

# PROTOKOLO DE ATENDIMENTO NO PARTO, PUERPÉRIO E ABORTAMENTO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Segunda, 27 Abril 2020 11:36



CME de Assistência ao Parto, puerpério e aborto da FEBRASGO

## Relatores

Alberto Trapani Júnior  
Laura Rassi Vanhoni  
Alessandra Cristina Marcolin  
Sheila Koettker Silveira



*Atualização em 23/04/2020.*

*Pelo fato da Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) ser uma doença de descrição recente, as orientações poderão ser refinadas e atualizadas à medida que mais informações estiverem disponíveis.*

## INTRODUÇÃO

O novo coronavírus (*Severe Acute Respiratory Syndrome – Related Coronavirus 2* ou SARS-CoV-2) é um vírus identificado como a causa de um surto de doença respiratória detectado pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan, China.<sup>(1, 2)</sup>

Rapidamente uma doença respiratória grave espalhou-se por todo território chinês e diversos países. Em fevereiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) designou a doença como COVID-19, que significa doença de coronavírus 2019.<sup>(1,3)</sup> Em 11 de março de 2020 a OMS declarou que a disseminação da COVID-19 configurava uma pandemia.<sup>(4)</sup> Em 20 de março de 2020 o Ministério da Saúde do Brasil reconheceu o estado de transmissão comunitária em todo território nacional.<sup>(5)</sup>

As medidas sugeridas neste protocolo visam a redução da transmissão durante a assistência à mulher no parto, puerpério e abortamento por meio da prevenção e controle da infecção causada pelo SARS-CoV-2.

A COVID-19 tem um espectro clínico bastante amplo, variando de quadros assintomáticos a graves. Os casos sintomáticos se caracterizam principalmente pelo aparecimento de fadiga, febre e a tosse seca, mas outros sintomas podem estar presentes (quadro 1). Quadros de maior gravidade exibem as características da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).<sup>(6)</sup>

Quadro 1. Sintomas dos pacientes diagnosticados com COVID-19

Sintomas mais comuns	Sintomas menos comuns
<ul style="list-style-type: none"><li>• Febre (<math>\geq 37,8^{\circ}\text{C}</math>)</li><li>• Tosse</li><li>• Dispneia</li><li>• Mialgia</li><li>• Fadiga</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anosmia ou hiposmia súbita</li><li>• Congestão conjuntival</li><li>• Anorexia</li><li>• Produção de escarro</li><li>• Odinofagia</li><li>• Dor torácica</li><li>• Hemoptise</li><li>• Tontura</li><li>• Cefaleia</li><li>• Confusão</li><li>• Náusea/vômito</li><li>• Diarreia</li><li>• Dor abdominal</li></ul>

Fonte: Diretrizes para Diagnóstico e tratamento COVID-19.<sup>(6)</sup>

Na gestação, devido às modificações fisiológicas ou a eventos adversos próprios da gravidez, sinais ou sintomas podem se sobrepor aos demais sintomas da COVID-19, dificultando o diagnóstico.<sup>(7)</sup>

A complicação mais comum da doença é a SRAG, definida por presença de dispneia ou os seguintes sinais de gravidade: saturação de  $\text{SpO}_2 < 95\%$  em ar ambiente; sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória; piora nas condições clínicas de doença de base; hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente ou indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória.<sup>(7)</sup>

## GRUPO DE RISCO

Inicialmente o Ministério da Saúde do Brasil (MS) considerou que o grupo de risco para COVID-19 seria composto por indivíduos acima de 60 anos e pacientes com doenças crônicas. Posteriormente, ampliou para 15 as *“Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal”*, incluindo *“Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal)”* <sup>(7)</sup>, apesar, dos escassos dados de literatura não apontarem que a gestação torne a paciente mais suscetível ao novo coronavírus do que a população geral.<sup>(6, 8-10)</sup>

Sabe-se que outros coronavírus, causadores de síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) e síndrome respiratória aguda grave (SARS), podem afetar a gestação, trazendo prejuízos ao desenvolvimento do feto e aumentando a morbimortalidade materna e perinatal.<sup>(8, 11)</sup>

