



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
Coordenação de Atenção Especializada à Saúde
Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Grupo Condutor Central da Rede Cegonha



NOTA TÉCNICA GCCRC N° 01/2020

Fluxo Assistencial e Orientações da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) relacionadas ao atendimento às pacientes durante o ciclo gravídico puerperal, bem como àquelas portadoras de patologias ginecológicas, no contexto da COVID-19.

1ª Versão: 30.04.2020



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
Coordenação de Atenção Especializada à Saúde
Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Grupo Condutor Central da Rede Cegonha



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

Francisco Araújo Filho

Secretário de Saúde

Luciano Moresco Agrizzi

Subsecretário de Atenção Especializada à Saúde

Camila Carloni Gaspar

Coordenação de Atenção Especializada à Saúde

Eliene Ferreira de Sousa

Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços

Elaboradores:

1. Marta de Betânia Rabelo Teixeira
2. Miltair Baêta de Mello
3. Lucila Nagata
4. Cynthia Roberta Torres de Barros
5. Simone Moura Viana
6. Alexsandra Ramalho da Costa Arume
7. Isabelle Ferreira de Moura Cardoso



8. Luísa de Marilak Bernardes Ferreira
9. Gisele Juliana Silva
10. Georgiana Pontes Paulo
11. Taise Moura
12. Marcella Beatriz Guimarães Verolla Molina
13. Lizandra Moura Paravidine Sasaki
14. Gabrielle Oliveira Medeiros de Mendonça
15. Amanda Fedevjcyk De Vico
16. Ludmylla de Oliveira Beleza
17. Kassandra Silva Falcão Costa

1. ASSUNTO

Estabelecer o fluxo assistencial na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) relacionado às pacientes durante o ciclo gravídico puerperal, bem como àquelas portadoras de patologias ginecológicas, no contexto da COVID-19.

Cabe ressaltar que as orientações são baseadas nas últimas publicações científicas e recomendações de órgãos regulamentadores.

As orientações e informações dessa nota técnica, podem ser atualizadas brevemente, à medida que novos conhecimentos científicos sejam publicados.

2. OBJETIVOS

- 2.1 Orientar os profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados às pacientes durante o ciclo gravídico puerperal, no âmbito da atenção hospitalar, baseando-se nas normas vigentes do Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e na literatura científica atualizada, relacionada ao tema.
- 2.2 Divulgar o fluxo de transferência de pacientes durante o ciclo gravídico puerperal no contexto da infecção pelo SARS-CoV-2.



3. JUSTIFICATIVA

A infecção humana causada pelo SARS-CoV-2 é uma emergência de saúde pública de importância internacional, cujo espectro clínico é diverso, variando de sintomas leves à síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A letalidade varia conforme o país, mas há evidências de que idosos e pessoas com comorbidades crônicas são as que mais apresentam complicações¹.

Até o momento não foram desenvolvidas vacinas ou medicamentos com comprovada evidência científica para seu tratamento definitivo e, atualmente, o manejo clínico é voltado para suporte e controle de sintomas¹.

A maioria dos pacientes apresentará doença leve, 14% dos casos vão se apresentar na forma grave e outros 5% necessitarão tratamento em unidade de terapia intensiva¹.

A principal forma de contágio da COVID-19 é através do contato interpessoal direto, através das gotículas produzidas quando a pessoa contaminada espirra, tosse ou mesmo fala e que entram em contato com a mucosa da boca, nariz ou olhos de pessoas saudáveis próximas (menos de 1,80 m de distância). O contágio por contato indireto parece ser outra forma importante de transmissão, e acontece quando uma pessoa saudável encosta em uma superfície que contém o vírus e, a seguir, leva sua mão à boca, nariz e olhos².

O período de incubação, ou seja, o tempo entre o dia do contato com o paciente doente e o início dos sintomas, é, em média, de 5 dias para a COVID-19. Em raros casos, o período de incubação chegou a 14 dias. Provavelmente os primeiros 3 a 5 dias de início dos sintomas são os de maior transmissibilidade³. Por isso, casos suspeitos devem ficar em isolamento respiratório, desde o primeiro dia de sintomas, até serem descartados.³

Assim, visando o correto manejo desta afecção de nível mundial, na tentativa de minimizar os efeitos na população em questão, esta nota técnica se justifica.



4. EFEITOS DA COVID-19 NA GESTANTE

Existem evidências crescentes na população em geral de que pode haver uma coorte de pacientes assintomáticos, indivíduos ou pessoas com sintomas brandos que estão portando o vírus, embora a incidência seja desconhecida. A grande maioria das mulheres experimentará apenas sintomas gripais leves ou moderados¹.

