



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

Nota Técnica N.º 13/2021 - SES/SAIS/CAT-COVID19

Brasília-DF, 10 de setembro de 2021.

1. **ASSUNTO**

Orientações para o manejo clínico das pacientes com COVID-19 durante o ciclo gravídico-puerperal e em portadoras de patologias ginecológicas.

2. **OBJETIVO**

Orientar os profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados às pacientes durante o ciclo gravídico-puerperal, no âmbito da atenção hospitalar, baseando-se nas orientações e normativas vigentes da SES-DF, do Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e na literatura científica atualizada relacionada ao tema.

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 complicações.

A prevenção é baseada em medidas de distanciamento social, higiene pessoal, etiqueta respiratória e imunização, e o manejo clínico é principalmente voltado para suporte e controle de sintomas. Mulheres grávidas e puérperas não parecem ser mais susceptíveis à infecção pelo SARS-COV-2. Entretanto, muito provavelmente pelas alterações fisiológicas e imunológicas induzidas pela gravidez, infecções podem se apresentar com maior gravidade. As evidências acumuladas até o momento associam a gestação e o puerpério a um risco aumentado de complicações e morte por COVID-19, e por isso gestantes e puérperas constituem grupo de risco.

4. **CONTEÚDO**

4.1. **PERÍODO DE INCUBAÇÃO**

O período médio de incubação da infecção pelo SARS-CoV-2 é de 5 a 7 dias, mas pode variar entre 2 e 14 dias.

4.2. **PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE**

O intervalo em que o indivíduo com COVID-19 permanece com capacidade de transmitir o vírus ainda é incerto. Evidências atualizadas indicam que após o 10º dia do início dos sintomas, nos pacientes imunocompetentes com quadros leves a moderados, reduz-se significativamente a probabilidade de identificar vírus viáveis (com capacidade de replicação) nas vias aéreas dos indivíduos que estejam sem febre e com melhora dos sintomas respiratórios há pelo menos 24 horas. No entanto, ainda podem ser detectadas partículas não infectantes de material genético viral por metodologia RT-PCR por longos períodos. Por isso, casos suspeitos devem ficar em isolamento respiratório, desde o 1º dia de sintomas, até serem descartados (ou, na impossibilidade de descarte do caso, até o cumprimento do período de isolamento). Nos pacientes imunossuprimidos ou com quadros graves ou críticos, admite-se que a transmissibilidade possa ocorrer por até 20 dias ou, após este período, enquanto persistirem a febre e os sintomas respiratórios.

4.3. **FORMAS DE TRANSMISSÃO**

A principal forma de transmissão do SARS-CoV-2 é por meio de gotículas respiratórias infectadas em contato direto com as mucosas da face (boca, nariz e olhos). O vírus também pode ser transmitido pela inalação de aerossóis respiratórios, como os gerados em procedimentos.

A infecção pelo contato indireto (fômites e superfícies) pode ocorrer em menor escala, e depende de: (1) taxa de infecção na comunidade, (2) quantidade de vírus eliminada na superfície (que pode ser reduzida pelo uso de máscaras); (3) deposição das partículas virais nas superfícies (que depende da ventilação e fluxo de ar do local), (4) fatores ambientais (p.ex. calor, evaporação), (5) o intervalo de tempo entre a contaminação e alguém tocar a superfície, (6) a eficiência de transferência das partículas virais da superfície das fômites para as mãos e das mãos para as mucosas da face, (7) a carga viral necessária para provocar a infecção.

Alguns relatos na literatura têm levantado a preocupação quanto à possibilidade de transmissão intrauterina, intraparto ou periparto, mas a transmissão vertical ainda é incerta.

A transmissão fecal-oral, bem como por outros líquidos corporais não-respiratórios (p.ex.: sangue, vômito, urina, leite materno) é plausível, mas também permanece incerta.

4.4. QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico observado em gestantes com COVID-19 é semelhante ao observado em adultos em geral, 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 tosse.

Importante notar que as respostas individuais à infecção viral são variadas e a presença de comorbidades na gestação ou puerpério (hipertensão ou diabetes gestacionais ou 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 de prednisona durante 2 semanas) pode aumentar o risco de desenvolvimento de formas graves da COVID-19.

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 adequadamente, por serem consideradas grupo de risco.

A Classificação da COVID-19 segundo o grau de gravidade está descrita nas [Diretrizes Sobre o Diagnóstico e Manejo Clínico-Farmacológico da COVID-19 em Adultos da SES-DF](#), também descrita pelo Ministério da Saúde conforme Quadro abaixo.

Quadro 1. Classificação Clínica

Quadro clínico leve	Quadro clínico moderado	Quadro clínico grave	Quadro clínico crítico
<ul style="list-style-type: none"> Síndrome gripal (tosse, dor de garganta, coriza - congestão nasal, rinorreia, espirros); Febre; Fadiga; Mialgia; Anorexia; Perda de paladar (ageusia); Perda de olfato (anosmia); Tontura; Sintomas gastrointestinais (diarréia, náusea, vômitos); Sat. O₂ ≥ 94% em ar ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas sistêmicos e respiratórios citados para os casos leves, porém mais intensos; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Pneumonia leve, clinicamente sugerida por: febre, tosse, dispneia, FR > 23 irpm, presença de estertores ou roncos; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Sat.O₂ ≥ 94% em a.a (≥ 95% em gestantes) 	<ul style="list-style-type: none"> Sat.O₂ < 94% em ar ambiente (< 95% em gestantes), associada ou não a sintomas respiratórios; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Frequência respiratória > 30 irpm em adultos; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinais de dificuldade respiratória grave (uso de musculatura acessória, incapacidade de completar frases inteiras ou cianose) 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome da Angústia Respiratória Aguda: Leve: 200 mmHg < PaO₂/FiO₂< 300 mmHg Moderada: 100 mmHg < PaO₂/FiO₂< 200 mmHg Grave: PaO₂ / FiO₂<100 mmHg; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Sepse; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Choque séptico: Hipotensão persistente a despeito de ressuscitação volêmica adequada, necessitando de vasopressores para manter PAM > 65 mmHg, com lactato arterial > 2 mmol/L; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipotensão e oligúria (em gestantes);

(≥ 95% em gestantes);			OU
• Outros sintomas menos comuns: rash/lesões cutâneas.			• Disfunção de múltiplos órgãos

É importante ressaltar que a febre pode não estar presente na admissão e que outros sintomas inespecíficos podem estar presentes: anosmia, ageusia, astenia, cefaleia, fadiga, mialgia e sintomas gastrointestinais (como dor abdominal e diarreia). Além disso, mulheres grávidas com COVID-19 são menos propensas a terem febre ou mialgia do que mulheres não grávidas da mesma idade.

A presente Nota Técnica de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada inclui 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 gripal.

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

Quadro 2. Escala de pontuação de advertência obstétrica precoce modificada (MEOWS)

Fonte (modificado de): Ministério da Saúde, 2020

PONTUAÇÃO		2	1	0	1	2
Temperatura	°C	≤35,5	35,1-36,0	36,1-37,9		≥38
PAS	mmHg	≤90	91-100	101-149	150-159	≥160
PAD	mmHg			≤89	90-99	≥100
Pulso	bpm	≤40	41-50	51-99	100-110	≥120
FR	irpm	≤10		11-20	21-29	≥30
Saturação de O ₂	%	≤95		96-100		
Estado de consciência	Resposta	Estímulo de dor ou inconsciente	Estímulo verbal	Alerta		

Uma alta pontuação no q-SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) e níveis de D-dímero > 1 µg/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-dímero.

A pontuação no qSOFA também deve ser ajustada para refletir a influência da gravidez na hemodinâmica e no fluxo renal, utilizando um nível de creatinina > 1,02 mg/dl ao invés de 1,20 mg/dl para caracterizar disfunção renal.

Quadro 3. Escore qSOFA modificado.

