

Mortes maternas por COVID-19 em Recife-PE (2020–2021): Série de Casos

Keiliane Ribeiro de Souza ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3235-2399>

Anna Catharina Carneiro da Cunha ³

 <https://orcid.org/0000-0003-1281-192X>

Leila Katz ²

 <https://orcid.org/0000-0001-9854-7917>

Melania Maria Ramos de Amorim ⁴

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

^{1,3,4} Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Integral. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: profmelania.amorim@gmail.com

² Centro de Atenção à Mulher. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil

Resumo

Introdução: a pandemia de COVID-19 produziu forte impacto na saúde materna, ampliando vulnerabilidades biológicas e sociais e evidenciando desigualdades regionais. No Brasil, gestantes e puérperas apresentaram risco elevado de complicações e morte, especialmente nas regiões com menor capacidade de resposta assistencial. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil clínico e assistencial das mortes maternas por COVID-19 em Recife-PE, entre 2020 e 2021.

Descrição: foram analisados 18 casos de mortes maternas por COVID-19, com base em registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS) e do Comitê Municipal de Mortalidade Materna (CMMM) da cidade do Recife. A maioria das mulheres tinha entre 20 e 35 anos, era parda e apresentava comorbidades, sobretudo síndromes hipertensivas (60,9%) e obesidade (33,3%). Dispneia e tosse seca foram os sintomas mais frequentes. A cesariana predominou como via de parto (61,1%), e 83,3% necessitaram de unidade de terapia intensiva, com ventilação mecânica em 94,4% dos casos. O CMMM considerou 72,2% dos óbitos evitáveis, sendo as causas básicas mais comuns a síndrome respiratória aguda grave e o choque séptico.

Discussão: os achados revelam gravidade clínica elevada e fragilidades persistentes na rede obstétrica, expressas em transferências tardias e óbitos evitáveis. As mortes maternas por COVID-19 refletem desigualdades estruturais e reforçam a urgência de fortalecer a vigilância epidemiológica, qualificar os registros e ampliar o acesso a cuidados obstétricos intensivos e oportunos.

Palavras-chave Mortalidade materna, COVID-19, Infecções por coronavírus, Saúde materna, Gravidez



Introdução

A doença causada pelo SARS-CoV-2, denominada COVID-19, provocou impacto expressivo na saúde materna em todo o mundo. No Brasil, gestantes e puérperas configuraram um grupo de risco, apresentando aumento da mortalidade materna.¹⁻³ A presença de comorbidades, como síndromes hipertensivas e obesidade, potencializa a gravidade da infecção.^{4,5} A inclusão tardia de gestantes e puérperas no Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 contribuiu para a gravidade observada.⁶ Descrever o perfil dessas mortes permite identificar fragilidades assistenciais e subsidiar estratégias de prevenção. O objetivo deste estudo é relatar a série de casos de mortes maternas por COVID-19 em Recife-PE entre 2020 e 2021, destacando aspectos clínicos e assistenciais.

Descrição

Foram incluídos 18 casos confirmados de morte materna por COVID-19, ocorridos em Recife-PE entre 2020 e 2021. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Comitê Municipal de Mortalidade Materna, conforme o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Recife.⁷ A maioria das mulheres

tinha entre 20 e 35 anos, era parda e casada, com ensino médio completo e ocupação remunerada. Dispneia (83,3%) e tosse seca (77,7%) foram os sintomas mais prevalentes, e as síndromes hipertensivas foram a comorbidade mais frequente (60,9%). A obesidade esteve presente em um terço das pacientes, e o tabagismo e etilismo foram pouco frequentes.

A maioria dos óbitos ocorreu no puerpério (77,8%), com idade gestacional mediana de 33,6 semanas. A cesariana foi a via de nascimento predominante (61,1%), 83,2% das mulheres realizaram pré-natal, mas apenas 44,4% fizeram mais de seis consultas e apenas uma mulher havia sido vacinada contra a COVID-19 (Tabela 1).

Durante a internação, 83,3% das pacientes necessitaram de UTI e 94,4% de ventilação mecânica, frequentemente por mais de 24 horas. Cerca de dois terços foram transferidas entre unidades hospitalares, evidenciando fragilidades na rede de atenção. Os antibióticos foram utilizados em 88,9% dos casos, corticoterapia em 77,8% e anticoagulantes em 66,7%. Em 72,2% dos casos, os óbitos foram classificados como evitáveis (Tabela 2). As causas básicas mais frequentes foram síndrome respiratória aguda grave e choque séptico, com informações complementadas pelos Boletins Epidemiológicos da Secretaria de Saúde do Recife e do Ministério da Saúde.^{7,8}

Tabela 1

Características obstétricas das mulheres com COVID-19 que foram a óbito no ciclo gravídico-puerperal na cidade de Recife-PE entre 2020-2021.

