

Novo Coronavírus e gravidez: manejo dos casos de gestantes com suspeita de COVID-19.

Carolina Araújo Damásio Santos^{1,2}, Manoella do Monte Alves^{1,2,3}, Carolina Teixeira de Resende Barreto¹, Erianna Yadja Lucina de Macedo¹, Lilian Lira Lisboa^{1,3}, Reginaldo Antônio de Oliveira Freitas Júnior^{1,3}.

¹ Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi/ Instituto Santos Dumont (ISD)

² Hospital Giselda Trigueiro/ Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN)

³ Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Sobre os aspectos obstétricos e perinatais da infecção COVID-19 é muito importante considerar que, por se tratar de doença de aparecimento recente, a comunidade científica ainda não dispõe de conhecimentos específicos para que possamos fazer afirmações categóricas ou mesmo adotar condutas baseadas em evidências científicas.

Muitas das orientações que estamos adotando hoje baseiam-se nas experiências que tivemos com infecções causadas por outros vírus, como por exemplo o H1N1, mas ainda assim, elas podem mudar de forma muito dinâmica, de acordo com a evolução dos casos atuais e a partir da geração de novos conhecimentos científicos sobre a infecção pelo Coronavírus durante a gestação.

A proposta dessa publicação, baseada nas evidências científicas disponíveis em 23 de março de 2020, é auxiliar os profissionais de saúde no manejo dos casos de gestantes com suspeita de COVID-19 e, ao mesmo tempo, esclarecer a população sobre as questões que mais frequentemente têm motivado as gestantes a procurarem os serviços de saúde.

1. O Coronavírus pode causar alguma malformação fetal?

Até o momento não há informação sobre o potencial do Coronavírus em causar malformação fetal. Ainda não há dados de recém-nascidos cujas mães tiveram a doença no primeiro e segundo trimestres. De uma forma geral, o risco de qualquer agente externo interferir com a formação do bebê é maior quando a ação desse agente acontece nos primeiros três meses de gravidez, justamente o período em que os órgãos e sistemas fetais estão se formando.

Com as informações que ora dispomos, não tem sido observado aumento das taxas de abortamentos ou malformações fetais identificadas por ultrassonografia.

A ocorrência da transmissão vertical, quando o vírus passa da gestante infectada para o bebê através da placenta, encontra-se em estudo e ainda não pode ser totalmente descartada. Estudos preliminares não identificaram a presença do Coronavírus no líquido amniótico e no sangue do cordão umbilical nas situações de infecção materna no terceiro trimestre.

2. A amamentação natural está contraindicada?

No momento, não. Para as puérperas infectadas pelo Coronavírus, apesar de não haver consenso, a opinião mais prevalente é de que estas mães devem amamentar. Segundo a Organização Mundial da Saúde, puérperas em bom estado geral devem manter a amamentação, utilizando máscaras de proteção e higienização prévia das mãos.

Essa orientação leva em conta, principalmente, os inegáveis benefícios da amamentação natural e o conhecimento prévio do baixo risco do leite materno transmitir outros vírus respiratórios.

3. Para a gestante infectada pelo Coronavírus é melhor parto vaginal ou cesárea?

Até o momento, os trabalhos publicados relatam pequeno número de casos da infecção COVID-19 em gestantes. Aparentemente, essas publicações apontam para um curso mais benigno da doença na gravidez quando comparado com outros vírus respiratórios. Com os conhecimentos que dispomos na fase atual da pandemia ainda não é possível afirmar se uma ou outra via de parto seria melhor para a mãe ou para o bebê.

Se adotarmos raciocínio semelhante ao que utilizamos para as gestantes com infecção pelo vírus H1N1, por exemplo, para mulheres em boas condições gerais, sem restrição respiratória e com adequada oxigenação, o parto vaginal seria a melhor opção. Por sua vez, para mulheres com restrição respiratória, choque séptico e falência aguda dos órgãos, a interrupção da gravidez por cesárea seria a melhor conduta. Nesses casos é muito importante ressaltar a necessária atenção especial para com o risco anestésico.

4. A doença na gestante é mais grave que na população geral?

Diferente do que vivenciamos no último surto da infecção pelo H1N1, a COVID-19 em gestantes parece ter letalidade semelhante àquela observada para os adultos jovens da população geral, ou seja, gestantes infectadas têm quadros graves na mesma proporção que a população jovem tem. Entretanto, isso não significa que a infecção em gestantes deve ser subestimada e, por isso, atenção especial deve ser prestada a essas mulheres, como forma de prevenir que se contaminem e haja danos para a saúde materna e fetal.

5. As consultas do pré-natal devem ser mantidas no período da pandemia?

Sim. As consultas de pré-natal devem ser mantidas durante o período da pandemia. Esse tipo de atendimento é prioritário e tem, justamente, o objetivo de cuidar da saúde da mãe e do bebê.

