

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ ALVES ABREU
SABRINA FERREIRA DE BARROS

INFECÇÃO PELA COVID-19 E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Duque de Caxias

2020

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ ALVES ABREU
SABRINA FERREIRA DE BARROS

INFECÇÃO PELA COVID-19 E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professora Carla Andrade Nunes

Duque de Caxias

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO - NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

A162i Abreu, Beatriz Alves.

Infecção pela covid-19 e gestação: relato de caso / Beatriz Alves Abreu, Sabrina Ferreira de Barros. – Duque de Caxias, 2020.
39 f. : il. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2020.

“Orientadora: Prof.^a Carla Andrade Nunes”.

Referências: f. 35-37.

1. Medicina. 2. Obstetrícia. 3. COVID-19. 3. Infecções por Coronavírus. 4. Gestantes – Complicações e sequelas. 5. Puerpério. I. Barros, Sabrina Ferreira de. II. Nunes, Carla Andrade. III. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. IV. Título.

CDD – 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ ALVES ABREU
SABRINA FERREIRA DE BARROS

INFECÇÃO PELA COVID-19 E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2020

Duque de Caxias

2020

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho inteiramente aos nossos pais. Os maiores incentivadores das realizações dos nossos sonhos. Gratidão eterna.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus acima de tudo que nos deu força e nos permitiu realizar esse sonho.

Agradecemos aos nossos familiares que nos apoiaram até aqui e que foram a nossa fonte de inspiração e motivação.

Somos gratas pelas amizades conquistadas ao longo de todo o curso, em especial, a nossa.

“ O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis. ”

José de Alencar

“ Acredite em milagres, mas não dependa deles. ”

Immanuel Kant

“ Onde quer que nos encontremos, são os nossos amigos que constituem o nosso mundo. ”

William James

RESUMO

Introdução: A síndrome respiratória aguda grave causada pelo Coronavírus-2 (SARS-CoV-2) pode provocar um quadro respiratório agudo grave em gestantes previamente híginas. **Objetivos:** Analisar por meio de relato de caso a gravidade da doença durante a gestação pelo risco de desfecho desfavorável materno e fetal. Determinar que mesmo na ausência de intercorrências em gestações anteriores ou a presença de doenças de bases que caracterizariam como uma gestação de alto risco a evolução isolada com SRAG podem desencadear desfechos negativos para a gestação, o parto e o pós-parto. **Métodos:** Revisão não sistemática da literatura sobre infecção pelo COVID-19 em gestantes, através de um relato de caso ocorrido no HEAPN em 2020. **Resultados:** O caso relatado e os poucos artigos encontrados descrevem a gravidade da evolução clínica da COVID –19 para a gestante e feto. Entre tais complicações, principalmente pela interrupção precoce da gestação, podemos citar hemorragia, parada cardiorrespiratória, coma e até mesmo óbito materno e fetal. **Conclusões:** Os resultados encontrados sugerem que apesar de intensas intervenções após o contágio com o vírus, não foram capazes de impedir o comprometimento da saúde materna.

Palavras-chave: Gestante. COVID-19. Complicações. Gestação.

ABSTRACT

Introduction: The severe acute respiratory syndrome caused by Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) can cause severe acute respiratory symptoms in previously healthy pregnant women. **Objectives:** To analyze the severity of the disease during pregnancy by means of a case report the risk of unfavorable maternal and fetal outcome. Determine that even in the absence of complications in previous pregnancies or the presence of underlying diseases that would characterize the isolated evolution with SARS as a high-risk pregnancy can trigger negative outcomes for pregnancy and childbirth. **Methods:** Non-systematic review of the literature on COVID-19 infection in pregnant women, through a case report that occurred at HEAPN in 2020. **Results:** The case reported and the few articles found describe the severity of the clinical evolution of COVID –19 for pregnant women and fetuses Amongst such complications, mainly due to early termination of pregnancy, we can mention hemorrhage, cardiac arrest history, coma and even maternal and fetal death. **Conclusions:** The results found suggest that despite intense interventions after contagion with the virus, they were not able to prevent the compromise of maternal health.

Keywords: Pregnant woman. COVID-19. Complications. Gestation.

LISTA DE ABREVIACÕES

BPM	Batimentos por Minuto
CI	Capacidade Inspiratória
CIUR	Crescimento intra uterino restrito
CRF	Capacidade residual funcional
CTI	Centro de Terapia Intensiva
FC	Frequência Cardíaca
HEAPN	Hospital Adão Pereira Nunes
IRPM	Incursões Respiratória por Minuto.
MERS-CoV	Síndrome Respiratória do Oriente Médio / <i>Middle East Respiratory Syndrome</i> – Coronavirus
RN	Recém nascido
RT-PCR	<i>Reverse Transcription -Polymerase Chain Reaction</i>
SatO2	Saturação de Oxigênio
SG	Síndrome Gripal
SARS-CoV / SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave / <i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i> – Coronavirus
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VC	Volume Corrente
VCV	Ventilatório com Controle de Volume
VPM	Ventilação Pulmonar Mecânica
VR	Volume Residual
VRE	Volume Residual Expiratório

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	Gestantes no contexto da pandemia.....	15
2.2	Transmissão e sintomas.....	16
2.3	Coronavírus, gravidez e parto.....	17
2.3.1	<u>Complicações na gravidez.....</u>	16
2.3.2	<u>Cuidados pré-natais.....</u>	18
2.4	Síndrome respiratória pela SARS-COV 2 caracterizando uma gravidez de alto risco.....	19
2.5	Protocolo de Atendimento no Parto e Puerpério durante a Pandemia da COVID-19.....	20
2.5.1	<u>Transmissão vertical.....</u>	23
2.5.2	<u>Tempo do parto em mulheres infectadas.....</u>	24
2.6	Cuidados pós-parto.....	25
2.6.1	<u>Avaliação infantil.....</u>	25
2.6.2	<u>Contato mãe-bebê.....</u>	25
2.6.3	COVID-19 e amamentação.....	25
3	OBJETIVOS	27
3.1	Geral.....	27
3.2	Específicos.....	27

4	MATEIRAL E MÉTODOS.....	28
4.1	Figura e cenário.....	28
4.2	Métodos.....	28
5	RESULTADOS.....	29
6	DISCUSSÃO.....	31
7	CONCLUSÃO.....	34
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
	ANEXO A – Carta de aceite.....	38

1. INTRODUÇÃO

A nova pandemia causada pela COVID 19, que atingiu o final do ano de 2019, está sendo considerada um desafio mundial no meio governamental, farmacêutico, científico e médico. Em virtude de seu elevado potencial epidêmico, a busca de um tratamento medicamentoso ou vacinal que seja potencialmente eficaz para sua cura é o objetivo que atualmente une todos os setores supracitados. (MASCIO et al., 2020; WONG et al., 2004)