Características obstétricas	N	%
Ocorrência do óbito		
Durante gestação	1	5,5
Durante o parto		5,5
Durante o puerpério	14	77,8
Durante abortamento / perda gestacional	2	11,1
Idade gestacional (semanas)		
Mediana (IIQ)	33,6 (30 - 38)	
Vias de nascimento		
Cesárea	11	61,1
Parto normal	4	22,2
Perda gestacional	3	16,6
Dias de puerpério		
Mediana (IIQ)	16 (3 - 29)	
Número de gestações		
Mediana (IIQ)	2 (1 - 3)	
Primigestas	6	33,3
Paridade		
Mediana (IIQ)	1,5 (1 - 3)	
Primíparas	8	44,4
Número de abortos / perda gestacional		

Mediana (IIQ)	0 (0 - 1)
Número de filhos vivos	
Mediana (IIQ)	1,5 (1 - 3)
Consultas pré-natais	
Não fizeram pré-natal	3 16,6
> 6	8 44,4
< 6	7 38,8
Vacinação contra COVID-19	
Sim	1 5,5
Não	15 83,3
Ignorado	2 11,1

IIQ= intervalo interquartil.

Fonte: Dados do sistema de vigilância epidemiológica do óbito Recife/PE e pesquisa IMIP; 2023.

Tabela 2

Modalidades terapêuticas realizadas durante a internação, itinerário terapêutico e evitabilidade dos óbitos das mulheres com COVID-19 no ciclo gravídico-puerperal na cidade de Recife-PE entre 2020-2021.

Modalidade terapêutica realizada	N	%
Uso de antibióticos terapêuticos (n,%)	16	88,9
Uso de anticoagulante (n,%)	12	66,7
Uso de hemoderivados (n,%)	9	50,0
Uso de diálise (n,%)	5	27,8
Uso de corticoide (n,%)	14	77,8
Uso de VMA (n,%)	17	94,4
Duração da VMA (n,%)		
<24h	4	23,5
>24h	13	76,5
Uso de VNI (n,%)	15	83,3
Duração de VNI (n,%)		
<24h	2	26,7
>24h	11	73,3
Internamento hospitalar devido à infecção por COVID-19 e/ou complicações (n,%)	17	94,4
Duração do internamento (n,%)		
<24h	3	17,7
>24h	14	82,3
Variação (dias)	3 - 81	
Mediana (IIQ)	13 (7 - 24)	
Duração dos sintomas (n,%)		
Variação (dias)	2 - 15	
Mediana (IIQ)	8 (3 - 13)	
Internamento em UTI (n,%)	15	83,3
Duração de internamentos em UTI (n,%)		
<24h	2	13,3
>24h	13	86,7
Transferência hospitalar (n,%)	12	66,7
Evitabilidade do óbito (n,%)		
Provavelmente evitável	3 16,7	
Poderia ter sido evitado	13 72,2	
Inconclusivo	2 11,1	

VMA= ventilação mecânica assistida; VNI= ventilação não invasiva; UTI= unidade de terapia intensiva.

Fonte: Dados do sistema de vigilância epidemiológica do óbito Recife/PE e pesquisa IMIP; 2023.

Discussão

Os achados desta série revelam padrão de gravidade elevado, com predominância de óbitos no puerpério e alta demanda por cuidados intensivos. A associação entre COVID-19 grave e comorbidades pré-existentes, especialmente síndromes hipertensivas e obesidade, tem sido amplamente documentada e reforça essa sinergia que se associa a piores desfechos maternos.^{4,5}

O número expressivo de transferências e a baixa disponibilidade de exames indicam falhas na rede de atenção obstétrica, seja no acesso ao pré-natal, na chegada às unidades de saúde ou na prestação de cuidados adequados - aspectos descritos no modelo dos “três atrasos” de Thaddeus e Maine.⁹ A interrupção de rotinas do pré-natal durante 2020 e a inclusão tardia de gestantes/puérperas na vacinação também podem ter contribuído para a gravidade observada.⁶ Em conjunto, esses elementos sustentam a interpretação de que a pandemia potencializou vulnerabilidades estruturais previamente existentes no cuidado obstétrico. Relatos nacionais e internacionais apontam que a pandemia expôs desigualdades estruturais na assistência materna, afetando desproporcionalmente mulheres em contextos vulneráveis.^{7,8,10}