O agendamento das consultas e a realização de exames complementares, incluindo a ultrassonografia, devem ser estritamente necessários para garantir o cuidado adequado da gestante e a vigilância do bebê, evitando a exposição dessas mulheres aos riscos da contaminação. Assim, os intervalos entre as consultas e a realização de exames poderão ser mais espaçados, de acordo com o risco gestacional de cada caso, com o objetivo de se evitar exposição desnecessária das gestantes.

Outro aspecto importante que merece atenção é o menor tempo possível de espera da gestante para a consulta de pré-natal e, para isso, os serviços devem planejar a logística de agendamento de forma a evitar a aglomeração de pessoas nas salas de espera. O próprio tempo da consulta deve ser o necessário para se prestar uma assistência pré-natal adequada, evitando prolongamentos excessivos. Especialmente para as grávidas, o isolamento social, ou seja, manter-se em casa sem contato com outras pessoas continua sendo a melhor estratégia preventiva.

6. A gestante com suspeita de COVID-19 pode fazer Raio X e Tomografia de Toráx?

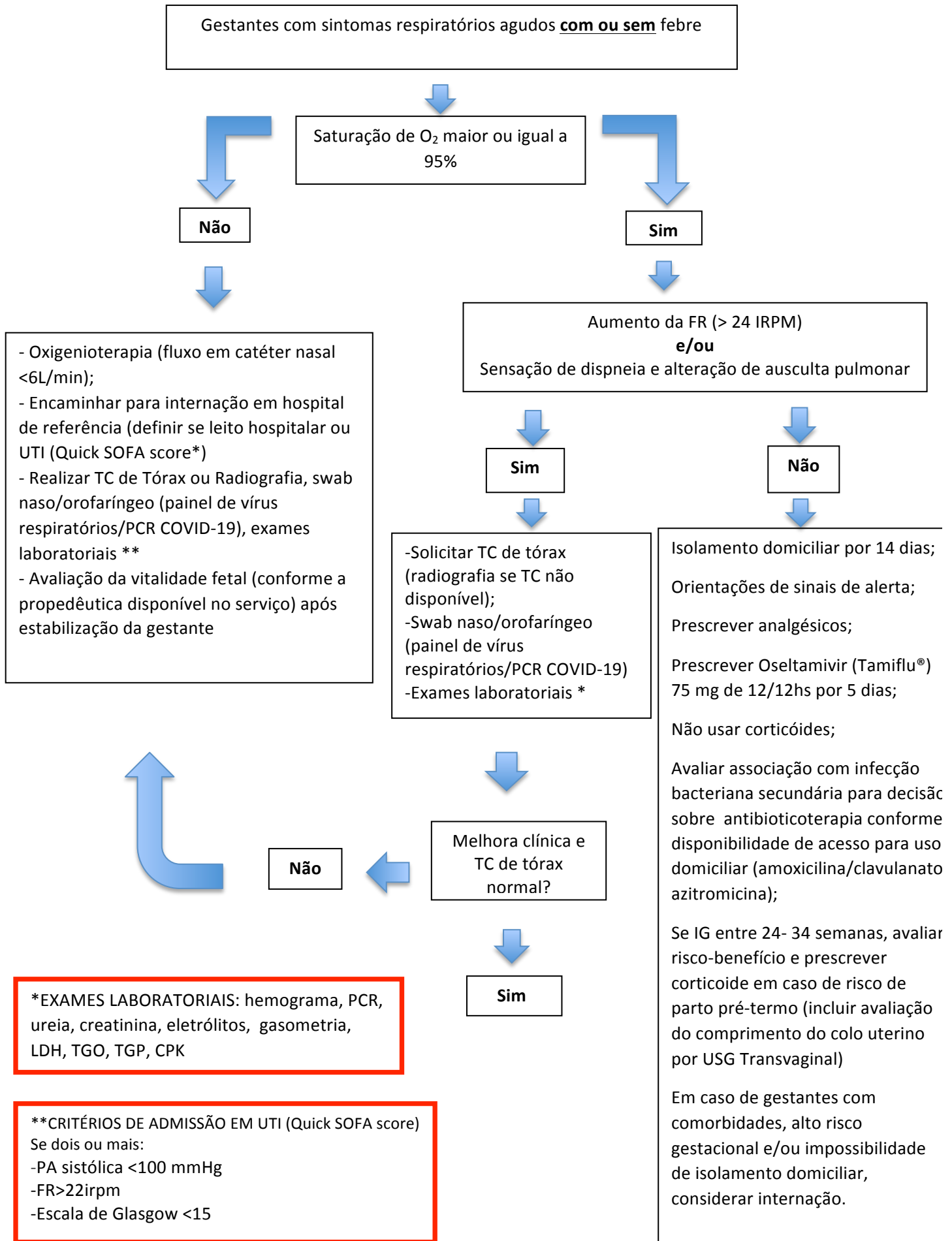
As gestantes com sinais de COVID-19 grave, confirmadas ou não, muito provavelmente precisarão realizar esses exames para definição do quadro clínico e planos de tratamento e, nessas situações, eles devem ser realizados com agilidade. Chamamos atenção para as medidas de proteção para reduzir a exposição fetal à radiação, como, por exemplo, o avental de chumbo no abdome materno para a realização da radiografia de tórax.

