



COVID-19 e Gravidez

Orientações para a
linha de cuidado no ciclo
gravídico-puerperal no
Rio Grande do Norte

© 2020

Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 730 – Centro - Natal/RN - CEP 59025-600 Site: <http://www.saude.rn.gov.br/>

Secretário de Estado da Saúde Pública do RN: Cipriano Maia de Vasconcelos

Elaboração:

Comitê Técnico Assistencial para Enfrentamento à Pandemia de COVID-19,
instituído por Portaria –SEI Nº 873, de 07 de abril de 2020.

Rede de Atenção Materno Infantil

Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Equipe Técnica da COHUR

Equipe Técnica da CPS

Instituto Santos Dumont (ISD)

Autores:

Reginaldo Antônio de Oliveira Freitas Júnior^{1,2,3,4}

Ana Claudine Pontes^{1,3}

Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo^{2,4}

Aussângela Costa Machado^{5,6}

Carolina Araújo Damásio Santos^{1,7}

Carolina Teixeira de Resende Barreto^{1,3}

Elvira Maria Mafaldo Soares⁴

Eriana Yadja Lucina de Macedo¹

Felipe Nóbrega Zenaide^{1,3,8}

George Dantas de Azevedo⁹

Gilson Geraldo de Oliveira¹⁰

Isabelle Cantídio Fernandes Diógenes^{11,12}

Jacques Fiuza Campos¹³

Kátia Cristina Araújo Nascimento de Oliveira¹⁴

Larissa Cynthia César Rodrigues^{1,8}

Leilane de Melo Oliveira¹⁴

Lilian Lira Lisboa^{1,15}

Luiz Paulo Gomes dos Santos Rosa¹⁶

Maria da Guia Medeiros Garcia³

Mariana Smith Conrado¹¹

Mônica Martins Nóbrega Galvão¹⁷

Monise Gleyce de Araújo Pontes¹

Patrícia Amélia Figueroa Cortez^{3,14}

Patrícia Costa Fonseca Meirelles Bezerra³

Priscylla Carolynne Oliveira de Macêdo³

Rejane Maria de Oliveira Holanda^{11,12}

Renata Silva Santos¹⁹

Sebastião Neto de Carvalho Nobre¹⁸

¹ Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi/ISD

² Departamento de Tocoginecologia/UFRN

³ Maternidade Escola Januário Cicco/EBSERH

⁴ Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Norte/SOGORN

⁵ Maternidade Araken Irerê Pinto/SMS Natal

⁶ Maternidade Leide Morais/SMS Natal

⁷ Hospital Giselda Trigueiro/SESAP

⁸ Hospital Maternidade Divino Amor

⁹ Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN

¹⁰ Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros/SESAP

¹¹ Maternidade Almeida Castro

¹² Faculdade de Ciências da Saúde/UERN

¹³ Hospital Dr. José Pedro Bezerra/SESAP

¹⁴ Hospital Universitário Ana Bezerra/EBSERH

¹⁵ Departamento de Fisioterapia/UFRN

¹⁶ Departamento de Atenção Básica/SMS Natal

¹⁷ Hospital Regional Mariano Coelho/SESAP

¹⁸ Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho/SESAP

¹⁹ Coordenadoria de Hospitais e Unidades de Referência/SESAP

Sobre os aspectos relacionados à COVID-19 no ciclo gravídico-puerperal cabe ressaltar que, por se tratar de doença de aparecimento recente, não há evidências científicas suficientemente fortes para afirmações categóricas ou adoção de condutas protocolares absolutas. Mantém-se o compromisso da constante reavaliação e atualização das orientações ora apresentadas, sempre que novos conhecimentos surgirem e que as condições assistenciais demandarem adequações à realidade vivenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Norte.

As orientações que se seguem não têm caráter prescritivo e objetivam subsidiar a organização das linhas de cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, de acordo com a realidade de cada serviço de saúde integrante da Rede Cegonha. O conteúdo é apresentado por tópicos que buscaram atender às principais demandas identificadas no contexto atual da pandemia de COVID-19 em nosso estado.

1. COMO REESTRUTURAR O CUIDADO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL?

O pré-natal de risco habitual é considerado cuidado essencial e deve ser mantido durante o período da pandemia de COVID-19. O agendamento das consultas e a realização de exames complementares, incluindo as ultrassonografias, devem ser estritamente necessários para garantir o cuidado adequado da gestante e a vigilância do bebê, evitando a exposição desnecessária dessas mu-

lheres aos riscos da contaminação. Assim, os intervalos entre as consultas e a realização de exames poderão ser mais espaçados, de acordo com as necessidades particulares de cada caso, com o objetivo de equilibrar riscos e benefícios entre a segurança materno-fetal e exposição desnecessária das gestantes e da coletividade.