Considerando as diversas modificações fisiológicas da gestação, pode haver um risco teórico maior de desenvolver a doença grave por COVID-19, em particular pneumonia e insuficiência respiratória.<sup>(12)</sup>

Em relação à teratogênese, pouco ou nada se sabe sobre as consequências da infecção pelo SARS-CoV-2, especialmente porque a literatura relata casos de mulheres infectadas na segunda metade da gestação. Até o momento, não houve descrição de dismorfologias fetais, assim como não houveram relatos de anomalias congênitas, em doenças como SARS e MERS.<sup>(11, 13)</sup>

Entretanto, considerando que qualquer infecção grave na gestação pode comprometer a evolução da mesma, principalmente com o aumento do risco de prematuridade<sup>(1)</sup>, parece adequado o esforço para facilitar o afastamento profissional das gestantes que tiverem atividades de contato com pessoas doentes.<sup>(14)</sup> As gestantes que são profissionais de saúde, que atuam na assistência às pessoas potencialmente infectadas com SARS-CoV-2 devem procurar o Serviço de Medicina do Trabalho de sua instituição, para avaliação dos riscos, considerando as medidas de distanciamento social.

## **TRANSMISSÃO**

Sabe-se que o contágio da COVID-19 costuma ocorrer pelo ar ou por contato pessoal com secreções contaminadas, tais como: gotículas de secreção respiratória, saliva; espirro; tosse; catarro; contato pessoal próximo (cerca de 2 metros) ou por contato pessoal com superfícies contaminadas, toque ou aperto de mão, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.<sup>(10, 15)</sup>

## **PERÍODO DE INCUBAÇÃO**

Segundo informações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), o período de incubação da COVID-19 varia entre 2 e 14 dias, com a maioria dos casos ocorrendo em quatro a cinco dias.<sup>(16)</sup>

## **IMUNIDADE**

Evidências preliminares sugerem que anticorpos induzidos pelos vírus após a infecção são protetores, mas isso ainda precisa ser confirmado por estudos com evidências mais robustas. Além disso, não se sabe se todos os pacientes infectados apresentam uma resposta imune protetora e quanto tempo durará tal efeito.<sup>(1)</sup>

## COMORBIDADES NA GRAVIDEZ E COVID-19

Dado os piores resultados (incluindo mortalidade mais elevada), entre a população com comorbidades (em particular diabetes e/ou hipertensão), é importante considerar o potencial impacto da hiperglicemia e da hipertensão pré-existentes no resultado da COVID-19 em mulheres grávidas. Atualmente, não existem estudos para nos guiar nesse aspecto, mas com base em evidência de mulheres não grávidas, seria lógico supor que em gestantes com comorbidades será maior o risco de manifestações clínicas graves.

## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Estudos retrospectivos envolvendo gestantes com COVID-19 demonstram que suas características clínicas são semelhantes às de mulheres adultas não grávidas.<sup>(17-19)</sup>

As pacientes podem apresentar febre (com ou sem calafrio), tosse e/ou dificuldade para respirar. Também podem apresentar sinais de síndrome gripal, tais como congestão nasal, coriza, anosmia e mialgia. A ausculta pulmonar pode apresentar estertores inspiratórios, e/ou respiração brônquica em gestantes com pneumonia ou comprometimento pulmonar. Pacientes com dificuldade respiratória podem apresentar taquicardia, taquipneia ou cianose acompanhada de queda na saturação de O<sub>2</sub>.<sup>(6, 7)</sup>

Recomenda-se que o exame físico contemple avaliação do padrão respiratório, tosse e/ou dispneia; verificação de temperatura; mensuração da frequência cardíaca, frequência respiratória e oximetria de pulso; ausculta pulmonar cuidadosa e avaliação de sinais de cianose e hipóxia.<sup>(6, 7)</sup>

### **Será considerado caso suspeito paciente que apresente:**

1. Síndrome Gripal (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre,<sup>(1)</sup> mesmo que relatada, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza ou dificuldade respiratória; Na SG é importante destacar que a febre pode não estar presente.<sup>(6)</sup>
2. SRAG: Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto.<sup>(6)</sup>

