiro para espancar a mulher sem deixar marcas no corpo.

Diante da riqueza das informações, a coordenação da pesquisa decidiu submeter o caso a discussão no GT do Comitê Estadual de Mortalidade Materna (GT-CEEMM). Para isto convidou, além do grupo habitual, uma médica perita do IML e a entrevistadora. Após a discussão, foi confirmada a causa básica da morte registrada no laudo do IML (rotura esplênica traumática) e concluiu que a circunstância da morte fora homicídio, causado por agressão direta no abdome. O útero aumentado de volume (9º mês de gestação) comprimiu e rompeu os vasos do baço levando a hemorragia aguda. Após a discussão, a causa básica foi reclassificada como:

**IV- Proposta de causa básica final:**

I – Rotura esplênica traumática – S36.0

Homicídio (Outras síndromes de maus tratos pelo esposo ou companheiro):  
Y07.0

II - Morte Materna (Obstétrica Indireta) por homicídio: O93.7

**V- Comentários:**

Este caso mostra uma mulher que há alguns anos vinha sofrendo agressões e maus tratos pelo ex-companheiro. Na investigação domiciliar a mãe da falecida mostrou um boletim de ocorrência a 1ª Delegacia Especializada da Mulher com data há mais de um ano do falecimento da mulher. Nenhuma providencia foi tomada com relação ao ocorrido. Diante dos fatos, justifica sua classificação como morte materna por homicídio. A morte foi considerada evitável pelo GT-CEEMM. Foram considerados como fatores de evitabilidade aqueles ligados a condições sociais das mulheres e da comunidade. Como as não obstétricas (violentas) não integram os indicadores de mortalidade materna, os comitês só incorporam como fatores de evitabilidade aqueles relativos a causas obstétricas.

## Caso Suicídio:

### ***I- Investigação inicial***

**a) Identificação:** 18 anos, parda, tinha entre oito e treze anos de estudo, solteira e estudante.

**Dados do óbito:**

- Óbito ocorrido em 2004. Segundo a DO, o óbito ocorreu no hospital, o corpo foi encaminhado ao IML, que emitiu a Declaração de Óbito (DO).
- A variável 43 (morte ocorreu na gravidez) (SIM) não foi preenchida. A causa básica original foi:

I – Indeterminada

A variável 56 (Prováveis circunstâncias de morte não natural) – foi preenchida como ignorada.

A variável 59 (Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local da ocorrência) – consta a seguinte observação: colhido vísceras para exame toxicológico.

### ***II- Investigação sequencial***

Nesta etapa da investigação foram examinados três documentos: a guia de remoção do cadáver, o laudo do SVO e o laudo do IML.

- A guia de remoção do cadáver constou apenas que a mulher havia chegado ao hospital torporosa após crise convulsiva. No SVO foi realizado o exame externo e uma incisão pubiana. Após estes procedimentos a mulher foi transferida para o IML. O laudo emitido pelo IML para o exame interno indicou presença de útero grávidico com feto de idade gestacional de aproximadamente 12 semanas. Ao analisar o estômago o IML detectou presença de grãos de coloração preta sugestivos de “grãos de chumbinho”. O exame toxicológico foi positivo para *chumbinho*.

**III- Entrevista domiciliar**

A entrevista domiciliar foi realizada com a mãe da falecida, após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Segundo relato, a mãe afirma que a filha não tinha filhos e que namorava há um ano. Ao chegar em casa, após o trabalho, a mãe encontrou a filha desmaiada no quarto com muita “espuma pela boca”. A família só teve conhecimento da gravidez após o laudo do IML. A mãe relata que o namorado afirma desconhecer o fato, porém acredita que este não aceitou a gravidez e a filha se suicidou com *chumbinho* em tentativa de abortamento.

**IV- Proposta de causa básica final:**

I - Suicídio (auto intoxicação por exposição, intencional, a pesticidas): X 68.0

II - Morte Materna (obstétrica indireta) por suicídio: O93.6

**V- Comentários:**

Neste caso observa-se o desconhecimento da gestação pela família, a falta de apoio do companheiro e a dificuldade de acesso a interrupção da gravidez não permitida por lei (Brasil, 1940) como fatores que levaram à mulher a tentar interromper a gravidez. Desta forma justifica-se a classificação deste óbito como morte materna obstétrica indireta por suicídio.

#### 5.4 Causas externas classificadas e a mudança nos indicadores de Mortalidade Materna

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) antes e após sua classificação utilizando o Código O93 pode ser observada na tabela 5. Verifica-se que para os anos de 2004 e 2006 houve um incremento de mais de 35% e 2005 de 30%, o que mostra uma subinformação adicional a este indicador.

Tabela 5 - Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação (morte materna obstétrica indireta e relacionada à gravidez) utilizando o Código O93, Recife 2004 a 2006.

Anos	RMM		
	Clássica*	Classificada O93	Incremento (%)
2004	91,71	126,65	38,10
2005	43,09	56,02	30,00
2006	79,48	110,39	38,89
TOTAL	71,27	97,45	36,73

\* CID 10 (1993)

A tabela 6 mostra a variação da RMM acrescentando apenas os óbitos classificados como morte materna obstétrica indireta e a tabela 7 com os óbitos por morte materna relacionada à causa externa.

Tabela 6 - Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação como morte materna obstétrica indireta, utilizando o Código O93, Recife 2004 a 2006.

Anos	RMM		
	Clássica*	Classificada O93	Incremento (%)
2004	91,71	100,45	9,52
2005	43,09	-	-
2006	79,48	83,90	5,56
TOTAL	71,27	75,63	6,12

\* CID 10 (1993)

Tabela 7 - Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação como morte materna relacionada à causa externa, utilizando o Código O93, Recife 2004 a 2006.

Anos	RMM		
	Clássica*	Classificada O93	Incremento (%)
2004	91,71	117,91	28,57
2005	43,09	56,02	30,00
2006	79,48	105,98	33,33
TOTAL	71,27	93,08	30,60

\* CID 10 (1993)

Os dados da tabela 8 mostram a variação das RRM por faixa etária antes e após a classificação utilizando o código O93. Observa-se que a faixa etária de 10 a 19 anos obteve o maior incremento em todo período onde este teve um valor expressivo de 200%. Na faixa etária de 20 a 29 e 30 a 39 anos a variação foi de 40,00 e 11,11%, respectivamente. A faixa dos 40 a 49 anos não obteve variação porque esta não apresentou casos de óbitos maternos após as investigações realizadas.

Tabela 8 - Razão de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) antes e após classificação (morte materna obstétrica indireta e relacionada à gravidez) utilizando o Código O93, segundo faixa etária. Recife 2004 a 2006.

Faixa etária	Antes	Depois	Variação (%)	Razão de Razão
10-19	20,99	62,97	200,00	3,00
20-29	67,15	94,01	40,00	1,40
30-39	112,11	124,56	11,11	1,11
40-49	257,95	-	-	-

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo trazem uma contribuição muito importante ao utilizar uma nova abordagem metodológica para classificar as mortes por causas externas ocorridas em mulheres grávidas ou puérperas.

Dentre todos os óbitos de mulheres em idade fértil para 2004, 2005 e 2006, os óbitos maternos corresponderam a 3,17%, 1,58%, 2,88% respectivamente. Este percentual se aproxima do encontrado para o Brasil (BRASIL, 2010) e embora o número absoluto seja relativamente pequeno, em geral, encontram-se subestimados (DANNENBERG et al., 1995; HADDAD E SILVA, 2000; LAURENTI et al., 2004; CASTRO et al., 2004; DINIZ, 2006). Além disso, em trabalhos realizados a partir de investigações de óbitos de mulheres em idade fértil por causas externas, os óbitos maternos relacionados à gravidez encontrados apresentam volume semelhante. No Recife, em especial, a taxa de homicídio feminino se mantém como uma das mais elevadas entre as capitais brasileiras (DATASUS, 2008), no entanto, apenas em 2003 os óbitos por causas externas passaram a ser investigados pela vigilância do óbito materno (RECIFE, 2010). Os achados deste estudo, portanto, buscam reafirmar a importância da violência contra a mulher como um problema de saúde pública e de desigualdade de gênero (COKKINIDES et al., 1999; CAMPERO et al., 2006; ESPINOZA E CAMACHO, 2006; GARCIA-MORENO et al., 2006).

Ao se descrever o total de óbitos investigados, houve maior concentração na faixa etária de 20 a 29 anos, independente da existência ou não de uma gravidez. As mulheres que faleceram por causa externa foram, em sua maioria, negras, com baixa escolaridade e solteiras, semelhante ao encontrado na maioria dos estudos sobre mortalidade materna (ALBUQUERQUE, 1994; LEITE, 2004; LAURENTI et al., 2004; VALONGUEIRO, 2006), e nos estudos de óbitos de mulheres em idade fértil por causa violenta (RIZZI, et al., 1998; CASTRO E RUIZ, 2004; WALKER et al., 2004).