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. Especialmente para as grávidas, o isolamento social, ou seja, manter-se em casa sem contato com outras pessoas, continua sendo a melhor estratégia preventiva.

Uma recomendação útil para o processo de reorganização dos ambulatórios de pré-natal é a instalação de triagem na pré-consulta, se possível fora do prédio ou em espaço físico anterior à sala de espera habitual, para questionar sobre a ocorrência de febre e sintomas respiratórios (tosse, dispneia, sintomas gripais). Quando a estrutura física do serviço permitir, é recomendável disponibilizar local adequado para lavagem de mãos com água e sabão, antes do acesso à pré-consulta. Da mesma forma, é importante que os fluxos de atendimentos para usuárias sintomáticas aconteçam em ambientes separados dos demais usuários.

O **Quadro 1** apresenta uma proposta de organização do cuidado pré-natal, de acordo com a idade gestacional, por trimestres.

QUADRO 1 | Proposta de organização do cuidado pré-natal por trimestres.

1º TRIMESTRE | Até a 14ª semana gestacional



- Garantia de, no mínimo, uma consulta presencial.
- Para as gestantes com sintomas respiratórios sugestivos de COVID-19, as consultas médicas não presenciais devem ser encorajadas e frequentes, inclusive como estratégia para evitar a exposição desnecessária da gestante aos serviços de urgência. Manter esta alternativa de cuidado até que o quadro clínico da gestante permita o atendimento presencial (adiamento de 14 dias, conforme a evolução clínica).
- Avaliar pesquisa de COVID-19 conforme protocolo específico e fluxo estabelecido para o território no qual o serviço está inserido.
- Classificação do risco gestacional de forma contínua pela equipe de saúde, incluindo atendimentos não presenciais, conforme necessidades individuais.



- Deve ser discutida e pactuada com a gestante e sua família, de acordo com as necessidades de suporte, entendimento e comunicação do caso em particular.



- Uso de máscara para gestante, acompanhante e profissional de saúde.



- Geral e segmentar, registro do peso e pressão arterial.



- Manter exames da rotina pré-natal: classificação sanguínea ABO e Rh, Teste de Coombs Indireto, hemograma, glicemia de jejum, TSH, VDRL e sorologias para Toxoplasmose, Rubéola (se não vacinada), HIV, Hepatites B e C, sumário de urina e urocultura.
- Ultrassonografia do 1o trimestre (entre 11 e 13 semanas) para melhor datação da gestação (diante do maior risco de parto pré-termo associado à COVID-19, a certeza da idade gestacional pode ser determinante de futuras condutas específicas).



- Prescrição do Ácido Fólico na dose de 400mcg ao dia.
- Orientação sobre sintomas e sinais de alerta obstétricos e para COVID-19.
- Reforçar que, mesmo podendo representar manifestação fisiológica da gravidez, a queixa de dispneia, ou mesmo a "sensação de falta de ar", deve ser valorizada na presença de síndrome gripal.
- Disponibilização de meio de contato com o serviço, inclusive para avaliação de resultados de exames e orientações gerais (telefone fixo, celular ou e-mail, conforme viabilidade para a usuária).
- Orientar sobre medidas preventivas para COVID-19, com ênfase no isolamento social.
- Garantia de registro no Cartão ou Caderneta do Pré-natal.

2º TRIMESTRE | Da 14ª à 28ª semana gestacional



- Recomendação de duas consultas presenciais.
- Para as gestantes com sintomas respiratórios, as consultas não presenciais devem ser encorajadas como alternativa de cuidado até que o quadro clínico da gestante permita o atendimento presencial (adiamento de 14 dias, conforme a evolução clínica).
- Avaliar pesquisa de COVID-19 conforme protocolo específico e fluxo estabelecido para o território no qual o serviço está inserido.
- Reclassificar o risco gestacional e avaliar necessidade de referência para o pré-natal de alto risco.



- Deve ser discutida e pactuada com a gestante e sua família, de acordo com as necessidades de suporte, entendimento e comunicação do caso em particular.



- Uso de máscara para gestante, acompanhante e profissional de saúde.



- Geral e segmentar, registro de peso, pressão arterial, curva de altura uterina e ausculta cardíaca fetal.



- Hemograma, VDRL, anti-HIV, glicemia de jejum, sumário de urina e urocultura.
- Reavaliar sorologias para susceptíveis à Toxoplasmose.
- Teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75g de dextrosol.
- Ultrassonografia morfológica do 2º trimestre.