A elevada proporção de óbitos classificados como evitáveis reforça a necessidade de fortalecer protocolos de manejo da insuficiência respiratória, qualificar equipes e ampliar o acesso a leitos obstétricos de UTI. O investimento em vigilância e integração entre a atenção básica e os serviços especializados é fundamental para reduzir mortes evitáveis em futuras emergências sanitárias.¹⁰⁻¹³

A mortalidade materna por COVID-19 resulta de um conjunto de fatores que extrapola a ação direta do vírus, envolvendo vulnerabilidades biológicas, desigualdades sociais e fragilidades estruturais da rede de atenção obstétrica. As mortes registradas no Recife refletem o cenário nacional, caracterizado por assimetrias regionais e limitada capacidade de resposta em situações de crise.

Os achados reforçam a necessidade de aprimorar a vigilância epidemiológica, qualificar o preenchimento das fichas e declarações de óbito e investir na capacitação contínua das equipes e no fortalecimento dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna. Recomenda-se ampliar as investigações em nível estadual e interestadual, comparando óbitos maternos relacionados e não relacionados à COVID-19, a fim de orientar políticas públicas que assegurem cuidado obstétrico oportuno, vigilância ativa e justiça reprodutiva.

Contribuição dos autores

Souza KR: curadoria de dados, análise formal, investigação, redação do manuscrito. Katz L: conceitualização,

metodologia, supervisão, redação, revisão e edição do manuscrito. Cunha ACC: metodologia, análise formal, visualização, redação, revisão e edição do manuscrito. Amorim MMR: conceitualização, administração do projeto, supervisão; revisão e edição do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflitos de interesses.

Disponibilidade de Dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2022. [Internet]. [acesso em 2025 Set 11]. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
2. Ministério da Saúde (BR). Manual de recomendações para a assistência a gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2025 Set 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf
3. Amorim MMR, Takemoto MLS, Fonseca EB. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Int J Gynaecol Obstet.* 2020; 151 (1): 157-8.
4. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Knobel R, Sousa L, Katz L, et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil. *BJOG.* 2020; 127 (13): 1618-26.
5. Menezes MO, Takemoto MLS, Nakamura-Pereira M, Katz L, Amorim MMR, Salgado HO, et al. Risk factors for adverse outcomes among pregnant and postpartum women with ARDS due to COVID-19 in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020; 151 (3): 415-23.
6. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [Internet]. [acesso em 2025 Set 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-covid-19.pdf/view>
7. Recife. Secretaria de Saúde. Boletim Epidemiológico: Natalidade e mortalidade materna, fetal e infantil. Recife: Secretaria de Saúde; 2023. [acesso em 2025 Set 11]. Disponível em: https://cievsrecife.wordpress.com/wp-content/uploads/2023/05/boletim-natalidade-e-mortalidade-materna-fetal-e-infantil_n-01_2023.pdf

8. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico COVID-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. [Internet]. [acesso em 2025 Set 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020>
9. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994; 38 (8): 1091-110.
10. Francisco RPV, Lacerda L, Rodrigues AS. Obstetric Observatory BRAZIL - COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and unequal access to health care. *Clinics*. 2021; 76: e3120.
11. Carvalho PI, Frias PG, Lemos MLC, Frutuoso LALM, Figueirôa BQ, Pereira CCB, *et al*. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006–2017. *Rev Epidemiol Serv Saude*. 2020; 29: e2020086.
12. World Health Organization (WHO). A woman dies every two minutes due to pregnancy or childbirth: UN agencies. Geneva: WHO; 2023. [Internet]. [acesso em 2025 Set 11]. Disponível em: <https://www.who.int/news-item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>
13. Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr). SRAG: Síndrome respiratória aguda grave em gestantes e puérperas. Brasília (DF): OOBr; 2021. [Internet]. [acesso em 2025 Set 11]. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br

Recebido em 6 de Outubro de 2024

Versão final apresentada em 15 de Outubro de 2025

Aprovado em 16 de Outubro de 2025

Editor Associado: Alex Sandro Souza