Os achados aqui apresentados reafirmam a elevada prevalência de homicídio entre mulheres jovens (MENEGHEL E HIRAKATA, 2011). Ao analisar os óbitos em mulheres que sofreram violência, Campero et al. (2006) observaram uma média de idade de 19,7 anos, porém para os óbitos que ocorreram durante a gravidez a faixa

etária mais prevalente foi entre 24 a 27 anos para os óbitos por suicídio e 30 anos para os de homicídio. Granja et al. (2002) por sua vez, enfatizam que os óbitos por suicídio em mulheres grávidas ocorreram em mulheres com menos de 25 anos de idade. Dados semelhantes também são observados no presente estudo.

Os resultados revelam que todos os óbitos por causa externa foram submetidos à necropsia, porém apenas em 55,56% foi realizado abertura de útero e anexos. Isto confirma o não cumprimento de determinações/acordos pelos médicos legistas (IML e SVO) de procederem à verificação de útero e anexos em mulheres em idade fértil, em especial, para aquelas que morrem por agressão física ou sexual e por suicídio, como recomenda o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2007).

É sabido que a necropsia é um procedimento indicado para melhorar a acurácia sobre as causas de mortes naturais e causas e circunstâncias de mortes violentas, sendo, inclusive, considerada como padrão-ouro em relação ao diagnóstico clínico (RON et al., 1994; LAURENTI et al., 2008). Em Pernambuco, existe implantada a “guia de remoção do cadáver”, que 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 uma gravidez. Destes, 143 óbitos tinham informações incompletas, não foi realizada a abertura de útero e anexos, ou esta variável apresentava-se ignorada para esta informação.

Durante as investigações domiciliares muitas famílias das mulheres falecidas não tinham conhecimento da existência da gravidez, sendo informadas a partir dos laudos necroscópicos do IML, pois como mostram os resultados, a maioria ocorreu no início da gravidez, quando esta ainda não havia sido assumida pelas mulheres e conhecida pela família. Em outros casos, a entrevista domiciliar foi estratégia fundamental para a conclusão do caso, visto que a DO, em sua maioria, continha apenas dados sobre a causa básica, sem referências as circunstâncias nas quais ocorreram e/ou outros fatos anteriores importantes.

Estudo realizado por Laurenti et al., (2008), sobre a fidedignidade das causas de morte declaradas pelos médicos nos atestados de óbito mostram que os números de óbitos maternos nos atestados “originais” e nos “finais”, após as investigações domiciliares foram de 144 e 239 casos respectivamente, observando então um incremento de aproximadamente 65%.

Verificou-se que em mais de 70% dos óbitos identificados neste estudo as mulheres estavam no primeiro trimestre da gestação. Granja et al., (2002) identificaram que 85% das mulheres tinham menos de 28 semanas de idade gestacional, mostrando que os nossos resultados corroboram com seus achados e enfatizando assim a contribuição dos óbitos por causas externas na mortalidade materna.

Apesar de muitos esforços, algumas variáveis neste estudo permaneceram ignoradas, mesmo após as entrevistas. Um desses motivos foi devido o fato de muitas famílias sentirem-se coagidas, com medo de traficantes ou represálias por conta de envolvimento com drogas ilícitas ou ainda por dificuldade de expor a condição de violência nas quais estavam inseridas. Muitas delas estavam experimentando desestruturação familiar, sendo, inclusive, obrigadas a mudar de endereço.

Após as investigações domiciliares, dois casos de homicídio revelaram envolvimento dos parceiros íntimos com a morte das mulheres, uma delas por arma de fogo e outra por agressão física. Espinoza e Camacho (2006) e Campero et al. (2006) discutem como a violência doméstica durante a gravidez ou no puerpério precoce é parte dos fatores envolvidos com a mortalidade materna e como ainda não se mensura qual proporção de mortalidade materna é consequente a este tipo de violência.

Violência doméstica é um tipo de violência de gênero que ocorre dentro de um contexto social de subordinação das mulheres a seus laços familiares, sendo o parceiro íntimo, em geral, o agressor mais frequente. Investigações realizadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento mostraram que a violência doméstica acontece com frequência elevada (RIZZI, et al., 1998; CASTRO E RUIZ, 2004; WALKER et al., 2004).

Estudos realizados em pelo menos 36 países constataram que entre 10 a 69% das mulheres entrevistadas relataram que um ex-parceiro íntimo ou corrente as tinham agredido fisicamente, pelo menos uma vez (KRUG et al., 2002).

Estudo realizado na Nicarágua contemplando mulheres em idade fértil, revelaram uma maior frequência de violência entre parceiros íntimos durante a gravidez (ELLSBERG et al., 2001). Nos Estados Unidos mulheres com gravidezes indesejadas tinham quatro vezes mais probabilidade de sofrer violência por parceiro íntimo do que as mulheres com gravidezes desejadas (GAZMARARIAN et al., 1996). Estudos sobre homicídio ou suicídio devido à gravidez indesejada, no entanto, ainda são escassos.

A gravidez indesejada também pode desempenhar um papel importante na ocorrência de mortes violentas durante a gravidez, em especial, por suicídios (GAZMARARIAN et al., 1996; RIZZI et al., 1998; ELLSBERG et al., 2001; WALKER et al., 2004). O presente estudo identificou dois casos em que ocorreram suicídios envolvendo *chumbinho* devido à gravidez indesejada. Embora seja mais comum o uso desta substância na tentativa de suicídio (MORAES, 1999), 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 onde o aborto é uma prática ilegal, ficando claro que uma gravidez indesejada pode ser a principal causa de suicídios entre as mulheres de uma condição social menos privilegiada e que não tem condições de resolver uma gravidez indesejada ou não planejada (RIZZI et al., 1998; WALKER et al., 2004).

Estudos em Pernambuco relatam casos de suicídio para esconder uma gravidez não pretendida, suicídios resultantes de tentativas de interrupção de gravidez precoce e homicídios cometidos por parceiros que negavam a paternidade (VALONGUEIRO, 1996; VALONGUEIRO, 2007).

Os resultados mostraram que três casos após as investigações no IML e em domicílio passaram a ser classificados como óbitos maternos obstétricos indiretos. Alguns autores (KRULEWITCH et al., 2001; WALKER et al., 2004; CAMPERO et al., 2006; GRANJA et al., 2002, ESPINOZA E CAMACHO, 2006) relatam que 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. Sendo assim, se a violência de gênero for responsável

pela morte de mulheres grávidas ou puérperas, tais mortes devem ser investigadas e classificadas como mortes maternas por causas obstétricas indiretas.

Estudo realizado por Rizzi (1998) na província de Córdoba, Argentina, no período de 1992 a 1996, mostrou que dos 272 óbitos de mulheres em idade fértil (12 a 44 anos) por causas externas seis ocorreram em mulheres grávidas. Destas duas foram por suicídio, uma por homicídio e três por acidentes, 22 foram devidos a complicações de aborto induzido. Neste trabalho nenhum óbito envolvendo acidente foi identificado após as investigações. E os abortos induzidos, devido à dificuldade para sua identificação, não foram incluídos no estudo.

Com relação aos óbitos por homicídio mais de 60% foram vítimas de arma de fogo, destes, quatro foram devido a envolvimento com drogas ilícitas e um foi cometido pelo parceiro íntimo. Estudos (BHATT, 1998; PARSONS E HARPER, 1999) encontraram associações entre a violência e abuso de drogas, sendo as vítimas de violência mais propensas a fumar, a beber álcool e a usar drogas ilícitas, tanto antes como durante a gravidez.

Os resultados encontrados por Granja et al., (2002) mostraram que o homicídio foi a causa mais importante dos óbitos classificados como mortes maternas, contribuindo para 10 dos 27 (37%) casos. No presente estudo mais de 70% dos óbitos foram por homicídio.

Um estudo realizado na Carolina do Norte, EUA, mostrou ser o homicídio a causa mais comum de morte materna violenta (35,5%) (HARPER E PARSONS, 1997). Na cidade de Nova York, o número de mortes de mulheres grávidas por homicídio também se apresentou elevado (DANNENBERG, 1995).

Gomes (2008) analisando a situação de saúde e violência contra as mulheres no Recife (PE) aponta que mulheres que sofrem violência por parceiro apresentam pelo menos três situações de risco quando comparadas as mulheres que não vivem nesta situação: maior risco de adoecimento, maior risco de morrer pelas próprias mãos do agressor e maior risco de provocar a própria morte.

Violência contra as mulheres, em particular contra mulheres grávidas, é cada vez mais reconhecida como um problema de grande magnitude em todo o mundo. A violência de gênero (física, psicológica e/ou sexual) se encaixa num contexto do

controle coercitivo. Revisão de 40 estudos de base populacional, sugere que entre 25% e 50% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física em algum momento de suas vidas (HEISE, 1995; JASINSKI, 2004; DURAND, 2005).