- Manter Ácido Fólico na dose de 400mcg ao dia.
- Acrescentar suplementação de Ferro Elementar, na dose de 40mg ao dia, de acordo com a apresentação disponível no serviço:
 - *Sulfato Ferroso na dose de 300mg ao dia.*
 - *Fumarato Ferroso na dose de 200mg ao dia.*
 - *Gluconato Ferroso na dose de 300mg ao dia.*
 - *Ferripolimaltose na dose de 333mg ao dia.*
- Vacinar contra Influenza
- Orientar vacinação DTPa após a 20ª semana gestacional.
- Reforçar orientações sobre sintomas e sinais de alerta obstétricos e para COVID-19, bem como medidas preventivas.
- Disponibilização de meio de contato com o serviço, inclusive para avaliação de resultados de exames (telefone fixo, celular ou e-mail, conforme viabilidade para a usuária).
- Garantia de registro no Cartão ou Caderneta do Pré-natal.

3º TRIMESTRE | Da 28ª semana gestacional até o parto



- Garantia de três consultas presenciais.
- Para as gestantes com sintomas respiratórios, as consultas não presenciais devem ser encorajadas como alternativa de cuidado até que o quadro clínico da gestante permita o atendimento presencial (adiamento de 14 dias, conforme a evolução clínica).
- Avaliar pesquisa de COVID-19 conforme protocolo específico e fluxo estabelecido para o território no qual o serviço está inserido.
- Reclassificar o risco gestacional e avaliar necessidade de referência para o pré-natal de alto risco.
- Este é o trimestre gestacional mais associado às situações de maior risco perinatal, incluindo aqueles inerentes à COVID-19, como por exemplo o trabalho de parto pré-termo.



- Deve ser discutida e pactuada com a gestante e sua família, de acordo com as necessidades de suporte, entendimento e comunicação do caso em particular.
- Nessa fase, é importante iniciar a discussão sobre a garantia do direito à presença do acompanhante no momento do parto e possíveis adequações inerentes ao enfrentamento da pandemia de COVID-19.



- Uso de máscara para gestante, acompanhante e profissional de saúde.



- Geral e segmentar, registro de peso, pressão arterial, curva de altura uterina e ausculta cardíaca fetal.
- Atenção para a pesquisa de edema e sobrepeso.



- Reavaliar necessidades individuais conforme resultados anteriores, por exemplo: anemia, imunização, susceptibilidade às infecções de transmissão vertical (STORCH), diagnóstico de Diabetes gestacional.
- Avaliar necessidade de reavaliação ultrassonográfica de acordo com parâmetros clínicos do crescimento fetal: curva de crescimento da altura uterina, ganho ponderal materno, associação com comorbidades.



- Manter Ácido Fólico na dose de 400mcg ao dia.
- Manter suplementação de Ferro Elementar, na dose de 40mg ao dia, de acordo com a apresentação disponível no serviço:
 - Sulfato Ferroso na dose de 300mg ao dia.
 - Fumarato Ferroso na dose de 200mg ao dia.
 - Gluconato Ferroso na dose de 300mg ao dia.
 - Ferripolimaltose na dose de 333mg ao dia.
- Checar vacinação DTPa, que pode ser feita até a 36ª semana gestacional.
- Orientar sobre preparo das mamas e amamentação, esclarecendo que, até o presente, não há contraindicação motivada por COVID-19
- Disponibilização de meio de contato com o serviço, inclusive para avaliação de resultados de exames e orientações gerais (telefone fixo, celular ou e-mail, conforme viabilidade para a usuária).
- Reforçar orientações sobre sintomas e sinais de alerta obstétricos e para COVID-19, bem como medidas preventivas.
- Orientações sobre o parto e sobre o serviço de vinculação no território, conforme a organização de fluxo vigente - mudanças nas pactuações de serviços obstétricos podem acontecer de forma muito dinâmica durante o período da pandemia e é muito importante garantir que todas as equipes envolvidas no cuidado pré-natal estejam cientes do fluxo vigente.
- Garantia de registro no Cartão ou Caderneta do Pré-natal.
- Garantia de agenda para acompanhamento pré-natal até o parto.

NÃO EXISTE ALTA DO PRÉ-NATAL

* Recomenda-se que o acompanhante deva estar assintomático, não residir ou ter tido contato com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e não se enquadrar na classificação de grupos de maior vulnerabilidade para a doença.

2. COMO REESTRUTURAR O CUIDADO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO?

Os serviços que integram a Rede Cegonha como referências para o pré-natal de alto risco e ambulatórios especializados devem manter o atendimento às gestantes de seu território e, sobretudo, intensificar seu papel matriciador da rede de serviços de risco habitual.

Consultas e exames não devem ser cancelados sem avaliação prévia do caso

específico, sobretudo em se tratando de casos novos (consultas de primeira vez, triagem).

As adequações relativas ao agendamento de consultas devem ser feitas mediante criteriosa análise do contexto clínico, obstétrico e psicossocial de cada gestante. Os fluxos de atendimentos devem respeitar as necessidades específicas de cada condição determinante do alto risco gestacional e das comorbidades associadas.