Parâmetros	Pontuação	
	0	1
Pressão Sistólica	90	<90
Frequência Respiratória	< 25 irpm	25 irpm

Nível de Consciência	Alerta	Não Alerta
----------------------	--------	------------

02 ou 03 SINAIS PRESENTES = RASTREAMENTO POSITIVO.

4.5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL (DEFINIÇÕES DE CASO SUSPEITO E CONFIRMADO)

De acordo com os dados disponíveis e a atualização da situação epidemiológica da COVID-19, pode-se definir como casos suspeitos as pacientes portadoras de síndrome gripal (SG) ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG), ou os outros sintomas relacionados no quadro 1.

O Quadro 3 abaixo mostra os critérios definidores de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19:

Quadro 4. Critérios definidores de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

Fonte (modificado de): SES/DF – [Diretrizes Sobre o Diagnóstico e Manejo Clínico-Farmacológico da COVID-19 em Adultos](#)

CASO SUSPEITO	<p>Síndrome Gripal (SG): Febre (inclusive relatada) + sintomas respiratórios agudos (tosse, dor de garganta, coriza - congestão nasal, rinorreia, espirros).</p> <p>Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sem outra etiologia identificada: Síndrome Gripal + dispneia OU pressão persistente no tórax OU SatO₂ < 94% em ar ambiente (a.a.) OU Cianose</p> <p>Considerações: 1. A febre pode não estar presente na admissão. 2. Outros sintomas não específicos podem estar presentes: anosmia, ageusia, astenia, cefaleia, fadiga, mialgia e sintomas gastrointestinais (como dor abdominal e diarreia).</p>	
	CASO CONFIRMADO	<p>Biologia Molecular: RT-PCR DETECTÁVEL OU Pesquisa de antígeno: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de antígeno OU Imunológico: teste rápido - Imunocromatografia, quimioluminescência, eletroquimioluminescência ou ELISA com resultado REAGENTE para anticorpos IgM e/ou IgG para o SARS-CoV-2 (em indivíduos não vacinados)</p> <p>Por critério laboratorial</p> <p>Por critério Clínico-Epidemiológico</p> <p>Caso suspeito de SG ou SRAG com: Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente ou por critério clínico-imagem para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar investigação específica.</p> <p>Por critério Clínico-Imagem</p> <p>Caso suspeito de SG ou SRAG, para o qual não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma das seguintes alterações em Tomografia Computadorizada (TC) do Tórax:</p> <ul style="list-style-type: none"> OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”) <p>OU</p>

		<ul style="list-style-type: none"> OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”) <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização
<p style="text-align: center;">CASO DESCARTADO</p>	<p>Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial não detectável para SARS-COV-2 pelo método de RT-PCR, considerando coleta com técnica adequada entre o 3º e 7º dia do início dos sintomas OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Observação: Na persistência de suspeita clínica de COVID-19 em pacientes com SRAG, poderá ser discutido com NCIH/Infectologia local a coleta de nova amostra para RT-PCR (preferencialmente de trato respiratório inferior) e/ou realização de teste sorológico (este último, apenas a partir do 8º dia do início dos sintomas). Manter precauções até elucidação do quadro. 	

4.5.1. Exames específicos:

A) RT-PCR: Detecta e amplifica o RNA viral.

- Indicação: Pacientes com quadro suspeito de COVID-19. Em cenário de escassez ou sobrecarga do LACEN, serão priorizados os pacientes que necessitarem de internação, além de pessoas pertencentes aos grupos de risco, transplantes e profissionais de saúde que apresentarem sintomas respiratórios ou febre sem etiologia definida.
- Período de coleta: Deve ser coletado durante o período sintomático, entre o 3º e o 7º dias do início dos sintomas. Não é recomendada a coleta fora deste período pois acarreta em menor acurácia do teste, além de maior sobrecarga dos laboratórios.
- Nos pacientes em ventilação mecânica invasiva, optar preferencialmente por amostra de trato respiratório inferior, em sistema de aspiração fechado, por equipe treinada.
- Local de coleta: Hospitais, UPAs e UBS.

B) EXAME SOROLÓGICO (teste rápido ou por técnica automatizada): detecta presença de anticorpos IgG, IgM ou totais.

- Indicação: paciente com quadro clínico e/ou radiológico sugestivo de COVID-19 após 8 dias do início dos sintomas, ou que persista com suspeita mesmo após RT-PCR não detectável, em pacientes ainda não vacinados contra COVID-19 e sem história de infecção prévia pelo SARS-CoV-2.
- Período de coleta: Preferencialmente a partir do 10º dia de início dos sintomas (melhor sensibilidade a partir do 14º dia).
- Sensibilidade estimada: 90%.
- Local de coleta: Hospitais, UPAs e UBSs.

Observação:

O teste de anticorpos **NÃO** é recomendado para:

- Diagnóstico de rotina de infecções agudas ou recentes por SARS-CoV-2: como os anticorpos podem levar 8 a 14 dias (ou mais) para serem detectados de forma confiável e nesse período os sintomas da maioria dos pacientes já apresentam-se em remissão, não é possível utilizar o exame para diagnóstico. O valor preditivo negativo destes testes é baixo, portanto resultados não reagentes não descartam diagnóstico de COVID-19.
- Determinar o estado imunológico de um indivíduo ou exposição prévia: a presença de anticorpos **NÃO** garante proteção contra a reinfeção.
- Avaliar resposta imunológica à vacinação contra a COVID-19.
- Verificar a exposição anterior como uma condição para emprego ou viagem, em escolas, antes de cirurgia ou outros procedimentos médicos: há a possibilidade de falsos positivos e falsos negativos. É documentada reação cruzada de sorologia para SARS-COV-2 com dengue, vacina para influenza e infecção por outros coronavírus.

C) **ANTICORPOS NEUTRALIZANTES:** São anticorpos capazes de impedir a ligação do vírus ao receptor da célula humana, porém até o momento ainda não foi definida a quantidade mínima de anticorpos neutralizantes capazes de conferir proteção contra a infecção pelo SARS-CoV-2. Logo, não devem ser usados para determinar proteção vacinal, sendo necessárias mais informações científicas quanto à quantidade mínima de anticorpos suficientes para indução da imunidade e sua duração. Considerando que a resposta imunológica contra o vírus também é mediada pela imunidade celular, a análise isolada de tais anticorpos é insuficiente para determinar a imunidade global.

D) **TESTE DE ANTÍGENO:** detecta estruturas protéicas do vírus (nucleocapsídeo, proteína *Spike*, envelope ou proteínas da membrana do SARS-CoV-2).

- Indicação: paciente com quadro suspeito de COVID-19 com até 7 dias do início dos sintomas. Não está recomendada a sua utilização em pessoas assintomáticas, devido à baixa sensibilidade desse teste neste grupo.
- Período de coleta: do 1º ao 7º dia de início dos sintomas (melhor sensibilidade entre o 1º e o 5º dia).
- Sensibilidade estimada: aproximadamente 90% em pacientes sintomáticos.
- Amostra: geralmente de secreções respiratórias (avaliar especificação conforme o Kit).
- Os critérios utilizados para realização do teste de antígeno no âmbito da SES DF estão estabelecidos na Nota Técnica Nº 3/2021 SES/SAIS/CAT-COVID19, processo SEI 00060-00148115/2021-01 (58700742).

4.5.2. Exames de imagem:

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

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

O exame radiológico simples também pode ajudar no diagnóstico do quadro pulmonar e muitas vezes é o exame disponível no local do atendimento. Tanto para a realização do RX de tórax como para tomografia em gestante, não se deve esquecer os princípios clássicos de radioproteção ao feto, notadamente a proteção do abdome materno com avental de chumbo.

4.6. PREVENÇÃO

4.6.1. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE PREVENÇÃO

- Medidas de higiene de mãos frequentes com água e sabão ou formulações de álcool a 70%;
- Limpeza rotineira de superfícies;
- Otimizar ventilação natural dos ambientes;
- Distanciamento social (recomendado pelo menos 2 metros);
- Máscara facial para circulação em qualquer ambiente fora do domicílio. A máscara cirúrgica oferece maior proteção do que as máscaras de tecido. Em locais de grande concentração de pessoas sugere-se o uso combinado de máscaras de tecido SOBRE a máscara cirúrgica conferindo maior vedação;
- Uso adequado de EPI pelos profissionais de saúde, conforme grau de exposição.