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

No Brasil, não há estudos que abranjam este tema para que se possam fazer comparações. No entanto os indicadores se mostram subestimados, pois após calcular as novas RMM encontra-se uma variação em torno de 35% para cada ano investigado. Além disso, a faixa etária dos 10 a 19 anos teve um incremento de 200% para os três anos juntos revelando a precocidade destes óbitos.

Para se usar o código O93 é fundamental a realização de investigações, sejam no IML, no hospital e em domicílio, pois só assim pode-se proceder a algum tipo de associação entre uma causa externa e a condição de gravidez. Enfatiza-se a necessidade de mudanças nas práticas dos profissionais do IML, já que 16,67% dos óbitos tinham informação ignorada para a verificação de útero e anexos ou este procedimento não tinha sido realizado (27,78%).

A utilização desse código e inclusão destes óbitos relacionados à gravidez e/ou maternos por uma causa violenta nos cálculos dos indicadores de mortalidade materna é importante enquanto espera-se a Revisão da Classificação Internacional de Doenças – 11ª Revisão (CID-11). Além disso, reforça 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 deste contexto.

Vale ressaltar que a coordenação nacional do SIM está trabalhando na perspectiva de 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). Além disso, a escassez de publicações

nacionais com procedimentos metodológicos semelhantes aumenta a necessidade de outras investigações.

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

## 7 CONCLUSÃO

- Dos 399 óbitos de mulheres em idade fértil registradas pelo SIM como causas externas e causas mal definidas a maioria tinha idade entre 20 e 29 anos, eram negras, tinham ocupação remunerada e eram solteiras. O hospital foi o local de maior ocorrência do óbito, porém o local de ocorrência da violência foi na rua ou via pública. Mais da metade refere-se à abertura de útero e anexos. Na maioria dos óbitos foi realizado necropsia;
- Entre as mulheres em idade fértil que tiveram uma causa básica classificada como causa externa, os óbitos por homicídio apresentam maior percentual em todas as faixas etárias, exceto para a faixa etária de 40 a 49 anos, onde predominaram os óbitos por acidente. Para todas as causas estudadas a maioria das mulheres era negra e solteira; dos óbitos por acidente, suicídio e intenção indeterminada as mulheres tinham algum tipo de atividade remunerada, porém para aquelas que tiveram como causa básica homicídio, a maior parte destas era estudante;
- Os dados mostram que após as investigações realizadas no IML e nos domicílios, 18 óbitos foram relacionados à gravidez. Destes a maioria das mulheres tinha a faixa etária entre 20 e 29 anos, eram negras, solteiras, tinham entre 4 a 7 anos de estudo (55,56%);
- Após a classificação com o código O93, 14 óbitos tiveram morte materna relacionada à gravidez (12 por homicídio – O93.7, 2 por suicídio – O93.6), uma morte materna relacionada ao puerpério (homicídio – O93.7), e 3 mortes maternas obstétricas indiretas (uma homicídio – O93.7 e duas por suicídio – O93.6);
- A RMM após a classificação utilizando o Código O93 apresentou um incremento de mais de 35% para os anos de 2004 e 2006 e de 30% para o ano de 2005;

- A faixa etária de 10-19 anos obteve o maior incremento em todo período estudado, obtendo um valor expressivo de 200%;
- Os dados corroboram com a argumentação internacional de que estes óbitos não ocorrem por acaso e que a exclusão destes dos cálculos dos indicadores de mortalidade materna aumentam os níveis de subinformação.

## 8 RECOMENDAÇÕES

- Melhorar a qualidade do preenchimento da DO, principalmente as variáveis sócio demográficas como estado civil, escolaridade e ocupação, assim como o preenchimento dos prontuários facilitando desta forma o trabalho realizado pela vigilância do OMIF;
- Melhorar a qualidade do preenchimento da guia de remoção do cadáver nos casos de óbitos por causas externas que tenham recebido assistência médica;
- Criar mecanismos institucionais para que o IML verifique útero e anexos de todos os OMIF do estado;
- Garantir a investigação de todos OMIF, indo além da lista de causas presumíveis;
- Divulgar e iniciar o uso do código O93 pelos municípios, provocando o debate sobre a violência contra a mulher, violência esta muitas vezes agravada durante a gravidez;
- Realizar mais estudos sobre a morte por causa externa no período gravídico puerperal a fim de subsidiar ações políticas em relação à violência contra a mulher e à vigilância do óbito de mulher em idade fértil.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, R.M. Estudo da mortalidade materna no município do Recife: 1992-1993. 99f Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

ALBUQUERQUE, R.M.; CECCATT, J.G.; HARDY, E.; FAUDES, A. Causas e fatores associados a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, sup.1, p.41-48, 1998.

AUDI, C.A.F.; CORRÊA, A.M.S.; TURATO, E.R.; SANTIAGO, S.M.; ANDRADE, M.G.G.; RODRIGUES, M.S.P. Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.587-594, 2009.

BHATT, R.V. Domestic violence and substance abuse. *Int J Gynecol Obstet*, v.63,s.25–31, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. **Plano de ação para redução da mortalidade materna**. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitês de mortalidade materna. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 1ª edição, Brasília – DF, 2010.

CAMPBELL, J.C.; SOEKEN, K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*. n.5, p.1017-1035, 1999.

CAMPERO, L.; DILYS W.; HERNADEZ, B.; ESPINOZA, H.; REYNOSO, S.; LANGER, A. La Contribución de la violencia a la mortalidad materna em Morelos, Mexico. *Salud Publica de Mexico*, v.48, n.2, 2006.

CASTRO R.; RUÍZ A. 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, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Pregnancy-Related Mortality Surveillance - United States, 1991–1999. *Surveillance Summaries*, v.52(SS-2), 2003.

COKKINIDES, V.E.; COKER, A.L.; SANDERSON, M.; ADDY, C.; BETHEA, L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. **Obstetrics and Gynecology**, v.93, n.5, p.661-666, 1999.

CZEIZEL, A.E.; TÍMÁR, L.; SUSÁNSZKY, É. Timing of suicide attempts by self-poisoning during pregnancy and pregnancy outcomes. **International Journal of Gynecology e Obstetrics**, n.65, p.39-45, 1999.

DANNENBERG, A.; CARTER, D.; LAWSON, H.; ASHTON, D.; DORFMAN, S.; GRAHAM, E. Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. **Journal Obstet Gynecol**, v.172, p.1557-1564, 1995.

DATASUS. Ministério da Saúde. 2008. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 01/02/2011.

DINIZ, S.G.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Gender violence and reproductive health. *Internacional Journal of Gynecology e Obstetrics*, v.63, suppl.1, p.33-42, 1998.

DINIZ, S.G. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil in DINIZ, S.G.; SILVEIRA, L.P.; MIRIM, L.A. (org) Vinte e cinco anos de resposta brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): alcances e limites. São Paulo, Coletivo feminista sexualidade e saúde. 2006. Disponível em: <http://mulheres.org.br/25anos>

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.; HANADA, H.; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1037-1050, 2009.

DOUBOVA, S.V. ; PÁMANES-GONZÁLEZ, V. ; BILLINGS, D.L.; TORRES-ARREOLA, L.P. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.4, p.582-590, 2007.

DURAND, J.G. Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.

DULEY, L. Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.99, n.7, p.547, 1992.

DURAND, J.G.; SCHRAIBER, L.B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalências e fatores associados. **Rev Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.3, p.310-22, 2007.

ELLERBROCK, T.V.; ATRASH, H.K.; HOGUE, C.J.R.; SMITH, J.C. Pregnancy mortality surveillance: a new initiative. **Contemporary Ob Gyn**, v.31, p.23–34, 1988.

ELLSBERG, M.; HEISE, L.; PENA, R.; AGURTO, S.; WINKVIST, A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. **Stud Fam Plann**, v.32, n.1, p.1–16, 2001.

ESPINOZA, H; CAMACHO, A.V. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. **Revista Panamericana de Salud**, v.17, n.2, p.123-129, 2006.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. Uma tragédia evitável. Campinas. Ed. UNICAMP, 1991.

FILDES, J.; REED, L.; JONES, N.; MARTIN, M.; BARRETT, J. Trauma: Leading Cause of Maternal Death. **Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care**, v.32, n.5, p.643-645, 1992.

FRANCO, I.R. Mulheres em situação de violência no âmbito conjugal – as denúncias na delegacia de proteção à mulher de Salvador in BARBOSA et al. Interfaces – Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Campinas (SP), ed. da Unicamp, 2002.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H.; ELLSBERG, M.; HEISE, L. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v.368,n.9543, p. 1260-1269, 2006.

GAZMARARIAN, J.A.; LAZORICK, S.; SPITZ, A.M.; BALLARD, T.J.; SALTZMAN, L.E.; MARKS, J.S. Prevalence of Violence Against Pregnant Women. **JAMA**, v.275, n.24, p.1915-1920, 1996.