### **Será considerado caso confirmado a paciente que apresente:**

1. Quadro suspeito de SG ou SRAG com diagnóstico laboratorial por teste de: biologia molecular (RT-PCR *Reverse Transcription -Polymerase Chain Reaction*, com detecção do vírus causadores de SG e SRAG como SARS-CoV2, Influenza ou Vírus sincicial respiratório) ou Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos, com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas).<sup>(6)</sup>
2. Por critério clínico epidemiológico: caso suspeito de SG ou SRAG com: histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.<sup>(6)</sup>

## PROPEDÊUTICA LABORATORIAL

Para a comprovação diagnóstica, o exame de reação em cadeia da polimerase em tempo real para SARS-COV-2 (RT-PCR) utilizando material proveniente de *swab* nasal ou oral ou aspirado de nasofaringe é o método mais conclusivo até o momento, devendo ser coletado até o 3º e 7º dia do início dos sintomas.<sup>(6)</sup> As amostras deverão ser guardadas em geladeira (4 a 8°C) e deverão ser encaminhadas em até 24 - 48h após a coleta.

As pesquisas de anticorpos, incluindo a imunoglobulina M (IgM) e a imunoglobulina G (IgG), podem permitir a avaliação sorológica. A IgM aparece mais precocemente, podendo ser detectada após 3 a 7 dias do início dos sintomas. Em seguida, as titulações da IgM diminuem, enquanto as de IgG aumentam rapidamente. A titulação da IgG durante a fase de recuperação pode aumentar 4 vezes ou mais em comparação à fase aguda.<sup>(6)</sup>

Nos quadros graves, alguns exames devem ser acrescentados: pesquisa para influenza, oximetria de pulso, gasometria arterial (avaliar presença de hipercarbia ou acidose), tomografia (CT) de tórax, glicemia, ureia e creatinina, bilirrubina total e frações, D-dímero, hemograma, coagulograma (TP e TTPa), marcadores inflamatórios (procalcitonina sérica e/ou proteína C-reativa), troponina sérica e lactato desidrogenase sérica. Aumento da proteína C-reativa e linfopenia evidenciada em hemograma são as alterações mais comuns observadas em exames laboratoriais.<sup>(7)</sup>

Caso exames de imagem como radiografia e tomografia de tórax sejam considerados necessários, deverão ser realizados prontamente. A radiografia de tórax poderá ser realizada com a proteção abdominal, sem repercussão ao feto. Destaca-se que a radiação emitida durante o Raio-X de tórax (0.0005–0.01 mGy) ou uma TC de tórax (0.01–0.66 mGy) são muito inferiores às doses consideradas teratogênicas. A gestante deve ser orientada sobre os riscos e benefícios do exame. A ultrassonografia pulmonar, quando disponível, pode ser uma alternativa rápida para complementação diagnóstica.<sup>(14)</sup>

O exame de imagem não deve ser usado como rastreamento ou para o diagnóstico inicial por imagem do COVID-19. Seu uso deve ser reservado para pacientes hospitalizados, sintomáticos ou em situações clínicas específicas.<sup>(6,7)</sup> As radiografias do tórax tipicamente mostram opacidades de espaço aéreo multifocais de modo similar a outras infecções por influenza, SARS, MERS e H1N1. Os achados da radiografia de tórax são tardios em comparação com a TC de tórax. Na TC, as anormalidades pulmonares na infecção pelo COVID-19 são opacidades com atenuação em vidro-fosco periféricas, focais ou multifocais, e bilaterais, na maioria dos casos. Com a progressão da doença, entre 9 e 13 dias, há o aparecimento de lesões com padrão de pavimentação em mosaico e consolidações.<sup>(2)</sup>

## TRATAMENTO DA COVID-19

Até o momento não dispomos de um tratamento comprovadamente eficaz para a COVID-19 ou que seja específico para gestantes.<sup>(7, 14)</sup>

Deve-se levar em consideração os diagnósticos diferenciais pertinentes ao caso e o adequado manejo clínico. O fosfato de Oseltamivir tem uso amplamente recomendado na fase inicial das síndromes gripais em gestantes.<sup>(7)</sup>

A utilização de outros fármacos tem sido aventada no tratamento da COVID-19, como outros antivirais, antibióticos, corticosteroides, soro de pacientes curados, antimaláricos e antiparasitários, porém ainda carece de evidências científicas de boa qualidade para ser realizada na prática clínica. O uso de agentes terapêuticos deve ser feito após análise de risco-benefício individual, considerando o benefício potencial para a mãe e a segurança do feto.

