

DEFINIR ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE E COM A IMPRENSA (SOMENTE UMA FONTE DO HOSPITAL COMUNICA)

O comando do gabinete de crise precisa definir quem fará a comunicação, quem está autorizado a dar entrevistas, quais dados poderão ser repassados ou divulgados a imprensa. Importante destacar que os profissionais envolvidos não podem parar suas obrigações para dar entrevistas.

- ✓ Definir no plano os gatilhos e os responsáveis pela ativação
- ✓ Definir a composição do gabinete de crise e suas atribuições
- ✓ Definir as áreas para ampliação (ex: RPA - recuperação pós-anestésica), podendo ser por níveis
- ✓ Definir os equipamentos e materiais para as novas áreas (centralizar o estoque)
- ✓ Definir os cartões de ação de todas as áreas
- ✓ Definir os critérios clínicos de admissão e alta, suspensão de procedimentos eletivos e de triagem reversa
- ✓ Definir os mecanismos de comunicação interna e externa (assessoria de imprensa)
- ✓ *Debriefing* diário durante a crise (escutar a equipe)

Fonte: HMMIS



DURANTE A VIGÊNCIA DA CRISE, FAZER UM DEBRIEFING DIÁRIO NO FINAL DO DIA, PARA ESCUTAR A EQUIPE

O debriefing é uma reunião breve após a finalização do dia ou de uma determinada atividade para ouvir a equipe. O objetivo desta atividade é o de revisar e refletir no PÓS-AÇÃO, avaliando minuciosamente o que aconteceu, o que fizemos de bom, e o que podemos fazer de diferente na próxima vez para uma melhor performance. *O debriefing é um instrumento de aprendizagem e melhoria contínua.*

Etapas do debriefing	Alocação % do tempo
O que planejávamos fazer?	10%
O que ocorreu de fato?	15%
Por que ocorreu desta forma?	25%
O que faremos na próxima vez?	35%

- ✓ Definir no plano os gatilhos e os responsáveis pela ativação
- ✓ Definir a composição do gabinete de crise e suas atribuições
- ✓ Definir as áreas para ampliação (ex: RPA - recuperação pós-anestésica), podendo ser por níveis
- ✓ Definir os equipamentos e materiais para as novas áreas (centralizar o estoque)
- ✓ Definir os cartões de ação de todas as áreas
- ✓ Definir os critérios clínicos de admissão e alta, suspensão de procedimentos eletivos e de triagem reversa
- ✓ Definir os mecanismos de comunicação interna e externa (assessoria de imprensa)
- ✓ *Debriefing* diário durante a crise (escutar a equipe)

Fonte: HMMIS

RECOMENDAÇÕES:

NÍVEL

1

Necessidade de expansão momentânea do serviço, porém com os recursos existentes

NÍVEL

2

Necessidade de expansão momentânea do serviço, com recursos externos, terceiro e/ou adicionais



ACIONAMENTO NÍVEL 01

Transmissão sustentada

Definição: 25 ou mais casos hospitalares confirmados no município, ou mais de 100 casos incluindo casos ambulatoriais confirmados.

RECOMENDAÇÕES:

Instalação de Comitê de Crise Intrahospitalar

Implementar estratégia de comunicação

Adiamento de procedimentos cirúrgicos eletivos

Direcionamento de pacientes de baixo risco clínico para unidade de menor complexidade

Ampliação das referências hospitalares

Redução do tempo de permanência (otimizar alta oportuna, giro de leito, ampliar internação domiciliar)

Quando possível, ampliar áreas de internação. Exemplo: enfermarias fechadas, locais utilizados para serviços administrativos

Ampliar quadro de recursos humanos



ACIONAMENTO NÍVEL 02

Limite de capacidade instalada

Utilização superior a 20% da capacidade existente de leitos do hospital ou município.

Internações de pacientes (quadro clínico COVID-19) com indicação de Terapia Intensiva, entre 05 e 10 pacientes em um período de 24 horas.

RECOMENDAÇÕES:



Se possível,
ampliação de leitos
para pacientes
críticos com recursos
externos



Compra de leitos
de internação e/ou
procedimentos de
hospitais privados



Utilizar hospitais
de Campanha

Planejamento
da Emergência
Hospitalar Externa

GDGC – Gerenciamento Diário Gabinete de Crise



Documento Assinado Digitalmente por: ROMERO LUIZ FERREIRA, JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: <https://etecce-pe.gov.br/app/validaDoc.seam> Código do documento: 3024f2e2-cdf1-40c6-b2a8-74c9e2fcd8d4

GDGC – GERENCIAMENTO DIÁRIO GABINETE DE CRISE

O GDGC é uma ferramenta de gestão visual que auxilia o hospital a alcançar a melhor resposta no enfrentamento à pandemia do COVID-19. Deve-se fazer registro diário dos recursos estratégicos para o gerenciamento da crise, com o objetivo de proporcionar atendimento aos pacientes COVID-19 nos tempos e momentos certos, com os recursos certos e qualidade.

Exemplo: Performance esperada

“Chegar até a ilha em 10 dias”

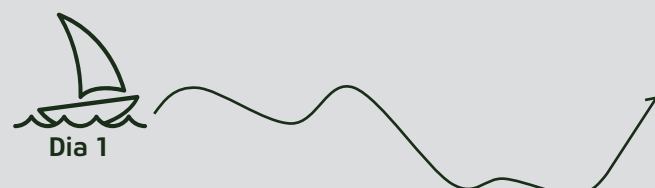


Processo
“Navegar”



Com Gestão diária da rotina: Acompanha pontos-chaves (vento, água, chuva) e retoma a rota a tempo.

Melhor performance

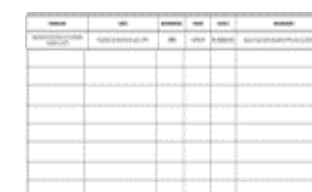
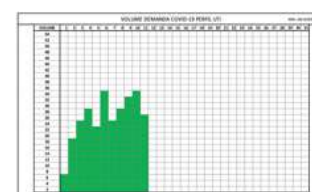


Sem Gestão diária da rotina: Não acompanha variáveis. Maior chance de desviar da rota e atraso para tomada de decisão.

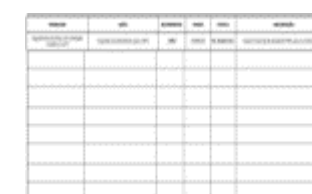
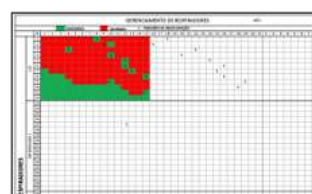
QUAIS RECURSOS SERÃO GERENCIADOS?

Equipe, Espaço e Equipamento, de acordo com a demanda de entrada e saída. A análise dessas variáveis gera um plano de ação para ajustes diários.

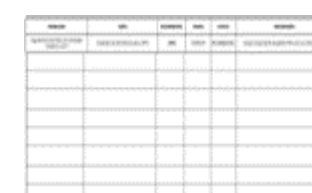
DEMANDA



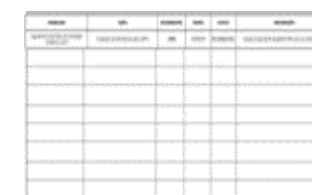
EQUIPAMENTO



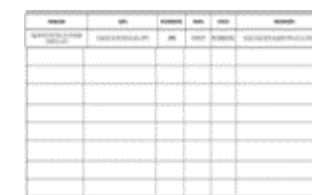
ESPAÇO



EQUIPE



SAÍDA



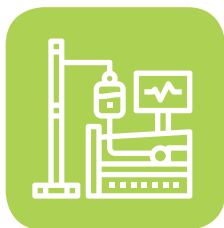
PLANO DE AÇÃO

GDGC – GERENCIAMENTO DIÁRIO GABINETE DE CRISE



DEMANDA

- Número de pacientes internados nas unidades exclusivas de leitos clínicos/UTI para COVID-19



EQUIPAMENTO

- Consumo diário de EPIs e tendência
- Gerenciamento de respiradores e monitores: quantidade disponível, quantidade ocupada, previsão de desocupação e taxa de ocupação



SAÍDA

- Quantidade de altas e óbitos por dia nas UTIs e Enfermarias



EQUIPE

- Dimensionamento de equipe planejado dia por área vs. equipe presente dia
- Gestão status de equipe: Habilidades para UTI, ativo, folga e afastado



ESPAÇO

- Gestão de leitos: disponível, ocupado, previsão de desocupação e taxa de ocupação diária
- Gerenciamento de leitos em relação as áreas denominadas para possível expansão

COMO FAZER?

- Dentre os integrantes do Gabinete de Crise, definir um responsável pelo preenchimento e gerenciamento para cada tema (Demanda, Espaço, Equipamento, Equipe e Saída)
- Diariamente e no mesmo horário, os instrumentos (ou mapas) devem ser preenchidos para subsidiar o GDGC
- O instrumento deve ser preenchido à caneta e a lápis, para proporcionar o gerenciamento de forma visual
- Cada responsável apresenta os indicadores do tema de sua responsabilidade de forma rápida
- Após todos apresentarem, discutem os pontos de desvio e os correlaciona com o todo (temas)
- Todas as pendências apontadas no GDGC de todos os temas devem ser desenvolvidas no plano de ação rápido com responsável, prazo e status
- Desenhe as ações e, durante os dias, reparar se os indicadores voltam ao normal

REFERÊNCIAS

KEVIN MACKWAY-JONES (United Kingdom). Advanced Life Support Group. Major incident Medical Management and Support: The Practical Approach in the Hospital. 3. ed. England: Wiley-blackwell, 2012. 185 p.

RITA SÁ MACHADO (Portugal). Direção Geral de Saúde (org.). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo Coronavírus (Covid-19). Lisboa, 2020. 80 p. Disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19/>. Acesso em: 11 mar. 2020.

Secretaria Municipal da Saúde. NOVO Coronavirus (2019-nCov): Plano de Contingência Municipal. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2020. 26 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hospital Preparedness for Epidemics. Suíça, 2014. 76 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/hospital-preparedness-for-epidemics>. Acesso em: 11 mar. 2020.

Leiva, et al. "Atendimento de Saúde a Múltiplas Vítimas e em Catástrofes". 02. ed. Curitiba: SAMU INTERNACIONAL, 2014. v. 01. cap 4,5 e 6. ISBN: 978-85-65994-00-2

Plano de Contingência do Hospital Odilon Behrens de Belo Horizonte. Versão Inicial e revisão de 2020.

NHS England – South Central Operational Pressures Escalation Levels (OPEL) Framework. Versão number: 2.0 (July).

SOUZA, Lena. Debriefing – Reflexão sobre ação. RHThink, 2018. Disponível em: <https://www.rhthink.com.br/debriefing/>



Documento Assinado Digitalmente por: ROMERO LEAL FERREIRA, JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: <https://eicr.ce.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: 3024f2e2-cdf1-40c6-b2a3-74c9e2fcd8d4

OBRIGADO

Projeto Lean nas Emergências



Paciente com sintomas de Síndrome Gripal (febre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ aferida ou referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta).

Paciente tem sinais de gravidade?*

- Dispneia;
- Desconforto respiratório (tiragem intercostal, batimento de aleta nasal, desidratação, inapetência e cianose);
- Saturação de $\text{O}_2 < 95\%$
- Piora nas condições clínicas de doença preexistente;
- Palidez cutânea

Não

Indicar isolamento domiciliar conforme protocolos da Atenção Primária à Saúde e contactar o posto de saúde para monitoramento

Sim

Síndrome Respiratória Aguda Grave- SRAG

Utilizar Oseltamivir em SRAG sem diagnóstico até resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2. Se positivo, suspender o uso

Paciente tem indicação para internação em UTI?

- Choque;
- Disfunção de órgãos vitais;
- Insuficiência respiratória; ou
- Instabilidade hemodinâmica

Não

- Oxigenoterapia sob monitoramento;
- Hidratação venosa **;
- Exames complementares.

Acompanhamento leito clínico em isolamento individual ou coorte.

Notificar e Coletar exames específicos

Sim

- Suporte intensivo;
- Oxigenoterapia sob monitoramento;
- Hidratação venosa **;
- Exames complementares.

Acompanhamento leito de terapia intensiva em isolamento individual ou coorte.