GOMES, A.P.F. Situação de saúde e violência contra as mulheres no Recife, PE. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 149p, 2008.

GRANJA, A.C; ZACARIAS, E.; STAFFAN, B. Violent Deaths: The Hidden Face of Maternal Mortality. **International Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.109, p. 5-8. 2002.

HADDAD, N.; SILVA, M.B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.1, p. 64-70, 2000.

HARAKI, C.A.C., GOTLIEB, S.L.D., LAURENTI, R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8 (1), p.19-24, 2005.

HARPER, M.; PARSONS, L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992– 1994. **Obstet Gynecol**, v.90, p.920– 923, 1997.

HEISE, L.; MOORE, K.; TOUBIA, N. Sexual Coercion and Reproductive Health: a Focus on Research. **Population Council**, 59p, 1995.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Population Reports**, v.27, n.4, p. 1-43, 1999.

HOUAISS, A. **Dicionário de Língua Portuguesa**, Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010. Censo demográfico. Disponível em <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) > Acesso em: 15/02/2011.

JASINSKI, J.L. Pregnancy and domestic violence: A review of literature. *Trauma, Violence e Abuse*. v.5, n. 1, p.47-64, 2004.

JASPER-FAIJER, D.; ORELLANA, H. Evaluación del uso de las estadísticas vitales para estudios de causas de muerte en America Latina. *Notas de Población*. **CELADE**, n.60, p.47-77, 1994.

JEWKES R. Intimate partner violence: causes and prevention. **Lancet**, v.359, n.9315, p.1423-1429, 2002.

KRONBAUER, J.F.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública*, v.39, n.5, p.695-701, 2005.

KRUG, G.E.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. World report on violence and health. **Geneva**, World Health Organization, 2002.

KRULEWITCH, C.J.; PIERRE-LOUIS, M.L.; LEON-GOMEZ, R.; GUY, R.; GREEN, R. Hidden from View: Violent Deaths among Pregnant Women in the District of Columbia, 1988-1966. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.46, n.1, p.4-10, 2001.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M.; LÓLIO, C.A.; SANTO,A.H.; MELLO, M.H.P.J. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo, 1986, I Metodologia e resultados gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.2, p.128-33, 1990.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. “Mortes Maternas no Brasil: Análise do preenchimento da Declaração de Óbito”. Informe Epidemiológico do SUS, v.9, p.43-50, 2000.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.P.J.; GOTLIEB, S.L.D. Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. USP/MS/OPS/OMS. 2004.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Rev Panam de Saud Publica**, v.23, n.5, p.349-56, 2008.

LEITE, R.M.B. Mortalidade Materna no Recife: reconstruindo a trajetória das mulheres grávidas ao óbito. Monografia de especialização. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Pernambuco. 57p. 2004.

LEUNG, W.C.; WONG, Y.Y.; LEUNG T.W.; HO, P.C. Domestic violence postnatal depression in a Chinese community. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.79, p.159-166, 2002.

LUDERMIR, A.B; LEWIS, G; VALONGUEIRO, A.S; ARAÚJO, T.V.B; ARAYA, R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **Lancet**, v.376, p.903-910, 2010.

MARCONDES, G.S.; BELON, A.P. Mortalidade materna: um estudo dos níveis e das causas de óbitos em Regiões Metropolitanas brasileiras. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu - MG – Brasil. UNICAMP, 2008.

MCFARLANE. J.; PARKER, B. ; SOEKEN, K. ; BULLOCK, L. Assessing for abuse during pregnancy – severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. **JAMA**, v.267, n.23, p.3176-3178, 1992.

MCFARLANE, J.; CAMPBELL, J.C.; SHARPS, P.; WATSON, K. Abuse during pregnancy and femicide: Urgent implications for women’s health. **Obstetrics and Gynecology**, v.100, n.1, p.27-36, 2002.

MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D.; OLIVEIRA H. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: primeira avaliação dos dados brasileiros. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.5 p. 15-48, 1996.

MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II - Mortes por causas externas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 2, p. 212-223, 2002.

MENEGHEL, S.N.; HIRAKATA, V.N. Femicídio: homicídios femininos no Brasil. **Rev de Saúde Pública**, v.45, n.3, p.564-574, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com Ênfase na Mortalidade Materna. Relatório Final. Brasília – DF, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. 3ª edição, Brasília – DF, 2010.

MORAES, A.C.L. Contribuição para o estudo da intoxicação humana por carbamatos: o problema do “Chumbinho” no Rio de Janeiro. Escola Nacional de FIOCRUZ, 1999.

MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUSA, P.L.R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p.65-70, 2006.

NASIR, J.; HYDER, A. Violence against pregnant women in developing countries. Review of evidence. **European journal of public health**, v.13, n.2. p.105-107, 2003.

NUNEZ-RIVAS, H.; MONGE-ROJAS, R.; GRIOS-DAVILA, C.; ELIZONDO-UREÑA, A.M.; ROJAS-CHAVARIA, A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer em costa Rica. **Pan American Journal of Public Health**, v.14, n.2, p.75-83, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito. 9. ed. Revisão. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português. USP. v.1, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Centro Colaborador da OMS para 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; 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. **Washington, D.C.** OMS/OPS, 2002.

PALLITO, C.C. Domestic violence and maternal, infant and reproductive health: a critical review of the literature. **Organização Panamericana de Saúde**, Washington – DC, 2004.

PARSONS, L.H.; HARPER, M.A. Violent maternal deaths in North Caroline. **Gynecology & Obstetrics**, v.4, n.6, p.990-993, 1999.

RECIFE. Prefeitura Municipal de Recife. Disponível em <[http:// www.recife.pe.gov.br](http://www.recife.pe.gov.br) > Acesso em: 01/02/2011.

RIZZI, R. G.; CORDOBA, R.R.; MAGUNA, J.J. Maternal Mortality due to Violence. **International Federation of Gynecology & Obstetrics**, v.63 (Supplement), p. S19-S24, 1998.

RODRIGUES, A.V.; SIQUEIRA, A.A.F. Uma análise da implementação dos comitê de estudo da morte materna no Brasil: Um estudo de caso do Comitê do estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.19, n.1, p.183-89, 2003.

RON, E.; CARTER, R. JABLON, S.; MABUCHI, K. Agreement between death certificates and autopsy diagnoses among atomic bomb survivors. *Epidemiology*, v.5, n.1, p.48-56,1994.

SAFFIOTTI, H.I.B. O estatuto teórico da violência de gênero. In DOS SANTOS, José Vicente Tavares (org). *Violência em tempo de globalização*. São Paulo, **Hucitee**, 1999.

SAFFIOTTI, H.I.B. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo, Ed. da Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, C.M.; IZUMINO, W.P. *Violência contra as mulheres, gênero e cidadania: notas sobre estudos feministas no Brasil*. 2005. Disponível em : <http://www.patriciagalvao.org.br>

SANTOS, S.M.; GUIMARÃES, M.J.B.; ARAÚJO, T.V.B. Desigualdades raciais na mortalidade mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n.2, p.87-102, 2007.

SCHRAIBER, L.B. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-477, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FALÇÃO, M.T.C.; FIGUEIREDO, W. *Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo. Ed. Unesp, 2005.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; PORTELLA, A.P.; MENICUCCI, E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1019-1027, 2009.

SCOTT, J.W. El problema de la invisibilidad. In. ESCANDÓN, C.R. (org.) *Gênero e História*. México: **Instituto Mora/UAM**, 1989.

SHADIGIAN, E.M.; BAUER, S.T. Pregnancy-associated death: A qualitative systematic review of homicide and suicide. **Obstetrical and Gynecological Survey**, v.60, p.183–190, 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO – SES/PE. 2006. Disponível em: <www.saude.pe.gov.br>. Acesso em 10 de janeiro de 2010.

SILVA, A.A.M.; RIBEIRO, V.S.; JÚNIOR, A.F.B.; COIMBRA, L.C.; SILVA, R.A. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.6, p.508-514, 2001.

SILVA, E.P. Violência Pós-Parto: outra face da violência contra mulher. Dissertação de mestrado. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal de Pernambuco. 240p. 2009.

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

VALONGUEIRO, S.A.; LUDERMIR, A.B.; GOMINHO, L.A.F. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, s. 293-301, 2003.

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

VALONGUEIRO, S.A. Maternal mortality in Pernambuco, Brazil: what has changed in ten years? **Reproductive Health Matters**, v.15, n.30, p134-144, 2007.

VALONGUEIRO, S.A.; ANTUNES, M.B.C. Morte por causas externas durante o período gravídico-puerperal: como classificá-las? **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.743-764, 2009.