## **CASOS ASSINTOMÁTICOS**

Em pacientes assintomáticas e sem sintomas gripais ou respiratórios nos últimos 14 dias, e que não tenham tido contato próximo com pessoas com síndrome gripal ou suspeita de infecção por SARSCoV-2 no mesmo prazo, manter os cuidados habituais durante a internação.

## **CUIDADOS GERAIS COM CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS:**

Em consultas de pronto-atendimento, toda gestante ou parturiente e seu acompanhante devem ser triados para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 logo no início do atendimento.

As pacientes suspeitas ou confirmadas, bem como seu acompanhante, devem imediatamente receber máscara cirúrgica, que deve ser trocada sempre que estiver úmida, orientadas quanto à etiqueta da tosse e higiene das mãos. Além disso, devem permanecer isoladas, com precaução de contato.<sup>(6, 7)</sup>

Recomenda-se a implementação de precauções padrão aos profissionais para o cuidado de todos os pacientes, com uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados, como máscara cirúrgica, luvas, óculos, protetor facial, gorro e avental. Antes e após o contato com o paciente ou com superfícies próximas a ele, deve-se higienizar as mãos com álcool 70% ou realizar a lavagem das mãos com água e sabão. Durante a realização de procedimentos que produzem aerossóis, a equipe de saúde deve utilizar também as máscaras N95/PFF2, com protetor facial.<sup>(6, 7)</sup>

Durante o trabalho de parto, deve haver avaliação contínua de saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub> por oximetria de pulso) e controle horário de sinais vitais. Caso ocorra piora do quadro, com febre/hipotermia, dispneia, dificuldade para respirar, batimentos de asas de nariz, cianose, tiragens intercostais, frequência respiratória >24 rpm, frequência cardíaca >125 bpm, Sat O<sub>2</sub> <95%, hipotensão, oligúria, leucopenia, plaquetopenia, irritabilidade, ou confusão mental), solicitar avaliação da equipe de medicina intensiva e implementar as medidas necessárias de suporte.<sup>(6, 7)</sup>

## **LOCAL DO PARTO**

Nenhum estudo até o momento demonstrou que parto em ambiente não hospitalar seja mais seguro em decorrência da pandemia. A FEBRASGO reforça que o ambiente hospitalar é o mais adequado para diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, inclusive em gestantes assintomáticas e de risco habitual. As maternidades e hospitais adotam normas de segurança e cuidados específicos para redução do risco de

transmissão de doenças. É importante salientar que pacientes suspeitas ou confirmadas para COVID-19 devem ser internadas em hospitais de referência, com maior nível de complexidade para os eventuais casos de descompensações materna e/ou fetais. Não se recomenda o parto de mulheres suspeitas ou confirmadas para Covid-19 em domicílios ou em Centros de Parto Normal (CPN).

## **PRESEÇA DE ACOMPANHANTES, VISITANTES E DOULAS**

O objetivo é diminuir ao máximo o número de pessoas circulando em ambiente hospitalar. A presença de acompanhante será permitida conforme regras de cada instituição, sendo recomendável que seja no máximo um por paciente durante toda internação, com idade entre 18 e 59 anos, sem sintomas gripais e nem contato com indivíduos com sintomas gripais nos últimos 14 dias que antecedem a internação, residir no mesmo domicílio que a parturiente e não possuir doenças crônicas. O acompanhante deve utilizar máscara cirúrgica e orientado quanto aos cuidados gerais de contato e higienização.

Devido ao isolamento social preconizado, não é recomendada a presença de doulas, fotógrafos e visitantes durante a internação hospitalar, pois o aumento do número de pessoas circulando aumenta os riscos de contaminação dessas pessoas, de pacientes internadas e da equipe de saúde.

