

Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil

Alex Sandro Rolland Souza ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7039-2052>

Melania Maria Ramos Amorim ²

 <https://orcid.org/0000-0003-1047-2514>

^{1,2} Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: alexrolland@uol.com.br

Resumo

O SARS-CoV-2, novo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave, que causa uma doença predominantemente respiratória denominada COVID-19, rapidamente ocasionou pandemia, devido a sua alta transmissibilidade, deixando um rastro de mortes pelo mundo. Inicialmente, o ciclo gravídico puerperal não foi associado a complicações e mortalidade, sendo posteriormente reconhecido como grupo de risco. Com o avançar da doença a taxa de mortalidade materna pela COVID-19 aumentou, sendo o Brasil responsável por uma parcela importante. Essa taxa pode ser ainda maior devido a subnotificação, dificuldades na realização dos exames laboratoriais e possíveis resultados falsos negativos e depende das políticas de saúde adotadas de cada região ou país. É importante a realização de estudos sobre a mortalidade materna para que se possa reconhecer fatores prognósticos e assim evita-las.

Palavras-chave *Mortalidade materna, COVID-19*



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021005100014>

Introdução

No final de dezembro de 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada que um novo vírus circulava em Wuhan na província de Hubei, China, o qual foi denominado de SARS-CoV-2, causando uma doença predominantemente respiratória que posteriormente foi nomeada COVID-19.¹ Infelizmente devido à sua alta transmissibilidade, afetando um imenso número de países e territórios, no dia 11 de março de 2020 foi decretado o estado de pandemia.²

O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus, o sétimo coronavírus a infectar a espécie humana,³ e não é o vírus mais letal descoberto, mas apresenta um potencial de morbidade e mortalidade bastante elevado, por quanto mais de um milhão de pessoas perderam suas vidas.^{3,4} devido a diversos problemas, dentre os quais o potencial de transmissão, a falta de preparo no combate, principalmente de insumos hospitalares e de leitos de terapia intensiva, e a politização da doença pelos governos de diversos países. Infelizmente, no Brasil, o governo adotou uma narrativa negacionista e insensível, minimizando os riscos da doença e retornando as atividades econômicas, sendo alvo, até mesmo, de editorial da prestigiada revista *The Lancet*, com um dos maiores fatores de impacto do mundo: “*So what?*”,⁵ referindo-se à expressão “E daí?”, quando o Brasil ultrapassou cinco mil mortes e o número total de óbitos pela COVID-19 da China.⁶

A pandemia pela COVID-19 ocasionou várias consequências mundiais, nos três setores da sociedade, estado, mercado e sociedade civil, acarretando crises econômicas, sociais, éticas, morais, educacionais, religiosas, de segurança e principalmente para a saúde, não só para os indivíduos doentes.⁷ Todavia, em se tratando de saúde, a morte é, sem dúvida, a consequência final e sem retorno para o indivíduo afetado. Para todas as consequências, não relacionadas à saúde, por mais desastrosas que sejam, haverá uma nova chance para retornar ao estado pré-pandemia. Indiretamente essas outras consequências poderão desencadear longo prazo aumento da mortalidade por outras causas, como fome, drogas, violência e outras doenças, porém haverá tempo para o desenvolvimento de políticas públicas para combatê-las. Assim, precisamos atuar de forma imediata para diminuir a mortalidade pela COVID-19 e atuar de forma controlada nos outros setores, sem comprometer os recursos e insumos para a pandemia.³

Com o intuito de diminuir as graves consequências da COVID-19, foram sendo identificados

grupos de risco paracomplicações e morte, como idosos, portadores de doenças crônicas, obesidade, pneumopatas, profissionais da área de saúde e, posteriormente, gestantes. No início da pandemia os estudos não definiram as gestantes como grupo de risco para complicações e morte, provavelmente devido à baixa frequência de gestantes na China, primeiro país a ser acometido pela doença, bem como nos países asiáticos para onde a epidemia se estendeu: Japão, Coreia do Sul e Singapura. Mesmo quando ocorreu a europeização da doença, os países inicialmente mais acometidos, Espanha e Itália, são países com baixa taxa de natalidade e poucas gestantes. Isso explica porque as séries iniciais publicadas incluíram poucas gestantes e mesmo revisões sistemáticas publicadas nos primeiros meses da pandemia dificilmente tiveram número suficiente para identificar óbitos e complicações graves da doença.⁸

Por outro lado, alguns pesquisadores, nosso grupo incluído, sempre tiveram a preocupação de que houvesse risco aumentado para as gestantes, o que pode ser justificado pelas alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez em diversos sistemas, cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e da coagulação. Essas modificações tornam a gestante mais susceptível a pneumonias virais, como aconteceu há pouco mais de 10 anos com o vírus H1N1 e mais recentemente com a SARS-CoV e com a MERS-CoV.⁹