O agente etiológico responsável pela atual catástrofe na saúde pública surgiu numa província chinesa chamada Whuan, especificamente no mercado de vendas de animais silvestres. Desde então, diversas teorias têm surgido para explicar sua virulência, apesar de ainda não ter cientificamente nada confirmatório. Mas o que temos de conhecimento científico dessa doença enquadra principalmente a sua alta capacidade de disseminação, por ser transmitida por via aérea, através do contato de gotículas respiratórias contaminadas com as mucosas. Atinge, assim, muitas pessoas de forma acelerada e num curto espaço de tempo. (MASCIO et al., 2020; WONG et al., 2004)

A gestação é um período com diversas alterações fisiológicas, e esse público, durante as infecções causadas pelos vírus SARS-CoV, influenza H1N1 e MERSCoV, ocorridas em 2002, 2009 e 2012, respectivamente, apresentou complicações diversas, como febre, tosse e dispneia. (ESTRELA et al., 2020). Devido às alterações fisiológicas, nomeadamente imunológicas e cardiopulmonares, a grávida está mais suscetível a complicações respiratórias e sistêmicas nas infecções víricas. Na gripe A (vírus influenza A subtipo H1N1) as grávidas constituíram 1% dos doentes, mas tiveram 5% das mortes. A SARS-CoV e MERS-CoV foram responsáveis por um elevado número de complicações maternas, nomeadamente internamento nos cuidados intensivos, necessidade de ventilação assistida, insuficiência renal e morte. Nas grávidas que tiveram SARS-CoV e MERS-CoV verificou-se um número elevado de parto pré-termo, restrição de crescimento, abortamento e morte fetal. (RAMALHO, 2020)

Dado do autor Wong (WONG et al., 2004) mostra que gestantes infectadas por esse patógeno apresentaram índices mais elevados de complicações, tais como cuidados intensivos, ventilação assistida, insuficiência renal e óbito. Outros autores, como Daniele Di Mascio (MASCIO et al., 2020) em sua revisão sistemática, também entrou

em concordância de que as gestantes infectadas apresentaram risco exponencial para partos prematuros, CIUR, abortamento e morte fetal.

De acordo com essas considerações, a gestante infectada pela COVID 19 apresenta riscos de complicações importantes e a colocam e o feto em situação de intenso cuidado e rigoroso manejo. Contudo, a confirmação da infecção não é sinônimo de internação hospitalar, isso porque a forma leve da doença com sintomas semelhantes aos da gripe é adequadamente acompanhada a nível ambulatorial ao passo que formas graves que evoluem para SRAG merecem cuidado imediato e intensivo intra hospitalar. Além disso, a interrupção da gestação deve ser avaliada de forma multiprofissional e somente a infecção pelo vírus não deve ser o único parâmetro para tal indicação, cada paciente deve ser avaliada individualmente. Ademais, a via de parto também deve ser feita de forma individualizada da gestante e do bem-estar fetal, a indicação imperiosa de cesáreas não procede para todos os casos. Ao passo que o parto vaginal deve ser cuidadoso pois o contato do bebê com fezes maternas ainda não foi descartado como fonte de contaminação pela covid-19. (ESTRELA et al., 2020)

Cabe destacar que após a gestação, as puérperas não estão livres do perigo, visto que mesmo depois do parto o sistema imunológico delas ainda está mais vulnerável propiciando a evolução da doença de forma grave ou crítica. (MINISTERIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

De todo modo, a evolução e as implicações da COVID-19 na gravidez ainda são incipientes. O que atualmente serve de embasamento é devido a outros coronavírus patogênicos e a outras infecções víricas que causaram complicações gestacionais. (MINISTERIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

É fundamental que se reúna bases teórico-práticas da COVID-19 em gestantes, para que exista arsenal suficiente que aumente o acervo científico e a perícia nos cuidados e prevenção de potenciais complicações. Até o presente momento dessa redação, as bases bibliográficas são apenas suposições e treinamentos, mas que não foge ao compromisso de oferecer o suporte adequado para o binômio mãe e feto.

A finalidade desse trabalho é se ater aos danos causados nas gestantes pelo novo corona vírus. Isso porque esse grupo torna-se especialmente curioso dadas as alterações fisiológicas, nomeadamente cardiopulmonares, e alterações imunológicas, havendo um risco de estas serem severamente mais suscetíveis a infecções, sendo a Covid-19 um potencial patogenia para complicações víricas, inclusive as respiratórias.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestantes no contexto da pandemia

Gestar durante a pandemia da COVID-19 é um duplo desafio, porque traz novas preocupações e uma necessidade urgente de se adaptar a um cenário ainda desconhecido. Então, o primeiro passo pode ser conhecer os desafios que poderá enfrentar. (ANDRADE et al., 2020; CUNHA, 2020)

No período gestacional, além das intensas alterações hormonais, existem questões relacionadas à maternagem, a qual é definida como proteção e cuidado dos filhos, de forma afetuosa e carinhosa (GRADVOH; OSIS; MAKUCH, 2014), sendo desenvolvida ao longo da vida como próprio da mulher. Deste modo, vivenciar a pandemia da COVID-19 e estar gestante, considerando não existir consenso entre os estudos acerca da associação de gravidade da doença a esse período da vida, se relaciona a sentimentos de medos e incertezas. É nesse contexto que os profissionais, sobretudo de enfermagem, necessitam repensar sua atuação de modo a amenizar ou impedir os impactos da doença para o binômio mãe-filho. Além disso, requer que sejam pensadas estratégias de cuidado que acolham e proporcionem bem-estar às mulheres durante todo o período gravídico-puerperal. (LIANG; ACHARYA, 2020)

A somatização é compreendida como sintomas físicos de origem emocional, que podem ter origem nos pensamentos disfuncionais e emoções fortes que abalam o sistema psíquico são revelados nas gestantes por repercussões expressas por cefaleia, sintomas gastrointestinais, além de questões de ordem psicológicas, sendo que ambas predis põem e/ou intensificam a depressão pós-parto, que é muito comum em cerca de 25% das brasileiras. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), 2016).

Diante disso, a fim de auxiliar na redução de impactos sobre a saúde mental das gestantes, faz-se necessário que os(as) profissionais estejam atentos(as) aos sinais e sintomas mais comuns, que são: ansiedade, ataques de pânico, culpa, insônia, perda de apetite e falta de concentração. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), 2016) O olhar sensível e a escuta qualificada são essenciais para reconhecer a mulher nessa situação e, a partir de então, encaminhar para uma equipe multiprofissional.