4.6.2. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS DE PREVENÇÃO

VACINAÇÃO: Gestantes e puérperas (em até 45 dias após o parto) estão em risco aumentado de formas graves de COVID-19 bem como complicações obstétricas, tais como parto prematuro, óbito fetal e abortamento. O Plano Nacional de Imunização (PNI), subsidiado pelas discussões na Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis e Câmara Técnica Assessora em ações integradas a Assistência à Gestante e Puérpera no contexto da COVID-19, decidiu recomendar a vacinação contra a COVID-19 para todas as gestantes e puérperas com ou sem comorbidades.

Entretanto, no momento, entre as vacinas disponíveis no Brasil, está contra-indicada a administração das imunizantes: Oxford/ AstraZeneca e Janssen/Johnson&Johnson para as gestantes e puérperas, por serem vacinas de vetor

viral. Trata-se de uma medida de precaução para evitar os casos raros de trombose com trombocitopenia (TTS) associados às vacinas contra COVID-19 que utilizam Adenovírus como vetor.

4.7. PRECAUÇÕES PARA O ATENDIMENTO ÀS PACIENTES COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

- **Precauções de Contato + Aerossóis:** Assistência direta ao paciente sintomático respiratório na área de coorte, onde há utilização de oxigenoterapia. Durante procedimentos de intubação e aspiração de vias aéreas, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual e coletas de amostras nasotraqueais, bem como outras atividades que possam gerar aerossol (como oroscopia). Os profissionais envolvidos na assistência direta na área de coorte devem estar paramentados durante todo o período de assistência aos pacientes
- **EPI recomendado:** máscara N95 ou equivalente (ex: PFF2), luvas, óculos de proteção (ou protetor facial), gorro e avental de mangas longas descartável.
- **Precauções de Contato + Gotículas:** Assistência direta ao paciente sintomático respiratório fora da área de coorte, onde não haja procedimentos geradores de aerossóis.
- **EPI recomendado:** máscara cirúrgica, luvas (se contato com o paciente) e avental de mangas longas descartável.

Para precauções durante a realização de outros procedimentos, consultar 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 25/02/2021.

4.8. RECOMENDAÇÕES SOBRE O ISOLAMENTO DOS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS

4.8.1. CASO SUSPEITO

- Manter em coorte de casos suspeitos, preferencialmente até a alta.
- Na necessidade de suspensão do isolamento antes da alta: suspender após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência da febre ou dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.
- Pacientes graves, críticos ou imunossuprimidos: A precaução deve ser estendida para no mínimo 20 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.

4.8.2. CASO CONFIRMADO

- Manter em coorte de casos confirmados, preferencialmente até a alta.
- Na necessidade de suspensão do isolamento antes da alta: suspender após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência da febre ou dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.
- Pacientes graves, críticos ou imunossuprimidos: o período mínimo de isolamento é de 20 dias após o início dos sintomas, desde que esteja afebril nas últimas 24h (sem uso de antitérmico) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória. Caso a sintomatologia dure mais de 20 dias, manter isolamento até que indivíduo esteja há 24h com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória e afebril sem o uso de antitérmico. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.

Observação:

- Pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19 podem ser agrupados na mesma enfermaria, mas não devem permanecer no mesmo ambiente com pacientes que ainda estejam em investigação da doença. Uma vez descartada COVID-19, os pacientes que compartilharam uma mesma enfermaria com um caso confirmado de COVID-19 devem ficar em coorte de contactantes por 14 dias (período de incubação da doença).
- Em cenários de aumento de número de casos de COVID-19 e escassez de leitos, na ausência de espaço físico separado na mesma UTI ou enfermaria que comporte apenas casos suspeitos, poderá ser considerado o isolamento por coorte de pacientes com SRA.

4.9. MANEJO CLÍNICO

O quadro abaixo resume os cuidados clínicos iniciais para os casos de COVID-19 em gestantes, conforme critérios de gravidade.

Quadro 5. Cuidados clínicos iniciais.

GRAVIDADE	CUIDADOS INICIAIS
CASOS LEVES	<ul style="list-style-type: none"> - Máscara cirúrgica; - Exame específico para COVID-19 conforme data de início dos sintomas; - Antitérmico/analgésico se necessário (Paracetamol); - Garantir o manejo adequado de comorbidades e cuidados obstétricos; - Evitar iniciar corticoides, exceto em caso concomitante de broncoespasmo (nesse caso, evitar nebulização e optar por broncodilatadores inalatórios com espaçadores); - Repouso e aporte nutricional adequado; - Isolamento domiciliar por 10 dias a partir do início dos sintomas, desde que afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h; - Reforçar medidas de higiene de mãos, cuidados com contactantes domiciliares e orientar sinais e sintomas de alarme (persistência de febre > 72h ou febre > 39°C, tosse persistente, dispnéia, taquicardia, alteração do nível de consciência); - Acompanhamento pela APS; - Todas as gestantes e puérperas com síndrome gripal iniciada há < 72h devem receber tratamento antiviral com oseltamivir (para Influenza).
CASOS MODERADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Internação em enfermaria (direcionar para o serviço de referência); - Hidratação parcimoniosa; - Antitérmicos e analgésicos conforme a necessidade (preferencialmente Paracetamol); - Evitar corticoides, exceto em caso concomitante de broncoespasmo (nesse caso, evitar nebulização e optar por broncodilatadores inalatórios com espaçadores); - Exames específicos: teste de antígeno, RT-PCR ou exame sorológico para COVID-19 de acordo com início dos sintomas; - Exames laboratoriais: hemograma, funções renal e hepática, transaminases, ferritina, PCR, DHL, glicemia, lactato arterial, gasometria arterial; - TC de tórax (preferencialmente) ou radiografia; - Monitorar oximetria e sinais vitais; - Avaliar início de antimicrobiano se indícios de pneumonia bacteriana; - Iniciar profilaxia para tromboembolismo venoso - Todas as gestantes e puérperas com síndrome gripal iniciada há < 72h devem receber tratamento antiviral com oseltamivir (para Influenza).
CASOS GRAVES	<ul style="list-style-type: none"> - Máscara cirúrgica sobre cateter nasal; - Oxigenioterapia sob CN até 5L/min para manter Sat.O₂ ≥ 94% (se necessidade de mais de 5 l/min de O₂ SCN para manter SpO₂ ≥ 94% e/ou FR > 28 irpm ou retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50 mmHg e/ou pH < 7,35) -

	<ul style="list-style-type: none"> > conduzir como CASO CRÍTICO; se resposta satisfatória, manter observação em enfermaria de hospital de referência; - Antitérmico e analgésico, se necessário (preferencialmente Paracetamol); - Hidratação parcimoniosa; - Exames específicos: teste de antígeno, RT-PCR ou exame sorológico para SARS-CoV-2 conforme início dos sintomas; - Exames laboratoriais: hemograma, função renal, transaminases, bilirrubinas, ferritina, PCR, DHL, glicemia, lactato arterial, gasometria arterial, dímero-D; - TC de tórax; - Monitorar oximetria e sinais vitais; - Avaliar início de antimicrobiano se indícios de pneumonia bacteriana; - Profilaxia para tromboembolismo venoso; - Iniciar corticoide (Dexametasona 6 mg IV 1 vez ao dia); - Todas as gestantes e puérperas com síndrome gripal iniciada há < 72h devem receber tratamento antiviral com oseltamivir (para Influenza).
CASOS CRÍTICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Internação inicial em sala de emergência de coorte para COVID-19; - Obter acesso venoso; - Oxigenioterapia sob máscara facial, tipo Venturi, 35 a 50% (7 a 15L/min); caso não se obtenha Sat.O2 ≥ 94%, utilizar máscara facial não reinalante; - Monitorização contínua de sinais vitais e oximetria; - Solicitar vaga em UTI, sinalizando suspeita de COVID-19; - Exames laboratoriais: teste de antígeno, RT-PCR ou exame sorológico para SARS-CoV-2 (conforme tempo de sintomas), hemograma, função renal, bilirrubinas totais e frações, transaminases, ferritina, VHS, PCR, DHL, glicemia, gasometria arterial, lactato arterial, troponina, dímero-D, procalcitonina, painel para vírus respiratórios; - TC de tórax preferencialmente à radiografia, quando houver estabilidade clínica; - Hemoculturas e cultura de secreção traqueal (solicitar RT-PCR para SARS-CoV-2 em aspirado traqueal também, caso não tenha sido coletado); - Avaliar início de tratamento antimicrobiano; - Iniciar profilaxia para tromboembolismo venoso; - Iniciar corticóide (Dexametasona 6 mg IV 1 vez ao dia); - Todas as gestantes e puérperas com síndrome gripal iniciada há < 72h devem receber tratamento antiviral com oseltamivir (para Influenza).