Há muito se sabe que a gestação é um estado que altera o sistema imunológico, favorecendo infecções sistêmicas por diversos patógenos. Entretanto, diferentemente de outros vírus causadores de síndrome gripal como o vírus influenza / H1N1, mulheres grávidas não parecem ter uma maior susceptibilidade para contrair a infecção pelo SARS-CoV-2 ou para apresentar sintomas respiratórios graves em comparação a adultos em geral, levando-se sempre em consideração que os dados existentes são limitados¹.

O quadro clínico observado em gestantes com o SARS-CoV-2 é semelhante ao observado em adultos não gestantes, segundo a maioria dos trabalhos, bem como taxas de complicações e de evolução para casos graves (aproximadamente 5% dos casos confirmados). Entre os sintomas mais comumente apresentados estão a febre e tosse⁴.

Importante notar que as respostas individuais à infecção viral são variadas e a presença de comorbidades na gestação ou puerpério (hipertensão ou diabetes pré-gestacionais, enfermidades cardiopulmonares, insuficiência renal crônica, imunossupressão tais como transplantes, infecção por HIV, tratamentos imunossupressores ou tratamento com corticoides equivalentes a dose > 20 mg durante 2 semanas) pode indicar a presença de maior gravidade da COVID-19^{5,6}.

Em todo caso, as complicações em gestantes, puérperas até 2 semanas após o parto (incluindo as que tiveram perda fetal) e pacientes em pós-abortamento devem ser identificadas e tratadas de forma precoce, por serem consideradas grupo de risco³⁰.

O período de puerpério também merece vigília com relação à COVID-19. No momento há notificação de dois óbitos no período puerperal⁷. Isso não é surpreendente, dada à predisposição da sobreposição de infecções bacterianas devido à lesão mucosa direta, desregulação das respostas imunes e alterações no microbioma respiratório após pneumonia viral materna pós-natal, levando ao agravamento clínico no período puerperal imediato, exigindo monitoramento contínuo⁸.



O Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada incluiu grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram perda fetal) e pacientes no período pós-abortamento no grupo de condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal⁹.

5. EFEITOS DA COVID-19 NO FETO

Como em outros tipos de infecção por coronavírus (SARS, MERS), a infecção por SARS-CoV-2 parece aumentar os riscos para a mãe e feto, em particular no último trimestre da gravidez, existindo a possibilidade de risco aumentado de parto prematuro, em especial após 28 semanas de gestação. Entretanto, não está claro se tal risco é em decorrência da hipóxia materno-fetal causada pela SRAG ou por iatrogenia¹. Não há evidências que sugiram que o uso de corticoides para a maturação pulmonar fetal ofereça qualquer dano no contexto da COVID-19¹⁰.

Há ainda relatos de outras complicações materno-fetais que incluem aborto (2%) e restrição de crescimento intrauterino (10%)⁸.

Como não há evidência de infecção fetal intrauterina por SARS-CoV-2, é atualmente considerado improvável que haja efeitos congênitos do vírus no desenvolvimento fetal¹.

6. TRANSMISSÃO DA COVID-19 DA MÃE PARA O RECÉM-NASCIDO

O SARS-CoV-2 é um vírus cuja transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de contato com pessoas infectadas através de gotículas respiratórias, fezes e fômites¹⁰.

A transmissão da COVID-19 da mãe para recém-nascido (vertical) é uma das maiores preocupações a respeito das infecções maternas durante a gestação. Contudo, até o momento foram relatados pelo menos 55 casos de gestantes infectadas pelo SARS-CoV-2, sem qualquer evidência de transmissão vertical¹⁰.

Uma série de casos publicada por Chen et al testou o líquido amniótico, amostras de sangue de cordão, esfregaços ou *swabs* de nasofaringe de neonatos, placenta e leite materno de mães infectadas com COVID-19 e todas as amostras testadas foram negativas para o vírus¹¹.



É importante ressaltar que a maioria das gestantes com COVID-19 adquiriram a infecção no terceiro trimestre e não se tem dados sobre o desfecho perinatal quando a infecção ocorre no início da gravidez^{12,13}. Não há dados suficientes, portanto, para referirmos efeitos congênitos ou teratogênicos causados pelo vírus no desenvolvimento fetal.

Assim como não há comprovação atual da transmissão vertical da COVID-19, as evidências atuais sugerem que o vírus não está presente na secreção vaginal¹⁰. Entretanto, como os estudos abrangem um pequeno número de casos e pequena coorte, tais dados podem ser reavaliados de acordo com a presença de novas publicações.