É muito importante esclarecer à gestante que as quantidades de radiação emitida para a realização desses exames são, reconhecidamente, muito inferiores às doses que os trabalhos científicos apontam como causadoras de malformações fetais.

7. Como podemos organizar o fluxo de atendimento ambulatorial de gestantes com suspeita para COVID-19?

Uma proposta de fluxograma de atendimento é apresentada na **Figura 1**.

Figura 1. Fluxograma de atendimento ambulatorial de gestantes com suspeita de COVID-19.



8. Orientações para gestantes/puérperas internadas (confirmadas ou suspeitas) para COVID-19

- Internação com precaução de contato e aerossol;
- Monitorização materna (clínica, laboratorial, radiológica se necessário) para avaliação frequente do grau de gravidade da pneumonia (critérios da Sociedade de Doenças Infecciosas da América) e reavaliação da necessidade de UTI;
- Monitorização fetal, uma vez ao dia, conforme a disponibilidade de recursos propedêuticos do serviço (cardiotocografia, ultrassonografia e perfil hemodinâmico fetal (Doppler));
- Avaliar necessidade de antibioticoterapia para infecção pulmonar secundária, conforme protocolo institucional e uso de Oseltamivir (Tamiflu®);
- Avaliar risco- benefício para administração de corticoides para maturação fetal se IG entre 24-34 semanas, considerando comorbidades associadas e medida do comprimento do colo uterino por ultrassonografia transvaginal, se disponível no serviço;
- Se a paciente apresenta critérios de gravidade (choque séptico, falência múltipla de órgãos, sofrimento fetal), considerar interrupção prematura da gestação se IG > 24 semanas (discussão em equipe multidisciplinar, decisão individualizada);
- Via de parto de acordo com indicação obstétrica (ver item 3);
- RN a termo: alojamento conjunto (precaução de contato/ aerossol, uso de máscara cirúrgica pela gestante, higienização frequente de mãos e antes de tocar no bebê, berço do RN localizado a pelo menos 1 metro de distância da cama da mãe) e permitido amamentação (ver item 2);
- Se RN prematuro com necessidade de UTI: manter o RN em precauções de Contato e Aerossol, coletar PCR COVID-19 de via respiratória nas primeiras 48 horas de vida. Se negativo retirar das precauções de Contato/Aerossol;
- Manter a gestante/ puérpera em isolamento até chegada de resultado do exame (retirar se negativo) ou por 14 dias a contar do primeiro dia dos sintomas;
- Em caso de alta da gestante, assegurar reavaliação no pré-natal no intervalo de uma semana.

Referências

1. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: report of two cases & review of the literature. *J Microbiol Immunol Infect* 2019; 52: 501–03.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Fluxo de Atendimento na Atenção Primária à Saúde para o novo Coronavírus (2019-Ncov). Ministério da Saúde. 2020.https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200210_N_EmktCoronaVirusFluxoV2_6121956549677603461.pdf
3. Chen H, Guo Juanjuan, Wang C, 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; published online Feb 12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3).

4. CDC. Centers of disease control and prevention. Transmission of Coronavirus Disease. Pregnancy and Breastfeeding. 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fspecific-groups%2Fpregnancy-faq.html.
5. Lam CM, Wong SF, Leung TN, et al. A case-controlled study comparing clinical course and outcomes of pregnant and non-pregnant women with severe acute respiratory syndrome. BJOG 2004; 111: 771–74.
6. Poon LC, Yang H, Lee JC, Copel JA, Leung TY, Zhang Y, et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2020..
7. RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy (3rd edition). 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/coronavirus-covid-19-infection-inpregnancy-v3-20-03-18.pdf>.
8. SOGESP. Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo. 2020. <https://www.sogesp.com.br/noticias/infeccao-pelo-coronavirus-sars-cov-2-em-obstetricia-enfrentando-o-desconhecido/>
9. SOGIMIG. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. 2020. <http://www.sogimig.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Sogimig-Orienta%C3%A7%C3%B5es-sobre-Covid-19-1.pdf>
10. WHO. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020