Notificar e Coletar exames específicos

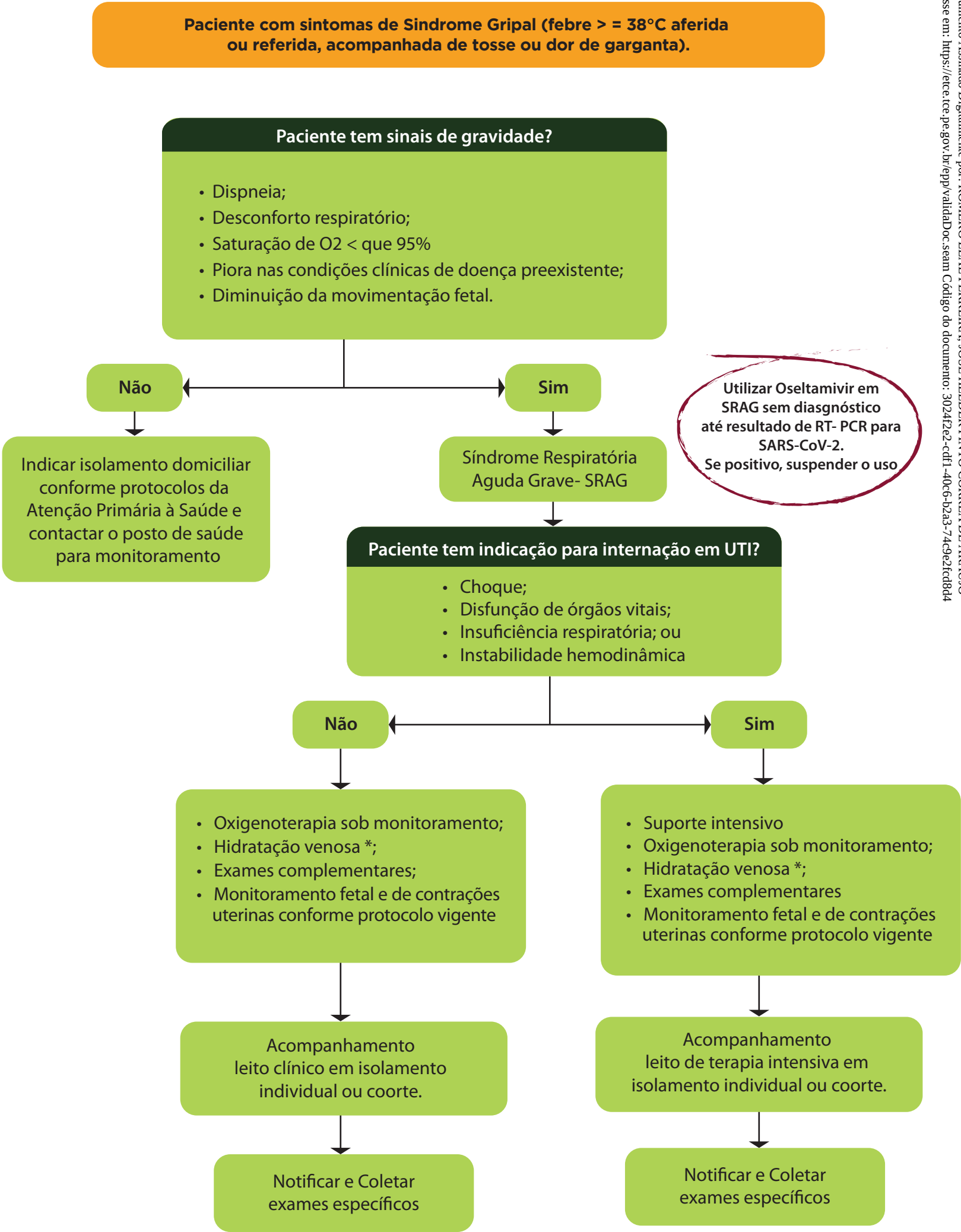
* Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

** Não é indicado o uso profilático de antibióticos e, também, na ausência de comprovada infecção associada glicocorticoides não devem ser prescritos, no entanto podem ser considerados em situações específicas, quando houver indicação clara para sua utilização (sem evidências de benefícios no tratamento da infecção por SARS-CoV-2).

Fluxo adaptado Protocolo de Tratamento de Influenza (BVS-MS 2017), baseado nas recomendações do consenso de especialistas em manejo clínico do COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: ROMERO LEAL FERREIRA, JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam?codigo_documento=3024f2e2-cdf1-40c6-b2a3-74c9e2fcd8d4

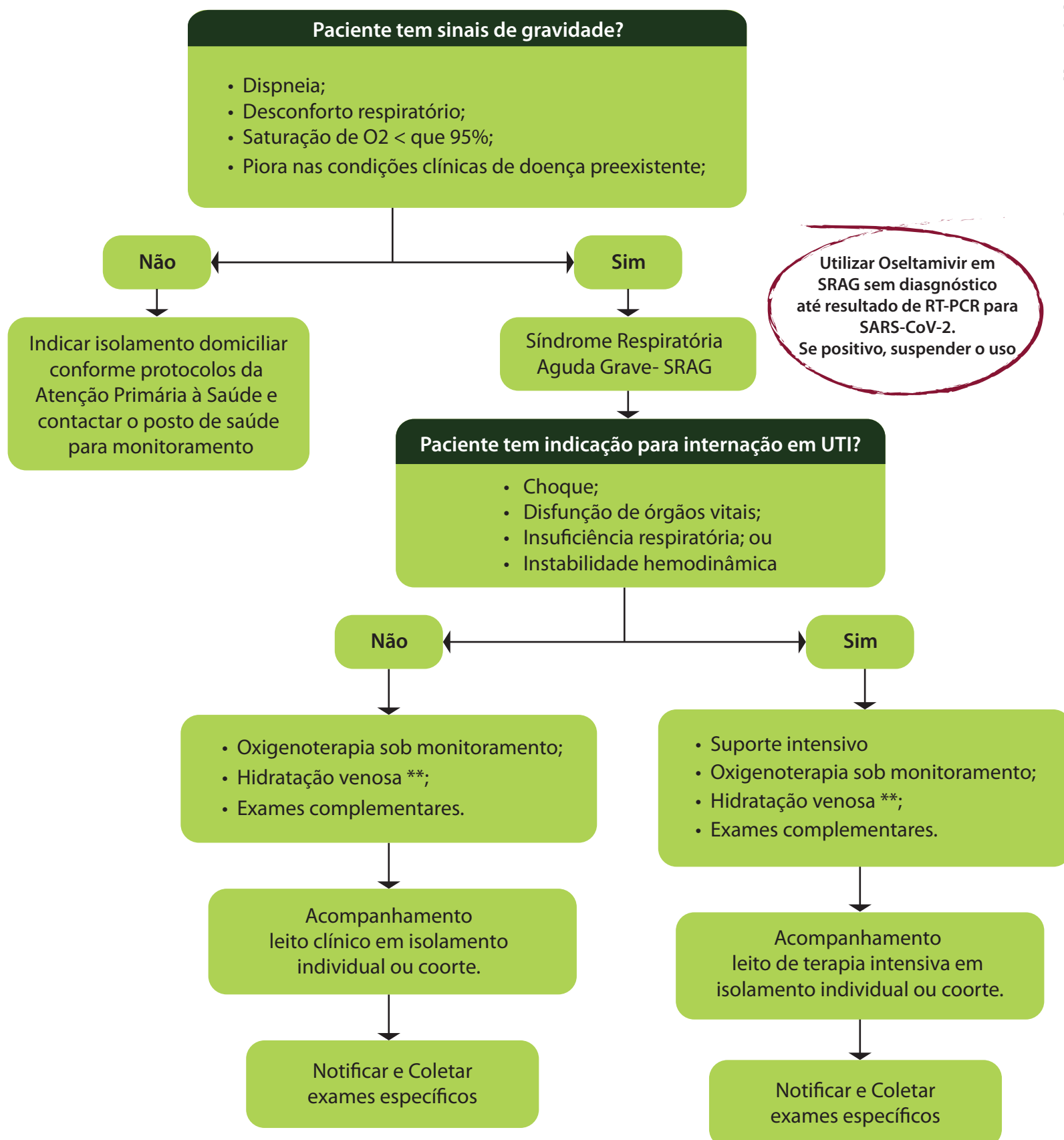


* Não é indicado o uso profilático de antibióticos e, também, na ausência de comprovada infecção associada glicocorticoides não devem ser prescritos, no entanto podem ser considerados em situações específicas, quando houver indicação clara para sua utilização (sem evidências de benefícios no tratamento da infecção por SARS-CoV-2).

Fluxo adaptado Protocolo de Tratamento de Influenza (BVS-MS 2017), baseado nas recomendações do consenso de especialistas em manejo clínico do COVID-19



Paciente com sintomas de Síndrome Gripal (febre $\geq 38^{\circ}\text{C}^*$ aferida ou referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta)



* Podendo estar ausente nos idosos

** Não é indicado o uso profilático de antibióticos e, também, na ausência de comprovada infecção associada glicocorticoides não devem ser prescritos, no entanto podem ser considerados em situações específicas, quando houver indicação clara para sua utilização (sem evidências de benefícios no tratamento da infecção por SARS-CoV-2).

Fluxo adaptado Protocolo de Tratamento de Influenza (BVS-MS 2017), baseado nas recomendações do consenso de especialistas em manejo clínico do COVID-19

**INDIVÍDUO COM FEBRE e/ou SINTOMAS RESPIRATÓRIOS**
(Tosse, secreção nasal, dificuldade respiratória)**ABORDAGEM INICIAL:** (a ser realizada pelo primeiro trabalhador em contato com o paciente)Viagem nos últimos 14 dias
para o exterior?Contato próximo de caso confirmado ou
suspeito de novo Coronavírus (COVID-19)?

Não

Sim

Seguir rotina estabelecida
pelo serviço de saúdeFornecer máscara cirúrgica,
encaminhar o indivíduo para ambiente
isolado* e realizar classificação de risco

Não

Classificação de risco: confirmar se o
paciente se enquadra nas definições de caso

Sim

Encaminhar para atendimento médico
imediate, notificar o caso ao CIEVS e
proceder com coleta de amostra
para diagnóstico

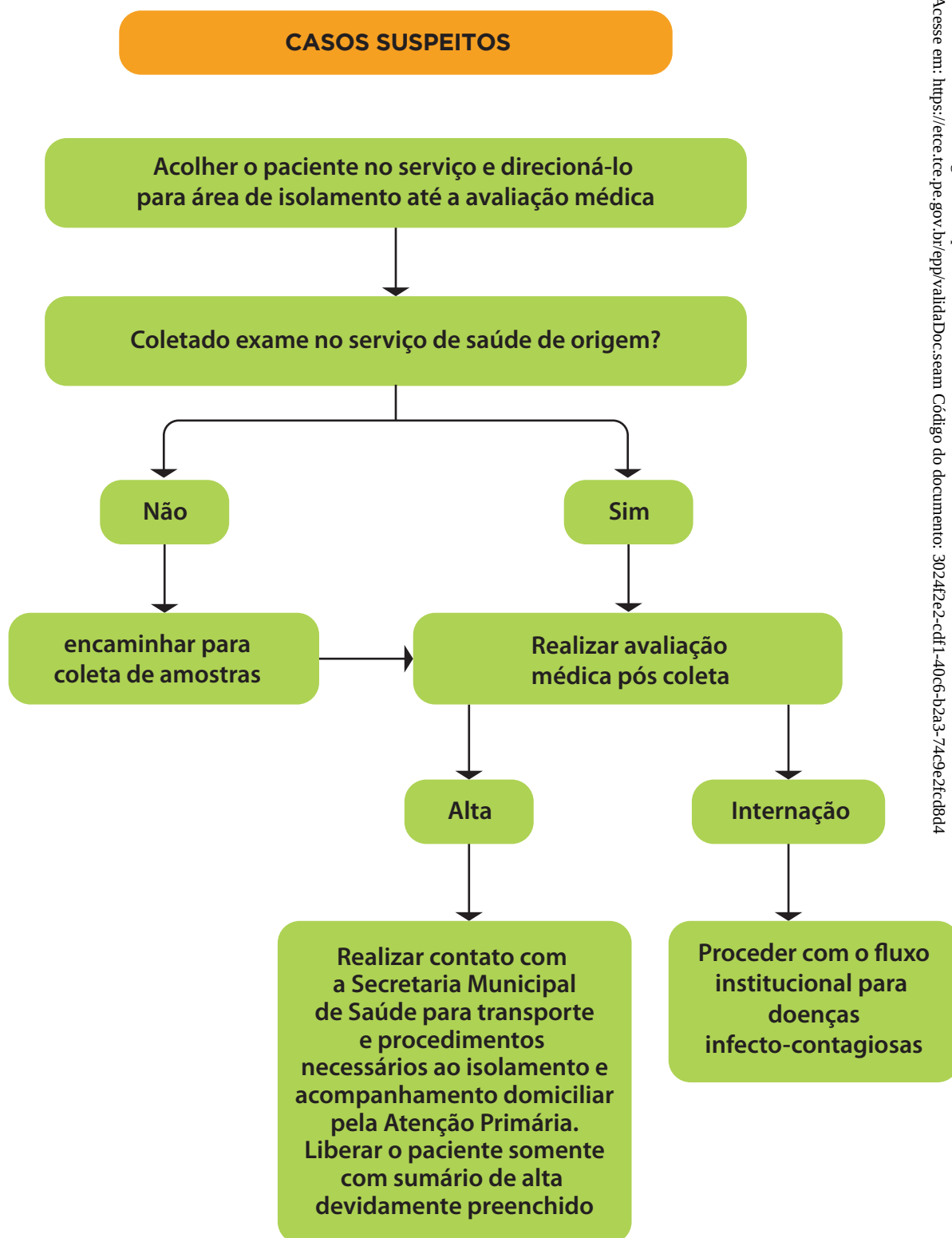
Realizar avaliação médica pós coleta

Alta

Internação

Realizar contato com
a Secretaria Municipal
de Saúde para transporte
e procedimentos
necessários ao isolamento e
acompanhamento domiciliar
pela Atenção Primária.
Liberar o paciente somente
com sumário de alta
devidamente preenchidoProceder com o fluxo
institucional para doenças
infecto-contagiosas

* Manter o paciente em área
separada limitando sua circulação
fora da área de isolamento
enquanto em avaliação.