É necessária atenção especial para o transporte de gestantes que se deslocam de outras localidades para o serviço de pré-natal de alto risco. O transporte sanitário de gestantes não deve ser realizado juntamente com pacientes sintomáticos respiratórios. Os serviços de encaminhamento de gestantes devem estar atentos à redução da lotação dos veículos e às orientações de higienização periódica a cada troca de passageiros.

As consultas psicossociais também devem ser consideradas como serviços essenciais e devem prestar atenção especial à identificação de demandas de saúde mental e vulnerabilidade social relacionadas ao contexto atual.

Mais do que nunca, a articulação entre as equipes do pré-natal de alto risco e da atenção primária à saúde (APS) no território de residência da gestante se faz necessária para a garantia da segurança da usuária e da coletividade. Ações como a vacinação da gestante de alto risco, por exemplo, podem ser feitas por meio da visita domiciliar, conforme disponibilidade e organização das equipes de APS.

3. A DOENÇA NA GESTANTE É MAIS GRAVE QUE NA POPULAÇÃO GERAL?

Os dados observados sobre o comportamento da doença nos países nos quais se manifestou mais precocemente sugerem letalidade em gestantes semelhante àquela observada para os adultos jovens da população geral. Até o momento, a revisão sistemática com a maior casuística

realizada por Zaigham e Andersson, relata dados de 108 gestações, entre 8 de dezembro de 2019 e 1 de abril de 2020. A maioria dos estudos teve origem na China, mas também foram incluídos casos da Suécia, Estados Unidos, Coreia e Honduras. Em sua maioria, os relatos descrevem gestações no terceiro trimestre, sendo febre (68%) e tosse (34%) os achados clínicos mais frequentes. Três internações maternas em unidades de terapia intensiva foram observadas, mas nenhuma morte materna¹.

Ainda não há estudos brasileiros sobre morbidade materna grave e mortalidade materna associadas à COVID-19, entretanto é necessário chamar atenção para um aspecto muito importante da pandemia no Brasil: a mortalidade materna associada à doença causada pelo novo coronavírus. Informações sobre diferentes regiões do país divulgadas na mídia brasileira - e do Estado do Maranhão, publicadas pela Secretaria de Estado da Saúde - apontam que, entre os dias 21 de março e 22 de abril de 2020, ao menos oito mulheres já morreram com casos confirmados ou suspeitos de COVID-19 no Brasil, enquanto estavam grávidas ou no puerpério. Em outras palavras, em um mês de 2020 já houve mais mortes maternas no Brasil do que o observado em cinco países do mundo juntos, desde o final de 2019; países, inclusive, com número total de óbitos, até o presente, maior que os nossos dados oficiais.

4. O CORONAVÍRUS PODE CAUSAR ALGUMA MALFORMAÇÃO FETAL?

A ocorrência da transmissão vertical 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. Recentemente, a literatura já relata casos nos quais a transmissão vertical é apresentada como possível^{10,11}.

5. QUAIS COMPLICAÇÕES TEM SIDO OBSERVADAS NA ASSOCIAÇÃO DE COVID-19 E GRAVIDEZ?

As poucas revisões sistemáticas já publicadas chamam atenção para o maior risco para o trabalho de parto pré-termo, para a rotura prematura de membranas e para o comprometimento da vitalidade fetal, incluindo o óbito fetal. Pode ocorrer dano cardíaco, renal e elevação de enzimas hepáticas.

Importante destacar que, na grande maioria dos casos, a fisiopatologia das complicações da COVID-19 observadas na gestação envolve a hipoxemia materno-fetal. Assim, nesses casos, as indicações para

inibição do trabalho de parto pré-termo são absolutamente restritas e necessitam de criteriosa avaliação do quadro clínico materno e da vitalidade fetal. Nas raras situações nas quais houver indicação de tocólise, a Nifedipina parece ser a opção terapêutica mais adequada. O mesmo raciocínio clínico deve ser empregado para a decisão sobre o uso de corticoides para a maturação pulmonar fetal.