Soma-se a isso o receio quanto à impossibilidade de escolher entre o parto normal ou cesárea. A literatura aponta que gestantes com infecção por Sars-Cov-2 e que evoluem para um quadro grave associado a uma comorbidade têm probabilidade aumentada de passar por um parto cesariano de emergência ou um parto prematuro, o que eleva o risco de morte materna e neonatal. (LI et al., 2020). Mesmo diante de um cenário adverso, os direitos das gestantes devem ser respeitados, mas algumas maternidades e hospitais, como forma de prevenir a Covid-19, têm adotado o isolamento no momento do parto. Esta medida diz respeito à não permissão de um acompanhante antes, durante e após o parto, direito esse apoiado na Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante. (MINISTERIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020).

2.2 Transmissão e sintomas

Sabe-se que as principais vias de transmissão do SARS-CoV-2 são por meio de gotículas de secreções de vias respiratórias de indivíduos, sintomáticos ou não, mas portadores do vírus, e de objetos contaminados por eles. Há evidências da transmissão deste patógeno pelas fezes. (MASCARENHAS et al., 2020). Os esforços de contenção da contaminação têm sido grandes, tendo em vista que os indivíduos portadores do vírus SARS-CoV-2 podem ser assintomáticos. Quando sintomáticos, tendem a apresentar febre, coriza, congestão nasal, dispneia, mal-estar, mialgia, perda do paladar, até sintomas graves como a SARS. As complicações são mais comuns, e até letais, em idosos, imunossuprimidos, gestantes, puérperas e pessoas com comorbidades. (LIANG; ACHARYA, 2020)

Frente à lacuna de conhecimento acerca dos desdobramentos do SARS-CoV-2 na gestação, observou-se, inicialmente, que o número de gestantes infectadas era menor do que o da população em geral, contudo, quando infectadas, apresentaram-se mais vulneráveis às manifestações mais agressivas da doença. (FAVRE et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Neste sentido, em março de 2020, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil incluiu as gestantes como grupo de risco à COVID-19 com base nas alterações fisiológicas da

gestação, as quais tendem a gerar agravamento em quadros infecciosos devido à baixa tolerância à hipóxia observada nesta população. (FAVRE et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020). Também se levaram em consideração, para esta inclusão, os conhecimentos anteriores sobre outros vírus e, até mesmo, as infecções respiratórias geradas pelo vírus H1N1 em gestantes, que resultaram em índices elevados de complicações e mortalidades. (RASMUSSEN et al., 2011). Apesar da sensata preocupação dos órgãos de saúde internacional e nacional, (MASCIO et al., 2020) sabe-se que são poucas as evidências científicas acerca do novo Coronavírus e, menos ainda, em relação ao manejo de gestantes positivas para o SARS-CoV-2 ou com suspeitas de infecção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

2.3 Coronavírus, gravidez e parto

Há pouca informação na literatura sobre o impacto da infecção por coronavírus na gestação. No caso das infecções por MERS-CoV e SARS-CoV, a letalidade parece maior em gestantes, quando comparada à de mulheres não grávidas. A pesquisa buscou, através de uma revisão rápida da literatura, elementos para subsidiar o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* na elaboração de políticas de saúde e diretrizes clínicas para atendimento a gestantes com COVID-19. (MULLINS et al., 2020; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2020)

A infecção por COVID-19 parece exibir menor letalidade, quando comparada a casos de MERS ou SARS. O *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* recomenda o seguimento das gestações com ultrassonografia seriada, para avaliação de um potencial restrição de crescimento fetal.

Nas infecções por SARS e MERS, a indicação do parto frequentemente foi devida a uma redução da oxigenação materna. Na COVID-19, se a manifestação clínica for leve, o parto deve ser por indicação obstétrica. No momento não há dados para recomendar o parto cesáreo para redução de transmissão vertical e o recém-nascido não deve ser separado da mãe após o parto. (FAVRE et al., 2020)

O percentual de prematuridade observado na COVID-19 tem potencial para exercer uma grande pressão sobre o sistema de saúde. Os autores ressaltam as

limitações do estudo, em função do pequeno número de casos, e em função de todos os trabalhos analisados serem relatos ou séries de casos como métodos de estudo. Concluem observando a necessidade de coleta sistemática e de publicação de dados sobre gestantes com COVID-19, para possibilitar a produção de evidências que subsidiem a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, viabilizando a alocação adequada de recursos durante a pandemia. (MULLINS et al., 2020; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2020).

2.3.1 **Complicações na gravidez**

A hipertermia, comum na COVID-19, é uma preocupação, pois a elevação da temperatura materna durante a organogênese, no primeiro trimestre, pode estar associada a um risco aumentado de anomalias congênitas, principalmente defeitos do tubo neural, ou aborto espontâneo. (HUANG et al., 2020)

As mulheres infectadas, especialmente as que desenvolvem pneumonia, parecem ter uma frequência cardíaca aumentada de trabalho de parto prematuro, ruptura pré-laboral de membranas, pré-eclâmpsia e parto cesáreo devido à frequência cardíaca fetal alterada observada na cardiotocografia, o que provavelmente está relacionada à doença materna grave. (XU et al., 2020)

Em 41 pacientes grávidas com COVID-19, uma revisão sistemática (CHEN et al., 2020) relatou as seguintes taxas de complicações: parto prematuro (41,1% dos casos), ruptura pré-termo de membranas pré-laborais (18,8%), pré-eclâmpsia (13,6%), parto cesáreo (91,1%), aborto espontâneo (não relatado); e para o bebê: natimorto (2,4% dos casos), internação em UTI neonatal (10%) e óbito neonatal (2,4%). É importante enfatizar que esse foi um estudo com um tamanho amostral pequeno. (CHEN et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020)

Além disso, as mulheres intubadas, principalmente com pneumonia por COVID-19, e as mortes perinatais não foram diretamente devidas à infecção fetal / neonatal com o coronavírus. Inclusive, em mulheres com COVID-19 grave no terceiro trimestre, pode haver um viés de intervenção que é catalisado pela crença de que o manejo da doença respiratória da mãe será melhorado pelo parto e isso ainda não está claro. (CHEN et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020)

2.3.2 **Cuidados pré-natais**

Em relação à assistência pré-natal de rotina em mulheres assintomáticas, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) e a Sociedade de Medicina Materno-Fetal emitiram orientações sobre cuidados pré-natais durante a pandemia de COVID-19. Incluem orientações gerais para testar e impedir a disseminação da COVID-19, algoritmos e sugestões para modificar protocolos tradicionais para consultas pré-natais.