## **MOMENTO E VIA DO PARTO**

O momento e a via de parto, na maioria dos casos, não devem ser determinados pela infecção materna por SARS-CoV-19. É necessária uma avaliação multidisciplinar, considerando estado geral da paciente, idade gestacional e vitalidade fetal. Para as mulheres com suspeita ou confirmação de COVID-19 no início da gravidez que se recuperam, nenhuma alteração na idade gestacional de resolução é recomendada. Para mulheres com suspeita ou confirmação de COVID-19 no terceiro trimestre que ainda não se recuperaram, é razoável tentar adiar o parto (se condições maternas e fetais permitirem) até que um resultado negativo seja obtido na tentativa de evitar a transmissão para o neonato. Em geral, a infecção por COVID-19 não é uma indicação para o parto, entretanto, indica-se antecipação do parto e a realização de cesárea no caso de gestantes que evoluam com sintomas graves ou críticos. Em gestantes com boas condições clínicas, sintomas leves e feto com boa vitalidade, o parto vaginal é seguro e recomendável.<sup>(10,17,18)</sup>

## **TRANSMISSÃO VERTICAL**

Há poucos dados na literatura para afastar com segurança a possibilidade de transmissão vertical do SARS-Cov-19. Em casos documentados de recém-nascidos (RN) infectados não ficou claro se a transmissão foi transplacentária ou pós-natal.<sup>(21)</sup> Novas evidências sugerem que a transmissão vertical seja provável, embora a proporção de gestantes afetadas e o significado para o RN ainda não seja claro. Dois relatórios publicaram evidências de IgM para SARS-COV-2 no soro neonatal ao nascimento.<sup>(10)</sup> Sabe-se que a infecção perinatal pode causar efeitos deletérios ao concepto como parto pré-termo,

distúrbios de oxigenação fetal, desconforto respiratório agudo, trombocitopenia acompanhada de distúrbios da função hepática e óbito.<sup>(21)</sup>

Esse risco perinatal parece ser independentemente da via de parto. Até o momento, os estudos não demonstraram presença do vírus em leite materno e líquido amniótico, mas demonstraram sua presença em fezes, sangue e urina materna.<sup>(14, 17, 22)</sup>

## **INDUÇÃO DO PARTO**

A indução do parto pode ser realizada quando a gestante estiver em boas condições clínicas. No período da pandemia sugere-se diminuir o período de internação hospitalar, podendo ser oferecida a associação de métodos de indução, como o método mecânico e ocitocina, para pacientes com cesárea anterior e método de mecânico e misoprostol, nas pacientes sem cesárea prévia.<sup>(17)</sup>

## **O PARTO OPERATÓRIO**

O parto vaginal operatório não é indicado para a parturiente apenas devido à suspeita ou confirmação de COVID-19. Por outro lado, os dados disponíveis não são suficientes para contraindicá-lo caso haja necessidade de ultimar o parto por esse meio.<sup>(12, 18)</sup>

## **MONITORIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**

Seguir vigilância rigorosa, com ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais. Realizar a Cardiotocografia quando necessária e disponível.

Alterações no padrão da frequência cardíaca fetal podem ser um indicador precoce da piora da condição respiratória materna.<sup>(6)</sup>

## **ANALGESIA E ANESTESIA DE PARTO**

A analgesia axial deve ser oferecida quando o médico assistente julgar adequado e for desejo da paciente. Não há evidências de aumento do risco de transmissão do vírus com anestesia ou analgesia raquidiana e/ou peridural. No entanto, deve-se evitar a anestesia geral já que a intubação gera aerossóis que aumentam o risco de contaminação da equipe. A analgesia farmacológica parenteral pode ser utilizada, tendo cuidado com o uso de medicações potencialmente depressoras do centro respiratório.<sup>(17)</sup>

Métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser ofertados, mas com cuidado para que eles não sejam compartilhados com outras pacientes.

O parto na água não deve ser realizado, pois já foi documentada a presença do SARS-CoV2 em fezes, sangue e urina.<sup>(23 - 25)</sup> Já o banho de aspersão (chuveiro) é recomendável para higiene, alívio da dor e relaxamento.<sup>(10)</sup>

## **MANOBRAS DE RESSUCITAÇÃO FETAL INTRA ÚTERO**

Embora o oxigênio via cânula nasal não seja um procedimento de aerossol, o fato de cânula/máscara facial estarem em contato com o trato respiratório materno, o manuseio do equipamento (ligar/desligar/ajustar) aumenta a chance de contaminação da equipe.