CORONAVÍRUS COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: ROMERO LEAL FERREIRA, JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3024f2e2-cd11-40c6-b2a3-74c9e2fcd8d4

NOTA INFORMATIVA Nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS

MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA À GESTANTE E PUÉRPERA FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





CORONAVÍRUS COVID-19

NOTA INFORMATIVA Nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS

MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA À GESTANTE E PUÉRPERA FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19



Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão preliminar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Promoção da Saúde

Coordenação de Saúde das Mulheres

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício Anexo, Ala B, 4º Andar

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Site: <http://aps.saude.gov.br>

Participação das secretarias do Ministério da Saúde:

Secretaria Executiva

Antônio Elcio Franco Filho

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Raphael Câmara Medeiros Parente

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Luiz Otávio Franco Duarte

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos do Ministério da Saúde

Hélio Angotti Neto

Secretaria Especial de Saúde Indígena

Robson Santos da Silva

Secretaria de Gestão do Trabalho e

da Educação na Saúde

Mayra Isabel Correia Pinheiro

Secretaria de Vigilância em Saúde

Arnaldo Correia de Medeiros

Direção Geral:

Raphael Camara Medeiros Parente

Coordenação-Geral:

Antonio Rodrigues Braga Neto

Raphael Camara Medeiros Parente

Rosiane Mattar

Revisão técnica geral:

Antonio Rodrigues Braga Neto

Elaboração de texto:

Adriana Gomes Luz

Alan Roberto Hatanakaw

Alberto Moreno Zaconeta

Antonio Rodrigues Braga Neto

Évelyn Traina

Fernanda Spadotto Baptista

Gabriel Costa Osanan

Geraldo Duarte

José Geraldo Lopes Ramos

Maria Lúcia Oppermann

Rosiane Mattar

Rossana Pulcineli Vieira Francisco

Silvana Maria Quintana

Sigrid Maria Loureiro de Queiroz Cardoso

Sue Yazaki Sun

Vera Therezinha Medeiros Borges

Colaboração SAPS:

Márcia Helena Leal

Priscilla Rocha de Souza

Caroline Martins Jose dos Santos

Daniela de Carvalho Ribeiro

Centro de Operações de Emergência:

Adelaide Martins Alves (SGTES)

Alessandro Glauco dos Anjos de Vasconcelos (SE)

Camila Ferreira Alves Simões (SESAI)

Demétrio de Lacerda Caetano dos Santos (SGTES)

Etna de Jesus Leal (SVS)

Evandro Medeiros Costa (SCTIE)

Felipe Fagundes Soares (SCTIE)

Fernanda Luiza Hamze (SAES)

Graziela Tavares (SAPS)

Laila Caetano Mendes (SE)

Leonardo de Souza Oliveira (SAPS)

Luana Gonçalves Gehres (SE)

Lucas Santos Ávila (SVS)

Luciana Guilhem de Matos (SVS)

Mariana de Carvalho e Vasconcelos (SCTIE)

Maria Angélica Fontão (SESAI)

Nicole Aimee Rodrigues José (SAPS)

Nivaldo Alves de Moura Filho (SE)

Pâmela Moreira Costa Diana (SAES)

Paulo da Fonseca Valença Neto (SVS)

Silvia Lustosa de Castro (SCTIE)

Silvio Rodrigues de Almeida (SAPS)

Victor de Faria Pimenta (SE)

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva (SAPS)

Fotografia:

Acervo-SAPS

Revisão:

Cláudia de Amorim Souto

Diagramação e ilustrações:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Normalização:

Editora MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

64 p.: il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_de_recomendacoes_para_a_assistencia_da_gestante_e_puerpera_frente_a_Pandemia_de_Covid-19_v.1.pdf

ISBN978-85-xxx-xx

1.Assistencia à gestante. 2. Manual de Recomendações. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Covid-19. I. Título.

CDU 616.39

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/XXXX

Título para indexação:





SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	05
2 - OBJETIVOS	06
3 - EPIDEMIOLOGIA	07
4 - FORMAS DE TRANSMISSÃO	07
5 - PREVENÇÃO DA DOENÇA	08
6 - QUADRO CLÍNICO E CRITÉRIOS DE GRAVIDADE	09
7 - MORBIDADE OBSTÉTRICA E PERINATAL	12
8 - DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO SARS-COV-2	14
9 - FLUXOS DE ATENDIMENTO	19
10 - REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	28
11- ATENDIMENTO À GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA	30
12 - MANEJO E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE GESTANTES E PUÉRPERAS COM COVID-19	39
13 - INDICAÇÕES DE VENTILAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA E ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	47
14 - VIGILÂNCIA FETAL NA COVID-19	50
15 - ALEITAMENTO MATERNO E COVID-19	50
16 - ANTICONCEPÇÃO E COVID-19	53
17 - COMO PREVENIR MORTE MATERNA NO MOMENTO DA PANDEMIA.....	54
REFERÊNCIAS.....	58



1 - INTRODUÇÃO

A pandemia Covid-19, causada pelo SARS-CoV-2, que emergiu no final de 2019 em Wuhan, província de Hubei, na China, se disseminou por todos os continentes, aumentando exponencialmente o número de infectados e ocasionando milhares de mortes no mundo (Zhu et al. 2020). Em nosso país, o número de casos da Covid-19 vem aumentando de forma assimétrica em estados e municípios, e ainda estamos em fase crítica da pandemia em várias regiões do país.

Desde o início da pandemia, chamou atenção em relação à Covid -19 a existência de grupos de risco, especialmente vulneráveis à infecção, principalmente os idosos e os portadores de comorbidades, que apresentavam elevados índice de letalidade (Guan et al. 2020).

Inicialmente intuía-se que, da mesma maneira que havia acontecido com a Infecção pelo H1N1, em razão das modificações próprias da gestação, a Covid-19 fosse mais grave nas gestantes. Entretanto, os primeiros relatos advindos da China mostravam que esta infecção acometia, com a mesma frequência e gravidade, mulheres grávidas e não grávidas (Chen et al. 2020). Desse modo, a preocupação inicial ficou concentrada nas gestantes de alto risco, devido a doenças como hipertensão, diabetes e obesidade, as quais poderiam apresentar pior evolução da Covid-19, de maneira semelhante ao que se observava nas não grávidas.

Embora a maioria dos relatos de literatura mostre que grande parte das gestantes apresenta quadros clínicos leves ou moderados (Sutton et al. 2020) e que de 1 a 5% necessitam de suporte ventilatório e/ou cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI), com o aumento do número de casos em diversos países e a análise dos casos ocorridos, foi verificado maior risco de complicações maternas principalmente no último trimestre da gravidez e no puerpério, inclusive com casos de morte materna (Rasmussen et al. 2020). Principalmente nos países em desenvolvimento, as razões de morte materna, neste período de pandemia, mostraram-se aumentadas (Hantoushzadeh et al. 2020).

No momento atual, o mundo entende que as gestantes e puérperas constituem grupo de risco frente à Covid-19 (Knight et al. 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para Covid-19.



Assim, tornou-se fundamental que o Ministério da Saúde estabelecesse um manual para o manejo assistencial da Covid-19 acessível às diversas regiões do país, considerando suas dimensões continentais e heterogeneidade, e às populações indígenas e outros povos e comunidades, por vezes mais vulneráveis aos efeitos dessa infecção. Como a doença foi conhecida recentemente e vários aspectos da sua fisiopatologia são pouco conhecidos, este manual de condutas foi elaborado com base nas melhores evidências científicas disponíveis até o momento. O grupo de trabalho especialmente constituído pelo Ministério da Saúde do Brasil para a confecção deste manual é composto por médicos, professores e pesquisadores devotados ao estudo, pesquisa e tratamento de gestantes e puérperas acometidas pelo SARS-CoV-2.

2 - OBJETIVOS

Este Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera visa orientar o acesso e a horizontalidade da assistência durante a pandemia Covid-19, abordando as vias de transmissão, o diagnóstico precoce e o adequado manejo das gestantes e puérperas nas diversas fases da infecção, definindo diretrizes que evitem a morbimortalidade materna e os agravos ao conceito.



3 - EPIDEMIOLOGIA

O comportamento da Covid-19 é marcadamente distinto nos diversos países do mundo, e o motivo dessa diversidade é certamente multifatorial, passando por influências socioeconômicas e geográficas. A incidência e a mortalidade dessa infecção também são distintas nas diversas regiões do Brasil.

O Sistema de Vigilância do Ministério da Saúde tem monitorado óbitos de gestantes e puérperas em decorrência da Covid-19 no Brasil. De acordo com o Boletim Epidemiológico Especial, a incidência de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em gestantes foi 0,9% e ocorreram 199 óbitos por SRAG em gestantes. Em 135 (67,8%) desses óbitos, a SRAG foi causada por Sars CoV-2. Destaca-se que 56,3% das gestantes que morreram estavam no 3º trimestre de gestação e 65 gestantes (48,1%) apresentavam pelo menos um fator de risco ou comorbidade associada (Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus Covid-19. Semana Epidemiológica 31. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde do Brasil). Das gestantes que evoluíram para óbito por SRAG por Covid-19, 74 (54,8%) foram internadas em UTI. Destas, 54 (73,0%) fizeram uso de suporte ventilatório invasivo.



4 - FORMAS DE TRANSMISSÃO

1. Saliva e secreções respiratórias:

A transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer pelo contato direto, indireto ou próximo com pessoas infectadas por meio da saliva e secreções respiratórias expelidas com tosse, espirros, fala ou canto.

- 1a) Contato direto: secreções respiratórias expelidas por indivíduo infectado contêm gotículas e aerossóis contaminados pelo vírus, que, transportados pelo ar, podem alcançar a mucosa (oral, nasal ou ocular) de pessoa suscetível.
- Gotículas respiratórias: partículas de maior tamanho que depositam mais rapidamente.
 - Aerossóis: partículas de menor tamanho que permanecem infectantes suspensas no ar por longas distâncias e tempo (até 3 horas). Procedimentos médicos que geram aerossóis (intubação, nebulização, coleta de material de via aérea superior e inferior) são fontes conhecidas de contaminação dos profissionais de saúde.



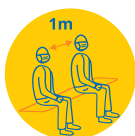
- 1b) Contato indireto: a transmissão ocorre quando o indivíduo suscetível toca objetos ou superfícies contaminadas por gotículas respiratórias e, em sequência, toca o rosto, boca, nariz ou olhos (transmissão por fômites) (Wiersinga et al. 2020).

2. Transmissão materno-fetal:

A transmissão vertical pode ocorrer por via transplacentária, durante o parto e durante a amamentação. A capacidade de transmissão do SARS-CoV-2 pelo sangue ainda é incerta. Foi descrita viremia transitória e com baixa carga viral em 1% dos pacientes sintomáticos, sugerindo que a via placentária de transmissão viral seja provável, mas não frequente (Wiersinga et al. 2020).

O aleitamento materno tem sido muito discutido, pois fragmentos de RNA viral foram encontrados por RT-qPCR em algumas amostras de leite de mulheres infectadas pelo SARS-CoV-2, mas na etapa de isolamento do vírus no leite, não foram encontrados vírus viáveis competentes para replicação e capazes de causar infecção.

A OMS entende que os benefícios do aleitamento materno superam largamente o baixo risco da transmissão vertical.



5 - PREVENÇÃO DA DOENÇA

Até este momento, a prevenção da Covid-19 se baseia em isolamento de casos e contatos, distanciamento social, uso de máscaras e práticas de higiene, incluindo etiqueta respiratória e lavagem correta das mãos com água e sabão. Essa orientação deve ser mantida e reforçada para gestantes e puérperas.

Em caso de sintomas gripais e/ou respiratórios, recomenda-se o isolamento tanto para a pessoa sintomática quanto para aqueles que residem no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos.