6.1 PECULIARIDADES NO MANEJO DA SRAG NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Algumas peculiaridades da gestante devem estar em mente quando se estiver conduzindo um caso com sintomas graves. Uma alta pontuação no SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) e níveis de D-dímero $> 1 \mu\text{g/mL}$ na admissão predizem aumento de mortalidade em mulheres não grávidas com COVID-19. Em gestantes, os níveis de D-dímero são de difícil interpretação porque os valores estão geralmente aumentados e assim apenas 84% das mulheres no primeiro trimestre, 33% no segundo e 1% no terceiro, apresentarão resultado normal baseados nos níveis convencionais do D-dímero¹⁴.

A pontuação no SOFA também deve ser ajustada para refletir a influência da gravidez na hemodinâmica e no fluxo renal, utilizando um nível de creatinina $> 1.02 \text{ mg/dl}$ ao invés de 1.20 mg/dl para caracterizar disfunção renal. Adicionalmente, na ventilação mecânica é necessário atingir níveis de oxigênio mais altos (alvo de $\text{PaO}_2 > 70 \text{ mmHg}$ ao contrário de $\text{O}_2 55 - 80 \text{ mmHg}$) e níveis de dióxido de carbono mais baixos (alvo de $\text{PaCO}_2 28 - 32 \text{ mmHg}$) para manter a perfusão placentária e prevenir a hipóxia e acidose fetais¹⁴.



7. DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19

7.1 CASOS SUSPEITOS

De acordo com os dados recentemente publicados e atualização da situação epidemiológica de infecção humana pelo SARS-CoV-2, pode-se definir como casos suspeitos as pacientes portadoras de síndrome gripal (SG) ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG). O quadro 1 mostra as definições de SG e SRAG.

SÍNDROME GRIPAL
Febre AFERIDA ou REFERIDA + Tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE
Presença de Síndrome Gripal + Dispneia/Desconforto Respiratório OU Pressão persistente no tórax OU Saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente OU Coloração azulada de lábios ou rosto

Quadro 1. Definições de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave¹⁵

7.2. CASOS CONFIRMADOS

A confirmação do caso de COVID-19 se dá pela positividade de teste laboratorial.

O teste recomendado para o diagnóstico laboratorial é o teste RT-PCR (Real time - Polymerase Chain Reaction), que amplifica sequências de RNA do vírus, possibilitando sua identificação. Entretanto, deve-se observar que a sensibilidade do PCR é reduzida, quando são utilizadas amostras com baixa carga viral, e que esse teste possui algumas desvantagens, tais como o tempo necessário entre a coleta e a disponibilização do resultado, a necessidade de estrutura física especializada e de equipe técnica qualificada¹⁶.



Os testes sorológicos com identificação de anticorpos IgM e IgG ao SARS-CoV-2, aplicados como testes rápidos ou processados em laboratório, não são recomendados para a confirmação diagnóstica de pacientes com sintomas de início recente, mas apenas para finalidade de vigilância por meio de estudos de inquéritos populacionais e também como auxílio diagnóstico¹⁶.

Para pacientes com SG ou SRAG é também importante fazer diagnóstico diferencial para outros vírus como Influenza/H1N1, vírus sincicial respiratório e dengue.

8. ADMISSÃO PARA PARTO NO CONTEXTO DA COVID-19:

Toda parturiente e seu acompanhante devem ser classificados como casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 antes da sua admissão no serviço obstétrico. Será considerada suspeita ou confirmada a pessoa que:

- Esteve em contato que signifique exposição, independentemente de ser em sua residência ou ambientes que possa frequentar e que possuía caso suspeito ou confirmado, mesmo estando assintomática;
- Relatar febre aferida ou referida e tosse ou dor de garganta ou dispneia;
- Apresentar resultado de exame positivo para o SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias¹⁷;

O acompanhante, já classificado antes da admissão, desde que assintomático e fora dos grupos de risco para COVID-19, deve ser permitido nas seguintes situações:

- Quando estiver acompanhando gestante assintomática, não suspeita ou testada negativa para o vírus SARS-CoV-2;
- Quando estiver acompanhando gestante positiva para o vírus SARS-CoV-2 ou suspeita, desde que seja de convívio diário da paciente, considerando que a permanência junto à parturiente não aumentará suas chances de contaminação.

Em qualquer situação, não deve haver revezamentos (para minimizar a circulação de pessoas no hospital) e os acompanhantes deverão ficar restritos ao local de assistência



à parturiente, sem circulação nas demais dependências do hospital e ambos deverão estar usando máscara.

O surgimento de sintomas pelo acompanhante em qualquer momento do trabalho de parto e parto implicará no seu afastamento, com orientação a buscar atendimento em local adequado¹⁷.