6. QUAIS AS RECOMENDAÇÕES SOBRE A AMAMENTAÇÃO NATURAL EM CASO DE COVID-19?

No momento, não há contraindicação da amamentação natural em caso de infecção pelo SARS-CoV-2, desde que a mãe deseje amamentar e esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo. A mãe infectada deve ser orientada sobre as medidas para reduzir o risco de transmissão do vírus por meio de gotículas respiratórias durante o contato com a criança, incluindo a amamentação:



Lavar as mãos por pelo menos 20 segundos ANTES de tocar o bebê ou ANTES de retirar o leite materno (extração manual ou bomba extratora);



Usar máscara facial, cobrindo completamente o nariz e a boca, durante as mamadas e evitar falar ou tossir durante a amamentação (a máscara deve ser trocada em caso de tosse ou espirro ou a cada nova mamada);



Lavar os seios e trocar de roupa ANTES de amamentar;



Se a mãe optar pela extração do leite, orientar conforme o preconizado na publicação do Ministério da Saúde (2ª Edição, 2015), "Cartilha para a Mulher Trabalhadora que Amamenta"¹² disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cartilha-para-a-mulher-trabalhadora-que-amamenta/>, com cuidado especial às recomendações para limpeza das bombas extratoras;



Deve-se considerar a possibilidade da ajuda de alguém saudável para oferecer o leite materno em copinho ou colher ao bebê. Essa pessoa deve ser treinada a alimentar o bebê com a ajuda de um profissional de saúde.

7. PARA A GESTANTE INFECTADA PELO CORONAVÍRUS É MELHOR PARTO VAGINAL OU CESÁREA?

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. Da mesma forma, é imperiosa a discussão do caso com a equipe da neonatologia para os casos de gestação pré-termo.

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

8. A GESTANTE COM SUSPEITA DE COVID-19 PODE FAZER RAIOS X E TOMOGRAFIA DE TORÁX?

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.

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. Atentar 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.

9. QUAIS SÃO OS SINAIS DE GRAVIDADE DA INFECÇÃO COVID-19?

Para definição de caso grave a gestante ou puérpera deve apresentar pelo menos UMA das alterações clínicas apresentadas na **Tabela 1**.

Sinal de gravidade	Definição	Critério de Gravidade*
Taquipneia	Frequência respiratória ≥ 24 IRPM	Internação hospitalar
Queda na saturação de O ₂	Saturação de O ₂ < 94% em ar ambiente	Internação hospitalar
Não apresentar melhora da saturação de O ₂ após a suplementação de oxigênio	Catéter nasal de O ₂ (tipo óculos) a 3-6L/mim sem umidificação	Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
Hipotensão arterial	Queda da pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 30 mmHg OU < 90mmHg OU pressão arterial diastólica (PAD) < 60mmHG	Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
Alteração do tempo de enchimento capilar	Após pressão firme na falange distal dos dedos indicadores direito e esquerdo por 15 segundos cada, o tempo em segundos para retorno da coloração normal da pele é maior que 3-5 segundos.	Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
Alteração do nível de consciência	Sonolência, obnubilação, torpor ou agitação OU Pontuação na Escala de Coma de Glasgow < 15	Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (ver Protocolo Tratamento SESAP)
Oligúria	Volume urinário < 400 mL em 24 horas OU redução do volume urinário abaixo de 0,5 mL por quilo (Kg) de peso, por um período superior a 6 horas.	Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

* Ver Protocolo de Tratamento COVID-19 – SESAP, 2020.

10. COMO CLASSIFICAR O RISCO DAS GESTANTES EM RELAÇÃO À COVID-19?



Verde

Gestante assintomática, afebril e sem sintomas respiratórios.



Amarelo

Gestante que apresenta algum sintoma respiratório OU febre OU história de febre.



Vermelho

Gestante que apresente qualquer dos sinais de gravidade descritos na Tabela 1.

11. 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 | Proposta de fluxo de atendimento para gestantes e classificação de cenários clínicos.



12. QUAIS OS CENÁRIOS CLÍNICOS POSSÍVEIS NO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO HOSPITALAR?

O **Quadro 2** apresenta uma proposição de atendimento obstétrico, conforme a classificação de risco da gestante, no contexto atual da COVID-19 no Rio Grande do Norte. Como já referido, tais orientações podem ser alteradas de forma dinâmica e, obviamente, devem ser alinhadas com as diferentes realidades estruturais e de equipe dos serviços potiguares.

Para as recomendações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e padronização de paramentação para procedimentos obstétricos vide Protocolo para Uso de EPI e Protocolo de Tratamento COVID-19 - SESAP, 2020.

QUADRO 2 | Cenários clínicos possíveis no atendimento obstétrico no contexto atual da COVID-19 no Rio Grande do Norte.