Entre os profissionais de saúde que examinam as gestantes, a higiene das mãos deve ocorrer antes da colocação e remoção dos equipamentos de proteção individual e do exame de cada paciente.

Para os profissionais da saúde, tem sido recomendada a proteção com máscara cirúrgica dentro do ambiente assistencial e hospitalar; N95 em momentos de maior risco de produção de aerossóis, e proteção dos olhos com óculos protetores ou face shields (protetor facial) quando em procedimentos.

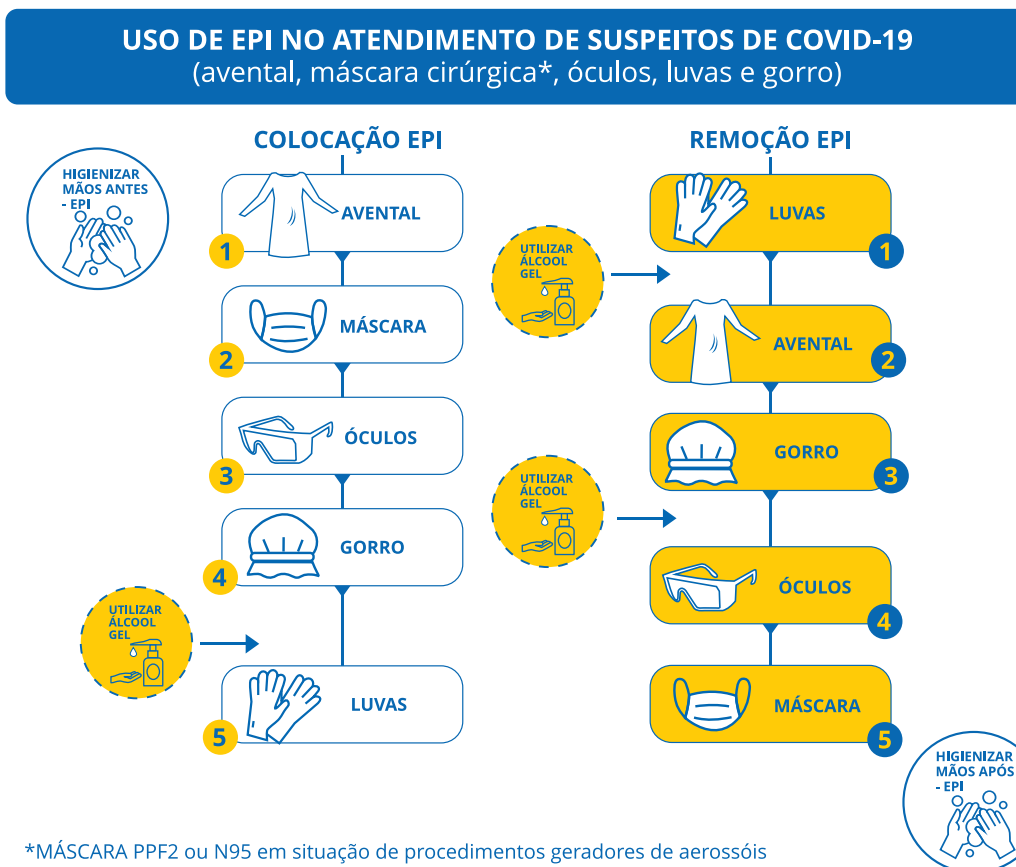
CORONAVÍRUS COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: ROMERO LEAL FERREIRA, JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3024f2e2-cd11-40c6-b2a3-74c9e2fcd8d4

Os passos para colocação e retirada dos EPIs estão representados na Figura 1.

Figura 1. Tempos para paramentação e desparamentação de EPIs (elaborado para uso em instituição de assistência à saúde)



Fonte: Adaptado MS/SAPS, 2020.

6 - QUADRO CLÍNICO E CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Quadro clínico

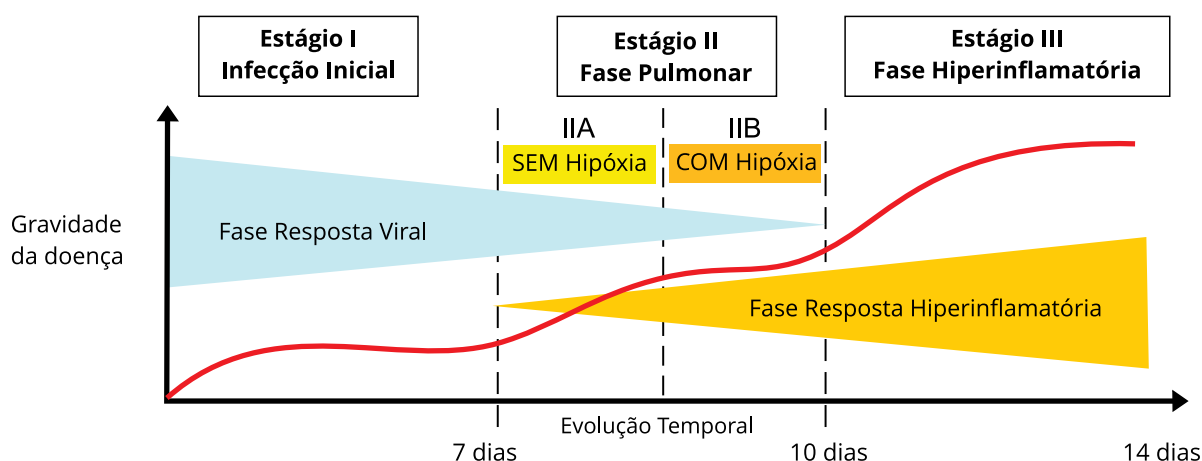
O espectro de manifestações clínicas observado em grávidas infectadas pelo SARS-CoV-2 é amplamente variável, indo do estado assintomático a quadros graves e potencialmente fatais.

Quando presentes, os sintomas refletem predominantemente o acometimento do trato respiratório ou a resposta sistêmica à infecção, mas também são observados sintomas gastrointestinais.



A Covid-19 pode ser dividida em três estágios de acordo com a evolução e gravidade da doença conforme Figura 2.

Figura 2 - Estágios da covid-19



Fonte: Adaptado de Siddiqi e Mehra, 2020.

O período de incubação varia de 2 a 14 dias (média de 5 dias). O início dos sintomas ocorre no estágio I, que corresponde à fase de replicação viral e se estende por sete dias. Nesse estágio são comuns sintomas como febre, tosse, dor de garganta, perda de olfato (anosmia) e diarreia, além de coriza, perda do paladar (ageusia), dor muscular (mialgia), dor nas articulações (artralgia), dor de cabeça (cefaleia), dor abdominal e vômitos (Kayem et al. 2020, Knight et al. 2020, Matar et al. 2020).

A minoria dos infectados evolui para a fase II, que se caracteriza pelo comprometimento pulmonar, causando dispneia. Essa progressão é observada entre o 7º e 10º dia da evolução, sendo importante o monitoramento da gestante nesse período.

As pacientes que desenvolvem a resposta hiperinflamatória, fase III, necessitarão de cuidados de unidade intensiva e apresentam elevada taxa de mortalidade.

Visto que a Covid-19 é uma doença polimorfa, a presença ou combinação de qualquer um desses sintomas deve levantar suspeita. Deve-se ter em mente que ela pode ser indistinguível de outras afecções respiratórias que acometem a gestante, como as causadas pelo vírus H1N1 e por bactérias atípicas.



Critérios de gravidade

A identificação precoce da gravidade da doença em gestantes ou puérperas possibilita o início oportuno de medidas adequadas, como tratamento de suporte, encaminhamento e admissão rápidos em leito de enfermagem hospitalar ou unidade de terapia intensiva de acordo com os protocolos institucionais ou nacionais.

A classificação da Covid-19 segundo o grau de gravidade, recomendada pelo Ministério da Saúde, pode ser vista no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação clínica da Covid-19 segundo a gravidade

	LEVE	MODERADO	GRAVE
CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS POR GRUPO GESTANTES E PUÉRPERAS	Síndrome gripal (SG): - tosse; - dor de garganta ou coriza seguido ou não de: - perda de olfato (anosmia) - alteração do paladar (ageusia) - coriza - diarreia - dor abdominal - febre - calafrios - mialgia - fadiga - cefaleia	- tosse persistente + febre persistente diária OU - tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à Covid-19 (adina-mia (falta de força física), prostração, Hipotermia (baixa temperatura do corpo), diarreia) - OU - pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco	Síndrome respiratória aguda grave (SRAG): - síndrome gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório - OU - pressão persistente no tórax - OU - saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente - OU - coloração azulada de lábios ou rosto *Importante: em gestantes, observar hipotensão e oligúria.

Fonte: Ministério da Saúde - 2020.



Uma vez que a determinação da gravidade do estado da gestante pode ser desafiadora, recomendamos que os profissionais de saúde utilizem o Escore de Alerta Precoce, apresentado no Quadro 2 (Poon et al. 2020), como ferramenta de apoio à decisão. Mulheres com dois ou mais sinais de alerta amarelo ou um ou mais sinais de alerta vermelho, assim como aquelas com síndrome respiratória aguda grave (SRAG), têm risco aumentado de evolução desfavorável e, portanto, merecem cuidado diferenciado.

Quadro 2 - Escore de Alerta Obstétrico Modificado (MEOWS)

PARÂMETRO	NORMAL	ALERTA AMARELO	ALERTA VERMELHO
Freq Resp (rpm)	11-19	20-24	<10 ou ≥25
Sat O ₂ (%)*	96-100		≤95
Temp (°C)	36-37,4	35,1-35,9 37,5-37,9	<35 ou ≥38
Freq Card (bpm)	60-99	50-59 100-119	≤49 ou ≥120
PA Sist (mmHg)	100-139	90-99 140-159	≤89 ou ≥160
PA Diast (mmHg)	50-89	40-49 90-99	≤39 ou ≥100
Sensório	Alerta		Qualquer alteração do nível de consciência

* Apenas para gestantes com frequência respiratória anormal ou dispneia

Fonte: Adaptado de (Poon, Yang et al. 2020).



7 - MORBIDADE OBSTÉTRICA E PERINATAL

A literatura tem demonstrado desfecho materno e neonatal desfavorável na presença da Covid-19 moderada e grave. As gestantes infectadas por SARS-CoV-2 têm maior chance de hospitalização, admissão em unidade de terapia intensiva e ventilação mecânica (Ellington et al. 2020). É possível que as alterações gravídicas afetem a resposta imunológica, entretanto ainda não se tem certeza.



Observa-se no grupo de gestantes que desenvolvem a infecção Covid-19 elevadas taxas de parto pré-termo e cesariana (Ellington et al. 2020). As taxas de prematuridade e de cesariana variam entre 30% a 80% (Ellington et al. 2020, Knight et al. 2020). A febre e a hipoxemia podem aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e comprometimento do bem-estar fetal. Supõe-se que a infecção pelo SARS-CoV-2 aumente a taxa de prematuridade iatrogênica, principalmente por indicação materna, nos casos de doença grave ou crítica (Knight et al. 2020, Pierce-Williams et al. 2020). Vale ressaltar que é maior a probabilidade de anestesia geral com intubação orotraqueal, seja pelo comprometimento respiratório materno, seja pela indicação de parto de emergência (Knight et al. 2020). A literatura também sugere maior risco de eventos tromboembólicos nas gestantes e puérperas.

A vigilância epidemiológica no Brasil tem reportado casos de óbitos maternos decorrentes de complicações cardiopulmonares ou falência múltipla dos órgãos relacionadas à Covid-19. As principais comorbidades associadas à letalidade foram obesidade, diabetes e doença cardiovascular, à semelhança da população geral.

Há poucos dados sobre a infecção por SARS-CoV-2 no primeiro trimestre gestacional. A hipertermia, que é frequente, pode alterar a organogênese e aumentar o risco de anomalias congênitas. Porém, até o momento não se observou aumento na frequência dessas alterações ou de abortamento espontâneo (Juan et al. 2020, Yan et al. 2020).

Quanto às repercussões da Covid -19 para o feto, o aumento da prematuridade é o principal desfecho (Knight et al. 2020, Pierce-Williams et al. 2020). A ocorrência de restrição de crescimento fetal é reportada entre 7% e 10% (Dashraath et al. 2020, Elshafeey et al. 2020). Há relatos de óbito fetal nas séries descritas na literatura, porém sem comprovação precisa de associação do óbito com a infecção (Elshafeey et al. 2020). A maioria dos recém-nascidos (RN) de mães infectadas é assintomática (Zeng et al. 2020).



8 - DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2

Para o diagnóstico laboratorial da Covid-19 deve-se considerar a fase clínica da infecção em que a paciente se encontra para definir os exames que apresentam os melhores perfis de desempenho para suporte diagnóstico (Duarte & Quintana, 2020).