Cuidados clínicos iniciais à paciente com COVID-19 conforme critérios de gravidade

Fonte (modificado de): [DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO-FARMACOLÓGICO DA COVID-19 EM ADULTOS](#)

4.9.1. Profilaxia do tromboembolismo

Apesar do uso da profilaxia com heparina na gestação e puerpério não ser uma unanimidade, são várias as recomendações quanto ao seu uso nessas condições, inclusive pelo próprio Ministério da Saúde.

Na gestação e no puerpério, todas as pacientes com infecção aguda pelo SARS-CoV-2 que necessitarem de internação por indicação clínica ou obstétrica sem estar relacionada ao parto, devem receber heparina de baixo peso molecular em dose profilática durante sua internação e por 14 dias após a alta.

Pacientes com infecção aguda pelo SARS-CoV-2 assintomática ou com sintomas leves internadas concomitantemente ao período de parto ou puerpério (até 6 semanas pós-parto) devem receber heparina de baixo peso molecular em dose profilática durante sua internação e por 14 dias após a alta, podendo estender seu uso por até 6 semanas pós-parto nas pacientes que apresentarem algum outro fator de risco para tromboembolismo.

Pacientes gestantes e puérperas com COVID-19 em manejo ambulatorial devem receber profilaxia para TVP por 14 dias somente se alto risco para TVP e baixo risco de sangramento (conforme escore abaixo).

Fatores de alto risco para TVP em gestantes ou puérperas:

- Episódio prévio de TVP;
- Uso profilático de heparina na gestação;
- Trombofilia;
- 3 dos seguintes:
 - IMC ≥ 40 kg/m²;
 - Re-internação por mais de 3 dias em puérperas;
 - Qualquer procedimento cirúrgico (exceto reparo imediato do períneo);
 - Cesariana;
 - Comorbidades: câncer, insuficiência cardíaca, LES ativo, doença inflamatória intestinal, poliartropatia inflamatória, síndrome nefrótica, DM com nefropatia, anemia falciforme.

Fonte: Adaptado do Royal College of Obstetricians e Gynaecologists

Paciente obstétrica com alto risco de sangramento:

- Sangramento maior prévio tres meses antes
- Insuficiência hepática (RNI $\geq 1,5$)
- Plaquetopenia grave (< 50.000 plaquetas)
- Insuficiência renal grave (DC ≤ 30 ml/min)
- Condição clínico-obstétrica com risco iminente de sangramento volumoso
- Punção lombar, anestesia peri/epi/raqui: não usar antes de 12h do procedimento e menos de 4h após.

Protocolo de profilaxia de tromboembolismo venoso - Protocolo assistencial da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, abril de 2018

4.9.2. Oxigenioterapia

As diretrizes básicas de uso de O₂ suplementar em gestantes seguem as mesmas recomendações das pacientes não gestantes, exceto pela necessidade de manutenção de níveis mais elevados de SatO₂ ($\geq 95\%$) objetivando prevenir hipoperfusão placentária e sofrimento fetal.

4.9.3. Ventilação Mecânica Não Invasiva

Os parâmetros e indicações para uso de VNI não diferem dos pacientes não gestantes. Deve-se atentar para o aumento de pressão intra abdominal identificado nas fases finais da gestação, o que acarreta redução do VRP e menor expansibilidade pulmonar, podendo aumentar a possibilidade de falha de VNI e necessidade de IOT e VM.

4.9.4. IOT

A taxa de intubação mal sucedida em pacientes grávidas é de 8 a 10 vezes maior do que em pacientes não grávidas. Aproximadamente 50% das mortes associadas às intubações mal sucedidas estão relacionadas a complicações das vias aéreas, como aspiração, intubação difícil, ventilação insuficiente e insuficiência respiratória.

O ganho de peso generalizado induzido pela gravidez, aumento no tamanho dos seios e abdome, retenção de líquidos (particularmente edema de mucosa, levando ao edema das vias aéreas superiores) e ingurgitamento capilar, resultam em uma mucosa mais friável, elevação do diafragma e alteração do alinhamento anatômico normal da via aérea superior.

O tônus reduzido ou distorção anatômica do esfíncter gastroesofágico e diminuição da motilidade gastrintestinal aumentam o risco de aspiração do conteúdo gástrico para todas as pacientes grávidas. A posição supina (decúbito dorsal) tende a exacerbar o risco de regurgitação e aspiração.

As alterações fisiológicas da gravidez resultam em uma diminuição da reserva fisiológica de oferta de O₂, aumentando a possibilidade de hipoxemia durante uma intubação.

Preparo para IOT:

- Recomenda-se pré oxigenação com O₂ com fluxos necessários para manter SatO₂ ≥ 95%.
- Posicionamento adequado da paciente (elevação de cabeceira a de 20 a 30°).
- Esvaziamento gástrico prévio à realização de procedimentos (caso possível).
- Evitar a ventilação com bolsa-válvula-máscara (BVM) durante a IOT (o uso de ventilação manual por meio de BVM pode levar à distensão gástrica e aumentar ainda mais o risco de aspiração).
- Seleção de medicamentos para a IOT - as diretrizes para o uso de sedoanalgesia nas pacientes grávidas são semelhantes às dos demais pacientes. Caso a interrupção da gestação tenha que ser realizada em vigência de uso de sedoanalgesia, recomenda-se a preparação da equipe para assistência ao feto com provável insuficiência respiratória.
- Preparação da equipe com profissionais experientes e dispositivos específicos para IOT.
- Reduzir a compressão de vasos abdominais mediante deslocamento lateral esquerdo do útero.
- As diretrizes clínicas referentes à IOT em gestantes são semelhantes às descritas para pacientes não gestantes e estão dispostas nas [Diretrizes Clínicas sobre o Diagnóstico e Manejo Clínico-Farmacológico da COVID-19 em Adultos da SES-DF](#).

4.9.5. **Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)**

- Os alvos da VMI são semelhantes aos demais pacientes
- Pressão Inspiratória ≤ 35 cm H₂O
- Pressão de platô ≤ 27 cm to 30 cm H₂O
- *Driving pressure* ≤ 12 cm H₂O
- PaO₂: : 70 mm Hg a 100 mm Hg
- PaCO₂: 28 mm Hg a 32 mm Hg*
- SaO₂: ≥ 95% em pacientes obstétricas

* Considerando a fisiopatologia do comprometimento pulmonar da COVID-19, os alvos preconizados de PaCO₂ para gestantes raramente são obtidos, sendo recomendado ter como objetivo terapêutico a manutenção de valores pH entre 7,25 a 7,45 visando evitar acidose fetal.

Recomenda-se atentar para a diminuição de complacência pulmonar identificada na fase final da gestação, o que pode requerer o uso de parâmetros de ventilação mecânica mais elevados.

Os objetivos da sedoanalgesia e possível bloqueio neuromuscular são semelhantes aos demais pacientes. A analgesia, anestesia, amnésia e relaxamento muscular com mínima alteração cardiorrespiratória se mantêm como principais metas nas pacientes gestantes. Nenhum medicamento isolado tem todas as características desejáveis e deve-se considerar que mais de um medicamento é necessário para prover um tratamento adequado.