O Grupo Brasileiro de Estudos de COVID-19 e Gravidez vem desde abril publicando vários artigos na literatura nacional alertando para o risco de morte materna por COVID-19.¹⁰⁻¹⁵ Em um estudo amplamente divulgado analisando dados da planilha do Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe), disponível pelo Ministério da Saúde, encontrou-se que 978 gestantes e puérperas foram diagnosticadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e dessas 124 foram a óbito (taxa de letalidade de 12,7%). Embora tivesse sido encontrada associação de óbito com co-morbidades como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares, o que mais chamou a atenção nesse estudo foram as graves falhas de assistência: 15% das mulheres não tinham recebido qualquer tipo de assistência ventilatória, 28% não tiveram acesso a leito de unidade de terapia intensiva (UTI) e 36% não foram intubadas nem receberam ventilação mecânica.¹²

Outro estudo desse mesmo grupo à mesma época analisando todos os óbitos publicados por COVID-19 no mundo encontrou 160 óbitos registrados na literatura internacional, de forma que de cada 10

óbitos por COVID-19 no mundo oito aconteciam no Brasil.¹⁵ Também merece menção o artigo que avaliou o impacto desproporcional do racismo estrutural nas mortes maternas por COVID-19. Nesse estudo encontrou-se que mulheres negras foram hospitalizadas em condições de pior gravidade, como maior prevalência de dispnéia e menor saturação de oxigênio, além de maior taxa de admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) e de ventilação mecânica assistida, observando-se ainda um risco de morte quase duas vezes maior em mulheres negras comparadas às brancas.¹³ Essa enorme desigualdade social, racial e de gênero também foi descrita nos Estados Unidos da América (EUA), relacionada principalmente com o acesso aos serviços de saúde.¹⁶

É interessante comparar os resultados dos estudos brasileiros com os estudos internacionais, porque finalmente, depois que a pandemia se espalhou e atingiu maior número de gestantes em todo o mundo, estudos americanos como o do *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC),¹⁷ o estudo sueco¹⁸ e estudos na Bélgica e França¹⁹ começaram a demonstrar risco aumentado de complicações e internação em UTI, além de maior necessidade de ventilação mecânica em gestantes, mas não de morte materna. As mortes maternas parecem de fato mais frequentes nos países de baixa e média renda e seriam decorrentes de falhas graves do sistema de saúde aliadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Isso também tem sido visto em outros países da América Latina,¹⁰⁻¹⁵ sobretudo o México, que mantém um sistema de notificação eficiente.²⁰

Os estudos do grupo também demonstram maior frequência de morte no período puerperal^{11,12} e sugerem que a maior mortalidade em gestantes no Brasil se deve a problemas crônicos da assistência à saúde da mulher no país, como recursos insuficientes, baixa qualidade pré-natal, leitos disponíveis menores que a real necessidade, dificuldade no acesso aos serviços, disparidades raciais e violência obstétrica. Também foi criticada a política do Ministério da Saúde que até o presente momento não implementou testagem universal na admissão das maternidades utilizando testes moleculares (RT-PCR).¹⁰⁻¹⁵

É importante destacar ainda, a velocidade de transmissão no mundo e o consequente aumento na taxa de morte materna no Brasil. Até 27 de setembro/2020 havia 32.925.668 milhões de pessoas infectadas e 995.352 mortes no mundo pela COVID-19, nove meses após o primeiro caso relatado. No mesmo dia, no Brasil havia 4.718.488 infectados e

141.441 mortes.^{4,6} Utilizando o mesmo banco de dados já mencionado do SIVEP Gripe, encontramos 684.423 pacientes diagnosticados com SRAG entre 29 de dezembro 2019 e 31 de agosto de 2020, sendo 681.215 casos identificados a partir do primeiro caso de COVID-19 registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Observamos que a maioria dos pacientes notificados com a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) ocorreu durante a pandemia, 3.208 (0,5%) aproximadamente dois meses antes da pandemia acometer o Brasil e 99,5% em 6 meses após seu início.

Nesse mesmo período foram notificados 9.609 casos de SRAG em gestantes e puérperas, sendo 4.230 (44,0%) consideradas positivas para COVID-19. Dessas, 553 gestante e puérperas foram a óbito, sendo 354 (64,0%) vidas perdidas pela COVID-19. Quando se compara a frequência de doentes por SRAG sem e com COVID-19, observa-se uma taxa de mortalidade por COVID-19 (8,4%) maior que a por SRAG por outras causas ou não determinadas (3,7%). Essa taxa pode ser ainda maior devido a fatores como subnotificação, dificuldades na realização dos exames laboratoriais e possíveis resultados falsos negativos.

Diante disso, a preocupação com os cuidados às gestantes e puérperas é imprescindível, principalmente porque essa população apresenta dificuldades de acesso ao pré-natal de qualidade, o que piorou ainda mais nesse período de pandemia. Não só pré-natal, mas toda assistência à saúde à mulher foi afetada pela pandemia, seja pelo receio de algumas gestantes de procurar o serviço de saúde devido às incertezas e ao medo de sair de casa, aumentando a frequência de sinais e sintomas de ansiedade e depressão, ou por falhas graves e muito frequentes da assistência à mulher nos municípios, priorizando a assistência ao tratamento da COVID-19.²¹ Em vários lugares do país foram suspensas as consultas pré-natais e com todo o sistema reorganizado em torno da COVID-19, é previsível que os problemas já existentes da assistência se agravem e possam acontecer mais casos de morte materna por causas não-COVID-19, o que infelizmente só poderemos comprovar nas estatísticas vitais publicadas nos próximos anos. Os comitês de morte materna estão frágeis e muitos sem funcionar durante a pandemia. Em artigo publicado em *The Lancet* Robertson *et al.*²² já estimavam em modelos de projeção um previsível aumento da mortalidade materna em países de baixa e média renda decorrentes tanto da falta de investimento como da desorganização dos serviços e reorganização em torno da COVID-19.