Considerando objetivamente os recursos laboratoriais disponíveis até o momento para o diagnóstico da Covid-19, podem ser utilizados testes de biologia molecular e testes sorológicos, usando diferentes métodos laboratoriais (Anvisa, 2020).

Testes de biologia molecular

O teste de biologia molecular utilizado para o diagnóstico da Covid-19 é a reação em cadeia da polimerase mediada pela transcriptase reversa (RT-qPCR), exame que detecta fragmentos de RNA do SARS-CoV-2. Esse exame é realizado em amostras clínicas obtidas pela coleta de swab de nasofaringe isolado ou combinado com swab orofaríngeo. Pode ser utilizado um único swab para as duas coletas, não importando o sítio infectado e sim a presença do RNA do microrganismo. Optando-se por apenas um local de coleta, a preferência é a parte posterior da nasofaringe. O swab deve ser colocado em tubo com substância preservante ou solução salina 0,9%. As coletas devem ser realizadas, de preferência, entre o 3º e 7º dia após o início dos sintomas, período de melhor desempenho do teste. A sensibilidade varia de 60% a 95%, e a especificidade atinge 100% (Chan et al, 2020; Lippi et al, 2020; WHO, 2020).

Como pode ser visto na Figura 3, o RNA do SARS-CoV-2 pode ser detectado na nasofaringe até cinco dias antes dos sintomas e até o 28º dia após esse período, mas em taxas baixas e variáveis de positividade, aumentando sobremaneira o número de resultados falso-negativos (Chen et al, 2020; Quintana & Duarte, 2020; Tang et al, 2020). Em áreas endêmicas para a Covid-19, um ou mais resultados negativos de um caso com forte suspeita clínica não descartam a possibilidade de infecção viral, particularmente quando foram analisadas apenas amostras do trato respiratório superior. Nesses casos, pode-se indicar a coleta de amostras de vias respiratórias inferiores (lavado brônquico) e testar novamente.

Entre os fatores que elevam a probabilidade de resultado falso-negativo em um indivíduo infectado destacam-se:



- Má qualidade da amostra, contendo pouco material ou coletado de local inadequado;
- Amostra coletada em fase muito precoce ou tardia da infecção (a coleta ideal é a realizada entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas);
- Amostra inadequadamente manuseada;
- Inadequações do acondicionamento e transporte;
- Razões técnicas inerentes ao teste e ao vírus (como mutação do agente, inibição ou contaminação da PCR).

Testes sorológicos

Os exames sorológicos aferem a resposta imune do organismo ao SARS-CoV-2. Eles detectam a presença de anticorpos específicos ou de pool de anticorpos em amostra sanguínea. Na prática, essa aferição detecta a IgM (marcador de fase aguda da infecção) e a IgG (marcador de exposição mais tardia). Como visto na Figura 3, a IgM é detectada após o 7º dia do início dos sintomas, negatizando, posteriormente, em torno do 21º dia. Portanto, esse exame está indicado somente nesse período de tempo. Em média, a partir do 14º dia após o início dos sintomas, as provas que aferem a presença da IgG ficam positivas. Segundo as informações da literatura, a sensibilidade dos testes sorológicos para o diagnóstico da Covid-19 varia de 77 a 87%, e a especificidade varia de 85 a 87% (Chen et al, 2020; Quintana & Duarte, 2020; Tang et al, 2020). A aferição da IgG é o teste utilizado para inquéritos de soroprevalência populacional.

Testes para identificação de antígenos

Os testes para identificação de antígenos proteicos do SARS-CoV-2 têm a vantagem de fornecerem o diagnóstico com maior rapidez. Nos primeiros dias após o início dos sintomas (aproximadamente 1 a 5 dias), proteínas virais (antígenos) são produzidas e podem ser detectadas por diferentes testes, a exemplo do ELISA, imunofluorescência, imunocromatografia e até por testes rápidos. No entanto, a dinâmica de produção e secreção dessas proteínas ainda não foi totalmente estabelecida, refletindo no fraco desempenho desses testes até o momento (WHO, 2020).



Testes rápidos

Na realidade os testes rápidos representam mais uma estratégia de diagnóstico utilizando os princípios das dosagens de antígenos ou os princípios dos exames sorológicos em uma plataforma específica de aferição (Sethuraman et al, 2020).

Os testes rápidos que se baseiam na resposta imune do organismo seguem os mesmos princípios das dosagens desses anticorpos no soro ou no plasma. Também dosam anticorpos específicos ou pool de anticorpos, dependendo da plataforma utilizada. Como os testes sorológicos, seus resultados são mais fidedignos para o diagnóstico se realizados entre o 7º e o 21º dia da infecção (WHO, 2020). Os testes rápidos para o diagnóstico imunológico da infecção pelo SARS-CoV-2 passam rapidamente por processos de melhora de desempenho e eficiência na tentativa de reduzir suas taxas de resultados falso-negativos e falso-positivos. Apesar dessas limitações, alguns produtos foram testados e aprovados pela Anvisa e já são utilizados na prática clínica. São úteis para aferir imunidade prévia ao vírus e para o diagnóstico de infecções a partir do 8º dia do início dos sintomas .

O resultado do teste rápido deve ser interpretado por um médico com auxílio dos dados clínicos e outros exames laboratoriais confirmatórios (Ministério da Saúde, 2020). Visando ao atual projeto, seria uma ferramenta diagnóstica a mais para ser utilizada principalmente para gestantes em comunidades de difícil acesso e em maternidades cujo resultado do RT-qPCR seja demorado.

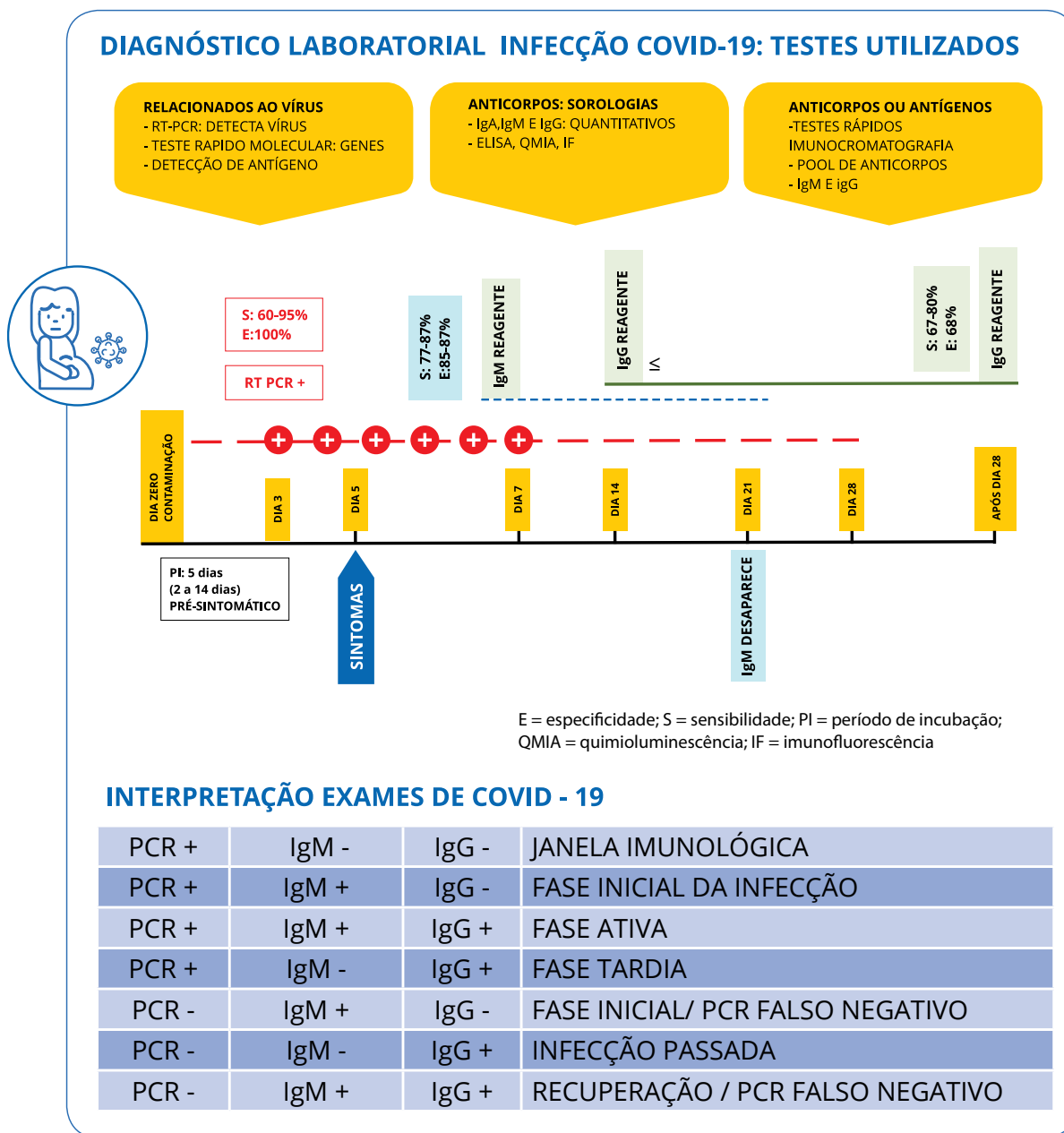
Existe uma grande expectativa quanto aos testes rápidos que aferem a presença de antígenos do SARS-CoV-2 como recurso para o diagnóstico da Covid-19. No entanto, a indústria de diagnósticos ainda não conseguiu fabricar nenhum teste que apresente o desempenho necessário para essa finalidade (WHO, 2020).

Observação: Uma vez sendo adotado o uso do teste rápido de antígeno, destaca-se a obrigatoriedade de registrar o resultado no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) de todos os testes realizados, independentemente do resultado.

CORONAVÍRUS COVID-19



Figura 3 - Linha do tempo para a infecção Covid-19, de acordo com os testes diagnósticos e sua respectiva interpretação



Fonte: Adaptado de: Chen et al, 2020; Quintana & Duarte, 2020; Tang et al, 2020).

CORONAVÍRUS COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: ROMERO LEAL FERREIRA, JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3024f2e2-cdf1-40c6-b2a3-74c9e2fcd8d4

Tendo em vista a linha do tempo dos exames de detecção do SARS-CoV-2 e com finalidade de diminuir a mortalidade materna, o Ministério da Saúde recomenda que seja realizado o RT-qPCR para detecção do vírus em gestantes ou puérperas de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3 - Recomendações para solicitação de RT-qPCR para SARS-CoV-2 em gestantes e puérperas

SINTOMÁTICAS	REALIZAR O TESTE RT- qPCR EM QUALQUER MOMENTO DO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL	
Assintomáticas	Localidade em que o Resultado RT-qPCR é possível em 2 a 7 dias	a) Na internação hospitalar: - Indicação obstétrica (abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme, parto, entre outros), - Indicação cirúrgica (cerclagem, cesariana eletiva, entre outros) ou - Controle clínico de alguma doença associada b) Três dias antes de parto cesárea ou outro procedimento eletivo
	Localidade em que o Resultado qRT-PCR é obtido após 7 dias da coleta	Realizar teste entre 37-38 semanas no local de atendimento pré-natal (intenção obter resultado previamente ao parto).

Atenção: Tais práticas de rastreamento do SARS-CoV-2 anteparto não eliminam a necessidade de triagem de sintomas gripais das gestantes à admissão hospitalar.



Observação: Nas localidades em que o resultado do RT-qPCR demorar mais que 7 dias, recomenda-se a utilização do teste rápido a partir do 8º dia de início dos sintomas, especialmente nas populações com difícil acesso à maternidade.

Exames de imagem no diagnóstico da infecção pelo SARS-CoV-2

A tomografia computadorizada (TC) é considerada como padrão de referência para diagnosticar as alterações pulmonares decorrentes da Covid-19, cujos achados radiológicos típicos são representados por opacificações bilaterais e periféricas com a característica predominante de vidro fosco (Parekh et al, 2020). De acordo com o consenso da *Fleischner Society*, a TC é formalmente indicada em certos cenários, incluindo pacientes que correm risco ou que já desenvolveram piora clínica do processo respiratório (Wan et al; 2020).

Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), quando indicado, o protocolo é o de uma TC de alta resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.

O exame radiológico simples também pode ajudar no diagnóstico do quadro pulmonar e muitas vezes é o exame disponível no local do atendimento.

Tanto para a realização do RX de tórax como para tomografia em gestante, não se deve esquecer os princípios clássicos de radioproteção ao feto, notadamente a proteção do abdomen materno com avental de chumbo (Wagner et al. 1986; Damilakis et al., 2000; ACOG 2004).