4.9.6. **Prona**

As indicações para a implementação de VMI em posição prona em pacientes gestantes são semelhantes aos demais pacientes

Em pacientes gestantes, devido ao aumento do volume uterino, pode ocorrer compressão de vasos abdominais quando em posição prona. A compressão da veia cava inferior pode acarretar redução de retorno venoso com consequente redução de débito cardíaco e piora da oferta de oxigênio materno e fetal.

Recomenda-se a utilização de coxins em tronco e pelve com o objetivo de reduzir a compressão do ventre gravídico junto à superfície do leito, reduzindo a possibilidade e a intensidade da compressão dos vasos abdominais.

Considerando o frequente desenvolvimento de edema sistêmico na fase final da gestação, devem ser implementados cuidados com os pontos de contato da paciente com superfícies, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de lesões por pressão.

4.10. **PARTICULARIDADES DA COVID-19 NAS GESTANTES**

As gestantes infectadas por SARS-CoV-2 têm maior chance de hospitalização, admissão em unidade de terapia intensiva e necessidade de ventilação mecânica.

Observa-se no grupo de gestantes que desenvolvem a infecção COVID-19 elevadas taxas de parto pré-termo e cesariana. As taxas de prematuridade e de cesariana variam entre 30% a 80%.

A febre e a hipoxemia podem aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e comprometimento do bem-estar fetal. Supõe-se que a infecção pelo SARS-CoV-2 aumente a taxa de prematuridade iatrogênica, principalmente por indicação materna, nos casos de doença grave ou crítica.

Vale ressaltar que é maior a probabilidade de anestesia geral com intubação orotraqueal, seja pelo comprometimento respiratório materno, seja pela indicação de parto de emergência. A literatura também sugere maior risco de eventos tromboembólicos nas gestantes e puérperas.

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

Efeitos da COVID-19 para o feto

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

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 iatrogenia.

A ocorrência de restrição de crescimento fetal é reportada entre 7% e 10%. Há relatos de óbito fetal nas séries descritas na literatura, porém sem comprovação precisa de associação do óbito com a infecção. A maioria dos recém-nascidos (RN) de mães infectadas é assintomática.

Não há evidências que sugiram que o uso de corticoides para a maturação pulmonar fetal ofereça qualquer dano no contexto da COVID-19.

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

Peculiaridades no manejo da SRAG no ciclo gravídico-puerperal

Como as gestantes e puérperas são consideradas grupo de risco para complicações da COVID-19, a vigilância deve ser rigorosa para todos os casos, com participação efetiva da Atenção Primária à Saúde, tanto nos casos leves com monitoramento domiciliar, quanto após a alta hospitalar de casos que demandaram internação.

Peculiaridades da gestante que devem ser consideradas no suporte ventilatório a pacientes com quadros críticos

Durante a gravidez observa-se ingurgitamento capilar venoso nas vias aéreas superiores, frequentemente causando modificações na voz e dificultando a respiração, principalmente próximo ao termo, o que se intensifica nas cardiopatas ou com síndrome hipertensiva gestacional.

As manobras de laringoscopia, intubação traqueal e até mesmo a simples colocação de cateter e cânulas devem ser feitas de maneira que diminuam traumatismos e sangramentos.

Não se observam modificações dos volumes pulmonares até o 5º mês de gestação, após o qual se nota uma diminuição gradativa do Volume de Reserva Expiratório (VRE), do Volume Residual (VR) e da Capacidade Residual Funcional (CRF).

Ao termo, o VRE diminui entre 100-150ml, assim como o VR também está diminuído em aproximadamente 200 ml. Consequentemente, a CRF da grávida está 20% mais baixa que a da não grávida, sendo que estas alterações se acentuam quando em decúbitos e em casos de obesidade.

A gravidez está associada a um acentuado aumento do Volume-Minuto respiratório (VMR), que atinge ao termo valores percentuais de acréscimo de até 50%. Isto se deve a um aumento de 40% do volume corrente e 15% da frequência respiratória.

A partir do 2º mês de gestação observa-se uma elevação do débito cardíaco que atinge um máximo de 30 - 40% entre a 28ª e a 36ª semana, quando se estabiliza até o parto.

A partir do segundo trimestre, à medida que o volume uterino aumenta, a simples adoção da posição supina induz à hipotensão em aproximadamente 15% das gestantes, a qual Howard denominou de Síndrome de Hipotensão Supina. Os sintomas maternos da síndrome de hipotensão postural são atribuídos à diminuição do retorno venoso. A

obstrução da veia cava pode acarretar um aumento da pressão venosa dos vasos uterinos, prejudicando a perfusão útero-placentária.

O acometimento pulmonar causado pela COVID-19 torna as alterações fisiológicas ineficientes para ofertar o suporte ventilatório e hemodinâmico necessários para a manutenção do binômio mãe-feto, o que pode estar relacionado à elevada morbimortalidade materna nos casos graves e críticos de COVID-19.

Avaliação obstétrica da paciente com COVID-19

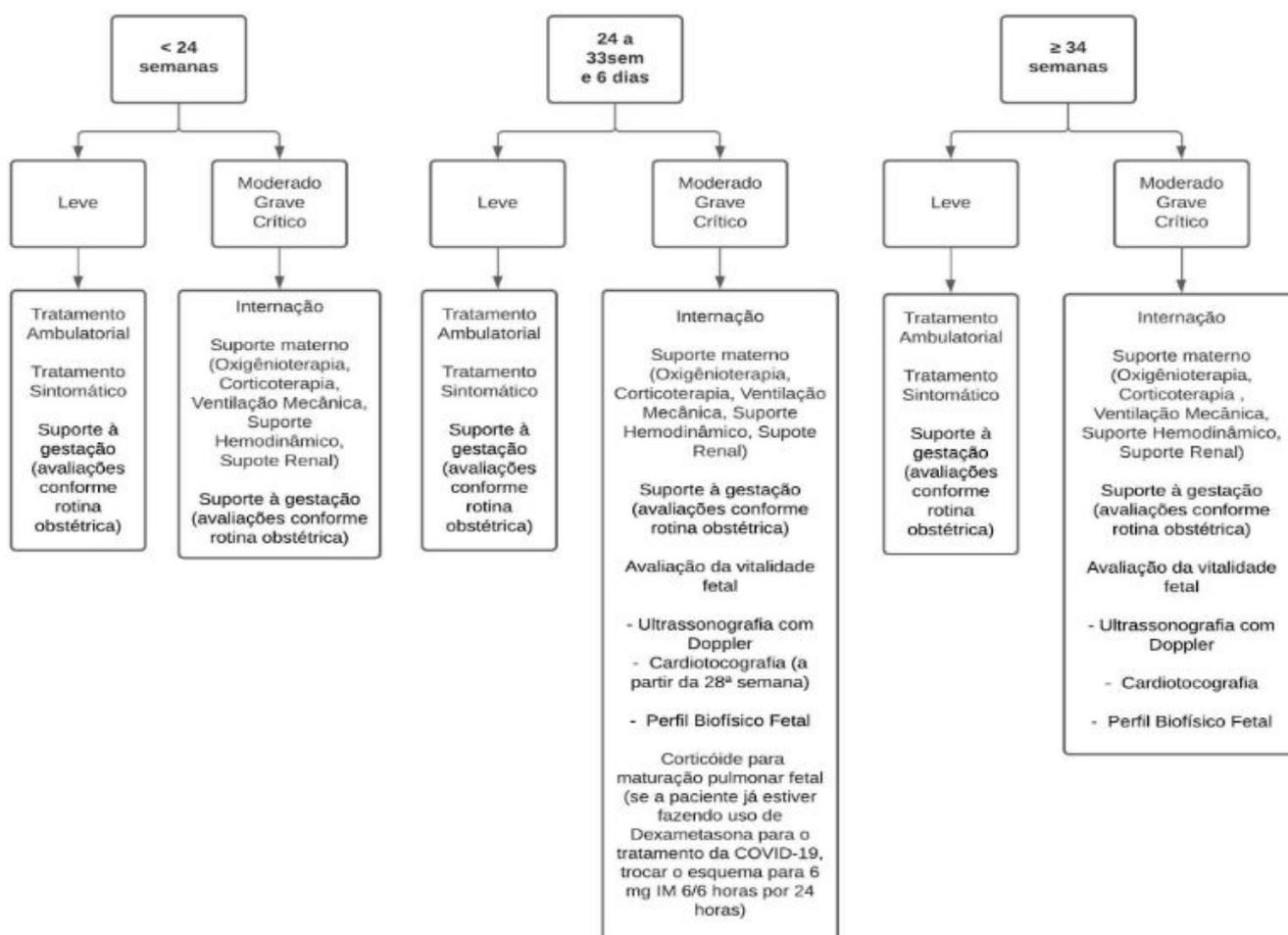
A avaliação obstétrica da paciente com COVID-19 deve se basear nas condições clínicas da paciente, na idade gestacional, nas condições fetais e no impacto da gravidez sobre o quadro clínico.