Essas modificações, que devem ser personalizadas para pacientes de baixo risco e alto risco (por exemplo, gestação múltipla, hipertensão, diabetes), incluem telessaúde, reduzindo o número de visitas pessoais, o tempo das visitas, os testes de agrupamento (por exemplo, aneuploidia, diabetes, rastreamento de infecção) para minimizar o contato materno com outras pessoas. Idealmente, toda mulher deve ter recursos de telessaúde e uma forma de medir a pressão arterial em casa. (CUNHA, 2020)

2.4 **Síndrome respiratória pela SARS-COV 2 caracterizando uma gravidez de alto risco**

A gestação é o período em que se observam grandes modificações do organismo materno criando adaptações anatômicas e bioquímicas de quase todos os aparelhos e sistemas. Diante das modificações respiratória, as alterações mais significativas são a redução na capacidade residual funcional (CRF) e em seus componentes, volume residual expiratório (VRE) e volume residual (VR), assim como os aumentos na capacidade inspiratória (CI) e no volume corrente (VC). (HEGEWALD; CRAPO, 2011)

O aumento na demanda por oxigênio e, talvez, o aumento no volume crítico de fechamento impostos pela gravidez tendem a agravar as doenças respiratórias durante a gestação (OBSTETRÍCIA DE WILLIAMS). Infecções respiratórias de etiologia viral já foram previamente descritas, com vinculação a desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. Observe-se que a infecção pelo SARS-CoV e pelo MERS-CoV em 2002 e 2012, respectivamente, configuram exemplos disto, além da pandemia associada ao

vírus influenza H1N1, que se caracterizou por muitos desfechos adversos em gestantes. (RASMUSSEN et al., 2011)

Frente à falta de conhecimento acerca dos desdobramentos do SARS-CoV-2 na gestação, no entanto com relatos publicados de casos de gestantes que quando infectadas, apresentaram-se mais vulneráveis às manifestações mais agressivas da doença.

2.5 Protocolo de Atendimento no Parto e Puerpério durante a Pandemia da COVID-19

De acordo com o manual do Ministério da Saúde, na gestação, devido às modificações fisiológicas ou a eventos adversos próprios da gravidez, sinais ou sintomas podem se sobrepor aos demais sintomas da COVID-19, dificultando o diagnóstico. (ESTRELA et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Será considerado caso suspeito paciente que apresente: Síndrome Gripal (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza ou dificuldade respiratória; na SG é importante destacar que a febre pode não estar presente.

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 dos lábios ou rosto. (ESTRELA et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Será considerado caso confirmado a paciente que apresente:

1. Quadro suspeito de SG ou SRAG com diagnóstico laboratorial por teste de: biologia molecular RT-PCR (*Reverse Transcription -Polymerase Chain Reaction*), com detecção do vírus causadores de SG e SRAG como SARS-CoV2, Influenza ou Vírus sincicial respiratório) ou Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos, com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas). (ESTRELA et al., 2020;

MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

2. Por critério clínico epidemiológico: caso suspeito de SG ou SRAG com: histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica. (ESTRELA et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

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

As pacientes suspeitas ou confirmadas, bem como seu acompanhante, devem imediatamente receber máscara cirúrgica, que deve ser trocada sempre que estiver úmida, orientadas quanto à etiqueta da tosse e higiene das mãos. Além disso, devem permanecer isoladas, com precaução de contato. (ESTRELA et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Recomenda-se a implementação de precauções padrão aos profissionais para o cuidado de todos os pacientes, com uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados, como máscara cirúrgica, luvas, óculos, protetor facial, gorro e avental. Antes e após o contato com o paciente ou com superfícies próximas a ele, deve-se higienizar as mãos com álcool 70% ou realizar a lavagem das mãos com água e sabão. Durante a realização de procedimentos que produzem aerossóis, a equipe de saúde deve utilizar também as máscaras N95/PFF2, com protetor facial. (ESTRELA et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Durante o trabalho de parto, deve haver avaliação contínua de saturação de oxigênio (SatO₂ por oximetria de pulso) e controle horário de sinais vitais. Caso ocorra piora do quadro, com febre/hipotermia, dispneia, dificuldade para respirar, batimentos de asas de nariz, cianose, tiragens intercostais, frequência respiratória >24 rpm, frequência cardíaca >125 bpm, Sat O₂ <95%, hipotensão, oligúria, leucopenia, plaquetopenia, irritabilidade, ou confusão mental), solicitar avaliação da equipe de medicina intensiva e implementar as medidas necessárias de suporte. Até o momento não dispomos de um tratamento comprovadamente eficaz para a COVID-19 ou que seja

específico para gestantes. (ESTRELA et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Deve-se levar em consideração os diagnósticos diferenciais pertinentes ao caso e o adequado manejo clínico. O fosfato de Oseltamivir tem uso amplamente recomendado na fase inicial das síndromes gripais em gestantes. (ESTRELA et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

A utilização de outros fármacos tem sido aventada no tratamento da COVID-19, como outros antivirais, antibióticos, corticosteroides, soro de pacientes curados, antimaláricos e antiparasitários, porém ainda carece de evidências científicas de boa qualidade para ser realizada na prática clínica. O uso de agentes terapêuticos deve ser feito após análise de risco-benefício individual, considerando o benefício potencial para a mãe e a segurança do feto. (ANDRADE et al., 2020)

Considerando os inúmeros benefícios da amamentação e a ausência, até o momento, de transmissão do SARS-CoV-2 por essa via, recomendamos o início e a manutenção do aleitamento materno, desde que a paciente esteja em boas condições clínicas. Ressalta-se que precauções deverão ser adotadas: higienização correta das mãos, o uso de máscara cirúrgica pela lactante durante todo o tempo, evitando falar e lavagem das mãos entre as mamadas. (ESTRELA et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020). Caso a mãe esteja em UTI e deseje amamentar, recomenda-se que o seu leite seja extraído e ofertado ao RN. Em caso de condições maternas graves, cuidado deve ser tomado para que não haja ingurgitamento mamário. Se necessárias, ordenhas devem ser realizadas.

Salvo alguma intercorrência, como o agravamento das condições de saúde maternas, é perfeitamente possível que mãe e filho permaneçam em sistema de alojamento conjunto até a alta hospitalar. Mas, diversos cuidados devem ser estabelecidos. (ANDRADE et al., 2020; CUNHA, 2020)

A paciente com síndrome gripal e/ou COVID-19 suspeita ou confirmada deverá permanecer em leito isolado, em distância de pelo menos 2 metros do berço, o tempo todo de máscara cirúrgica, que deve ser trocada a cada duas horas e sempre que umedecer, lavar as mãos com frequência e sempre antes de tocar o RN. É importante que no local não sejam realizados procedimentos geradores de aerossol, que aumenta o

risco de contaminação. A alta hospitalar deve ser o mais precoce possível, respeitando as condições clínicas do RN e da puérpera, podendo ser em 24 horas para parto vaginal e 48 horas para cesariana. (ESTRELA et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Considera-se também importante lembrar que, mesmo em meio a essa pandemia, os profissionais da saúde devem assegurar, à mulher, o direito da atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

2.5.1 **Transmissão vertical**

O coronavírus não foi detectado no sangue do cordão umbilical, líquido amniótico ou placenta. As taxas de viremia materna parecem baixa (estudo demonstra em torno de 1%), sugerindo que a semeadura placentária e a transmissão vertical são improváveis.