CENÁRIO 1 Gestante ou parturiente risco verde	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento obstétrico conforme a rotina do serviço
CENÁRIO 2 Gestante risco amarelo	<ul style="list-style-type: none"> Gestante usando máscara e equipe COVID protegida por EPI que será mantido durante todo o atendimento; Realizar exame físico minucioso procurando foco infeccioso (no caso de febre) e avaliando vias aéreas e ausculta pulmonar; Avaliação obstétrica: idade gestacional, dinâmica uterina, vitalidade fetal; Discutir uso de Oseltamivir. Gestante fora de trabalho de parto com critérios de alta: orientação para isolamento domiciliar por 14 dias e garantia de seguimento na APS, monitorizando febre, sinais respiratórios e estado geral; Checar viabilidade do contato telefônico e marcar retorno logo após os 14 dias.
CENÁRIO 3 Parturiente risco amarelo	<ul style="list-style-type: none"> Gestante usando máscara e equipe COVID protegida por EPI que será mantido durante todo o atendimento Realizar exame físico minucioso procurando foco infeccioso (no caso de febre) e avaliando vias aéreas e ausculta pulmonar; Avaliação obstétrica: idade gestacional, dinâmica uterina, vitalidade fetal; Conduzir o trabalho de parto em centro obstétrico COVID; Discutir uso de Oseltamivir.
CENÁRIO 4 Gestante risco vermelho	<ul style="list-style-type: none"> Gestante em uso de máscara e equipe protegida por EPI que será mantido durante todo o atendimento; Realizar exame físico minucioso procurando foco infeccioso (no caso de febre) e avaliando vias aéreas e ausculta pulmonar; Avaliação obstétrica: idade gestacional, dinâmica uterina, vitalidade fetal; Solicitar leito de UTI para internação para controle clínico.
CATEGORIA 5 Parturiente risco vermelho	<ul style="list-style-type: none"> Gestante em uso de máscara e equipe protegida por EPI que será mantido durante todo o atendimento; Colher swab nasal e de orofaringe para fazer RT-PCR para SARS CoV-2, conforme Protocolo de Coleta para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); Avaliação obstétrica: idade gestacional, dinâmica uterina, vitalidade fetal; Colher hemograma, Proteína C reativa, LDL, TGO, TGP, ureia e creatinina, sódio, potássio, cálcio e magnésio. Demais exames serão orientados pela gravidade do caso, tais como gasometria arterial e dímeros D; Solicitar Rx de tórax PA + P; Avaliação obstétrica: idade gestacional, atividade uterina, vitalidade fetal (se idade gestacional e28 semanas realizar cardiografia e/ou ultrassonografia, conforme disponibilidade do serviço); Iniciar Oseltamivir e antibiótico para pneumonia atípica (Ceftriaxona + Azitromicina) Conduzir trabalho de parto no centro obstétrico COVID; Avaliar necessidade de resolução da gravidez. Discutir cesárea de acordo com a idade gestacional. A cesárea está indicada se houver restrição respiratória materna, queda da taxa de oxigenação e/ou variação do pH.

13. COMO MONITORAR O AGRAVAMENTO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DA GESTANTE, PARTURIENTE OU PUÉRPERA COM COVID-19?

A vigilância clínica das gestantes, parturientes e puérperas admitidas com quadros suspeitos ou confirmados de COVID-19 assume importância vital para a segurança dessas mulheres e é condição determinante para a adoção de medidas terapêuticas oportunas. As complicações agudas das pacientes internadas em unidades hospitalares são precedidas de alterações de parâmetros fisiológicos. O reconhecimento tardio dessas alterações

é uma das principais causas de aumento de morbidade e mortalidade nas unidades de internação.

No contexto da linha de cuidado da COVID-19 no ciclo gravídico-puerperal, a proposta é a sistematização da vigilância dos parâmetros fisiológicos de gestantes, parturientes e puérperas baseada no Escore de Alerta Precoce Obstétrico Modificado - MEOWS, do inglês Modified Early Obstetric Warning Score²⁵.

O MEOWS permite o reconhecimento precoce da deterioração física, monitorando e pontuando parâmetros fisiológicos. Quanto mais distante do "normal" as observações individuais, maiores serão as pontuações. Um escore ≥ 3 desencadeia uma "cascata de ações", fornecendo instruções específicas sobre o nível de monitoramento, aconselhamento e ações imediatas a serem consideradas. Esta ferramenta de avaliação clínica deve ser utilizada por todas as pessoas da equipe de saúde envolvidas na linha de cuidado e é particularmente útil para as mulheres internadas em enfermarias.

O apoio dos gestores e supervisores dos serviços e equipes de saúde é de fundamental importância para o sucesso dessa estratégia de vigilância clínica e deve fazer parte de um compromisso institucional explícito com a segurança dessas mulheres. Da mesma forma, a efetividade da comunicação interprofissional merece atenção especial, na medida em que a equipe de enfermagem deve ser capaz de comunicar os sinais de alerta para deterioração física à equipe médica de maneira convincente e sem receios.