Considerando o grande número de portadores assintomáticos e que os benefícios e possíveis danos da oxigenoterapia são controversos, especialmente quando a parturiente não é hipoxêmica, deve-se analisar criteriosamente a necessidade de oxigênio inalatório para ressuscitação fetal. Demais práticas que melhoram a perfusão uteroplacentária e a oxigenação fetal podem e devem ser realizadas.<sup>(12)</sup>

## **CLAMPEAMENTO OPOTURNO DO CORDÃO**

A maioria dos estudos não demonstrou a presença de SARS-CoV-2 no sangue do cordão umbilical, tanto no parto normal quanto em cesáreas. Logo, orientamos aguardar de 1 a 3 minutos para o clameamento, uma vez que não haveria maior risco de transmissão vertical, frente aos dados atuais.<sup>(13, 22, 26, 27)</sup>

## **PELE À PELE**

Não é recomendado o contato pele a pele em pacientes com COVID-19, pois pode haver um contato importante do RN com secreções maternas. O neonato não deve ser posicionado no abdome ou tórax materno.<sup>(22)</sup> Estudos já demonstraram a presença do RNA da SARS-CoV-2 em amostras de sangue, urina e fezes.<sup>(10, 17)</sup>

Por esse motivo é recomendável a secagem e aquecimento do RN seguidas pelo banho.

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE MEDICAÇÕES DURANTE A GESTAÇÃO**

Vale destacar alguns aspectos de medicações frequentemente utilizadas durante assistência obstétrica:

### **1. Tocolíticos:**

Em mulheres com suspeita ou confirmação de COVID-19, os tocolíticos de escolha são nifedipina ou atosibano. A opção por indicar a tocolise deve ser individualizada conforme quadro clínico da gestante, idade gestacional e viabilidade fetal. Os demais tocolíticos estão contraindicados, pelos potenciais efeitos colaterais.<sup>(17)</sup>

### **2. Ácido acetilsalicílico profilático:**

Devido à elevada prevalência de pré-eclâmpsia em nossa população e a redução de seu risco com o uso de baixa dose de aspirina durante a gravidez, tal medicação pode continuar a ser utilizada em pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.<sup>(17, 18)</sup>

### **3. Corticosteroides:**

Os benefícios do uso de corticosteroides para maturação pulmonar, em fetos entre 24 e 34 semanas, com risco de parto pré-termo dentro de 7 dias, são bem estabelecidos e resultam em redução importante da morbimortalidade neonatal. Portanto, nessas

situações devem continuar a ser administrados. Modificações no atendimento a essas pacientes podem ser individualizadas, pesando os riscos eventuais à gestante e benefícios neonatais. Os efeitos da administração de corticosteroides para profilaxia de complicações na prematuridade tardia ainda não estão bem estabelecidos e não devem ser utilizados em pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.<sup>(17, 18, 28)</sup>

#### 4. Profilaxia para estreptococo do grupo B:

A coleta do swab para pesquisa do estreptococo do grupo B deve ocorrer conforme indicado durante o período habitualmente recomendado, de 35 a 37 semanas e 6 dias de idade gestacional. O uso de antibiótico profilático para diminuição do risco de sepse neonatal segue conforme as orientações da FEBRASGO.

#### 5. Sulfato de Magnésio:

O sulfato de magnésio deve ser usado conforme suas indicações habituais na presença de hipertensão grave e como forma de profilaxia da eclâmpsia. Seu uso para neuroproteção do recém-nascido na prematuridade extrema (parto abaixo de 32 semanas) também segue conforme orientações da FEBRASGO. Não há dados relatados sobre o impacto do sulfato de magnésio sobre a COVID-19. No entanto, dadas as possíveis complicações respiratórias com o uso de sulfato de magnésio, este deve ser efetuado criteriosamente nos casos com sintomas respiratórios graves. A equipe de saúde deve estar atenta aos sinais de intoxicação e manter vigilância rigorosa.<sup>(12)</sup>