WALKER, D.; CAMPERO, L.; ESPINOZA, H.; HERNADEZ, B.; ANAYA, L.; REYNOSO, S.; LANGER, A. Deaths from Complications of Unsafe Abortion: Misclassification Second Trimester Deaths, **Reproductive Health Matters**, v.12, n.24, p.27-38, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZACION – WHO. Verbal Autopsies for maternal deaths. Report prepared on behalf of the maternal health and safe mother-hoop programe. Geneva, 42p., 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZACION - WHO; UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND - UNICEF. Revised 1990 estimates of maternal mortality. A New Approach by WHO and UNICEF. **Geneva**: WHO/UNICEF, 16p. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Women's Mental Health: An Evidence Based Review. **Geneva**, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Maternal mortality in 1995. Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva, 2001.

# **ANEXOS**

**I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL MODIFICADA**  
 Informações obtidas da declaração de óbito e confirmadas na investigação domiciliar

<b>SECÇÃO 0 – Dados Gerais</b>				
01	Instituição: .....	Data: ...../...../.....		
	Município: ..... UF: .....	Fonte: .....		
<b>SECÇÃO 1 – Dados do Caso</b>				
02	Nome: « <b>NOME</b> »	03	Endereço (Rua, nº, complemento, cidade) «ENDRES», «NUMRES» - «BAIRES» CEP.....Município:«CODMUNRES»	
04	Idade: « <b>IDADE</b> »			
05	Escolaridade (em anos de estudo)	06	Situação Conjugal	
	Nenhuma .....0		Solteira .....1	
	De 1 a 3 anos.....1		Casada .....2	
	De 4 a 7 anos.....2		Viúva .....3	
	De 8 a 11 anos.....3		Separada/divorciada.....4	
	Mais de 12 anos.....4		União consensual.....5	
	Ignorada.....9		Ignorada .....9	
07	Ocupação habitual .....	08	Chefe de domicílio	
	.....		Sim .....1	
	.....		Não .....2	
	.....		Ignorado.....9	
09	Raça/cor			
	Branca .....1		Indígena .....4	
	Preta .....2		Amarela.....5	
	Parda.....3		Ignorada.....9	
<b>SECÇÃO 2 – Dados do óbito</b>				
10	Data « <b>DTOBITO</b> »	Hora « <b>HORAOBITO</b> »	Número da DO: « <b>NUMERODO</b> »	
11	Local de ocorrência do óbito			
	Hospital.....1	<input type="checkbox"/>	Domicílio .....6	
	Nome .....		Transporte/via pública.....7	
	.....		Outro, qual.....8	
	Outro estabelecimento de saúde .....2	<input type="checkbox"/>	Ignorado.....9	
12	Local de ocorrência da violência: .....			
	.....			
	.....			
13	Momento do óbito. A morte ocorreu durante?			
	Gravidez.....1	<input type="checkbox"/>	Puerpério precoce (até 42 dias).....4	
	Aborto/pós-aborto.....2	<input type="checkbox"/>	Puerpério tardio (de 43 dias até 1 ano).....5	
	Parto .....3	<input type="checkbox"/>	Não ocorreu nestes períodos.....6	
			Ignorado.....9	
<b>SECÇÃO 3 – Causas do óbito no atestado original</b>				
14	Causas da morte	Intervalo entre intercorrências	CID	CAUSA BÁSICA
I	a).....	.....	«LINHAA»	« <b>CAUSABAS</b> »
	b).....	.....	«LINHAB»	
	c).....	.....	«LINHAC»	
	d).....	.....	«LINHAD»	
II	.....	.....	«LINHAII»	
<b>SECÇÃO 4 – Classificação inicial - OMIF</b>				
15	Declarado.....1	<input type="checkbox"/>	16	Se descartado, quais as fontes consultadas:
	Presumível.....2	<input type="checkbox"/>	DO .....1	Hospital .....2
	Descartado.....3	<input type="checkbox"/>	Domicílio .....3	IML/SVO.....4
			Outro .....5	
17	Entrevistador(a) ..... Data ...../...../.....			

## FICHA CONFIDENCIAL DE INVESTIGAÇÃO DE MORTE MATERNA – Q2

(Para ser preenchida em hospitais, SVO e IML)

Local da investigação.....

Número do prontuário/protocolo do SVO ou IML.....

### 00 Tipo de estabelecimento

Rede SUS.....	1 <input type="checkbox"/>	Rede SUS contratada.....	2 <input type="checkbox"/>
Rede privada.....	6 <input type="checkbox"/>	Rede universitária.....	4 <input type="checkbox"/>
Outros.....	5 <input type="checkbox"/>	Ignorado.....	9 <input type="checkbox"/>

### SECÇÃO 1

<b>01</b>	Iniciais ..... ..... .....	Endereço (Rua, nº, compl., Bairro, Cidade etc) ..... ..... .....
	Idade .....	Município: .....UF.....

### 01 - História obstétrica

Gesta _____	Abortos _____				
	Partos _____	Normais _____	Nascidos Vivos _____	Quantos continuam vivos _____	
		Cesáreos _____	Nascidos Mortos _____	Quantos morreram na 1ª semana _____	
				Quantos morreram após 1ª semana _____	
Data do último parto ou aborto anterior a gestação atual ____/____/____					
<i>Incluir gestação atual – Houve gêmeos (___) trigêmeos (___)</i>					
<i>Preencher os campos com números correspondentes aos eventos ocorridos. Colocar 0 no campo no qual o evento não tenha ocorrido.</i>					
<i>Colocar 00 quando o evento for ignorado</i>					

### 02 Complicações das gestações anteriores

Não apresentou complicação.....	1 <input type="checkbox"/>	Infecção urinária.....	8 <input type="checkbox"/>
Toxemia.....	2 <input type="checkbox"/>	HIV/AIDS.....	9 <input type="checkbox"/>
Hemorragias.....	3 <input type="checkbox"/>	DST/Sífilis.....	10 <input type="checkbox"/>
Infecção puerperal.....	4 <input type="checkbox"/>	Parto prematuro.....	11 <input type="checkbox"/>
Diabetes.....	5 <input type="checkbox"/>	Depressão puerperal.....	12 <input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial.....	6 <input type="checkbox"/>	Outra, qual.....	13 <input type="checkbox"/>
Cardiopatias.....	7 <input type="checkbox"/>	Sem informação.....	00 <input type="checkbox"/>

### SECÇÃO 2 - GESTAÇÃO atual

<b>03</b>	<b>Fez pré-natal?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>04</b>	<b>Se sim, idade gestacional da primeira consulta</b> .....meses .....semanas Sem informações.....00 <input type="checkbox"/>
<b>05</b>	Número de consultas realizadas .....	<b>06</b>	Local: .....cod..... Município: .....cod.....

<b>07</b> <b>Fatores de risco/complicações na atual gestação</b> Nenhum..... 1 <input type="checkbox"/> Obesidade..... 2 <input type="checkbox"/> Hábito de Fumar..... 3 <input type="checkbox"/> Hábito de beber..... 4 <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos, qual?..... 5 <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial..... 6 <input type="checkbox"/> Diabetes..... 7 <input type="checkbox"/> HIV/AIDS..... 8 <input type="checkbox"/>	<b>07</b> Sífilis..... 9 <input type="checkbox"/> Anemia..... 10 <input type="checkbox"/> Ameaça de aborto/ de parto prematuro..... 11 <input type="checkbox"/> Eclampsia/Toxemias..... 12 <input type="checkbox"/> Hemorragias..... 13 <input type="checkbox"/> Infecção urinária..... 14 <input type="checkbox"/> Violências..... 15 <input type="checkbox"/> Outros , qual? ..... 16 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>
<b>08</b> <b>Tratamentos das complicações da atual gestação</b> Clínico..... 1 <input type="checkbox"/> Cirúrgico..... 2 <input type="checkbox"/> Não realizado..... 3 <input type="checkbox"/> Outro, qual?..... 4 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>09</b> <b>Evolução da gravidez atual</b> Aborto..... 1 <input type="checkbox"/> Parto..... 2 <input type="checkbox"/> Mola hidatiforme..... 3 <input type="checkbox"/> Óbito sem expulsão do embrião/feto..... 4 <input type="checkbox"/>