Para os casos leves de gestantes com síndrome gripal, recomenda-se que a conduta seja direcionada para os cuidados clínicos maternos e de suporte à gestação. Em pacientes acima de 28 semanas, recomenda-se realizar exame de cardiocografia e ultrassonografia obstétrica para avaliação fetal.

Para os casos de SRAG, a frequência da realização de exames de vitalidade fetal deve ser individualizada, sempre considerando-se o impacto da gestação no quadro materno.

O fluxograma abaixo mostra um roteiro de avaliação obstétrica nos casos de COVID-19:

Fluxograma 1. Roteiro de avaliação obstétrica.



O momento da interrupção da gestação é sempre uma decisão difícil, pois em diversos momentos, a priorização de uma das vidas pode implicar no agravamento da outra. Tal decisão deve ser baseada nos fluxos próprios institucionais, considerando as etapas descritas na figura 1.

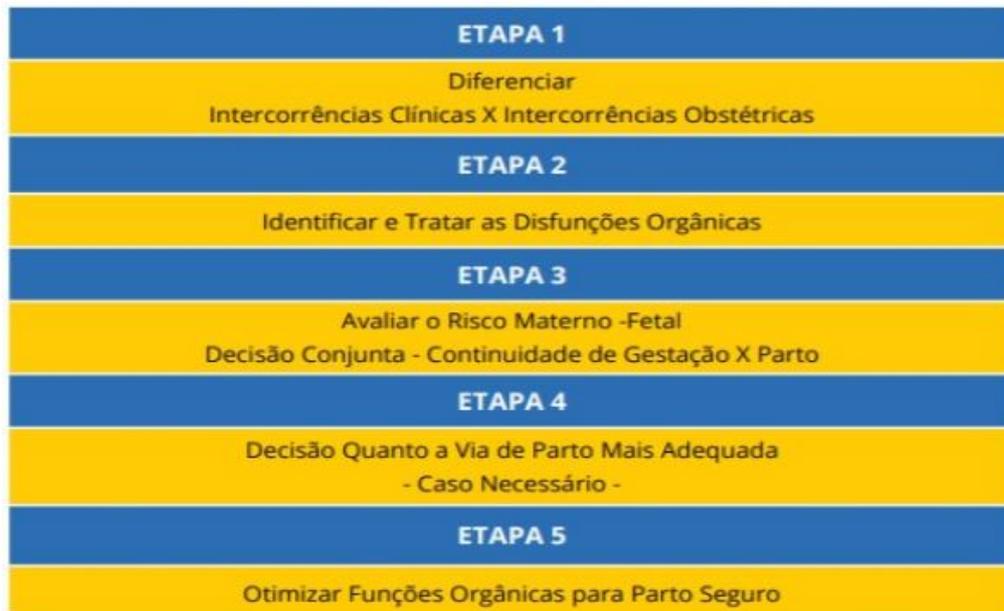


Figura 1. Etapas para tomada de decisão quanto à resolução de gravidez em gestante com Covid-19 grave (Fluxo próprio institucional)
Fonte: Ministério da Saúde, 2020

O quadro 6 mostra as alterações da vitalidade fetal que podem levar à indicação de antecipação do parto:

Quadro 6: Alterações da vitalidade fetal que indicam a realização do parto em pacientes com COVID-19

PARÂMETRO	ALTERAÇÕES
Cardiotocografia	<ul style="list-style-type: none"> - Bradicardia fetal persistente - Taquicardia fetal persistente - Presença de desacelerações tardias (conhecidas como DIP II) - Desacelerações variáveis de repetição associadas ou não à diminuição da variabilidade
Volume de líquido amniótico	<p>Oligoâmnio caracterizado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Líquido Amniótico (ILA) $\leq 5,0$, e/ou: - Maior bolsão $< 2 \times 2$ cm
Perfil biofísico fetal (PBF)	PBF ≤ 6
Dopplervelocimetria	<ul style="list-style-type: none"> - Diástole zero e idade gestacional > 34 semanas - Diástole reversa - Índice de Pulsatilidade do Ducto Venoso $\geq 1,0$

A COVID-19 não é indicação para alterar a via de parto. O parto cesáreo será realizado por indicações obstétricas padrão, que podem incluir descompensação aguda da mãe ou indicações fetais.

A cesariana pode acarretar piora na condição materna, portanto, deve-se ter como objetivo a otimização clínica da paciente previamente à realização do procedimento.

A indicação de interrupção da gestação deve ser baseada prioritariamente nas condições fetais, uma vez que o sofrimento fetal decorrente das condições clínicas maternas é frequente.

A interrupção de gestação com objetivo de melhoria do quadro clínico materno não é indicada, uma vez que não há evidências de diminuição de mortalidade ou morbidade materna com a interrupção da gestação.

Em condições em que, a despeito de tratamento otimizado, identifica-se deterioração clínica com perspectiva de óbito iminente, deve-se considerar a realização de cesariana *perimortem* (CPM) em fetos com viabilidade clínica (acima de 24 semanas).

Segundo a AHA, a indicação de CPM ocorre quando houver ausência de pulso materno após quatro minutos do início da reanimação cardio-pulmonar (RCP), e o feto deve ser extraído idealmente com cinco minutos pós parada cardíaca e ter idade gestacional maior que 24 semanas.

Após tomada a decisão de se fazer CPM, deve ser executada imediatamente, sem necessidade de transferência da paciente para o bloco cirúrgico, nem de ausculta de batimentos cardíacos fetais. É importante que as manobras de RCP sejam continuadas durante todo o tempo da CPM.

Quanto à incisão utilizada, recomenda-se a vertical por ser mais rápida. Entretanto, o mais importante é utilizar a incisão que permita o procedimento em menor tempo cirúrgico. Por fim, a abordagem de uma gestante com parada cardíaca deve ser multidisciplinar e rápida.

O procedimento deve ser realizado por profissional com experiência em realização de procedimentos cirúrgicos, preferencialmente por obstetra ou cirurgião. Se possível, com acesso à pediatra para assistência ao RN.

A equipe de cuidado responsável pela assistência materna deve prover suporte aos procedimentos de ressuscitação cardiorrespiratória-cerebral.

É indicado o uso de incisão mediana com extensão abrangendo fundo uterino e sínfise púbica, atentando para manobras cirúrgicas que evitem lesões intra abdominais.

A histerotomia e extração do feto devem ser realizados da forma mais breve e segura possível, objetivando minimizar os danos ao feto. Após sua extração, o feto deve receber assistência por profissional habilitado em manobras de ressuscitação neonatal.

A decisão quanto à execução de fechamento das incisões cirúrgicas dependerá da perspectiva da equipe assistente quanto à possibilidade de recuperação materna. Caso haja perspectiva de recuperação, o fechamento deve ser realizado em centro cirúrgico com estrita observância de regras de assepsia. Caso não haja perspectiva de recuperação, deve-se proceder ao fechamento de incisões com vistas a manutenção mínima da estética materna.