#### 6. Heparina profilática:

Evidências sugerem a ocorrência de trombose microvascular em pacientes gravemente doentes com COVID-19, embora um aumento na incidência de trombose de grandes vasos não foi demonstrado. A profilaxia para tromboembolismo venoso geralmente é indicada em pacientes graves internadas.<sup>(17)</sup>

Para gestante com COVID-19 e com outros fatores de risco para eventos tromboembólicos já conhecidos é recomendável utilizar heparina em dose profilática, dentro dos protocolos já estabelecidos.<sup>(17)</sup>

## **AMAMENTAÇÃO**

Considerando os inúmeros benefícios da amamentação e a ausência, até o momento, de transmissão do SARS-CoV-2 por essa via, recomendamos o início e a manutenção do aleitamento materno, desde que a paciente esteja em boas condições clínicas. Ressalta-se que precauções deverão ser adotadas: higienização correta das mãos, o uso de máscara cirúrgica pela lactante durante todo o tempo, evitando falar e lavagem das mãos entre as mamadas.<sup>(10, 22, 30, 31)</sup>

Caso a mãe esteja em UTI e deseje amamentar, recomenda-se que o seu leite seja extraído e ofertado ao RN. Em caso de condições maternas graves, cuidado deve ser tomado para que não haja ingurgitamento mamário. Se necessárias, ordenhas devem ser realizadas.

## **CUIDADOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO E ALTA HOSPITALAR**

Salvo alguma intercorrência, como o agravamento das condições de saúde maternas, é perfeitamente possível que mãe e filho permaneçam em sistema de alojamento conjunto até a alta hospitalar. Mas, diversos cuidados devem ser estabelecidos.

A paciente com síndrome gripal e/ou COVID-19 suspeita ou confirmada deverá permanecer em leito isolado, em distância de pelo menos 2 metros do berço, o tempo todo de máscara cirúrgica, que deve ser trocada a cada duas horas e sempre que umedecer, lavar as mãos com frequência e sempre antes de tocar o RN. É importante que no local não sejam realizados procedimentos geradores de aerossol, que aumenta o risco de contaminação.<sup>(32)</sup> A alta hospitalar deve ser o mais precoce possível, respeitando as condições clínicas do RN e da puérpera, podendo ser em 24 horas para parto vaginal e 48 horas para cesariana.

## **ABORTO**

Os casos devem ser cuidadosamente analisados e individualizados para que a paciente não corra riscos desnecessários ao ter seu tratamento postergado, mas também tenha a menor exposição possível ao ambiente hospitalar. Em pacientes assintomáticas com aborto retido a conduta expectante pode ser oferecida, por até 4 semanas, caso a paciente consinta e compreenda os riscos e benefícios envolvidos.

Quando necessários os procedimentos de aspiração intra-útero ou curetagem devem ser realizados, sendo que a alta deverá ser o mais precoce possível.

## **REFERENCIAS**

1. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention. Acesso em: 23/04/2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-clinical-features-diagnosis-and-prevention>
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N. 04/2020. Orientações para serviço de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARs-CoV-2). Acesso em: 20/04/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>
3. World Health Organization. Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. Acesso em: 20/04/2020. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
4. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Acesso em 23/04/2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
5. Ministério da Saúde. Coronavírus: 25 mortes e 1.546 casos confirmados. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46573-coronavirus-25-mortes-e-1-546-casos-confirmados>.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE). Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19. Versão 3. Acesso em

19/04/2020. Disponível em:

<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/18/Diretrizes-Covid19.pdf>

7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Acesso em 19/04/2020. Disponível em:

<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/Protocolo-de-Manejo-CI--nico-para-o-Covid-19.pdf>

8. Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis*. 2020. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30157-2

9. Liang, H. and Acharya, G. (2020), Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow?. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 99: 439-442. doi: 10.1111/aogs.13836

10. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare Professionals. Version 6. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: [rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-03-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf](http://rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-03-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf).

11. Schwartz DA, Graham AL. Potential Maternal and Infant Outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses*. 2020 Feb 10;12(2):194. doi: 10.3390/v12020194.