9 - FLUXOS DE ATENDIMENTO

A organização dos fluxos de atendimento de gestantes e puérperas na Pandemia de SARS-CoV-2 é essencial para proteção de pacientes, contactantes, recém-nascido e profissionais da saúde. Nesse sentido, algumas premissas devem ser observadas, incluindo a adoção de fluxo ideal para atendimento. Em locais onde não seja possível cumprimento de todos os parâmetros assistenciais, estes deverão ser minimamente estabelecidos (Anvisa 2020):



- a) O local de atendimento destinado a gestantes com suspeita ou confirmação para Covid-19 deve ser identificado e separado do atendimento de rotina:
- entradas distintas;
 - sinalização com orientações para sintomas da infecção, etiqueta respiratória;
 - uso de máscaras cirúrgicas por pacientes sintomáticos.

O fluxo diferenciado deverá ser observado em todas as dependências do serviço de saúde, incluindo ambientes de apoio diagnóstico.

- b) Estabelecer equipes dedicadas ao atendimento de gestantes e puérperas durante a pandemia, nas áreas de fluxo diferenciado conforme descrito acima.
- c) Devem ser disponibilizados os EPIs necessários à equipe de saúde, tanto para proteção de gotículas quanto de aerossóis, com área sinalizada para a paramentação e desparamentação desses profissionais.

1. Atendimento ambulatorial

- 1a) Garantir assistência pré-natal: O pré-natal de todas as gestantes deve ser garantido, podendo haver espaçamento entre as consultas. Para otimização, recomenda-se incluir as coletas de exames e ultrassonografias no dia da consulta presencial. O intervalo de tempo entre as consultas deverá ser determinado, levando em consideração a idade gestacional, a presença ou não de doenças maternas ou fetais, comorbidades e a evolução da gestação. Com o intuito de espaçar as consultas mantendo o cuidado, pode-se considerar a utilização da teleconsulta com o adequado registro no prontuário da gestante (Aziz et al, 2020).



1b) Triar clinicamente TODAS as gestantes atendidas durante a pandemia Covid -19 para sintomas gripais ou para contato prévio com paciente positivo antes do atendimento de rotina. Essa triagem deve ser feita em duas etapas:

- Contato telefônico 48 horas antes da consulta ou exame agendado, sempre que possível.
- Presencialmente, na recepção da unidade de saúde.

No Quadro 4, há um roteiro de perguntas a serem feitas pela equipe de saúde à gestante, de maneira clara, após identificação:

Quadro 4 - Perguntas para triagem clínica de gestantes

"Antes do seu atendimento preciso que você responda a algumas perguntas. É muito importante que você responda com sinceridade para podermos cuidar de você de forma correta:

(Fazer uma pergunta de cada vez e dar tempo para a pessoa responder)

Você está com gripe?

Você está tendo tosse?

Seu nariz está escorrendo?

Você está com dor de garganta?

Você está com dor no corpo?

Está percebendo que não consegue sentir o cheiro e o sabor das coisas?

Teve febre ou sentiu calafrios nos últimos dois dias?

Tem falta de ar?

Está com quadro de diarreia?

Teve contato com alguém que testou positivo para coronavírus nos últimos 14 dias?

Teve contato com alguém que foi internado por gripe ou pneumonia nos últimos 14 dias?

Após a aplicação do questionário, deve-se aferir a temperatura de todas as gestantes com termômetro.



- Se gestante respondeu NÃO a todas as perguntas e não apresenta temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$: atendimento pré-natal de rotina em área comum do ambulatório, não Covid-19.
- Se gestante respondeu SIM a pelo menos uma das perguntas, ou apresentar temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$: será considerada suspeita e, usando máscara conforme o protocolo local, será encaminhada à área de atendimento separada e reservada no estabelecimento de saúde para atendimento de Covid-19.

É importante considerar que, na área específica para Covid-19, serão atendidas gestantes suspeitas e confirmadas, motivo pelo qual há necessidade de isolamento. As salas para atendimento devem ser preparadas com o mínimo de itens possíveis, garantindo e facilitando a limpeza terminal após cada atendimento, evitando assim a contaminação do ambiente.

Gestante assintomática, mas com história de contato com pessoa com Covid -19 ou com suspeita clínica de infecção pelo SARS-CoV-2:

- Avaliar queixas que motivaram a procura pelo atendimento:** seguimento pré-natal ou queixa específica
- Determinar data de início dos sintomas ou contato com paciente suspeito:** a data de início dos sintomas é de extrema importância, pois se relaciona ao momento ideal para a coleta do RT-qPCR do SARS-CoV-2 (do 3º ao 7º dia após início dos sintomas), e também é importante para acompanhamento dos sintomas e de seu agravamento.
- Avaliar presença e gravidade dos sintomas gripais** para definição do seguimento:
 - **Sintomas leves:**
 - Orientação de isolamento domiciliar.
 - Início dos sintomas há menos de 48 horas: dispensação/ prescrição de oseltamivir 75mg 12/12h por 5 dias.
 - Orientar sobre contato telefônico a cada 24 horas para acompanhamento da evolução da doença e informar o resultado do exame RT-qPCR colhido.
 - Enfatizar atenção no período entre o 7º e o 10º dia do início dos sintomas (mais frequente a piora do quadro clínico).



- Se pesquisa positiva para o SARS-CoV-2: informar a gestante e seus familiares sobre a necessidade de isolamento por até 10 dias do início do quadro clínico.
- Orientar, quando houver piora clínica, que a gestante deverá procurar a unidade hospitalar para avaliação e possível internação.
- **Sintomas moderados ou graves:** necessidade de internação em quarto individual, de acordo com a realidade local, até que se obtenha o resultado do RT-qPCR.

Gestantes com diagnóstico confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2: caso essas gestantes necessitem de retorno ao pré-natal ou atendimento de urgência/emergência nos 10 dias iniciais de sintomas, elas deverão ser atendidas em área ambulatorial definida para Covid-19 ou em serviços de emergência. Mesmo após avaliação presencial, caso essas gestantes retornem para suas residências, precisam ser monitoradas por contato telefônico a cada 24 horas para acompanhamento da evolução da doença até o 10º dia do início dos sintomas pelo risco de agravamento do quadro. Havendo piora clínica da paciente, esta deverá ser orientada a se dirigir à unidade hospitalar para avaliação e possível internação (Poon et al, 2020).

No caso de síndrome gripal com confirmação para Covid-19, após 10 dias do início dos sintomas, desde que passe 24h de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, a mulher poderá retornar ao atendimento de pré-natal ou puerpério em rotina habitual. No caso de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com confirmação para Covid -19, 20 dias após o início dos sintomas, assegurando 24h de resolução de febre sem uso de antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica, a mulher poderá retornar ao atendimento de pré-natal ou puerpério em rotina habitual

Pré-natal após internação por Covid-19

Se a gestante ou puérpera foi internada, por ocasião da alta, dever-se-á agendar consulta de pré-natal no intervalo entre 10 e 14 dias. Durante esse ínterim, é recomendado monitorar a paciente a cada 24h por ligação telefônica ou outro meio de comunicação eletrônico.

Salienta-se a importância do adequado isolamento e do monitoramento das condições de saúde da paciente e de seus familiares. O controle da vitalidade após 24 semanas pode ser realizado por meio do



mobilograma, em que a paciente deve sentir seis salvas de movimentação em uma hora. Em razão do risco aumentado de restrição de crescimento fetal nas pacientes que foram infectadas, orienta-se controle ultrassonográfico a cada quatro semanas após 24 semanas.

Após o desaparecimento dos sintomas, a periodicidade das consultas deve voltar à rotina já referida, devendo a gestante ser orientada a continuar com as medidas de distanciamento social, higiene e uso de máscaras, pois, até o momento, não há comprovação de imunidade em todos os doentes após a infecção por Covid-19. Durante as consultas, deve-se dar atenção aos aspectos emocionais que advêm da doença, como estresse pós-traumático e ansiedade, em relação às complicações para si própria e a seu conceito.

2 Internação clínica obstétrica ou para parto

Todas as mulheres deverão, no momento da internação clínica, cirúrgica ou para parto normal, realizar exame de RT-qPCR para SARS-CoV-2 desde que não tenham tido diagnóstico positivo prévio, respeitando a realidade do local onde os testes RT-qPCR demorem mais de 7 dias, recomenda-se a realização de teste rápido a partir do 8º dia de sintomas, especialmente das localidades com difícil acesso à maternidade.

a. Internação clínica

Durante a pandemia, as gestantes que necessitam ser internadas para tratamento clínico obstétrico devem ser avaliadas clinicamente quanto a sintomas gripais ou história de contato com paciente positivo para Covid -19.

Para as pacientes com suspeita clínica (resposta SIM a pelo menos uma das 10 perguntas do rastreio clínico), recomenda-se a internação em situação de isolamento em quarto individual; na ausência de quartos de isolamento, as gestantes devem ser acomodadas em coorte enquanto aguardam o resultado do RT-qPCR. Se o exame for positivo durante a internação, a gestante deverá ser direcionada à área Covid-19 do hospital.

Durante a internação para controle clínico obstétrico, essas gestantes são usualmente submetidas a exames de vitalidade fetal. Importante que a sala e os equipamentos para a realização desses exames sejam exclusivos de área Covid-19 ou sejam submetidos a limpeza após cada atendimento, e ainda, que haja limpeza terminal de sala e equipamentos a cada atendimento, principalmente no caso de pacientes ainda suspeitas e não confirmadas.



O motivo da internação hospitalar também pode ser a SRAG, e, como precaução, a gestante que ainda não tem o resultado de RT-qPCR positivo deve ser mantida em isolamento em área adequada, se possível separada das gestantes com diagnóstico confirmado de Covid-19. Nos locais em que o teste não puder ser de resultado rápido, o critério clínico norteará o diagnóstico, e a gestante deverá ficar na área Covid-19 e receberá assistência como portadora da doença.

b. Internações para o parto

Para as gestantes cujo parto foi programado, deve-se realizar a coleta do swab de nasofaringe para RT-qPCR três dias antes do parto (em locais em que o resultado estará disponível nesse espaço de tempo), a fim de melhor programar sua internação.

Em caso de internação para o parto, não só a gestante que testou positivo, mas também seu recém-nascido (RN) e seu acompanhante deverão ser isolados, de preferência em um quarto de alojamento conjunto. Importante orientar puérperas e acompanhantes da necessidade de usar máscara o tempo todo, a fim de garantir a segurança do RN e da equipe.

Importante lembrar que a gestante que teve RT-qPCR positivo com sintomas há mais de 10 dias e que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios deve ser considerada recuperada da Covid-19 e, ao internar em trabalho de parto, pode ser atendida em área NÃO Covid-19 e em alojamento conjunto.

c. Acompanhante e visitas hospitalares

Durante a vigência da pandemia, como situação transitória que visa garantir a segurança de mães e recém-nascidos, não se tratando de restrição a direitos das mulheres, mas sim uma medida de contenção temporária, fica estabelecido que: os acompanhantes não podem ser de grupo de risco, não podem estar com sintomas de síndrome gripal e deverão ser submetidos à triagem clínica no momento da internação da gestante. Para as gestantes e puérperas assintomáticas e que não testaram positivo para SARS-CoV-2, a presença do acompanhante é aceita sem restrições.

A presença do acompanhante de gestantes e puérperas suspeitas ou confirmadas durante internações hospitalares é uma questão que deve ser vista com cuidado. Deve-se explicar à paciente e aos seus familiares sobre risco de contaminação e orientar que o isolamento é a medida mais segura. No caso de o acompanhante permanecer, deve-se ter em



mente que cuidados devem ser tomados, pois potencialmente são todos contactantes cujo trânsito pelas dependências do hospital pode gerar mais contaminações. Dessa forma, os acompanhantes não devem circular nas demais áreas do hospital e precisam usar máscara quando o fizerem.

Para garantir a segurança do RN, puérpera e acompanhante deverão estar de máscara no quarto do alojamento conjunto e observar medidas de higiene.

Para as gestantes que estão internadas por motivos clínicos e não para parto, a presença do acompanhante deve ser individualizada.

As visitas hospitalares devem ser suspensas, independentemente da confirmação para SARS-CoV-2, a fim de prevenção. Em caso de positividade, os familiares contactantes deverão ser informados e orientados a fazer medidas de isolamento por até 10 dias.

d. Orientações de alta

A gestante ou puérpera que testar positivo durante a internação, por ocasião da alta, deverá ser informada do isolamento por até 10 dias contando do início dos sintomas ou do teste positivo; deve-se reforçar as orientações sobre os cuidados para amamentação.

Essas gestantes deverão ser monitoradas quanto aos sintomas clínicos até o final desse período por ligações telefônicas após a alta. Importante orientar sobre isolamento de contatos domiciliares (Rasmussen & Jamieson, 2020).

O retorno ambulatorial deverá ser agendado para 10 dias após o início dos sintomas ou do RT-q PCR positivo em caso de assintomáticas, desde que a condição clínica permita. Caso haja agravamento do quadro clínico respiratório no período de monitoramento telefônico, a puérpera deverá ser orientada a retornar à unidade hospitalar para reavaliação e possível reinternação.