Dados sobre mortalidade materna em cesarianas *perimortem* em contexto de infecção da pandemia de COVID-19 são inexistentes. Os dados disponíveis referem-se a contexto relacionados a trauma materno e condições patológicas inerentes ao ciclo gravídico puerperal, não sendo possível a transposição desses dados para a COVID-19.

Os fatores relacionados ao desfecho fetal são a idade gestacional, tempo entre o momento de identificação de parada cardíaca e a extração do feto, qualidade das manobras de ressuscitação cardiorrespiratória cerebral e acesso a cuidados intensivos neonatais

Admissão para o parto ou internação clínico-obstétrica no contexto da COVID-19

Toda gestante e seu acompanhante devem ser avaliados quanto à presença de síndrome gripal, SRAG ou outros sinais e sintomas sugestivos de COVID-19 conforme definição de caso suspeito. Os casos suspeitos e confirmados devem ser encaminhados ao hospital de referência. Estas pacientes devem ser mantidas em ambiente segregado até sua transferência.

Devem ser permitidos apenas os acompanhantes garantidos por lei, desde que sem quadro suspeito ou confirmado de COVID-19, nas seguintes situações:

- Quando estiver acompanhando gestante sem suspeita de COVID-19 ou caso descartado de COVID-19;
- Quando estiver acompanhando gestante com suspeita ou confirmação de COVID-19, sendo este preferencialmente pessoa de convívio diário da paciente.

A gestante e seu acompanhante devem ser orientados quanto ao risco de contaminação no ambiente intra-hospitalar. Dessa forma, os acompanhantes não devem circular nas demais áreas do hospital e o uso de máscara é obrigatório. Adicionalmente, devem receber orientações quanto a higiene de mãos, etiqueta respiratória e distanciamento social. O revezamento de acompanhantes deve ser evitado. Ainda que garantida pela Lei Distrital nº 8363/2017, a presença de doulas não é recomendada devido ao contexto de riscos relacionados às aglomerações de pessoas.

O surgimento de sintomas pelo acompanhante em qualquer momento da internação implicará no seu imediato afastamento com encaminhamento para Unidade de Saúde de acordo com a condição clínica.

Admissão de mulheres não gestantes, em processo de abortamento ou gestação ectópica

Todas as pacientes não gestantes admitidas por causa ginecológica (bartolinite, doença inflamatória pélvica, sangramento uterino anormal, entre outros) ou gestantes em situação de abortamento ou gestação ectópica também devem ser triadas quanto à suspeição de COVID-19. Casos suspeitos ou confirmados deverão ser encaminhados ao hospital de referência para COVID-19. Atentar para necessidade de estabilização da paciente previamente à transferência.

Assistência durante o trabalho de parto e parto

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 doenças.

Toda a equipe de saúde envolvida na assistência à parturiente e ao recém-nascido 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, preferencialmente composta por profissionais experientes e vacinados que não estejam dentro do grupo de risco para desenvolvimento de quadros graves da COVID-19.

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 4 horas.

O feto deve ser monitorizado preferencialmente por cardiocotografia (CTG) contínua durante o trabalho de parto, dada a elevada frequência de sofrimento fetal em pacientes com COVID-19.

Na impossibilidade de realização da CTG contínua, sugere-se que este exame seja realizado de forma intermitente em intervalos determinados conforme disponibilidade e condições do serviço. Na indisponibilidade da CTG, utilizar a ausculta de batimentos cardíacos em intervalos definidos conforme diretrizes locais e condições do serviço. Sugere-se a sua realização a cada 30 minutos, em momentos distintos do trabalho de parto (antes, durante e após a contração uterina durante o 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. SatO₂ < 95% deve ser considerada sinal de alerta de deterioração do quadro pulmonar, indicando necessidade de reavaliação clínica imediata e terapêutica adequada.

Analgesia e anestesia periparto pode ser ofertada conforme diretrizes e disponibilidade do serviço.

Não é recomendado parto na água em virtude da impossibilidade de proteção adequada do neonato e da equipe de contaminação pelo SARS-CoV-2.

A indicação de tocólise e de indução de trabalho de parto é obstétrica, não sendo modificada no contexto da COVID 19.

O clameamento do cordão deve ser oportuno, para casos de bebês vigorosos, conforme as diretrizes já estabelecidas e o contato pele a pele poderá ser realizado de acordo com a rotina do serviço, mantendo-se secagem e usando-se saco plástico e touca no caso de prematuros; realiza-se aspiração de vias aéreas superiores (VAS) apenas quando necessário.

Recomendações para o atendimento ao binômio mãe-bebê no alojamento conjunto em caso de mãe com caso suspeito ou confirmado de COVID-19

Mãe com quadro SUSPEITO:

- Manter em coorte de casos suspeitos, preferencialmente até a alta.
- Na necessidade de suspensão do isolamento antes da alta: suspender após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência da febre ou dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.
- Pacientes graves, críticos ou imunossuprimidos: A precaução deve ser estendida para no mínimo 20 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.

Mãe com quadro CONFIRMADO:

- Manter em coorte de casos confirmados, preferencialmente até a alta.
- Na necessidade de suspensão do isolamento antes da alta: suspender após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na

persistência da febre ou dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.

- Pacientes graves, críticos ou imunossuprimidos: o período mínimo de isolamento é de 20 dias após o início dos sintomas, desde que esteja afebril nas últimas 24h (sem uso de antitérmico) e com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória (vide quadro abaixo). Caso a sintomatologia dure mais de 20 dias, manter isolamento até que indivíduo esteja há 24h com melhora dos sintomas e funcionalidade respiratória (vide quadro abaixo) e afebril sem o uso de antitérmico. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.

Ressalta-se que as ações preventivas e terapêuticas referentes à implementação ou retirada do isolamento da mãe e do RN devem ser realizadas em conjunto com o NCIH local.

Orientações sobre o aleitamento materno

A amamentação deve ser encorajada em caso de COVID-19, estando condicionada à vontade materna e condições clínicas adequadas.

Recomenda-se:

- 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); Caso não haja disponibilidade de água e sabão, utilizar solução com pelo menos 70% de álcool;
- Usar máscara facial (cobrindo completamente nariz e boca) durante as mamadas e extração de leite evitando falar ou tossir;
- Seguir rigorosamente as recomendações para limpeza das bombas de extração de leite após cada uso;
- Deve-se considerar a possibilidade de solicitar ajuda de alguém que esteja saudável para oferecer o leite materno em copinho, xícara ou colher ao bebê, quando necessário.

Orientações sobre o puerpério

Durante o período puerperal intra-hospitalar e domiciliar, as pacientes devem ser reavaliadas caso apresentem sinais de alarme (como $\text{SatO}_2 < 95\%$, persistência de febre por > 3 dias consecutivos ou febre $> 39^\circ\text{C}$, tosse persistente, dispnéia, taquicardia e/ou alteração do nível de consciência). É muito importante nesse período o monitoramento das puérperas, seguindo 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.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário da pandemia, é importante planejar ações efetivas para reduzir as mortes maternas pela COVID-19, além de dar seguimento às estratégias já recomendadas para prevenir a morte materna não relacionada à doença.

Ressaltamos que as orientações desta nota técnica são baseadas nas últimas publicações científicas e recomendações de órgãos regulamentadores. As orientações e informações podem ser atualizadas a qualquer momento, à medida que novos conhecimentos científicos sejam publicados.