Em uma revisão (SCHWARTZ, 2020) de 38 mulheres grávidas com COVID-19, nenhum caso de transmissão intra-uterina foi documentado. Posteriormente, foram relatados vários casos possíveis com base nos resultados laboratoriais e / ou clínicos do recém-nascido, mas o teste para o coronavírus em sangue fetal, líquido amniótico e placenta foram negativos ou não foram realizados nesses casos. (SCHWARTZ, 2020)

Em um relato de caso (KHAN et al., 2020), um lactente nascido de um parto cesariano, em uma sala de isolamento de pressão negativa, apresentava níveis elevados de imunoglobulina M (IgM), citocinas e um número elevado de glóbulos brancos, mas permanecia assintomático; cinco testes de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa do coronavírus (SARS-CoV-2) ao longo do tempo foram negativos.

Três outros bebês nascidos por cesariana, sob rigoroso controle de infecção e procedimentos de prevenção, tiveram pneumonia dois dias após o nascimento, e as culturas nasofaríngeas e anais foram positivas para SARS-CoV-2 nos dias 2 e 4 de vida e negativas nos dias 6 ou 7.

Outros dois bebês nascidos por cesariana tiveram resultados positivos em amostras de *swab* de garganta coletadas na sala de cirurgia e um desenvolveu pneumonia. Casos suspeitos adicionais (IgM elevada no recém-nascido) continuam sendo relatados; no entanto, resultados positivos de IgM por si só não são evidências definitivas de infecção no útero, e a infecção infantil precoce pode ter sido devido ao contato pós-natal com pais ou responsáveis infectados. (KHAN et al., 2020)

2.5.2 Tempo do parto em mulheres infectadas

Para a maioria das mulheres com COVID-19 não grave e com menos de 37 semanas gestacionais, que não têm indicações médicas/obstétricas para o parto imediato, ele ocorrerá, idealmente, em algum tempo após a obtenção de um resultado negativo do teste ou a elevação do status de isolamento, minimizando assim o risco de transmissão pós-natal para o recém-nascido. (MINISTERIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Não é claro se a doença respiratória da mãe será melhorada com o parto e o risco de transmissão pós-natal na sala de parto quando os sintomas maternos forem agudos. Também deve ser observado que a produção materna de anticorpos e, por sua vez, a imunidade passiva do recém-nascido podem não ter tido tempo para se desenvolver.

Para a paciente hospitalizada com pneumonia por COVID-19, mas não intubada, algumas especialistas defendem a consideração do parto em gestações > 32 a 34 semanas. A lógica é que o parto é realizado antes que a situação pulmonar se agrave e a hipoxemia materna em curso coloque o feto em risco. A maioria dos especialistas não defende o parto antes de 32 semanas, embora a situação materna possa piorar na segunda semana, dada a conhecida morbimortalidade de bebês muito prematuros.

O momento do parto da gestante hospitalizada intubada e gravemente doente com COVID-19 é desafiador. Após 32 a 34 semanas, alguns têm defendido o parto se a paciente estiver estável, mas isso pode exacerbar a condição materna. Entre a viabilidade e <32 semanas, o apoio materno contínuo com monitoramento fetal é geralmente sugerido para benefício perinatal, desde que a situação materna permaneça estável ou melhorando. Em algumas situações, a oxigenação da membrana extracorpórea materna pode ser necessária. (WEI et al., 2020)

2.6 Cuidados pós-parto

2.6.1 Avaliação infantil

- Mães com suspeita de COVID-19 e resultados de testes desconhecidos (pendentes ou não testados): *Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)* aconselharam que bebês nascidos dessas mulheres não são suspeitos de COVID-19.
- Mães com COVID-19 conhecido: O *CDC* considera esses bebês como suspeitos de COVID-19 e eles devem ser testados, isolados de outros bebês saudáveis e tratados de acordo com as precauções de controle de infecção em pacientes com COVID-19 confirmada ou suspeita.

2.6.2 Contato mãe-bebê

A separação temporária de mães com COVID-19 conhecida ou suspeita de seus recém-nascidos foi proposta para reduzir o risco de transmissão mãe-bebê, mas também pode ter consequências adversas. Por exemplo, não se acomodar e evitar o contato pele a pele pode ser estressante para as mães; interromper a amamentação; e têm efeitos negativos no estresse, alimentação e vínculo do recém-nascido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

2.6.3 COVID-19 e amamentação

O conhecimento científico atualmente disponível, pontual e circunscrito, não permite estabelecer indicações ou recomendações específicas quanto ao aleitamento materno, obrigando a decidir por analogia com circunstâncias anteriores e numa interpretação dos custos e dos benefícios previsíveis. As informações publicadas, mostraram que todas as amostras de leite materno testadas foram negativas para o vírus SARS-CoV2, numa série de nove mulheres diagnosticadas com COVID-19 no Hospital Universitário de Wuhan. O mesmo resultado foi observado em outros dois estudos de

caso: uma mulher com uma gestação de 35 semanas, com parto por cesariana, realizado em sala com pressão negativa e cujo recém-nascido foi negativo; e um outro em que o recém-nascido infectou, mas o leite materno era negativo para SARS-CoV2. No entanto, não há evidência científica suficiente para podermos afirmar inequivocamente que não existe possibilidade de as mães com COVID19 poderem transmitir o vírus por meio do leite materno. (FREBASGO, [s.d.]; MINISTERIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Sabe-se que, o aleitamento materno, pelos inúmeros benefícios que proporciona tanto para a mãe como para o recém-nascido, é reconhecido como a melhor forma de alimentação da criança (salvo raras exceções), protegendo-a contra várias doenças, inclusive infecções gastrointestinais e respiratórias. Assim, considerando os benefícios da amamentação e o fato de a transmissão de outros vírus respiratórios ser insignificante pelo leite materno, não há indicação para suspender a amamentação nesta fase da pandemia. Recomenda-se que sejam sempre tomadas as devidas precauções durante o período de amamentação para evitar uma possível exposição e transmissão do vírus que pode ocorrer, principalmente, por meio de gotículas ou secreções respiratórias. (FREBASGO, [s.d.]; MINISTERIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

Nos casos em que as mães estão infectadas com COVID-19 ou sob investigação, a amamentação pode ser mantida desde que as condições clínicas o permitam, de acordo com as recomendações da OMS/UNICEF e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos. O CDC indica que a decisão de iniciar ou continuar a amamentação deve ser determinada pela mãe com COVID-19, em conjunto com os familiares e profissionais de saúde. Embora não exista evidência científica sobre a possibilidade de as mães com COVID-19 poderem transmitir o vírus pelo leite materno, sabe-se que este pode ser transmitido uma vez que a criança estará numa distância muito próxima da mãe durante a amamentação. Assim, uma mãe sob investigação ou com COVID-19 deve tomar todas as precauções para evitar a transmissão do vírus à criança. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2020)

3. **OBJETIVOS**

3.1 **Geral**

Descrever a evolução de uma gestante com COVID-19 atendida em um hospital estadual do Rio de Janeiro em 2020.