### SECCÃO 3 - Dados do aborto, parto e puerpério

#### 3.1 Dados sobre os casos de óbitos por ABORTO

<b>10</b> Data do aborto ____/____/_____ <b>11</b> Hora _____	<b>12</b> <b>Local do aborto</b> Maternidade/Hospital..... 1 <input type="checkbox"/> Domicílio..... 2 <input type="checkbox"/> Transporte/via pública..... 3 <input type="checkbox"/> Casa de parto..... 4 <input type="checkbox"/> Outro, qual..... 5 <input type="checkbox"/> Sem informação..... 00 <input type="checkbox"/>
<b>13</b> <b>Tipo de aborto</b> Espontâneo..... 1 <input type="checkbox"/> Induzido por razões médicas..... 2 <input type="checkbox"/> Induzido por outras razões..... 3 <input type="checkbox"/> Induzido por ser resultante de violência sexual..... 4 <input type="checkbox"/> Retido..... 5 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>14</b> <b>Procedimentos/métodos usados no aborto</b> Curetagem..... 1 <input type="checkbox"/> AMIU/Sucção..... 2 <input type="checkbox"/> Chás caseiros..... 3 <input type="checkbox"/> Citotec/misoprostol..... 4 <input type="checkbox"/> Outras drogas, quais..... 5 <input type="checkbox"/> Outros métodos, quais..... 6 <input type="checkbox"/> Sem informação..... 00 <input type="checkbox"/>
<b>15</b> <b>Complicações / Intercorrências decorrentes do aborto</b> Não apresentou complicações..... 1 <input type="checkbox"/> Hemorragias..... 2 <input type="checkbox"/> Infecções..... 3 <input type="checkbox"/> Perfuração uterina..... 4 <input type="checkbox"/> Embolias..... 5 <input type="checkbox"/> CIVD..... 6 <input type="checkbox"/> Coma..... 7 <input type="checkbox"/> Outras, quais..... 8 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>16</b> <b>Tratamentos realizados para as complicações / intercorrências do aborto</b> Clínico..... 1 <input type="checkbox"/> Curetagem/AMIU..... 2 <input type="checkbox"/> Cirúrgico..... 3 <input type="checkbox"/> Não realizado..... 4 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>
<b>17</b> <b>Se não realizou tratamento, qual/is os motivos?</b> ..... .....	

---

**Passe à Secção 4**


---

**3.2 - Para mulheres que tiveram PARTO**


---

<b>18</b>	Data do parto.....		Hora.....
<b>19</b>	<b>Local do parto</b> Maternidade..... 1 <input type="checkbox"/> Hospital Geral..... 2 <input type="checkbox"/> Domicílio..... 3 <input type="checkbox"/> Transporte/via pública..... 4 <input type="checkbox"/> Casa de parto..... 5 <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____ 6 <input type="checkbox"/> Sem informação..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>20</b>	<b>Tipo de parto</b> Vaginal espontâneo..... 1 <input type="checkbox"/> Vaginal induzido..... 2 <input type="checkbox"/> Vaginal fórceps..... 3 <input type="checkbox"/> Vaginal sem outra especificação ..... 4 <input type="checkbox"/> Cesário..... 5 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>

21	<b>Idade Gestacional no momento do parto (em semanas)</b> Menos de 37 s..... 1 <input type="checkbox"/> Entre 37 e 42 s ..... 2 <input type="checkbox"/> Mais de 42 s..... 3 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	22	<b>Duração do trabalho de parto</b> .....horas Sem informações ..... 00 <input type="checkbox"/>
23	<b>Bolsa rota</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	24	<b>Se o parto foi cesáreo, qual o motivo:</b> Cesárea pré-marcada..... 1 <input type="checkbox"/> Duas ou mais cesáreas anteriores..... 2 <input type="checkbox"/> Cesárea em morte materna iminente ..... 3 <input type="checkbox"/> ou post morte ..... 4 <input type="checkbox"/> Eclampsia/Pré-eclampsia..... 5 <input type="checkbox"/> Sofrimento fetal ..... 6 <input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica ..... 7 <input type="checkbox"/> Distortia funcional..... 8 <input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta..... 10 <input type="checkbox"/> Outra (especificar) _____ Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>
25	<b>Intercorrências no trabalho de parto</b> Sem complicações..... 1 <input type="checkbox"/> Pré-eclampsia..... 2 <input type="checkbox"/> Eclampsia..... 3 <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prolongado ..... 4 <input type="checkbox"/> Obstrução do trabalho de parto ..... 5 <input type="checkbox"/> Hipertonia uterina..... 6 <input type="checkbox"/> Sofrimento fetal..... 7 <input type="checkbox"/> Corioamnionite ..... 8 <input type="checkbox"/> Hemorragias ..... 9 <input type="checkbox"/> Placenta prévia..... 10 <input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta ..... 11 <input type="checkbox"/> Outras, quais ..... 12 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	26	<b>Intercorrências no parto</b> Sem complicações..... 1 <input type="checkbox"/> Atonia uterina..... 2 <input type="checkbox"/> Retenção planetária..... 3 <input type="checkbox"/> Placenta prévia..... 4 <input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta ..... 5 <input type="checkbox"/> Eclampsia..... 6 <input type="checkbox"/> Lacerações de partes moles ..... 7 <input type="checkbox"/> Outras, quais ..... 8 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>
27	<b>Tratamento das complicações durante o parto e trabalho de parto</b> Sim ..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	28	<b>Se houve tratamento, qual ou quais</b> ..... .....
29	<b>Outros procedimentos realizados além do parto, cesárea ou curetagem/AMIU</b> Não houve necessidade..... 1 <input type="checkbox"/> Histerectomia..... 2 <input type="checkbox"/> Ligadura das artérias hipogástricas ..... 3 <input type="checkbox"/> Outros, quais..... 4 <input type="checkbox"/> Sem informações ..... 00 <input type="checkbox"/>	30	<b>Condições do recém-nascido</b> Vivo..... 1 <input type="checkbox"/> Morto..... 2 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>

## 3.3 Dados sobre óbitos ocorridos no PUERPÉRIO

<b>31</b>	<b>Tempo de puerpério no momento da morte</b>		<b>32</b>	<b>Complicações durante puerpério</b>	
	Imediato (até o 10º dia).....	1 <input type="checkbox"/>		Não teve complicações.....	1 <input type="checkbox"/>
	Tardio (mais de 10 dias a 42 dias).....	2 <input type="checkbox"/>		Hemorragias.....	2 <input type="checkbox"/>
	Remoto (> 43 dias a < 1ano).....	3 <input type="checkbox"/>		Infecções / endometrite.....	3 <input type="checkbox"/>
	Sem informações.....	00 <input type="checkbox"/>		Infecção de ferida cirúrgica.....	4 <input type="checkbox"/>
<b>33</b>	<b>Tratamento das complicações durante o puerpério</b>			Eclampsia.....	5 <input type="checkbox"/>
	Sim.....	1 <input type="checkbox"/>		Embolia.....	6 <input type="checkbox"/>
	Não.....	2 <input type="checkbox"/>		Distúrbio de coagulação.....	7 <input type="checkbox"/>
	Sem informações.....	00 <input type="checkbox"/>		Depressão puerperal.....	8 <input type="checkbox"/>
				Atonia uterina.....	9 <input type="checkbox"/>
				Trombose venosa profunda.....	10 <input type="checkbox"/>
				Placenta acreta.....	11 <input type="checkbox"/>
				Outras, quais.....	12 <input type="checkbox"/>
				Sem informações.....	00 <input type="checkbox"/>

## Passe à SECCÃO 4

## SECCÃO 4 - Assistência Hospitalar do processo que levou à morte

<b>34</b>	Data da admissão ____/____/____			Hora _____	
<b>35</b>	<b>Procedência</b>		<b>36</b>	<b>Se transferida ou encaminhada de outro serviço, qual ou quais</b>	
	De um serviço de pré-natal.....	1 <input type="checkbox"/>		Nome.....	
	Do mesmo serviço.....	2 <input type="checkbox"/>		.....	
	Domicílio.....	3 <input type="checkbox"/>		Município.....	
	Transferida de outro serviço.....	4 <input type="checkbox"/>			
	Sem informações.....	00 <input type="checkbox"/>			
<b>37</b>	<b>Motivo da internação (atual)</b>		<b>38</b>	<b>Houve intervenção após internação</b>	
	.....			Sim.....	1 <input type="checkbox"/>
	.....			Não.....	2 <input type="checkbox"/>
				Sem informações.....	00 <input type="checkbox"/>
<b>39</b>	<b>Se sim, após quanto tempo (em horas) após a internação</b>		<b>40</b>	<b>Procedimento/s realizado/s</b>	
	.....			Clínico.....	1 <input type="checkbox"/>
	.....			Cirúrgico.....	2 <input type="checkbox"/>
				Não realizado, porque?.....	3 <input type="checkbox"/>
				Sem informações.....	00 <input type="checkbox"/>
<b>41</b>	<b>Se realizado, descreva qual</b>				
	.....				
<b>42</b>	<b>Observações complementares</b>				
	.....				
<b>43</b>	<b>Hipóteses diagnósticas formuladas</b>				
	.....				
<b>44</b>	<b>Houve necessidade de sangue / hemoderivados?</b>		<b>45</b>	<b>A paciente recebeu sangue/hemoderivados?</b>	
	Sim.....	1 <input type="checkbox"/>		Sim.....	1 <input type="checkbox"/>
	Não.....	2 <input type="checkbox"/>		Não.....	2 <input type="checkbox"/>

	Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>		Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>
<b>46</b>	<b>Se não, qual o tempo decorrido entre a prescrição e administração</b> .....horas Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>47</b>	<b>Se não, indicar o motivo</b> Falta de sangue/hemoderivados no serviço. 1 <input type="checkbox"/> Paciente faleceu antes..... 2 <input type="checkbox"/> Outro, Qual?..... 3 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>
<b>48</b>	<b>Recebeu anestesia?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>49</b>	<b>Se sim, teve complicações da anestesia?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Qual..... Não..... 2 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>
<b>50</b>	<b>Precisou de UTI?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Sem informações ..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>51</b>	<b>Foi internada na UTI?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Sem informações ..... 00 <input type="checkbox"/>
<b>52</b>	<b>Se sim, qual foi o tempo decorrido entre a solicitação e o internamento na UTI? .....horas</b>		
<b>53</b>	<b>Se não, qual (is) o(s) motivo(s)?</b> Falta de leito na UTI do serviço ..... 1 <input type="checkbox"/> Falta de leito de UTI disponível na Cidade. 2 <input type="checkbox"/> Paciente faleceu antes..... 3 <input type="checkbox"/> Outro, Qual?..... 4 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>54</b>	<b>Destino da Paciente</b> Alta ..... 1 <input type="checkbox"/> Transferida..... 2 <input type="checkbox"/> Óbito..... 3 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>
		<b>55</b>	<b>Se transferida, para onde? (nome e município do serviço) .....</b>
<b>56</b>	<b>Se ela recebeu alta do hospital, voltou ao hospital ou procurou outro serviço após alta?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Sem informações..... 00 <input type="checkbox"/>	<b>57</b>	<b>Se sim, qual o motivo?</b> ..... .....
		<b>58</b>	<b>Diagnóstico final à hospitalização</b> ..... .....



## FICHA CONFIDENCIAL DE ENTREVISTA DOMICILIAR – Q3

(Para ser preenchida em domicílios, com familiares, amigos/as e vizinhos/as)

Concorda com a entrevista

Sim ..... 1  Não.....2  (Se concorda assinar consentimento informado, se não, encerra aqui).

### SECCÃO 1

1	Esta entrevista é Única..... 1 <input type="checkbox"/> Complementar..... 2 <input type="checkbox"/>	3	Entrevistado/a Marido / companheiro..... 1 <input type="checkbox"/> Mãe..... 2 <input type="checkbox"/> Outros Parentes de 1º Grau ..... 3 <input type="checkbox"/> Vizinha/o..... 4 <input type="checkbox"/> Outro, qual..... 5 <input type="checkbox"/> .....
2	Se única, devido a..... Óbito ocorreu no domicílio..... 1 <input type="checkbox"/> Óbito ocorreu em via pública..... 2 <input type="checkbox"/> Registros insuficientes no IML/SVO/Hospital 3 <input type="checkbox"/> Outro, qual..... 4 <input type="checkbox"/>		

**Identificação da falecida** (confirmar com os dados na Ficha de Notificação)

4	Iniciais ..... ..... Idade: .....	Endereço (Rua, nº, compl., Bairro, Cidade etc) ..... ..... Município: .....UF.....
---	--	---

Obs: Confirmar as demais informações de identificação com as informações da ficha de Notificação

### SECCÃO 2

#### 2.1 Antecedentes pessoais

5	A falecida tinha algum problema de saúde ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> ..... 2 <input type="checkbox"/> Não..... 00 <input type="checkbox"/> Não sabe.....	6	Se sim qual/is? ..... .....
7	Fazia algum tratamento? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	8	Se sim qual/is? ..... .....



2 **Registro dos exames realizados (registrados no cartão ou informados pela/o entrevistado)**

**Se não tinha cartão, fazer as perguntas abaixo**

23	Quantos meses/semanas ela tinha quando fez a primeira consulta ? ..... Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	24	Quantas consultas foram feitas ..... Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>
25	Onde (local) ela fez as consultas? Nome ..... Município.....	26	Quantos meses/semanas ela tinha quando fez a última consulta ? ..... Não sabe ..... 00 <input type="checkbox"/>
27	Durante a gravidez foi identificado algum problema de saúde? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	28	Se sim qual ou quais? ..... ..... .....
29	Houve alguma tentativa de aborto durante esta gravidez ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	30	Se sim qual ou quais? ..... ..... .....
31	Ela procurou algum serviço de saúde (maternidade, núcleo do PSF, emergência) antes de morrer? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	32	Se sim qual ou quais? ..... ..... .....
33	Ela foi encaminhada alguma vez para um pré-natal de alto risco ou especialista? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	34	Se sim, sabe o motivo? ..... ..... .....
35	Ela fez algum tratamento enquanto estava grávida? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	36	Se sim qual/is ..... ..... .....

37	<b>Ela foi internada durante a gravidez?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Se sim, quantas vezes..... 2 <input type="checkbox"/> Não..... 00 <input type="checkbox"/> Não sabe.....	38	<b>Se sim, por que?</b> Sangramento.....1 <input type="checkbox"/> Ameaça de aborto/parto prematuro.....2 <input type="checkbox"/> Pressão alta.....3 <input type="checkbox"/> Diabetes..... 4 <input type="checkbox"/> Acidentes ..... 5 <input type="checkbox"/> Violência..... 6 <input type="checkbox"/> Outros, quais..... 7 <input type="checkbox"/> Não sabe.....00 <input type="checkbox"/>
----	---	----	---

*Para mulheres que foram internadas durante a gravidez*

39	<b>Ela recebeu sangue durante o internamento?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	40	<b>Ela foi internada na UTI?</b> Sim, no mesmo hospital..... 1 <input type="checkbox"/> Sim, em outro hospital.,Qual? Nome e/ou Município..... 2 <input type="checkbox"/> Não, não precisou de UTI..... 3 <input type="checkbox"/> Não, não tinha leito na UTI..... 4 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>
41	<b>Ela recebeu alta antes do óbito?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não, morreu no hospital..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	42	<b>Quais eram as condições dela quando recebeu alta?</b> Boas..... 1 <input type="checkbox"/> Regulares..... 2 <input type="checkbox"/> Não saiu em boas condições ..... 3 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>
43	<b>Se ela recebeu alta antes do parto, o que aconteceu depois que chegou em casa?</b>		
44	<b>Se ela morreu no hospital, sabe o que aconteceu lá?</b>		
45	<b>Se ela não foi hospitalizada/internada, o que aconteceu antes de sua morte?</b>		

#### 4.2 Para os casos de óbito por ABORTO

46	Data ____/____/____	Hora: _____
----	---------------------	-------------

47	<b>Onde ocorreu o aborto/ameaça de abortamento</b> Hospital..... 1 <input type="checkbox"/> Domicílio..... 2 <input type="checkbox"/> Transporte/via pública..... 3 <input type="checkbox"/> Casa de parto ..... 4 <input type="checkbox"/> Outro, qual?..... 5 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	48	<b>O aborto foi?</b> Induzido / provocado..... 1 <input type="checkbox"/> Espontâneo..... 2 <input type="checkbox"/> . Retido (explicar)..... 3 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>
49	<b>Se o aborto foi induzido/provocado, sabe que método foi utilizado (ou como foi feito)?</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Citotec..... 3 <input type="checkbox"/> . 4 <input type="checkbox"/> Tomou 5 <input type="checkbox"/> chás..... Usou sonda/ “gotas”..... 00 <input type="checkbox"/> Fez curetagem..... Outro, qual..... ..... ..... Não sabe.....	50	<b>Após o aborto ou ameaça de abortamento ela apresentou algum destes problemas?</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <b>Febre</b> ..... <b>Sangramento vaginal</b> ..... 4 <input type="checkbox"/> Secreção vaginal com mau cheiro ou purulenta 5 <input type="checkbox"/> Dor na barriga..... 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <b>Dificuldade de urinar ou defecar</b> ..... 8 <input type="checkbox"/> <b>Tonturas/desmaios</b> ..... 00 <input type="checkbox"/> <b>Tristeza/depressão</b> ..... <b>Outros, quais</b> ..... Não sabe.....
51	Ela foi atendida em algum serviço de saúde após abortamento (hospital, centro de saúde, núcleo do PSF)? 1 <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> ..... 2 <input type="checkbox"/> <b>Não</b> ..... 00 <input type="checkbox"/> Não sabe.....	52	<b>Quais foram os tratamentos realizados?</b> Curetagem..... 1 <input type="checkbox"/> Antibióticos..... 2 <input type="checkbox"/> Cirurgia..... 3 <input type="checkbox"/> Outro, qual..... 4 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>

53	<b>Houve demora no atendimento?</b> Sim..... 4 <input type="checkbox"/> Não..... 5 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	54	<b>Se sim, sabe os motivos?</b> ..... .....
55	<b>Ela recebeu sangue?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não ..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	56	<b>Ela foi internada na UTI?</b> Sim, no mesmo hospital..... 1 <input type="checkbox"/> Sim, em outro hospital, Qual? Nome e Município..... 2 <input type="checkbox"/> Não, não precisou de UTI..... 3 <input type="checkbox"/> Não, não tinha leito na UTI..... 4 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>
57	<b>Ela recebeu alta antes do óbito?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Sim, assinou termo de responsabilidade Não, morreu no hospital..... 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ela não estava no hospital..... 00 <input type="checkbox"/> Não sabe.....	58	Se ela recebeu alta, o que aconteceu depois que chegou em casa?
59	<b>Se ela morreu no hospital, sabe o que aconteceu lá?</b>	60	Se ela não foi hospitalizada, o que aconteceu antes sua morte?