12. Boelig RC et al. Labor and Delivery Guidance for COVID-19. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* (2020). Acesso em 19/04/2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589933320300409?via%3Dihub> doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100110

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. NOTA TÉCNICA N. 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Acesso em 21/04/2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnicagestantes72020COCAMCGCIVI\\_DAPESAPSMS03abr2020COVID-19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnicagestantes72020COCAMCGCIVI_DAPESAPSMS03abr2020COVID-19.pdf)

14. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG). Coronavirus na Gravidez: Considerações e Recomendações. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: <http://www.sogimig.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Sogimig-Orienta%C3%A7%C3%B5es-sobre-Covid-19-1.pdf>

15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Coronavírus - Perguntas e respostas. Acesso em: 20/04/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/coronavirus/faq>

16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2019 Novel Coronavirus – Symptoms. Acesso em 21/4/2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov>

17. Vincenzo B. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Pregnancy issues. Acesso em 20/04/2020. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-pregnancy-issues?search=covid%20pregnancy&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H3682062658](https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-pregnancy-issues?search=covid%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3682062658).

18. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). COVID-19 FAQs for Obstetrician-Gynecologists, Obstetrics. Acesso em 23/04/2020. Disponível em [/www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid-19-faqs-for-ob-gyns-obstetrics](http://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid-19-faqs-for-ob-gyns-obstetrics).

19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. NOTA TÉCNICA N. 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Acesso em 21/04/2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT\\_N\\_12\\_2020\\_COSMU\\_CGCIVI\\_DAPES\\_SAPS\\_MS.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_N_12_2020_COSMU_CGCIVI_DAPES_SAPS_MS.pdf)

20. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR). Recomendações de uso de métodos de imagem para pacientes suspeitos de infecção pelo COVID-19. Acesso em: 20/04/2020. [https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CBR\\_Recomenda%C3%A7%C3%B5es-de-uso-de-m%C3%A9todos-de-imagem\\_16-03-2020.pdf](https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CBR_Recomenda%C3%A7%C3%B5es-de-uso-de-m%C3%A9todos-de-imagem_16-03-2020.pdf)
21. Zhu H, Wang L, Fang C. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr.* 2020;9:51–60. doi: 10.21037/tp.2020.02.06
22. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na Sala de Parto de Mãe com COVID-19 Suspeita ou Confirmada - Atualização. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22422d-NAleria-Assist\\_RN\\_SalaParto\\_de\\_mae\\_com\\_COVID-19.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22422d-NAleria-Assist_RN_SalaParto_de_mae_com_COVID-19.pdf)
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. NOTA TÉCNICA N. 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Acesso em 21/04/2020. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI\\_MS-0014382931-Nota-Tecnica\\_9.4.2020\\_parto.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf)
24. Liu W, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During Pregnancy: A Case Series. *Preprints.* 2020. Acesso em 21/04/2020. Disponível em: <https://www.preprints.org/manuscript/202002.0373/v1>
25. Wang D, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020;323(11):1061–1069. doi:10.1001/jama.2020.1585
26. Chen H, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020 Mar 7;395(10226):809-815. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3.
27. Fan C, et al. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry?, *Clinical Infectious Diseases*, ciaa226, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa226>
28. World Health Organization (WHO). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>
29. U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Considerations for Inpatient Obstetric Healthcare Settings. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
30. Mariani C. Nótula complementar sobre COVID-19 e Aleitamento Materno. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/957-notula-complementar-sobre-covid-19-e-aleitamento-materno>
31. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Nota Técnica 03. Manejo do Ciclo Gravídico Puerperal e Lactação - COVID-19. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: [http://saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/covid-19/mortalidade-materna/e\\_nt-ccd-3-rep\\_2020\\_-manejo\\_ciclo\\_gravidico\\_puerperal\\_e\\_aleitamento\\_covid\\_19.pdf](http://saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/covid-19/mortalidade-materna/e_nt-ccd-3-rep_2020_-manejo_ciclo_gravidico_puerperal_e_aleitamento_covid_19.pdf)
32. Schwartz D. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants and maternal-fetal transmission of SARS-Cov-2: Maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Arch Pathol Lab Med.* 2020 Mar 17. doi: 10.5858/arpa.2020-0901-SA.