3.2 **Específicos**

Atingir o objetivo principal, alguns objetivos específicos são requeridos, são eles:

- Identificar sinais e sintomas precoces em gestantes infectadas por COVID-19;
- Comparar o quadro clínico do relato de caso com outros relatos na literatura;
- Descrever protocolos que sugerem diagnóstico e tratamento para COVID-19 em gestantes.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Relato de caso sobre uma paciente gestante, de 31 anos, infectada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e a evolução do quadro clínico dela, desde o diagnóstico até o desfecho. Foi realizada revisão do prontuário e foram utilizadas informações adicionais dos profissionais de saúde que cooperaram para o atendimento desta paciente. Os artigos foram selecionados nos sites *Pubmed*, *Scielo* e o período pesquisado foi entre 2019 até 2020.

4.1 Figura e cenário

O estudo terá como única figura a paciente I.S.O.G de 31 anos, por se tratar de relatar a evolução do seu caso durante sua internação. A paciente gestante com diagnóstico de infecção pelo COVID-19 foi internada no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, cidade de Duque de Caxias, RJ no setor de CTI Adulto.

4.2 Métodos

A partir deste relato e dos artigos selecionados, propomos uma revisão não sistemática da literatura sobre protocolos até agora descritos sobre a conduta diante de casos, com o objetivo de fazer diagnóstico precoce e, se possível, modificar o desfecho clínico.

5. RELATO DE CASO

Paciente I. S. O. G., 31 anos, secundigesta (2G 1P 0A), admitida na emergência do Hospital Adão Pereira Nunes (HEAPN), no dia 22 de abril de 2020, com 32 semanas e 2 dias de gestação. Apresentava dispneia, taquipneia com esforço respiratório, tosse produtiva com raias de sangue. Ao exame durante admissão, paciente em regular estado geral, corada, hidratada, cianótica (+/4+), afebril, pressão arterial de 100X70 mmhg, frequência cardíaca de 103 batimentos por minutos, frequência respiratória de 33 incursões respiratórias por minuto, saturação de oxigênio à 92% em cateter de O₂ (3l/min). Abdome gravídico, tônus uterino normal, Movimento fetal presente (+), Batimento cardio – fetal de 142 batimentos por minuto, toque evitado, sem perdas vaginais, diurese concentrada em coletor. Paciente referia dispneia, náuseas e disúria. Foi solicitado exames laboratoriais, urina tipo 1, tomografia computadorizada de tórax e realizado Teste para COVID-19 por RT-PCR (do inglês *reverse-transcriptase polymerase chain reaction*), considerado o padrão-ouro no diagnóstico da COVID-19, com resultado positivo em 48 horas. Foi transferida para o UTI- unidade de terapia intensiva com quadro de síndrome respiratória aguda em suspeita de COVID-19 se manteve sob os cuidados da equipe da UTI e obstétrica. No dia seguinte, paciente apresentando discreta melhora com pressão arterial de 110x70 mmhg; Frequência cardíaca de 100 batimento por minuto, afebril, Saturação de oxigênio à 95% com O₂ suplementar, frequência respiratória de 30 incursões por minuto. Realizada a Tomografia de tórax evidenciando extensas áreas de atenuação em vidro fosco predominantemente nas periferias dos pulmões e nas bases pulmonares onde associam-se a espessamento septal (pavimentação em mosaico) e focos de consolidação, com envolvimento de cerca de 50% dos campos pulmonares. Realizada ainda ultrassonografia obstétrica sem alterações significativas.

Após 10 dias de internação em UTI, com deterioração do quadro respiratório, a paciente com COVID -19 confirmado pelo exame RT-PCR, foi entubada evoluindo com os parâmetros de pressão arterial de 85x52mmhg, frequência cardíaca de 86 batimentos por minuto, saturação de oxigênio à 100%, frequência respiratória de 18 incursões por minuto, afebril, batimento cardio-fetal de 135 batimento por minuto, tônus uterino normal, toque evitado.

Diante do agravamento do quadro, mesmo não estando em trabalho de parto, com 33 semanas e 5 dias, foi transferida para maternidade em ventilação pulmonar mecânica (VPM), com síndrome respiratória aguda grave (SRAG), sendo realizada cesárea de urgência devido à insuficiência respiratória materna e sofrimento fetal agudo. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral. O recém-nascido prematuro foi rapidamente encaminhado para UTI – neonatal sob cuidados do neonatologia. Após o parto, a paciente retornou à unidade de terapia intensiva (UTI) e mantida sob ventilação pulmonar com parâmetros elevados (modo ventilatório com controle de volume - VCV), sonda nasogástrica e submetida a hemotransfusão (2 bolsas de concentrados de hemácias).

Por um longo período de intubação foi submetida à traqueostomia, com evolução desfavorável do quadro neurológico apresentando abertura ocular parcial, sem resposta aos estímulos táteis ou verbais; e sem interação com o examinador. Esgotados os recursos na unidade, após 3 meses de internação em UTI sob intensos cuidados, a paciente foi transferida para o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, referência para a COVID -19 na cidade do Rio de Janeiro.

Sete dias após a transferência para a unidade referência, a paciente não apresentou melhora no seu quadro clínico. Quinze dias após a transferência, apresentou insuficiência respiratória e não resistiu. Veio a óbito.

6. DISCUSSÃO

A gestação é um momento de medo e incertezas. Durante a pandemia do coronavírus, as perguntas são mais frequentes: de acordo com o Ministério da Saúde, gestantes com COVID-19 têm 1,5 mais chance de ir para o CTI e 1,7 mais de precisar de ventilação mecânica que as outras mulheres. (FAVRE et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; RYAN et al., 2020).

Em virtude do pouco que até o presente momento se sabe sobre o tema, a infecção da COVID-19 em gestantes traz dúvidas, especulações e reflexões curiosas.

Mundialmente, os países iniciam uma corrida recorde na busca pelo tratamento efetivo que diminua a transmissibilidade e mortalidade por tal vírus.