#### 4.3 Para mulheres que tiveram PARTOS

61	Data ____/____/____	Hora: _____	
62	<b>Quanto tempo de gravidez tinha no momento do parto?</b> Nº de meses/semanas..... Não sabe.....00	63	<b>Qual foi o tipo de parto?</b> Normal..... 1 <input type="checkbox"/> . 2 <input type="checkbox"/> Normal induzido (explicar)..... 3 <input type="checkbox"/> (Vaginal) fórceps..... 4 <input type="checkbox"/> Cesáreo..... 00 <input type="checkbox"/> Não sabe.....
64	<b>Onde ocorreu o parto?</b> Maternidade/Hospital ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Domicílio..... 3 <input type="checkbox"/> Transporte/via pública..... 4 <input type="checkbox"/> Casa de parto..... 9 <input type="checkbox"/> Outro, qual..... 00 <input type="checkbox"/> Não sabe.....	65	<b>Quem fez o parto?</b> Médico..... 1 <input type="checkbox"/> Parteira..... 2 <input type="checkbox"/> Enfermeira..... 3 <input type="checkbox"/> Ela teve o bebê sozinha..... 4 <input type="checkbox"/> Outra pessoa, quem..... 9 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>
66	<b>Houve complicações no parto?</b> Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Não sabe..... 00 <input type="checkbox"/>	67	<b>Se sim, sabe qual ou quais?</b> ..... ..... .....
68	<b>Sabe se ela recebeu sangue?</b> Sim.....1 1 <input type="checkbox"/> Não.....2 2 <input type="checkbox"/> Não sabe.....00 00 <input type="checkbox"/>	69	<b>Ela foi internada na UTI?</b> Sim, no mesmo hospital..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sim, em outro hospital, qual? Nome / Município..... 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

			Não, não precisou de UTI.....	5 <input type="checkbox"/>
			Não, não tinha leito na UTI.....	00 <input type="checkbox"/>
			Não sabe.....	
70	<b>Ela recebeu alta antes do óbito?</b>			
	Sim.....	1 <input type="checkbox"/>		
	Não, morreu no hospital.....	2 <input type="checkbox"/>		
	Ela não estava no hospital.....	3 <input type="checkbox"/>		
	Não sabe.....	00 <input type="checkbox"/>		
71	<b>O bebê nasceu</b>			
	Vivo.....	1 <input type="checkbox"/>		
	Morto.....	2 <input type="checkbox"/>		
	Não sabe.....	00 <input type="checkbox"/>		

**Parto fora do hospital**

72	<b>Se o parto não foi no hospital /maternidade (mas em casa, no transporte), qual a razão?</b>			
	1 <input type="checkbox"/>			
	2 <input type="checkbox"/>			
	Ela decidiu ter o bebê em casa .....	3 <input type="checkbox"/>		
	5 <input type="checkbox"/>			
	Não deu tempo chegar ao hospital.....	00 <input type="checkbox"/>		
	Não tinha leito nos hospitais.....			
	Outro, qual.....			
	.....			
	Não sabe.....			
73	<b>Se o parto não foi no hospital/maternidade, sabe se houve complicações?</b>			
	1 <input type="checkbox"/>			
	2 <input type="checkbox"/>			
	00 <input type="checkbox"/>			
	Sim.....			
	Não.....			
	Não sabe.....			
74	<b>Se sim, sabe qual ou quais?</b>			

**4.4 Informações sobre óbitos ocorridos no PUERPÉRIO**

75	<b>Houve alguma destas complicações durante o puerpério (pós-parto)?</b>			
	1 <input type="checkbox"/>			
	2 <input type="checkbox"/>			
	3 <input type="checkbox"/>			
	4 <input type="checkbox"/>			
	Não houve complicações .....			
	Anemia/ palidez.....			
	Febre.....			
	Sangramento.....			
75	<b>Secreção vaginal com mal cheiro.....</b>		5 <input type="checkbox"/>	
	Convulsão/Eclampsia.....		6 <input type="checkbox"/>	
	Ficou triste/deprimida.....		7 <input type="checkbox"/>	
	Outro, qual.....		8 <input type="checkbox"/>	
	Não sabe.....		00 <input type="checkbox"/>	
76	<b>Onde foram tratadas?</b>			
	1 <input type="checkbox"/>			
	2 <input type="checkbox"/>			
	No hospital.....	3 <input type="checkbox"/>		
	Morreu antes de chegar ao hospital.....	4 <input type="checkbox"/>		
	Em casa .....	5 <input type="checkbox"/>		
	Outro, qual.....	00 <input type="checkbox"/>		
	Não foram tratadas.....			
	Não sabe.....			
77	<b>Se ela foi ao hospital, sabe dizer se ela fez algum/ns deste/s tratamento/s?</b>			
	1 <input type="checkbox"/>			
	2 <input type="checkbox"/>			
	3 <input type="checkbox"/>			
	00 <input type="checkbox"/>			
	Tomou remédio.....			
	Curetagem.....			
	Cirurgia, qual?.....			
	Não sabe.....			

78	<b>Ela recebeu sangue?</b> Sim..... <b>1</b> <input type="checkbox"/> Não..... <b>2</b> <input type="checkbox"/> Não sabe..... <b>00</b> <input type="checkbox"/>	79	<b>Ela foi internada na UTI?</b> Sim, no mesmo hospital..... <b>1</b> <input type="checkbox"/> Sim, em outro hospital, qual? Nome e/ou município..... <b>2</b> <input type="checkbox"/> Não, não precisou de UTL..... <b>3</b> <input type="checkbox"/> Não, não tinha leito na UTI..... <b>4</b> <input type="checkbox"/> Não sabe..... <b>00</b> <input type="checkbox"/>	
80	<b>Ela recebeu alta antes do óbito?</b> Sim..... <b>1</b> <input type="checkbox"/> Não, morreu no hospital..... <b>2</b> <input type="checkbox"/> Ela não estava no hospital..... <b>3</b> <input type="checkbox"/> Não sabe..... <b>00</b> <input type="checkbox"/>	81	<b>Quais eram as condições dela quando recebeu alta?</b> Boas..... <b>1</b> <input type="checkbox"/> Regulares..... <b>2</b> <input type="checkbox"/> Não saiu em boas condições ..... <b>3</b> <input type="checkbox"/> Não sabe..... <b>00</b> <input type="checkbox"/>	
82	<b>Se ela recebeu alta antes de morrer, o que aconteceu antes de sua morte?</b>			
83	Se ela morreu no hospital, sabe o que aconteceu lá?			
84	Se ela não foi hospitalizada/internada, o que aconteceu antes de sua morte?			

**SECÇÃO 5**

*Observações do/a entrevistador/a*

.....

.....

.....

.....

**Nome do entrevistador/a**

.....

**Local** ..... **Data**.....



62	Informação do serviço médico <input type="checkbox"/> 1 - Chegou sem vida ao serviço <input type="checkbox"/> 2 - Faleceu ao receber os primeiros socorros <input type="checkbox"/> 3 - Faleceu durante o internamento _____ dias <input type="checkbox"/> 4 - Natimorto <input type="checkbox"/> 5 - Criança cujo nascimento e óbito ocorreu no hospital sem alta
63	Quadro clínico ao chegar ao hospital: _____ _____ _____ _____ _____
64	Lesões apresentadas em regiões do corpo: _____ _____ _____ _____
65	Síntese da história clínica e exames complementares de relevância (com cronologia): _____ _____ _____ _____ _____
66	Atendimento realizado no hospital <input type="checkbox"/> 1 - Clínico (medicação utilizada): _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgico: _____ _____ _____
67	Retirada do corpo estranho: <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não Tipo: _____ (se retirar, enviar ao IML)
68	Suspeita de doença de notificação compulsória? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não
69	Causa(s) possível(eis) do óbito (Não usar códigos da CID) _____
70	Outras informações que julgar necessário: _____ _____ _____
71	Casos encaminhados ao SVO Autorização para necropsia Eu, _____ autorizo a necropsia. RG: _____ Grau de parentesco: _____
72	Médico responsável: _____ CRM _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

**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.**

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

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

Fonte: VALONGUEIRO E ANTUNES, 2009.