Conforme resultado da classificação:

- **Classificação negativa:** a parturiente deve ser manejada habitualmente conforme protocolos de boas práticas já vigentes; ressalta-se a importância de ter acompanhante também classificado como negativo para COVID-19. Ambos devem receber orientações de medidas de prevenção de infecção;
- **Classificação positiva (gestante ou acompanhante):** a parturiente deve ser transferida para isolamento, idealmente em regime Pré-parto/Parto/Puerpério atendidos no mesmo ambiente (PPP). Ambos serão testados para infecção pelo SARS-CoV-2, deverão utilizar máscara cirúrgica, receberão orientações e meios de higienizar as mãos e receberão cuidado de pessoal devidamente protegido com EPI. A circulação no isolamento deverá ser restrita. O acompanhante também deverá usar máscara cirúrgica e ser considerado portador do SARS-CoV-2. Deve-se adotar uma linguagem clara e objetiva com a parturiente e acompanhante, para minimizar angústias e ansiedades sobre o quadro clínico e as medidas de precaução a serem adotadas. Os profissionais devem assumir escuta ativa e qualificada para respostas a possíveis questionamentos¹⁷.

9. ADMISSÃO DE MULHERES NÃO GESTANTES OU EM PROCESSO DE ABORTAMENTO/PRENHEZ ECTÓPICA:

Todas as pacientes não gestantes admitidas por causa ginecológica (por exemplo, bartolinite, doença inflamatória pélvica, sangramento uterino anormal, entre outros) ou gestantes em situação de abortamento ou prenhez ectópica, também devem ser classificadas quanto ao risco de COVID-19, conforme os mesmos critérios explicitados no item 8.



As pacientes em situação de abortamento ou prenhez ectópica classificadas como casos suspeitos ou confirmados deverão ser encaminhadas ao HRAN (ver anexo I), levando em consideração as condições clínicas e hemodinâmicas que garantam a segurança da transferência. Nos casos de emergência, encaminhar após a resolução do quadro agudo.

As pacientes admitidas por causa ginecológica, se classificadas como caso suspeito, deverão passar por testagem para SARS-CoV-2 (RT-PCR) e permanecer em ambiente de isolamento até o resultado. Se resultado positivo, encaminhar ao HRAN, sempre considerando as condições clínicas e hemodinâmicas que garantam a segurança da transferência.

As pacientes com patologias ginecológicas que necessitem de internação e com testagem positiva para SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias deverão ser encaminhadas ao HRAN, sempre considerando as condições clínicas e hemodinâmicas que garantam a segurança da transferência (conforme anexo I).

10. ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

10.1 RECOMENDAÇÕES GERAIS

Nenhum estudo até o momento demonstrou que parto em ambiente não hospitalar seja mais seguro em decorrência da pandemia. A FEBRASGO reforça que o ambiente hospitalar é o mais adequado para diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, inclusive em gestantes assintomáticas e de risco habitual. As maternidades e hospitais adotam normas de segurança e cuidados específicos para redução do risco de transmissão de doenças³².

Toda equipe de saúde envolvida na assistência à parturiente e RN na sala de parto deve ser informada da suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2¹⁷.

Deve ser mantida uma equipe de atendimento ao parto com o mínimo de componentes, dando-se preferência para profissionais mais experientes e que não



estejam dentro do grupo de risco para desenvolvimento de quadros graves da infecção pelo SARS-CoV-2¹⁰.

Atenção deve ser dada para o manejo dos papéis trazidos pela paciente (por exemplo, Caderneta da Gestante, exames). Considerar como potencialmente contaminados e higienizar as mãos antes e depois da manipulação²³.

A paciente deve permanecer com máscara cirúrgica durante todo o período de internação hospitalar. Trocar a máscara sempre que estiver úmida, com sujeira aparente ou danificada, ou a cada 3 horas¹⁸.

Os equipamentos de proteção individual (EPI) necessários para o acompanhamento do trabalho de parto são: luvas, gorro, avental impermeável de mangas longas, óculos ou protetor facial e máscara cirúrgica. Para assistência ao parto normal ou cirúrgico, usar luvas, gorro, avental impermeável de mangas longas, óculos ou protetor facial e máscara N95 ou similares SEM VÁLVULA (N99, N100, PFF2 ou PFF3)^{10,19}.

O feto deve ser monitorizado por cardiocografia (CTG) durante todo o trabalho de parto, pois foi relatado cerca de 50% de comprometimento fetal em filhos de mulheres infectadas^{10,20}. Diante da indisponibilidade da cardiocografia contínua, esse exame deve ser realizado de forma intermitente, em mais períodos, durante o trabalho de parto. Se esta CTG não estiver disponível, prezar pela ausculta intermitente frequente e de qualidade dos batimentos cardíacos fetais¹⁰.