Aproximadamente 85% das mulheres experimentam doenças leves, 10% mais graves e 5% doenças críticas. Os sintomas mais comuns relatados são febres, tosse, falta de ar e diarreia. Nem o parto vaginal nem a cesariana conferem riscos adicionais, e há um risco mínimo de transmissão vertical para o recém-nascido em qualquer um dos modos de parto. Reconhecemos que o verdadeiro efeito do vírus na morbimortalidade materna e fetal só será evidente ao longo do tempo. (RYAN et al., 2020)

Na vertente do diagnóstico, nota-se a preocupação com a detecção precoce. Para isso, orienta-se que as gestantes saibam reconhecer sinais específicos da COVID-19 com a finalidade de reduzir sua exposição nos serviços de saúde. Sugere-se uma avaliação inicial do estado clínico, realizada por meio eletrônico, para triar a necessidade ou não de uma consulta presencial. Porém, deve-se atentar ao fato de que um estudo retrospectivo, comparando os aspectos clínicos de gestantes e pacientes não-grávidas, definiu os sintomas em gestantes como atípicos quando comparados ao outro grupo, o que provavelmente dificultaria a sua detecção precoce. (FAVRE et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; RYAN et al., 2020)

A primeira epidemia surgiu também na China, em 2002-03, e caracterizou-se por graves infecções respiratórias causadas pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome* – Coronavirus (SARS-CoV). Na epidemia de 2002, 12 mulheres grávidas foram infectadas com SARSCoV, sendo que quatro das sete grávidas no primeiro trimestre tiveram abortamento espontâneo. Do segundo ao terceiro trimestre, duas das cinco grávidas apresentaram restrição de crescimento fetal e em quatro das cinco mulheres ocorreu

parto pré-termo (um espontâneo; três induzidos pela condição materna); 25% das grávidas morreram durante a gravidez. A segunda epidemia ocorreu em 2012, inicialmente no Médio Oriente e foi denominado *Middle East Respiratory Syndrome* – Coronavirus (MERS-CoV). Numa revisão sobre os desfechos da gravidez de 11 mulheres infetadas com MERS-CoV, sete grávidas necessitaram de internamento em unidade de cuidados intensivos e três morreram, sendo que destas apenas uma apresentava uma comorbidade (asma); ocorreram duas mortes fetais e três de nove recém-nascidos eram pré-termo. Considerando-se que o SARS-CoV-2 apresenta homologia genética e algumas semelhanças clínicas ao SARS-CoV e MERS-CoV, importa prestar particular atenção ao acompanhamento das grávidas com COVID-19, pois embora ainda não documentados, os desfechos adversos na mulher grávida e na gravidez são potencialmente relevantes. Assim, é de extrema importância que as mulheres grávidas adotem ações preventivas para a COVID-19 com grande intensidade. Com a experiência acumulada, a atitude passou a ser proporcional à gravidade da situação médica e não dependente do diagnóstico da COVID-19. (LIU et al., 2020; ZHANG et al., 2003)

Por isso, destaca-se, nesse contexto, a essencialidade do atendimento pré-natal no decorrer da gestação, principalmente no terceiro trimestre, quando ocorrem os estágios finais de desenvolvimento e maior nível de ansiedade materna, período que requer maior número de inspeções pré-natal. Para isso, o monitoramento da frequência cardíaca e ultrassons gestacionais são essenciais para avaliar a condição do bem-estar fetal, em especial, às mulheres que foram acometidas pelo novo Coronavírus. (CUNHA, 2020)

Os estudos salientaram ainda que o momento exige que as gestantes tenham oportunidades laborais mais flexíveis, com afastamento do trabalho, quando a idade gestacional for superior a 28 semanas, ou com fatores de risco ou comorbidades subjacentes. Tais precauções devem ser tomadas tendo em vista que a COVID-19 na gestação tendeu para desfechos negativos, como: aborto espontâneo; ruptura prematura de membranas; restrição de crescimento intrauterino; sofrimento fetal e trabalho de parto e parto prematuros. (FAVRE et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; RYAN et al., 2020)

Os dados estatísticos nos mostram uma desigual ascensão atual pelos países, e isso é reflexo de medidas efetivas de isolamento de uns em detrimento de tantos outros. Com isso, muitos, sobretudo os menos desenvolvidos, alcançaram drásticas linhas de

crescimento e isso tem afetado toda a população, e aqui, fala-se principalmente no âmbito da saúde. Dentro de tal contexto, as gestantes, tem ganhado curioso corpo de pesquisa no que tange à sua evolução de risco, bem como do feto, já que naturalmente são pacientes consideradas de risco. (FAVRE et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; RYAN et al., 2020)

Os dados despertaram o interesse do conhecimento da situação epidemiológica mundial e seu estudo é significativo no sentido de ampliar a informação tanto para os profissionais de saúde quanto a população em geral, no sentido de precaver e tratar o problema emergente que coloca muitos na zona de morbimortalidade.

Ainda não existe conhecimento específico sobre o assunto para a elaboração de protocolos fechados de assistência obstétrica a esse gripe de risco. Em decorrência das recentes descobertas e incipientes fontes instrumentais para manejo, as orientações até então estabelecidas advém da analogia com infecções causadas por outros vírus. (SARS – CoV, MERS-CoV e H1N1). (FAVRE et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; RYAN et al., 2020).

Ademais, todo o conhecimento evidente atual pode estar sujeito a modificações a partir de novos conhecimentos e descobertas da área. Portanto, hoje o que é verídico é a importância inquestionável do controle da dispersão do SARS-CoV. (FAVRE et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; RYAN et al., 2020).

Dentro deste contexto, o profissional médico tem papel importante no acompanhamento e suporte às gestantes infectadas, pois isso pode servir de veículo nas posteriores pesquisas e conclusões de trabalhos, para uma evolução promissora no tratamento futuro. Além de ser fonte de disseminação de conhecimento social quanto à infecção. (FAVRE et al., 2020; MASCARENHAS et al., 2020; RYAN et al., 2020).

7. CONCLUSÃO

Gestantes representam um grupo da população com particularidades, principalmente ligadas às suas alterações fisiológicas e imunológicas. Além disso, a necessidade de proteger o feto representa uma maior responsabilidade com relação à prestação de assistência.

Por sua vez, as informações apresentadas não são absolutas e podem sofrer modificações à medida que houver avanços nas descobertas científicas.

Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão apoiam a realização de estudos futuros para investigar o impacto da infecção quando ocorre no início da gestação (durante o primeiro e segundo trimestres), os aspectos psicológicos de gestantes infectadas e análises dos medicamentos específicos para uso na gravidez. Espera-se que as lacunas aqui demonstradas motivem o desenvolvimento de novas pesquisas com maior rigor metodológico, visando à produção de evidências científicas confiáveis sobre a assistência obstétrica diante da COVID-19.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A. C. dos S. P.; BATISTA, A. C. F.; SILVA, D. M.; INACIO, J. L. da S.; VALE, J. V. R. Pandemia do Coronavírus Recomendações para Gestantes e Puérperas. [s. l.], n. 1, p. 74, 2020.

CHEN, H.; GUO, J.; WANG, C.; LUO, F.; YU, X.; ZHANG, W.; LI, J.; ZHAO, D.; XU, D.; GONG, Q.; LIAO, J.; YANG, H.; HOU, W.; ZHANG, Y. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. **The Lancet**, [s. l.], v. 395, n. 10226, p. 809–815, 2020.