3 Centro Obstétrico

Todos os serviços deverão estar preparados, de acordo com a realidade local, com a separação de pelo menos uma sala de pré-parto e de parto destinada exclusivamente ao atendimento de gestantes com Covid-19, de preferência e idealmente que não compartilhe do mesmo sistema de ventilação das salas não Covid-19 ou que tenha pressão negativa para que não haja disseminação do vírus pelo sistema de ar.



As entradas de ambas as áreas, Covid-19 e Não Covid-19, devem ser separadas, individualizadas; a área Covid-19 deve ser sinalizada, oferecer todos os EPI necessários para a proteção da equipe, com local adequado para a paramentação e desparamentação da equipe em serviço.

Uma vez indicada a internação no Centro Obstétrico (CO), a primeira definição é o leito que será atribuído à paciente. Para o trabalho de parto e parto, recomenda-se que seja utilizado um PPP (pré-parto, parto e pós-parto) que seja destinado exclusivamente às pacientes suspeitas sintomáticas ou confirmadas. Caso o hospital não disponha de PPP, ou pré-parto separado para atendimento para Covid-19, a gestante em trabalho de parto deverá ser mantida em quarto de isolamento até a fase ativa do trabalho de parto e transportada para o Centro Obstétrico (sala Covid-19) para a fase final do trabalho de parto (Rasmussen & Jamieson 2020). As pacientes suspeitas sintomáticas, com diagnóstico clínico de Covid-19 e as confirmadas serão atendidas nessa sala, sendo que as suspeitas deverão estar em regime de isolamento até sair o resultado de RT-qPCR. A cada atendimento, será realizada limpeza terminal dessa sala de área Covid-19. Ressaltamos que, de acordo com a realidade local, deverá haver adaptação do isolamento do local do parto e de higienização criteriosa posterior, praticando o que as condições do local permitirem.

Caso o hospital não possua recuperação pós-anestésica (RPA) separada para puérperas suspeitas ou confirmadas, a recuperação pós-anestésica deverá ser feita na própria sala cirúrgica.

4. Atendimento de emergência

Quando uma gestante procurar o pronto-atendimento, deverá ser triada inicialmente pela equipe de admissão ou recepção e passar pelo acolhimento com classificação de risco, preferencialmente com mais de uma barreira, para evitar a transmissão intra-hospitalar de Covid-19 e de outras doenças respiratórias, como influenza e vírus sincicial respiratório.

Nos casos sintomáticos, a gestante deverá receber e colocar imediatamente máscara cirúrgica, e deverão ser instituídas medidas de precaução por contato e gotículas e aerossóis (barreiras).

Sempre que possível, e de acordo com a realidade do local, a gestante deve ser atendida em sala isolada e privativa por equipe médica e de enfermagem paramentada de acordo com as recomendações, para proteção individual, preferencialmente em setor da unidade destacada para o atendimento de sintomáticos respiratórios.



10 - REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Na vigência da pandemia pelo SARS-CoV-2, torna-se extremamente necessária a reorganização da Rede para a adequada assistência e acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal.

Para que essa assistência ocorra de forma eficaz, se faz necessária mudança nas referências e pactuação dos fluxos de atendimento. Após essas alterações, os gestores (Direção Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde) terão a responsabilidade de informar, imediatamente, a toda a rede gestora (DRS/Regulação e Saúde da Mulher, SMS e Coordenação de Saúde da Mulher) e prestadora (Atenção Básica, Unidade de Pronto Atendimento, pronto-socorro e hospitais) e à gestão centralizada (SESSP/CRS/ATSM/ATSC/Grupo de Regulação, CCD/CEVMMIF, CSS e CGCSS) para que todos se organizem nesse novo atendimento.

Fluxos de atendimento às gestantes/ parturientes/ puérperas com suspeita ou confirmação de Covid-19:

1.Unidade Básica de Saúde/ Unidade Saúde da Família (UBS/USF):

- Realizar o atendimento de pré-natal e de puerpério de risco habitual de pacientes sem Covid-19, seguindo as normas já mencionadas anteriormente.
- Realizar o atendimento de gestantes/puérperas de risco habitual com suspeita ou com confirmação de Covid-19 com sintomas leves.
- Essas unidades deverão orientar e garantir isolamento com monitoramento domiciliar a cada 24 horas dessas gestantes e puérperas.

2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA):

- Realizar o primeiro atendimento de gestantes/puérperas com suspeita ou confirmação de Covid-19, principalmente em municípios que não têm maternidade. Se sintomas leves, orientar isolamento e acompanhamento na UBS ou USF. Nos casos que necessitem de internação, encaminhar imediatamente para locais de média ou alta complexidade.

3. Maternidade de Risco Habitual:

- Prestar assistência à gestante de risco habitual sem Covid-19



- Realizar parto de parturientes de risco habitual sem Covid-19.

4. Maternidade de Alto Risco:

- Prestar atendimento às gestantes / parturientes / puérperas de alto risco sem Covid-19.
- Prestar assistência às gestantes / parturientes / puerpéras com suspeita ou confirmação de Covid-19 com indicação de internação, em locais em que não há estrutura conjunta (serviço obstétrico e clínica com UTI). As pacientes deverão ser monitoradas adequadamente para pesquisa de critérios precoces de transferência para hospital com UTI (sem melhora da saturação de oxigênio mesmo com oferta de O₂ por cateter nasal de oxigênio). Nesses casos, deve ser realizado o encaminhamento precoce, principalmente em regiões de grande distância.

5. Hospital Covid com estrutura conjunta de clínica médica/ serviço obstétrico e neonatal:

- Prestar assistência à gestante / parturiente / puérpera com suspeita ou confirmação de Covid-19 com indicação de internação em enfermaria ou em UTI. Os critérios de internação em UTI, preferencialmente, devem ser utilizados dentro das unidades hospitalares para transferência interna das pacientes e não para solicitação de vagas no sistema de regulação.

Observação: Uma vez diagnosticada a necessidade de transferência, deve-se preencher a Ficha de Regulação (ficha da gestante) e nela indicar a presença de sintomas respiratórios, o que permitirá preencher os demais campos relativos à síndrome gripal.

Recomendações para transferência hospitalar:

Ressaltamos a necessidade de que o encaminhamento seja acompanhado da história detalhada da gestante/puérpera, preferencialmente com o cartão de pré-natal, e que ocorra comunicação efetiva da equipe com a gestante e com o acompanhante, informando sobre a necessidade da transferência bem como as informações a respeito do quadro clínico, ressaltando a importância de que ela tenha plena compreensão.

Recomendamos considerar a distância a ser percorrida na transferência e o tipo de veículo de transporte, devido à possibilidade de rápido agravamento dessas pacientes.



No veículo de transporte, preferencialmente, deve haver profissional habilitado e material ventilatório para garantir oxigenação da paciente, caso necessário.

Notificação Compulsória:

Todos os casos suspeitos de síndrome gripal (SG) ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) devem ser notificados. A notificação deve ser feita nas unidades públicas (atenção primária e pronto atendimento das maternidades) e unidades privadas (clínicas, consultórios etc.), por meio do sistema e-SUS-Notifica - <https://notifica.saude.gov.br> - nas unidades de Vigilância Epidemiológica (VE) ou órgão correspondente (municípios que não têm VE).



11 - ATENDIMENTO À GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA

1. Pré-natal

O cuidado pré-natal é de extrema importância na gestação em relação à classificação de risco e demais cuidados de rotina. Neste período de pandemia, precisamos fazer ajustes para que esse cuidado não seja comprometido. Quando possível, as equipes de APS podem praticar teleatendimento em parte do pré-natal e, se não houver essa possibilidade, em seu lugar, poderá ser feito contato por telefone para dar seguimento e orientações às gestantes (Aziz et al. 2020).

As consultas presenciais deverão ser mantidas de acordo com o esquema a seguir:

- Entre a 11ª e a 14ª semana: deve contemplar anamnese, exame físico completo (incluindo exame geral, cardiovascular, pulmonar, abdominal e gineco-obstétrico), coleta de exames laboratoriais e a 1ª ultrassonografia para confirmar a idade gestacional, data provável do parto (DPP) e avaliação de translucência nuchal (US morfológico de 1º trimestre) nos locais em que for possível;
- entre a 20ª e a 22ª semana, coincidindo com a ultrassonografia para avaliação da anatomia fetal (ultrassonografia morfológica de 2º trimestre), nos locais em que for possível;
- entre a 26ª e a 28ª semana, na qual deverá ser incluída triagem para diabetes mellitus gestacional, prescrição e administração de vacinas (DTPa) e imunoglobulina anti-D quando gestante Rh negativo, se indicado e de acordo com protocolo local;



- d) 32 semanas;
- e) 35 semanas;
- f) 37 semanas (quando será colhido RT-qPCR para SARS-CoV-2 nos locais e que o resultado do teste demorar mais que 7 dias);
- g) 39 semanas e semanais até o parto.

Para redução dos deslocamentos das pacientes até o serviço de saúde, diminuindo a exposição ao SARS-CoV-2, teleconsultas devem ser realizadas nas seguintes idades gestacionais: abaixo de 11 semanas (obtenção da história clínica e orientações sobre como será realizado o seguimento pré-natal), entre 16-18 semanas, com 32, 38 semanas e após a alta hospitalar.

Nas avaliações feitas por teleconsulta, caso a gestante disponha do equipamento no domicílio, a pressão arterial deverá ser regularmente medida e registrada. Considerando que na teleconsulta não é possível realizar o exame físico, devemos redobrar a atenção para sinais e sintomas de alerta rastreados pela anamnese (diminuição da movimentação fetal, queixas de dor em hipogástrico, cefaleia, alterações visuais, alterações do conteúdo vaginal, surgimento de edema) e, sempre que possível, visibilizar a gestante por meio de vídeo. Uma preocupação é que certas populações podem não ter acesso à internet ou dispositivo com recursos de vídeo (smartphone ou tablet) por razões econômicas ou culturais; nesse caso, contato telefônico tem sido a alternativa.

Antes de realizar as teleconsultas, os profissionais devem orientar a gestante sobre a garantia de privacidade. As gestantes devem ser incentivadas a encontrar local adequado onde possam ficar sozinhas ou com uma pessoa de suporte de sua escolha.

Nos casos em que o teleatendimento não seja possível, as consultas presenciais devem concentrar-se em gestantes de risco habitual, na seguinte cronologia: 11, 20, 28, 32, 35, 37, 39 semanas, e, então, semanalmente até o parto. O local na UBS para consulta das gestantes deve preferencialmente estar isolado dos atendimentos para usuários com sintomas respiratórios.

Quando o pré-natal faz a transição dos cuidados presenciais para remotos, a mulher pode sentir que não está recebendo o mesmo acesso a serviços médicos, por isso é importante transmitir à paciente que,



embora muitos de seus cuidados sejam virtuais, se alguma preocupação não for resolvida remotamente, ela poderá agendar avaliação presencial e que sua equipe de atendimento obstétrico continuará disponível para responder a perguntas pessoalmente.

Nos casos das gestantes que residem em territórios indígenas, atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI-SUS), deve-se evitar o deslocamento e permanência nos centros urbanos para a realização de exames de rotina. Como alternativa, sugere-se priorizar os testes rápidos; coletas de material no próprio território e envio para os laboratórios credenciados em condições adequadas de acondicionamento; e uso de equipamentos portáteis. Em situações urgentes que exijam a remoção dessas indígenas, os municípios deverão priorizar o seu atendimento, considerando os riscos de infecção da gestante e de toda sua comunidade devido à sua longa permanência nos centros urbanos.

As gestações de alto risco podem exigir maior frequência de consultas presenciais. Em muitos casos, avaliações maternas e de vitalidade fetal seriadas são necessárias e devem ser preservadas, talvez com modificações específicas da instituição para precauções sobre a Covid-19. Gestantes com comorbidades, especialmente com diabetes e hipertensão arterial, devem seguir os protocolos assistenciais e de retornos de rotina dos ambulatorios de alto risco.

2. Avaliação no pronto-atendimento:

Após triagem e classificação de risco, a paciente deverá ser classificada em caso leve de síndrome gripal (SG) ou caso de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) para seguir atendimento, e recomenda-se o seguinte fluxo:

- Paciente com sintomas → Acolhimento e medidas de precaução por contato e gotículas → Atendimento médico → Quadro leve → Não há necessidade de internação. Prescrição de oseltamivir nos casos indicados e orientações sobre isolamento e de sinais de alerta de agravamento. Combinados contatos telefônicos.
- Paciente com sintomas → Acolhimento e medidas de precaução por contato e gotículas → Atendimento médico → Quadro moderado → Internação em ala Covid-19 para observação e diagnóstico precoce de agravamento e necessidade de UTI.
- Paciente com sintomas → Acolhimento e medidas de precaução por contato e gotículas → Atendimento médico → Quadro grave → Internação e encaminhamento para UTI.