Oportunamente lembramos que a ausculta intermitente e de qualidade dos batimentos cardíacos fetais, deve ser realizada a cada 30 minutos, antes, durante e após a contração no período de dilatação e a cada 5 minutos no período expulsivo.

Recomenda-se o monitoramento materno contínuo da saturação de O₂ por oximetria de pulso, com o registro a cada hora durante o trabalho de parto, além das avaliações habituais. Valor menor que 95% deve ser considerado sinal de alerta de deterioração do quadro pulmonar, indicando necessidade de reavaliação clínica imediata e terapêutica adequada⁷.



O clampeamento do cordão deve ser oportuno, para casos de bebês vigorosos, conforme as diretrizes já estabelecidas e não está recomendado o contato pele a pele, mantendo-se secagem conforme rotina e usando-se saco plástico e touca no caso de prematuros; realiza-se aspiração de vias aéreas superiores (VAS) apenas quando necessário^{10, 20,21,22}.

Não se recomenda o parto na água em virtude da impossibilidade de proteção adequada do neonato e da equipe de contaminação pelo SARS-CoV-2 (que é eliminado nas fezes)¹⁷.

Os métodos não farmacológicos de alívio à dor, podem e devem ser ofertados de modo a favorecer a evolução fisiológica do parto e devem ser usados de acordo com a rotina de cada serviço¹⁷.

Não há evidências de risco aumentado de transmissão do vírus com analgesia e anestesia farmacológica para parto sob punção raquidiana e/ou peridural¹⁷.

A indução e condução do parto não estão contraindicadas^{8,31}.

Em caso de indicação de tocólise, a nifedipina é o medicamento de escolha³¹.

10.2 ASSISTÊNCIA À CESARIANA

Caso a parturiente necessite de cesariana, deve-se adotar as seguintes recomendações:

- Número mínimo de pessoas para o procedimento (2 obstetras, 2 pediatras, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro e 1 anestesista), sendo todas treinadas em paramentação adequada e devidamente paramentadas;
- A mãe deverá utilizar máscara cirúrgica durante todo o procedimento;
- Anestesia por bloqueio, evitando anestesia geral, a não ser que absolutamente necessário²³;

Não há evidências de risco aumentado de transmissão do vírus com analgesia e anestesia farmacológica para parto sob punção raquidiana e/ou peridural¹⁷.



Sendo assim, esses métodos estão liberados no contexto COVID-19. Deve-se tomar cuidado para evitar a necessidade de anestesia geral, pois o procedimento de intubação orotraqueal (IOT) gera aerossóis e, portanto, aumenta o risco de contaminação da equipe. Novamente, prezar pelo monitoramento adequado do bem estar materno e fetal, antecipando-se a situações de parto de emergência com necessidade de IOT e, quando esta for imprescindível, atentar para a proteção adequada da equipe¹⁷.

10.3 PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO

No puerpério, todas as pacientes com COVID-19 devem receber heparina de baixo peso molecular por duas semanas, em dose profilática, podendo ser o uso estendido por 6 semanas, nas pacientes que apresentam algum outro fator de risco para tromboembolismo²⁴.

11. ORIENTAÇÕES SOBRE AMAMENTAÇÃO

A amamentação deve ser mantida em caso de COVID-19, desde que a mãe deseje amamentar e esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo²².

O profissional de saúde deve orientar a mãe infectada para observar as medidas apresentadas a seguir, com o propósito de reduzir o risco de transmissão do vírus através de gotículas respiratórias durante o contato com a criança, incluindo a amamentação:

1. Lavar as mãos por pelo menos 20 segundos antes de tocar o bebê ou antes de retirar o leite materno (extração manual ou na bomba extratora);
2. Usar máscara facial (cobrindo completamente nariz e boca) durante as mamadas e evitar falar ou tossir durante a amamentação;
3. A máscara deve ser imediatamente trocada em caso de tosse ou espirro ou a cada nova mamada;



4. Em caso de opção pela extração do leite, devem ser observadas as mesmas orientações para extração do leite em pacientes não infectadas pela COVID-19;
5. Seguir rigorosamente as recomendações para limpeza das bombas de extração de leite após cada uso;
6. Deve-se considerar a possibilidade de solicitar a ajuda de alguém que esteja saudável para oferecer o leite materno em copinho, xícara ou colher ao bebê;
7. É necessário que a pessoa que vá oferecer ao bebê aprenda a fazer isso com a ajuda de um profissional de saúde²².