CUNHA, A. C. B. **Vivendo em tempos de COVID-19: o que posso fazer quando sou gestante ?** Rio Janeiro.

ESTRELA, F. M.; DA SILVA, K. K. A.; DA CRUZ, M. A.; GOMES, N. P. Gestantes no contexto da pandemia da COVID-19: Reflexões e desafios. **Physis**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 1–5, 2020.

FAVRE, G.; POMAR, L.; QI, X.; NIELSEN-SAINES, K.; ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. **The Lancet Infectious Diseases**, [s. l.], v. 20, p. [ahead to print], 2020.

FREBASGO. No Title. [s. l.], [s.d.].

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil**. 2016.

GRADVOH, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a Idade Média à atualidade. **Pensando Famílias**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 55–62, 2014.

HEGEWALD, M. J.; CRAPO, R. O. Respiratory Physiology in Pregnancy. **Clinics in Chest Medicine**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 1–13, 2011.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X.; REN, L.; ZHAO, J.; HU, Y.; ZHANG, L.; FAN, G.; XU, J.; GU, X.; CHENG, Z.; YU, T.; XIA, J.; WEI, Y.; WU, W.; XIE, X.; YIN, W.; LI, H.; LIU, M.; XIAO, Y.; GAO, H.; GUO, L.; XIE, J.; WANG, G.; JIANG, R.; GAO, Z.; JIN, Q.; WANG, J.; CAO, B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, [s. l.], v. 395, n. 10223, p. 497–506, 2020.

KHAN, S.; PENG, L.; SIDDIQUE, R.; NABI, G.; NAWSHERWAN; XUE, M.; LIU, J.; HAN, G. Impact of COVID-19 infection on pregnancy outcomes and the risk of maternal-to-neonatal intrapartum transmission of COVID-19 during natural birth. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, [s. l.], v. 41, n. 6, p. 748–750, 2020.

LI, N.; HAN, L.; PENG, M.; LV, Y.; OUYANG, Y.; LIU, K.; YUE, L.; LI, Q.; SUN, G.; CHEN, L.; YANG, L. Maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 pneumonia: a case-control study. **Clinical infectious diseases**, [s. l.], p. [ahead to print], 2020.

LIANG, H.; ACHARYA, G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy:

What clinical recommendations to follow? **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, [s. l.], v. 99, n. 4, p. 439–442, 2020.

LIU, Y.; CHEN, H.; TANG, K.; GUO, Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. **The Journal of infection**, [s. l.], p. [ahead to print], 2020.

MASCARENHAS, V. H. A.; CAROCI-BECKER, A.; VENÂNCIO, K. C. M. P.; BARALDI, N. G.; DURKIN, A. C.; RIESCO, M. L. G. Covid-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: A scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. 1–10, 2020.

MASCIO, D. Di; KHALIL, A.; SACCONI, G.; RIZZO, G.; BUCA, D. Systematic Review Outcome of coronavirus spectrum infections. **Am J Obstet Gynecol MFM**, [s. l.], p. [ahead to print], 2020.

MINISTERIO DA SAÚDE (BRASIL). **NOTA TÉCNICA Nº 7 / 2020-COSMU / CGCIVI / DAPES / SAPS / MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **NOTA TÉCNICA Nº 14 / 2020-COCAM / CGCIVI / DAPES / SAPS / MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MULLINS, E.; EVANS, D.; VINER, R. M.; O'BRIEN, P.; MORRIS, E. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 55, n. 5, p. 586–592, 2020.

RAMALHO, C. COVID-19 na gravidez, o que sabemos? **Acta Obstet Gynecol Port**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 6–7, 2020.

RASMUSSEN, S. A.; KISSIN, D. M.; YEUNG, L. F.; MACFARLANE, K.; CHU, S. Y.; TURCIOS-RUIZ, R. M.; MITCHELL, E. W.; WILLIAMS, J.; FRY, A. M.; HAGEMAN, J.; UYEKI, T. M.; JAMIESON, D. J. Preparing for influenza after 2009 H1N1: Special considerations for pregnant women and newborns. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 204, n. 6 SUPPL., p. S13–S20, 2011.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. **Coronavirus infection and pregnancy**. 2020. Disponível em: <<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/covid-19-virus-infection-and-pregnancy/>>.

RYAN, G. A.; PURANDARE, N. C.; MCAULIFFE, F. M.; HOD, M.; PURANDARE, C. N. Clinical update on COVID-19 in pregnancy: A review article. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, [s. l.], v. 46, n. 8, p. 1235–1245, 2020.

SCHWARTZ, D. A. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: Maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, [s. l.], v. 144, n. 7, p. 799–805, 2020.

WEI, M.; YUAN, J.; LIU, Y.; FU, T.; YU, X.; ZHANG, Z. J. Novel Coronavirus Infection in Hospitalized Infants under 1 Year of Age in China. **JAMA - Journal of the**

American Medical Association, [s. l.], v. 323, n. 13, p. 1313–1314, 2020.

WONG, S. F.; CHOW, K. M.; LEUNG, T. N.; NG, W. F.; NG, T. K.; SHEK, C. C.; NG, P. C.; LAM, P. W. Y.; HO, L. C.; TO, W. W. K.; LAI, S. T.; YAN, W. W.; TAN, P. Y. H. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 191, n. 1, p. 292–297, 2004.

XU, X. W.; WU, X. X.; JIANG, X. G.; XU, K. J.; YING, L. J.; MA, C. L.; LI, S. B.; WANG, H. Y.; ZHANG, S.; GAO, H. N.; SHENG, J. F.; CAI, H. L.; QIU, Y. Q.; LI, L. J. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: Retrospective case series. **The BMJ**, [s. l.], v. 368, n. January, p. 1–7, 2020.

ZHANG, J.; WANG, Y.; CHEN, L.; ZHANG, R.; XIE, Y. Clinical analysis of pregnancy in second and third trimesters complicated severe acute respiratory syndrome. **Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.**, [s. l.], v. 38, n. 8, p. 516–20, 2003.



CURSO DE MEDICINA

À Coordenação da Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso

CARTA DE ACEITE PARA ORIENTAÇÃO

Por intermédio desta, afirmo aceitar a orientação do (a):

acadêmico (a) _____ matrícula
n.º _____

acadêmico (a) _____ matrícula
n.º _____

do Curso de Graduação em Medicina desta Universidade, no desenvolvimento de seu Trabalho de Conclusão de Curso referente à Disciplina:

() EMD254 Trabalho de Conclusão de Curso I () EMD301 Trabalho de Conclusão de Curso II

Desenvolvendo o Trabalho sobre o tema:

--

Dados do Orientador: () orientador interno () orientador externo

Nome (sem abreviatura):

E-mail: _____ Tel: -

Assinatura e carimbo do Orientador(a):

Rio de Janeiro, _____/_____/202____.