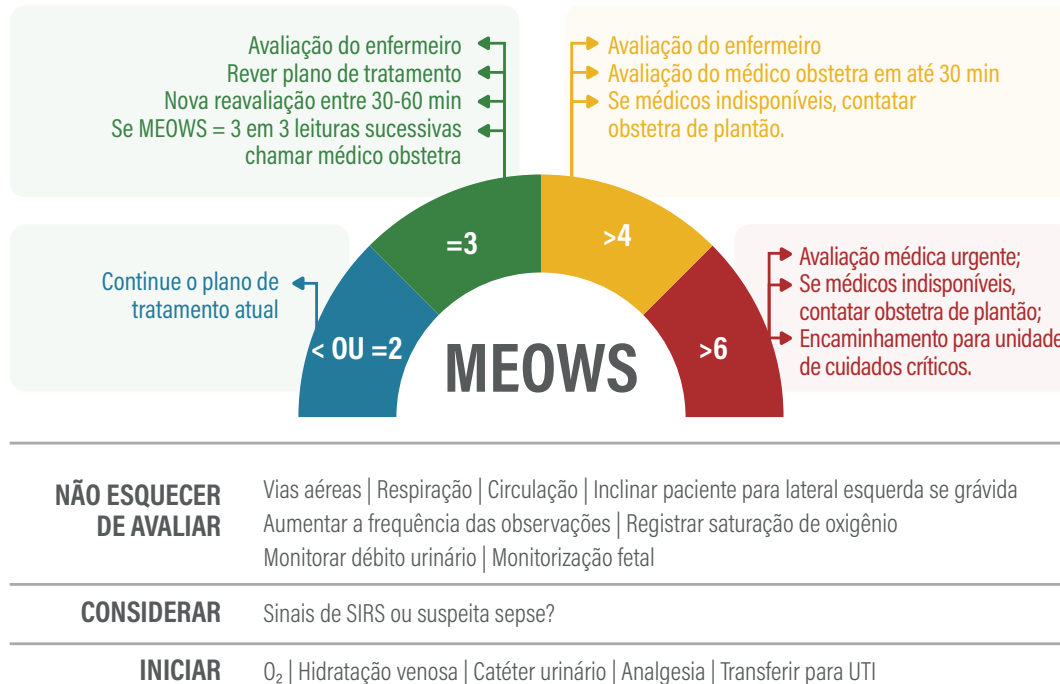
De todas as variáveis, a frequência respiratória é o indicador mais sensível. A **Tabela 2** apresenta os parâmetros fisiológicos a serem observados e suas respectivas pontuações. A **Figura 2** sintetiza as orientações referentes aos escores obtidos e às ações a serem desencadeadas para o cuidado da saúde das mulheres.

Pontuação	3	2	1	0	1	2	3
Temperatura (°C)				35-37,4		37,5-39	>39
PA Sistólica (mmHg)	≤ 70	71-79	81-89	90-139	140-149	150-159	≥ 160
PA Diastólica (mmHg)			≤ 45	46-89	90-99	100-109	≥ 110
Pulso (bpm)*		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Frequência respiratória (IRPM)		≤ 8		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Nível de consciência				Alerta	Responde ao chamado	Responde ao estímulo doloroso	Inconsciente
Débito urinário (mL/hora)*	< 10	< 30		Não mensurado			

* Se a pulsação for maior que a pressão arterial sistólica já marcar pontuação 2 para o parâmetro "Pulso".

** Quando já houver indicação para a sondagem vesical ou na suspeita de sepse

FIGURA 2 | Guia de ações para o cuidado de gestantes, parturientes e puérperas de acordo com a pontuação do MEOWS.