12. RECOMENDAÇÕES PARA ATENDIMENTO AO BINÔMIO NO ALOJAMENTO CONJUNTO EM CASO DE MÃE SUSPEITA OU CONFIRMADA PARA COVID-19

As recomendações abaixo são direcionadas para serem realizadas em casos de confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2 e até que a suspeita seja descartada por resultado negativo em exame colhido na mãe. Ressalta-se que a retirada do isolamento da mãe e do RN deve ser realizada após consulta ao NCIH do hospital, pois a mãe pode estar infectada com outro patógeno que também pode ser transmitido ao RN ou pode haver necessidade de repetição de exames.

1. Receber a mãe e RN em isolamento de contato e por gotículas, em quarto privativo, com porta fechada e bem ventilado, utilizando os seguintes EPI: luvas, avental descartável de mangas longas, óculos ou protetor facial e máscara cirúrgica¹⁸.
2. Em caso de não existir quartos para isolamento privativo, deve ser estabelecida a acomodação dos pacientes em coortes, ou seja separar em uma mesma enfermaria os pacientes com infecção pelo SARS-CoV-2¹⁸.
3. Garantir assistência de enfermagem com o mínimo de membros possível^{20,25,26}, sendo o ideal mínimo: 01 enfermeiro e 01 técnico/auxiliar de enfermagem para o máximo de pacientes estipulados em normas, rotinas, legislações e resoluções;
4. Não colher exame confirmatório de infecção pelo SARS-CoV-2 em RN assintomático^{1,22,27}.



5. Solicitar que a mãe e o acompanhante assintomático usem máscara cirúrgica durante toda internação^{20,18,27};
6. Orientar mãe e acompanhante quanto à higienização adequada das mãos antes e depois de manusear o RN e de ordenhar o leite^{1,20,21,25};
7. Conversar com a mãe sobre o que ela gostaria de fazer em relação à amamentação, pois tanto a amamentação, como a expressão de leite para dar ao RN são possíveis e recomendados, já que os benefícios do aleitamento materno sobrepujam o risco de infecção pelo SARS-CoV-2 e não há evidências de transmissão por esta via^{1,21,25};
8. Orientar a mãe a não falar e, se possível, não tossir ou espirrar durante a mamada ou ordenha do leite materno²¹;
9. A máscara cirúrgica da mãe deve ser trocada a cada mamada ou toda vez que esta tossir ou espirrar em seu uso²¹;
10. Em situações em que há acompanhante da mãe suspeita ou confirmada, este deve ser fixo e saudável para realizar os cuidados com o RN e fornecer alimentação por meio de copinho, xícara ou colher após ser instruído por profissional de saúde capacitado (caso seja necessário)²¹;
11. Restringir as transferências e circulações de pessoas suspeitas e/ou confirmadas de infecção pelo SARS-CoV-2²⁰;
12. Puérpera caso suspeito ou confirmado de COVID-19 deverá ser instruída a manter observação constante para qualquer sinal de desconforto respiratório do recém-nascido e, caso ocorra, acionar imediatamente a enfermeira do setor. Essa orientação é válida para observação em casa após a alta hospitalar, devendo o RN ser levado ao serviço de saúde imediatamente, nesses casos²⁸;
13. A equipe médica irá avaliar a possibilidade de realizar alta precoce da díade, provendo instruções e sinais de alerta que justificam a procura dos serviços de saúde e orientando isolamento social em domicílio por cerca de 14 dias^{1,20,29};
14. Os testes de triagem neonatal do pezinho, do coraçãozinho, do olhinho e da linguinha podem ser realizados normalmente, mas recomenda-se que o RN não seja retirado do quarto para sua realização;



15. Após a alta, deve ser garantido transporte seguro da díade até seu domicílio (se mãe e/ou pai confirmados), de modo que não seja utilizado transporte público¹.

13. ORIENTAÇÕES SOBRE O PUERPÉRIO

O puerpério merece uma atenção especial, pois nesse período, podemos encontrar uma deterioração das condições clínicas nas pacientes com COVID-19. É muito importante nesse momento a monitoração dessas puérperas, segundo as recomendações para alta segura e vinculada, conforme o artigo 11 da Portaria 1321/2018-SESDF e as orientações da Nota Técnica da APS no contexto da COVID-19.

Para todas as puérperas, independente do status de infecção pelo SARS-CoV-2¹⁷:

- Acompanhante após o parto deve ser permitido somente em situações onde há instabilidade clínica da mulher, ou condições específicas do RN, ou com menores de idade. Nas demais situações, sugere-se a suspensão temporária, para redução do fluxo de pessoas dentro do hospital/maternidade. Os acompanhantes que permanecerem deverão ser orientados sobre as medidas para redução da propagação do vírus;
- Todas as visitas devem ser (temporariamente) suspensas, visando a proteção de todos¹⁷.