AUTORES:

Marta de Betânia Rabelo Teixeira

João Rocha Vilela

Alexsandra Ramalho da Costa Arume

Claudimary Bezerra de Lima Oliveira

Clayton Marcelo Prado de Campos

Cynthia Roberta Torres de Barros

Fabyanne Mazutti da Silva Borges

Georgiana Pontes Paulo

Gisele Juliana Silva
Isadora Matos Leite
Luciana Segurado Côrtes
Luísa de Marilak Bernardes Ferreira
Marcella Beatriz Guimarães Verolla Molina
Márcia Nóbrega de Queiroz
Miltair Baêta de Mello
Priscila Almeida Lyrio
Simone Moura Lopes Viana

REVISORES:

Livia Vanessa Ribeiro Gomes
Julia Moreira De Souza Dantas
Clarisse Lisboa De Aquino Rocha
Marcelo Jorge Carneiro De Freitas
Camila Monteiro
Marcos Vinicius Soares Pedrosa
Sílvia Braga De Melo
Luciana De Freitas Velloso

6. 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/protocolomanejo-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-frominfected-mother-2020-2>. Acesso em 15/03/2020;
3. Sociedade Brasileira de Infectologia. Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) sobre o novo coronavirus (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. Servei 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-BoletimEspecial-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. CoronavirusDisease 2019 (COVID-19) PandemicandPregnancy. 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 RecémNascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada. Disponível em: file:///C:/Users/16578503/Downloads/22422b-NAlertaAssist_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 SARSCoV- 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 ObstetGynecolReprodBiol*2010;148:27–30.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid19) na Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/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/Abril/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-asgestantes/>. 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/wpconteudo/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/generatedpdf/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.mpgg.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://rbhl.fiocruz.br/sites/rbhl.fiocruz.br/files/usuario/80/rbhl_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:///srvfs/DIENF/2020/CORONAVÍRUS/COVID%20Obstetrícia/IMIP_PROTOCOLO%20DE%20ATENDIMENTO%20OBSTETRÍCI_COVID19_29março2020_18h.pdf;
24. Sociedade Espanhola de Ginecologia/Obstetrícia- SEGO. Posicionamento SEGO sobre profilaxis de la enfermedad tromboembólica en elpuerperio 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>
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-aorecem-nascido-em-tempos-da-pandemia-de-covid-19-recomendacoes-para-asala-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/Abril/14/Protocolo-deManejo-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/coronavirusdisease-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.
33. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Manual de Recomendações para Assistência à Gestante e Puérpera frente à pandemia de Covid-19. Nota Informativa no 13/2020. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_de_recomendacoes_para_a_assistencia_da_gestante_e_puerpera_frente_a_Pandemia_de_Covid-19_v.1.pdf
34. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. Published online July 10, 2020. doi:10.1001/jama.2020.12839
35. Fiocruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Coronavírus e Gestação. 2020. Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial – Doença pelo Coronavírus (COVID-19) – 44. 2021.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial – Doença pelo Coronavírus (COVID-19) – 52. 2021.
38. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO–FARMACOLÓGICO DA COVID-19 EM ADULTOS. SES, fevereiro de 2021.
39. Royal College of Obstetricians e Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy. Information for healthcare professionals. Version 13: Published Friday 19 February 2021
40. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Nota técnica número 1/2021 – DAPES/SAPS/MS. 2021.
41. FEBRASGO, Protocolo de atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a pandemia da Covid-19, 27 de abril de 2020, disponível em <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>.

Acesso em 24/06/2021

42. BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Fernandes Figueira. Leal, M.C. Principais questões sobre Covid-19 e Boas Práticas no Parto e Nascimento, disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-covid-19-e-boas-praticas-no-parto-e-nascimento/> Acesso em 24/06/2021.
43. Karimi L, Makvandi S, Vahedian-Azimi A, Sathyapalan T, Sahebkar A. Effect of COVID-19 on Mortality of Pregnant and Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pregnancy. 2021 Mar 5;2021:8870129. doi: 10.1155/2021/8870129. PMID: 33728066; PMCID: PMC7938334.
44. Royal College of Obstetricians e Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy. Information for healthcare professionals. Version 13: Published Friday 19 February 2021
45. Manual de Recomendações para a Assistência À Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. Nota Informativa no 13/2020 - SE/GAB/SE/MS;
46. A critical review of the pathophysiology of thrombotic complications and clinical practice recommendations for thromboprophylaxis in pregnant patients with COVID-19. Rohan D'Souza et al; Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;00:1–11. DOI: 10.1111/aogs.13962
47. Antithrombotic Therapy in Patients with COVID-19; COVID-19 Treatment Guidelines NIH; from <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/> on 7/2/2021
48. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, Choolani M, Mattar C, Su LL. Coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic and pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2020. 222(6): 521-531.DOI:https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021



Documento assinado eletronicamente por **JULIA MOREIRA DE SOUZA DANTAS - Matr.1664102-7, Membro da Câmara Técnica**, em 01/10/2021, às 19:34, conforme art. 6º do Decreto nº

36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CLAYTON MARCELO PRADO DE CAMPOS - Matr.0142094-1, Membro da Câmara Técnica**, em 02/10/2021, às 04:57, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA BRAGA DE MELO - Matr.1688971-1, Membro da Câmara Técnica**, em 02/10/2021, às 10:56, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE - Matr.0000097-7, Membro da Câmara Técnica**, em 02/10/2021, às 17:15, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARCELO JORGE CARNEIRO DE FREITAS - Matr.0154929-4, Membro da Câmara Técnica**, em 03/10/2021, às 12:45, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA - Matr.1688413-2, Membro da Câmara Técnica**, em 14/10/2021, às 17:47, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LUISA DE MARILAK BERNARDES FERREIRA - Matr.1672243-4, Responsável Técnico(a) Assistencial - RTA**, em 21/10/2021, às 17:10, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FABYANNE MAZUTTI DA SILVA BORGES - Matr.1680363-9, Médico(a) - Ginecologia e Obstetrícia**, em 21/10/2021, às 18:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **SIMONE MOURA LOPES VIANA - Matr.0131445-9, Médico(a) - Ginecologista e Obstetra**, em 21/10/2021, às 19:04, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GEORGIANA PONTES PAULO - Matr.0137230-0, Médica Ginecologista e Obstetra**, em 21/10/2021, às 19:05, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANA SEGURADO CORTES - Matr.0139505-X, Médica Ginecologista e Obstetra**, em 21/10/2021, às 19:14, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA ROBERTA TORRES BARROS - Matr.1441609-3, Médico(a) - Ginecologista e Obstetra**, em 21/10/2021, às 19:14, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **MARTA DE BETANIA RABELO TEIXEIRA - Matr.0137296-3, Referência Técnica Distrital (RTD) Ginecologia e Obstetrícia**, em 21/10/2021,



às 19:14, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARCIA NOBREGA DE QUEIROZ - Matr.0144381-X, Médica Ginecologista e Obstetra**, em 21/10/2021, às 19:20, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ISADORA MATOS LEITE - Matr.1701220-1, Médico(a) - Ginecologista e Obstetra**, em 21/10/2021, às 19:24, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ALEXSANDRA RAMALHO DA COSTA ARUME - Matr.1673423-8, Médico(a) - Ginecologia e Obstetrícia**, em 21/10/2021, às 22:51, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MILTAIR BAETA DE MELLO - Matr.0137813-9, Referência Técnica Assistencial (RTA)**, em 22/10/2021, às 01:02, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CLAUDIMARY BEZERRA DE LIMA - Matr.0169885-0, Médico(a) - Ginecologista e Obstetra**, em 22/10/2021, às 12:49, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GISELE JULIANA SILVA - Matr. 1435082-3, Médico(a) - Ginecologista e Obstetra**, em 22/10/2021, às 14:17, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **PRISCILA ALMEIDA E LYRIO MENDES - Matr.1673233-2, Médico(a) - Ginecologista e Obstetra**, em 23/10/2021, às 08:52, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARCELLA BEATRIZ GUIMARAES VEROLLA MOLINA - Matr.16799003, Médico(a) - Ginecologista e Obstetra**, em 23/10/2021, às 18:06, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA MONTEIRO DAMASCENO - Matr.1687639-3, Membro da Câmara Técnica**, em 25/10/2021, às 09:26, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LIVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA - Matr.0186146-8, Coordenador(a) da Câmara Técnica**, em 27/10/2021, às 20:42, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **PAULA ZENI MIESSA LAWALL - Matr.1680280-2, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 29/10/2021, às 20:51, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=79279353&infra_sist...)



acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0
verificador= **69672941** código CRC= **8C9F5AEB**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF

00060-00408387/2021-68

Doc. SEI/GDF 69672941