Contribuição dos autores

Concepção: Souza ASR; Obtenção de artigos: Souza ASR, Amorim MMR; Banco de dados: Souza ASR; Avaliação e interpretação dos artigos e redação do manuscrito: Souza ASR, Amorim MMR; Revisão e aprovação da versão final do manuscrito: Souza ASR, Amorim MMR.

Referências

1. Tan WJ, Zhao X, Ma XJ, Wang WL, Niu PH, Xu WB, et al. A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases — Wuhan, China 2019–2020. *China CDC Weekly* 2020; 2 (4): 61-2.
2. WHO (World Organization Health). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19; 2020: Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
3. Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;55(6):105948.
4. WHO (World Organization Health). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cited 2020 Jul 10]. Available from: https://covid19.who.int/?gclid=Cj0KCQjw_ez2BRCyARIsAJfg-kvH08SZes1mg5rJ66wnZP27R4oV6DC_4oSVnMVIRNUsRhYqR4Lt2DEaAgVKEALw_wcB
5. The Lancet. COVID-19 in Brazil: "So what?". *The Lancet*. 2020; 395 (10235): 1462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Casos Coronavírus Brasil [Internet]. [cited 2020 Jun 6]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
7. Fundação Getúlio Vargas. Relatório sobre os impactos econômicos da COVID-10. 2020; p.24. https://fgvprojetos.fgv.br/sites/fgvprojetos.fgv.br/files/economiacriativa_formatacao.pdf
8. Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, et al. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150 (1): 47-52.
9. Schwartz DA, Dhaliwal A. Infections in pregnancy with COVID-19 and other respiratory RNA virus disease are rarely, if ever, transmitted to the fetus: experiences with coronaviruses, HPIV, HMPV RSV, and influenza. *Arch Pathol Lab Med*. 2020:10.5858/arpa.2020-0211-AS.
10. Amorim MMR, Takemoto MLS, Fonseca EB. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Am J Obstet Gynecol*. 2020:10.1016/j.ajog.2020.04.023.
11. Takemoto, MLS, Menezes, MO, Andreucci, CB, Knobel, R, Sousa, LAR, Katz, L, Fonseca, EB, Nakamura-Pereira, M, Magalhães, CG, Diniz, CSG, Melo, ASO, Amorim, MMR; Brazilian Group for Studies of COVID-19 and Pregnancy. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. *BJOG*. 2020; 127 (3): 1618-26.
12. Takemoto MLS, Menezes MdO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MM, Katz L, Knobel R. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynecol Obstet*. 2020; 151: 154-6. doi:10.1002/ijgo.13300.
13. Santos DS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Knobel R, Katz L, Salgado HO, Amorim MMR, Takemoto MLS. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clin Infect Dis*. 2020: c1aa1066. <https://doi.org/10.1093/cid/c1aa1066>.
14. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Knobel R, Sousa LAR, Katz L, Fonseca EB, Magalhães CG, Oliveira WK, Rezende-Filho J, Melo ASO, Amorim MMR. Maternal mortality and COVID-19. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020:10.1080/14767058.2020.1786056.
15. Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Pacagnella RC, Takemoto MLS, Penso FCC, Rezende-Filho J, et al. COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(8):445-7.
16. Tai DBG, Shah A, Doubeni CA, Sia IG, Wieland ML. The Disproportionate Impact of COVID-19 on Racial and Ethnic Minorities in the United States. *Clin Infect Dis*. 2020: c1aa815.
17. Ellington S, Strid P, Tong VT, et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 69: 769-75.
18. Collin J, Byström E, Carnahan A, Ahrne M. Public Health Agency of Sweden's brief report: pregnant and postpartum women with SARS-CoV-2 infection in intensive care in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020:10.1111/aogs.13901
19. Vivanti AJ, Mattern J, Vauloup-Fellous C, Jani J, Rigonnot L, El Hachem L, et al. Retrospective Description of Pregnant Women Infected with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, France. *Emerg Infect Dis*. 2020; 26 (9): 2069-76.
20. Lumbreras-Marquez MI, Campos-Zamora M, Lizaola-Diaz de Leon H, Farber MK. Maternal mortality from COVID-19 in Mexico. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020; 150: 266-7.

21. Souza ASR, Souza GFA, Pracino GAF. Women's mental health in times of COVID-19. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2020; 20 (3): 659-61. 10.1590/1806-93042020000300001.
22. Roberton T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, Sawadogo-Lewis T, Walker N. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health.* 2020; 8: e901–08.

Recebido em 25 de Setembro de 2020

Aprovado em 13 de Outubro de 2020