Puérperas e bebês em boas condições deverão ter alta a partir de 24 horas em alojamento conjunto, de acordo com as diretrizes da portaria GM nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, que institui diretrizes para organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto¹⁷.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV). Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso em 30/03/2020;



2. Woodward A. A Pregnant Mother Infected with the Coronavirus Gave Birth, and Her Baby Tested Positive 30 Hours Later. Disponível em: <https://www.businessinsider.com/wuhan-coronavirus-in-infant-born-from-infected-mother-2020-2>. Acesso em 15/03/2020;
3. Sociedade Brasileira de Infectologia. Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) sobre o novo coronavírus (atualizado em 12/03/2020). Disponível em <https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2020/03/a592fb12637ba55814f12819914fe6ddbc27760f54c56e3c50f35c1507af5d6f.pdf>. Acesso em 08/04/2020;
4. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 6/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Atenção às gestantes no contexto da infecção SARS-COV-2;
5. Protocolos Medicina Materno fetal. Servi de medicina materno fetal - ICGON - Hospital Clinic Barcelona. Disponível em: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/ACOG>, American College of Obstetricians and Gynecologists. Outpatient Assessment and Management for Pregnant Women With Suspected or Confirmed Novel Coronavirus (COVID-19), March 2020;
6. ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists. Outpatient Assessment and Management for Pregnant Women With Suspected or Confirmed Novel Coronavirus (COVID-19), March 2020;
7. Brasil. Ministério da Saúde. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/BE6-Boletim-Especial-do-COE.pdf>. Acesso em 08/04/2020;
8. Dashraath P, Jing Lin Jeslyn W, Mei Xian Karen L, Li Min L, Sarah L, Biswas A, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>;



9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada. Disponível em: <file:///C:/Users/16578503/Downloads/22422b-NAleria-Assist RN SalaParto de mae com COVID-19.pdf>. Acesso em: 01/04/2020;
10. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG). Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/>. Acesso em 17/04/2020;
11. Li Y, Zhao R, Zheng S, et al. Lack of Vertical Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, China. Emerg Infect Dis 2020;26(6). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32134381>. Acesso em 08/04/2020;
12. Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. J Infect 2020; published online Mar 4. DOI:10.1016/j.jinf.2020.02.028). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32145216>. Acesso em 08/04/2020;
13. Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 6/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. ATENÇÃO ÀS GESTANTES NO CONTEXTO DA INFECÇÃO SARS-COV-2;
14. Kovac M, Mikovic Z, Rakicevic L, et al. The use of D-dimer with new cutoff can be useful in diagnosis of venous thromboembolism in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;148:27–30.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/06/GuiaDeVigiEp-final.pdf>. Acesso em 14/04/2020;
16. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para diagnóstico e tratamento para COVID-19. Versão 1 SCTIE, de 06/04/2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/07/ddt-COVID-19.pdf> Acesso em 23/04/2020;



17. Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/covid-19-atencao-as-gestantes/>. Acesso em 14/04/2020;
18. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA no 04/2020 - Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualizada em 31/03/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+Técnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em 01 abr. 2020;
19. SESDF. GRSS/DIVISA Nota Técnica Nº 01/2020 Orientações para o serviço de saúde: medidas que devem ser adotadas para a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. Publicada em 26/03/2020/ Atualizada em 09/04/2020. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-Te%CC%81cnica-EPIs>
20. ROYAL COLLEGE OF PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH (RCPCH). COVID-19 - guidance for paediatric services. Atualizado em 31 mar. 2020. Disponível em: <https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/generated-pdf/document/COVID-19---guidance-for-paediatric-services.pdf>. Acesso em 31 mar. 2020;
21. BRASIL. Nota técnica No 6/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS - Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus. Publicado no SEI em 25 de março de 2020. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2020/03/30/22_34_25_489_SEI_MS_014134779_Nota_Técnica_Atencao_ao_RN_durante_COVID.pdf. Acesso 30 mar. 2020;



22. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Covid-19 e Amamentação. RECOMENDAÇÃO TÉCNICA No.01/20.170320. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/rblh_recomendacao_01020_170320.pdf. Acesso 30 mar. 2020;
23. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Protocolo assistencial para atendimento de gestantes e puérperas com infecção suspeita ou confirmada por covid-19 no CAM-IMIP. Disponível em: file://srv-fs/DIENF/2020/CORONAVÍRUS/COVID%20Obstetrícia/IMIP_PROTOCOLO%20DE%20ATENDIMENTO%20OBSTETRÍCI_COVID-19_29março2020_18h.pdf;
24. Sociedade Espanhola de Ginecologia/Obstetrícia- SEGO. Posicionamento SEGO sobre profilaxis de la enfermedad tromboembólica en el puerperio de pacientes COVID-19.
25. MCGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE (MUHC). COVID-19 MUHC Perinatal Infection Control Algorithms. 2020;
26. LI F, FENG ZC, SHI Y. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/fetalneonatal-2020-318996 Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2020; 0: F1. doi:10.1136/fetalneonatal-2020-318996;
27. UNITED KINGDOM GOVERNMENT (UK). COVID-19: Guidance for infection prevention and control in healthcare settings. Version 1.1, 27/03/20. Disponível em: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/atta](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/85484/covid-19-guidance-for-infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-version-1.1-27-03-20.pdf)
28. ABENFO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA) & SOBEP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS PEDIATRAS). Nota técnica referente aos cuidados da equipe de enfermagem obstétrica, neonatal e pediátrica diante de caso suspeito ou confirmado. Disponível em: https://sobep.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-Tecnica-COVID-19-Enfermagem-ObstA%CC%83%C2%A9%EF%B8%8Ftrica_Neo_Ped.pdf. Acesso em 07/04/2020.



29. FIOCRUZ. Instituto Fernandes Figueira. Atenção ao recém-nascido em tempos da pandemia de COVID-19: recomendações para a sala de parto. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/atencao-ao-recem-nascido-em-tempos-da-pandemia-de-covid-19-recomendacoes-para-a-sala-de-parto/>
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Cl--nico-para-o-Covid-19.pdf>
31. Vincenzo B. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Pregnancy issues. Acesso em 20/04/2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-pregnancy-issues?search=covid%20pregnan->
32. Trapani Júnior A, et al. Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da COVID-19. Febrasgo, 27 de abril de 2020.



ANEXO I

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PARTURIENTE NA CHEGADA À EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Assim que a mulher alertar a equipe da emergência que possui sintomas que sugerem infecção pelo SARS-CoV-2 ou que já possui confirmação da patologia, antes mesmo de sua classificação de risco, deve ser entregue para ela e seu acompanhante uma máscara cirúrgica (a ser utilizada durante todo trabalho de parto, parto e puerpério, com trocas programadas);

A paciente deverá ser atendida na classificação de risco, na qual será colhida a história clínica, queixa da paciente e identificado se o caso é suspeito de COVID-19 ou se trata de um caso confirmado;

Se gestante não tiver queixa obstétrica, deverá ser encaminhada ao setor de clínica médica do hospital, para avaliação médica. No caso do HMIB, todas as gestantes serão atendidas pelo médico obstetra;

A gestante deverá ser avaliada pelo médico que definirá a gravidade do caso e a necessidade de internação;

Realizar a notificação como caso suspeito ou confirmado de COVID-19 por meio do contato com os Núcleos de Vigilância Epidemiológica e de Controle de Infecção Hospitalar (NCIH) do hospital;

A SES/DF definiu que o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) irá receber os casos suspeitos e confirmados.

Se após avaliação obstétrica, for seguro para a gestante, a transferência deverá ser realizada para o HRAN, após contato com a chefia de equipe, por meio de transporte sanitário.

Caso a paciente esteja clinicamente instável, em período expulsivo de trabalho de parto ou possua indicação de cesariana de emergência, a mesma deverá ser internada, e



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
Coordenação de Atenção Especializada à Saúde
Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Grupo Condutor Central da Rede Cegonha



somente após estabilização/parto/cesariana, ser transferida ao HRAN. Em caso de puérpera, transferir o binômio.

A via de parto é determinada pela equipe da obstetrícia e não deve ser influenciada pela presença da infecção pelo SARS-CoV-2, a não ser que as condições clínicas da gestante demandem urgência de parto.⁴

ANEXO II



Fluxo de retaguarda para remanejamento temporário das gestantes originalmente vinculadas ao HRAN (portaria 1321):

Pacientes das Regiões Administrativas abaixo, deverão procurar o Hospital Universitário de Brasília - HUB:

Asa Sul
Asa Norte
Lago Sul
Lago Norte
Cruzeiro
Varjão
Sudoeste/Octogonal e Noroeste

Pacientes das Regiões Administrativas abaixo, deverão procurar o Hospital Materno-Infantil de Brasília – HMIB:

Guará I e II
Núcleo Bandeirante
Candangolândia
Park Way
SIA
Estrutural

Observações:

- Os dois hospitais citados acima (HuB e HMIB) continuam sendo referência para as outras regiões administrativas e municípios da RIDE, conforme definido na Portaria 1321/2018.