3. Atendimento obstétrico

Caso a paciente procure pronto-atendimento, recomendamos o fluxo a seguir:

Quadro 5. Manejo obstétrico de gestantes com caso Covid-19 suspeito ou confirmado

IDADE GESTACIONAL	<24 SEMANAS	24-34 SEMANAS	> 34 SEMANAS
Casos leves SG	- Cuidados clínicos maternos - Suporte à gestação - Não necessita fazer cardiotocografia	Cuidados clínicos maternos - Suporte à gestação se estabilidade clínica - Cardiotocografia (≥ 28 semanas) e US	
SRAG	- Cuidados clínicos maternos - Não necessita fazer cardiotocografia - Priorizar bem-estar materno	- Cuidados clínicos maternos - Cardiotocografia (≥28 semanas) e US - Considerar corticoide (maturação pulmonar fetal)* Indicar parto se: - Alteração de vitalidade fetal (Quadro 6) - Houver benefício para a ventilação materna, discutido com a equipe de cuidados intensivos	Cuidados clínicos maternos - Cardiotocografia e US Indicar parto se: - Alteração de vitalidade fetal (Quadro 6) - Houver benefício para a ventilação materna, discutido com a equipe de cuidados intensivos

Fonte: Adpatado, Fiocruz (2020).

*Corticoterapia para maturação pulmonar: Betametasona 12 mg intramuscular a cada 24 hs (2 doses), ou Dexametasona 6 mg intramuscular de 12 em 12 hs (4 doses). Considerar o uso da dexametasona, uma vez que pode haver benefício para o tratamento da inflamação intersticial pulmonar materna.



Quadro 6 - Alterações de vitalidade fetal que indicam a realização do parto em paciente com Covid - 19

PARÂMETRO	ALTERAÇÕES
Cardiotocografia	- Bradicardia fetal persistente - Taquicardia fetal persistente - Presença de desacelerações tardias (conhecidas como DIP II) - Desacelerações variáveis de repetição Associadas ou não à diminuição da variabilidade
Volume de Líquido Amniótico (US)	Oligoâmnio caracterizado por: - Índice de Líquido Amniótico (ILA) $\leq 5,0$, e/ou: - Maior bolsão $< 2 \times 2$ cm
Perfil Biofísico Fetal (PBF)	PBF ≤ 6
Dopplervelocimetria (para locais que disponham desse exame)	- Diástole zero e idade gestacional > 34 semanas - Diástole reversa - Índice de Pulsatilidade do Ducto Venoso $\geq 1,0$

Alta e acompanhamento ambulatorial:

Se a gestante teve internação hospitalar, na alta deverá ser agendada consulta pré-natal entre 7 e 14 dias ou mais (a depender da data de início dos sintomas). É importante o retorno com 7 dias para as que apresentaram quadro respiratório com necessidade de oxigenação e entre 7 e 40 dias para puérperas. Deve-se dar atenção aos aspectos emocionais que advêm da doença, como estresse pós-traumático e ansiedade, em relação às complicações para si própria e seu conceito.

Monitorar as condições de saúde dessa mulher após a alta, assim como de seus familiares (ligação telefônica ou outro meio de comunicação eletrônico a cada 48h). Gestantes e puérperas com sinais de piora clínica ou queixas obstétricas deverão ser orientadas a procurarem a emergência para reavaliação.



Manejo em centro obstétrico de parturientes com caso de Covid-19 (suspeito ou confirmado):

Internação: uma vez indicada a internação no Centro Obstétrico (CO), a primeira definição é o leito que será atribuído à paciente.

Quadro 7 - Fluxo de atendimento às gestantes em Centro Obstétrico

CLASSIFICAÇÃO	GESTANTE SEM SINAIS DE COVID - 19	GESTANTE COVID - 19 (SUSPEITAS OU CONFIRMADAS)
Leito e Cuidado	Leitos de Pré-parto de rotina: Idealmente uma gestante em cada quarto Caso haja mais de duas gestantes internadas no mesmo quarto, sugere-se uso de cortinas ou biombos para proteção entre leitos Se indicada sala cirúrgica: deverão utilizar as salas de rotina do Centro Obstétrico	Deverão ser direcionados para quartos privativos, com isolamento e todas medidas de precaução Se disponível no serviço, recomendam-se leitos de PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério). Se indicado procedimento cirúrgico ou fase ativa avançada do trabalho de parto (acima de 6cm), deverá utilizar a Sala Cirúrgica especialmente destinada a estes casos, se possível com utilização de pressão negativa e que não haja compartilhamento do ar condicionado com outras salas.

Fonte: Fluxograma próprio para assistência em instituições de saúde.

Para assistência ao parto, em relação à paramentação da equipe, recomenda-se:



Quadro 8 – Paramentação da equipe no procedimento obstétrico

PROCEDIMENTO	AVALIAÇÃO CLÍNICA DO TRABALHO DE PARTO	PARTO NORMAL	PARTO CESÁREO (OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS)
Sem Covid -19	Conjunto privativo + Máscara cirúrgica + Óculos de proteção ou proteção facial	Avental plástico + Propés + Luvas estéreis + Máscara cirúrgica + Óculos ou protetor facial + Touca	Paramentação usual + Máscara cirúrgica + Óculos ou protetor facial
Com Covid-19 (Suspeito ou confirmado)	Avental de TNT + Máscara cirúrgica (ou superior) + Protetor facial + Luvas + Touca	Avental impermeável + Máscara cirúrgica (ou superior) + Protetor facial + Luvas + Touca + Propés	Paramentação específica + Máscara cirúrgica (ou superior) + Protetor facial + Luvas + Touca + Propés

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

Paramentação para cesárea e outras cirurgias (gestante Covid-19):

O profissional já estará de conjunto privativo e touca descartável; deverá higienizar as mãos → colocar avental plástico impermeável sobre o conjunto privativo → colocar máscara cirúrgica (ou respirador /N95 (PFF2), se disponível) → colocar protetor facial → fazer antissepsia de mãos e braços (de rotina para a paramentação estéril) → colocar avental estéril → colocar protetores de braço (estéreis, de plástico) → colocar 2 luvas estéreis.

Desparamentação:

Deve ser treinada com toda a equipe. (pois é o momento de maior risco de contaminação):



1. A cada retirada de item de paramentação deve ser realizada higienização das mãos, esta pode ser realizada com preparação alcoólica.
2. Na sala cirúrgica: retirar luvas, protetor de braço, avental, protetor de corpo e propés: (para retirar o avental plástico e os propés, deverá ser usada uma luva de procedimento);
3. Fora da sala cirúrgica: retirar protetor facial, máscara e touca.

É importante ressaltar a necessidade de limpeza e desinfecção do protetor facial ao final do procedimento, caso este seja reutilizável.

Cuidados ambientais no Centro Obstétrico:

- Porta de acesso ao Centro Obstétrico deve permanecer fechada, sendo obrigatória a higienização das mãos de toda a equipe, pacientes e acompanhantes na entrada;
- Superfícies de contato e equipamentos (como computadores, teclados e mouses): deverão ser higienizados com álcool 70% com frequência.

Momento e via de parto:

A decisão de parto no ambiente de Covid-19 de infecção grave é desafiadora. O aumento do consumo de oxigênio, a capacidade residual funcional reduzida da gravidez e as alterações inflamatórias predispoem à deterioração rápida do status materno e fetal. Por isso deve-se levar em consideração a idade gestacional e o estado materno e fetal (Poon et al. 2020).

Importante estabilizar a mãe antes do parto por indicações fetais. Nas pacientes com função cardiopulmonar comprometida que requerem intubação, o parto pré-termo pode ser considerado, avaliando os riscos e os benefícios da continuação da gravidez.

Nos quadros 5 e 6 apontamos as alterações de vitalidade fetal que indicam resolução da gravidez. Quanto às alterações maternas, é muito difícil definir os parâmetros que indicariam resolução. Assim, cada caso deverá ser analisado juntamente com a equipe da UTI sobre condição ventilatória materna tendo em vista a idade gestacional e a possibilidade de evolução materna, seguindo etapas descritas no Quadro 9.



Quadro 9 – Etapas para tomada de decisão quanto à resolução de gravidez em gestante com Covid-19 grave (Fluxo próprio institucional)

ETAPA 1
Diferenciar Intercorrências Clínicas X Intercorrências Obstétricas
ETAPA 2
Identificar e Tratar as Disfunções Orgânicas
ETAPA 3
Avaliar o Risco Materno -Fetal Decisão Conjunta - Continuidade de Gestação X Parto
ETAPA 4
Decisão Quanto a Via de Parto Mais Adequada - Caso Necessário -
ETAPA 5
Otimizar Funções Orgânicas para Parto Seguro

A Covid-19 não é indicação para alterar a via de parto. O parto cesáreo será realizado por indicações obstétricas padrão, que podem incluir descompensação aguda da mãe com Covid-19 ou indicações fetais (ACOG, 2020). A observação da prática assistencial é que a cesárea pode piorar a condição materna, portanto, deve-se priorizar todas as tentativas clínicas antes de indicá-la.

Para pacientes que necessitam de preparo cervical hospitalar, o método deve estar de acordo com o protocolo do serviço. Lembramos que o uso de dois métodos, por exemplo, mecânico (balão) e misoprostol ou mecânico e ocitocina, pode diminuir o tempo da indução ao parto, em comparação com o uso de apenas um agente. Ressalte-se que não se deve usar misoprostol e ocitocina concomitantemente (Obstetrics 2009).

O monitoramento eletrônico fetal contínuo é recomendado em mulheres com suspeita ou confirmação de Covid-19.

A ingestão de líquidos deve ser cuidadosamente monitorada nessas mulheres, e a hidratação agressiva deve ser evitada.



Atenção ao pós-parto durante a pandemia:

Orientações para o seguimento das puérperas no período da pandemia:

Puerpério imediato: as mulheres deverão ser mantidas no local do parto (PPPs ou sala do Centro Cirúrgico) até a alta do binômio para a unidade de internação à qual se destina segundo protocolo assistencial. Esse fluxo de alta deverá ser facilitado pelas unidades de internação, a fim de reduzir o tempo de permanência no Centro Obstétrico.

Puerpério após a alta hospitalar: as consultas de rotina pós-parto, incluindo pós-cesariana, podem ser realizadas virtualmente, com orientação sobre lactação e contracepção. Se houver necessidade, a consulta presencial deverá ser garantida (Poon et al. 2020).



12 - MANEJO E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE GESTANTES E PUÉRPERAS COM COVID-19

O tratamento da Covid-19 durante a gravidez foi pouco estudado. Embora diversas intervenções farmacológicas tenham sido utilizadas para o controle dessa infecção, muitas delas, apesar de apresentarem atividade in vitro contra o coronavírus, ainda não foram adequadamente avaliadas em ensaios clínicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados. Destaca-se que os ensaios clínicos em geral não incluem pacientes grávidas por razões de segurança e, conseqüentemente, medicamentos que podem ser eficazes na população em geral não podem ser usados em mulheres grávidas devido ao desconhecimento dos efeitos colaterais nesse grupo. Neste documento especificaremos o tratamento para cada fase da doença de acordo com a gravidade do quadro (Mazzoni et al. 2020). Ressalte-se a importância de o tratamento ser precoce.



Quadro 10 - Diretriz para manejo de gestantes com Covid-19 de acordo com gravidade do caso.

ESTÁGIO	QUADRO CLÍNICO	EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM	MANEJO
Gestante/puérpera assintomática RT-qPCR positivo para SARS-CoV-2	Ausência de sinais ou sintomas	Não solicitar exames laboratoriais	Orientações Isolamento Teleatendimento (Atenção para sinais de agravamento do quadro após o 7º dia de evolução)
Gestante/puérpera classificada como doença LEVE	Anosmia Ageusia Coriza Febre Mialgia Tosse Fadiga Cefaleia Diarreia Dor abdominal DISPNEIA AUSENTE	Colher RT-qPCR Sars CoV-2 em nasofaringe Não solicitar outros exames laboratoriais	Gestante de baixo risco obstétrico-neonatal: isolamento Oseltamivir: síndrome gripal com início há menos 48 horas + Medidas de suporte (repouso, hidratação, analgésicos, antitérmicos) + Orientações escritas sobre sinais de gravidade, quando e onde procurar o serviço de saúde + Monitorização da evolução dos sintomas pela equipe de saúde (de 2 a 3 vezes por semana e diariamente do 7º ao 10º dia de evolução) Gestante de alto risco obstétrico-neonatal: avaliar a possibilidade de acompanhamento da evolução clínica da Covid -19 e o acesso rápido ao sistema de saúde em caso de piora. Caso não seja possível recomenda-se internação hospitalar