14. QUAIS AS RECOMENDAÇÕES PARA ATENÇÃO PUERPERAL DA PACIENTE COM COVID-19?

- Puérpera mantida em isolamento;
- Avaliar a presença de acompanhante de acordo com as necessidades individuais de suporte, entendimento, comunicação, autocuidado e cuidados com o recém nascido;
- Discutir a amamentação com a mãe e a família. Se a mãe deseja amamentar, liberar a amamentação natural assistida;
- Para a amamentação será necessário avaliar inicialmente a capacidade do entendimento materno sobre as medidas de proteção contra a disseminação do SARS-CoV-2;
- O recém nascido ficará com a mãe no mesmo ambiente de isolamento, berço separado por biombo, respeitando distância mínima de um metro da cama da mãe;
- Se possível colher teste diagnóstico em puérperas sintomáticas que ainda não tenham sido testadas;
- Pós-operatório de cesárea: evitar anti-inflamatórios não hormonais para a analgesia puerperal;
- Para as evoluções puerperais diárias a equipe de saúde deve utilizar EPI;
- A alta hospitalar dependerá das condições de saúde materna, entendimento e condições de cuidar do recém-nascido sem risco de contaminá-lo.
- Deverá completar 14 dias de isolamento domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Zaigham, M, Andersson, O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 00: 1– 7. <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>
2. Mulher morre com coronavírus após dar à luz gêmeos em Santos, SP. G1 [Internet]. 2020 [citado 2020 Abril 26]; Abril 23. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2020/04/23/mulher-tosse-ao-dar-a-luz-a-gemeos-e-morre-com-coronavirus-pouco-depois-em-sp.ghtml>. Acesso em 27/04/2020.
3. Morre auxiliar de enfermagem que estava grávida e com suspeita de coronavírus. Pais e Filhos [Internet]. 2020 [citado 2020 Abril 26]. Abril 23. Disponível em: <https://paisefilhos.uol.com.br/familia/morre-auxiliar-de-enfermagem-que-estava-gravida-e-com-suspeita-de-coronavirus/>. Acesso em 27/04/2020.
4. Grávida morre e família denuncia falta de atendimento no Hospital Municipal Pedro II, na Zona Oeste do Rio. G1 [Internet]. 2020 [citado 2020 Abril 26]; Abril 02. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/02/gravida-morre-e-familia-denuncia-falta-de-atendimento-no-hospital-municipal-pedro-ii-na-zona-oeste-do-rio.ghtml>. Acesso em 27/04/2020.
5. Coronavírus mata mulher de 28 anos dias após dar à luz no Rio e jovem de 23 anos na Baixada. G1 [Internet]. 2020 [citado 2020 Abril 26]; Abril 06. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/06/mulher-de-29-anos-morre-de-covid-apos-ter-um-bebe.ghtml>. Acesso em 27/04/2020.
6. Fisioterapeuta grávida morre de coronavírus e bebê fica internado, diz hospital. G1 [Internet]. 2020 [citado 2020 Abril 26]; Abril 06. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/04/06/fisioterapeuta-gravida-morre-com-coronavirus-e-bebe-fica-internado-diz-hospital.ghtml>. Acesso em 27/04/2020.
7. Coronavírus: Professora na Bahia morre por Covid-19 sete dias após dar à luz. O Tempo [Internet]. 2020 [citado 2020 Abril 26]; Abril 04. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/brasil/coronavirus-professora-na-bahia-morre-por-covid-19-sete-dias-apos-dar-a-luz-1.2320872>. Acesso em 27/04/2020.
8. Bebê de mãe vítima do coronavírus recebe alta após 23 dias na UTI em Belém. UOL [Internet]. 2020 [citado 2020 Abril 26]; Abril 22. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/22/bebe-de-mae-vitima-do-coronavirus-recebe-alta-apos-23-dias-na-uti-em-belem.htm>. Acesso em 27/04/2020.
9. SES. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Boletim Epidemiológico COVID-19, 22 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/wpcontent/uploads/2020/04/nota43.pdf>. Acesso em 27/04/2020.
10. Dong L, Tian J, He S, et al. Possible vertical transmission of SARS-CoV-2 from an infected mother to her newborn. JAMA 2020; published online March 26. DOI:10.1001/jama.2020.4621.
11. Zhu H, Wang L, Fang C, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl Pediatr 2020; 9: 51–60.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta / Essentials of breastfeeding and the working woman / Cartilha para la mujer trabajadora que amamanta. Brasília; Ministério da Saúde; 2 ed; fev. 2015. 27 p. Folhetoilus. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cartilha-para-a-mulher-trabalhadora-que-amamenta/>. Acesso em 28/04/2020.
13. Duarte G, Quintana SM, Cavalli EC, Marcolin AC, Moisés ECD, Costa FS. Plano de contingência para controle da disseminação do SARS-CoV-2 no Setor de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (Versão 2), abril. 2020.
14. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde
Seção da Saúde da Mulher. Nota Técnica 01/2020 - Orientações sobre o Atendimento de Pré-Natal diante da Pandemia do COVID-19. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/01112134-nt-01-orientacoes-sobre-sobre-o-atendimento-de-pre-natal-na-pandemia-do-covid-19-atualizada31-03-2020.pdf>. Acesso em 28/04/2020.
15. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Comitê de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal. Plano de Contingência de Atendimento para COVID-19. Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto (MATER), abril 2020. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/homepage/aces->

[so-rapido/comite-de-vigilancia-a-morte-materna-infantil-e-fetal](#) Acesso em 28/04/2020.

16. 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-EmktCoronaVirus-FluxoV2-6121956549677603461.pdf> Acesso em 28/04/2020.

17. 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).

18. 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>. Acesso em 28/04/2020.

19. 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.

20. 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.

21. 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-in-pregnancy-v3-20-03-18.pdf>. Acesso em 29/04/2020.

22. 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/> Acesso em 29/04/2020.

23. 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> Acesso em 29/04/2020.

24. WHO. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020.

25. Singh A, et al. Evaluation of maternal early obstetric warning system (MEOWS chart) as a predictor of obstetric morbidity: a prospective observational study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.09.014>