MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº6/2020-COSMU/CGCIVI/DAES/SAPS/MS

1. ASSUNTO

ATENÇÃO ÀS GESTANTES NO CONTEXTO DA INFECÇÃO SARS-COV-2.

2. ANÁLISE

A infecção humana SARS-CoV-2 (causada pelo novo coronavírus) é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, cujo espectro clínico é diverso, variando de sintomas leves à síndrome respiratória aguda grave. A letalidade varia conforme o país, mas está evidenciado que idosos e pessoas com comorbidades crônicas são as que mais apresentam complicações. No momento não foram desenvolvidas vacinas ou medicamentos com comprovada evidência científica para seu tratamento definitivo e, atualmente, o manejo clínico é voltado para suporte e controle de sintomas.

A presente nota trata das orientações a serem adotadas na atenção à saúde das gestantes no contexto da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2).

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 um grande número de desfechos adversos em gestantes[1].

Em sentido contrário, até o momento, o SARS-CoV-2 não parece se associar a risco de maior gravidade em gestantes, mesmo que a maioria dos casos descritos na literatura científica trate de mulheres na segunda metade da gestação2,3,4.

O quadro clínico observado em gestantes com a SARS-CoV-2 é semelhante ao observado em adultos não gestantes1, bem como taxas de complicações e de evolução para casos graves5 (aproximadamente 5% dos casos confirmados). Entre os sintomas mais comumente apresentados estão a febre e tosse.

Grande número de gestantes reportadas até o momento apresentou alterações na tomografia computadorizada de tórax, com a identificação de evolução para formas graves, como pneumonias, achados semelhantes ao da população adulta não gestante 2,6.

Nesse sentido, recomenda-se que o protocolo de diagnóstico de SARS-CoV-2 em gestantes, siga o protocolo para a população adulta geral.

As gestantes devem ser classificadas com base nos critérios dos protocolos do Ministério da Saúde devido a condição atual de transmissão comunitária, e o manejo será realizado conforme as demais síndromes gripais, com zelo em relação aos sinais e sintomas que demonstram gravidade clínica e indicação do uso de oseltamivir, se identificado quadro de síndrome gripal.

Nos serviços de saúde em geral e, portanto, também na atenção pré-natal e maternidades, deve ser instituída uma triagem de sintomas respiratórios e fatores de risco7.

As gestantes que apresentem síndrome gripal deverão ter seus procedimentos eletivos (consultas e exames de rotina) adiados em 14 dias e, quando necessário, serem atendidas em local isolado das demais pacientes7.

Todas as demais gestantes, assintomáticas ou sem síndrome gripal, deverão ter preservado seu atendimento, posto o caráter autolimitado da gestação, cujo desfecho em parto é inexorável, de tal modo que a suspensão ou o adiamento despropositado podem culminar em perda de oportunidades terapêuticas de atenção à mulher, ao bebê e à família, inclusive para eventos graves, como infecções sexualmente transmissíveis.

Desse modo, recomenda-se a continuidade das ações de cuidado pré-natal de todas as gestantes assintomáticas, resguardado o zelo com a prevenção de aglomerações, com as melhores práticas de higiene e com o rastreamento e isolamento domiciliar de casos suspeitos de síndrome gripal.

Importante ressaltar que os procedimentos adiados como consequência do isolamento domiciliar de gestantes que apresentaram sintomatologia compatível com síndrome gripal, deverão ser reagendados em tempo hábil de modo que não haja prejuízo ao seguimento pré-natal.

Sobre o atendimento pré-natal de gestantes que apresentaram sintomatologia compatível com síndrome gripal, parece razoável manter vigilância sobre eventuais restrições de crescimento fetal (RCF). Ainda que não existam dados atuais sobre a evolução dessas gestações, sabe-se por outros casos de Coronavírus (SARS e MERS) que podem existir alterações placentárias e maior taxa de RCF nestes fetos8.

Deve-se ressaltar que, até o momento, 47% das mulheres com SARS-CoV-2 tiveram seus partos pré-termo8, algumas delas por sofrimento fetal, indicando a necessidade de se monitorizar estas gestações durante o pré-natal e também durante a internação hospitalar. Esclarece-se que a maior parte destes partos ocorreu apósas 36 semanas de gestação.

Entre os casos relatados até o momento12,13 não se sabe de que ocorra a transmissão para o feto/recém-nascido (RN) antes ou após o nascimento. Os demais casos, reportados de gestantes positivas para SARS-CoV-2, apresentaram neonatos livres do vírus, incluindo em sangue de cordão e placenta9.

Portanto, parece improvável que haja transmissão vertical do vírus, de forma semelhante ao previamente observado com o SARS-CoV e o MERS-CoV8,15.

O SARS-CoV-2 entra nas células do hospedeiro utilizando os receptores tipo 2 da enzima

conversora de angiotensina16, que tem a expressão nas interfaces materno-fetais no início da gestação muito baixa, sugerindo a incapacidade de o vírus romper a barreira placentária17,18. Há de se considerar, contudo, que um integrante da família dos coronavírus, o HCoV-229E, se mostrou capaz de transmissão vertical, porém com neonatos em bom estado8.

Em relação ao risco de teratogênese, pouco ou nada se sabe sobre a SARS-CoV-2, especialmente porque os casos relatados até o momento são de mulheres infectadas na segunda metade da gestação. Nenhuma dessas crianças apresentou dismorfologias. Além disso, analisando casos de SARS e MERS, não houve relatos de malformados14.

Contudo, quando disponível, é prudente a realização de **ultrassonografia morfológica no segundo trimestre** em mães com infecção por SARS-CoV-2, visto que não dispomos de dados suficientes para afastar esse risco.

Quanto à assistência ao trabalho de parto e parto, observa-se discordância nas opiniões quanto ao clampeamento imediato ou oportuno do cordão6,9,10.

A opinião do Royal College, do Reino Unido é que em partos vaginais há importante contato do feto com secreções maternas com a recomendação de aguardar um minuto para o clampeamento do cordão, uma vez que não aumentaria os riscos de transmissão vertical.

Essa afirmação é suportada pelos estudos que não encontraram SARS-CoV-2 em sangue de cordão2,3,4,11, de modo que, mesmo para partos cesáreos, o clampeamento oportuno do cordão, quando indicado, pode ser realizado.

As gestantes que são profissionais de saúde, que atuam na atenção a pessoas potencialmente infectadas com SARS-CoV-2, devem procurar o Serviço de Medicina do Trabalho de sua instituição, para avaliação dos riscos, principalmente em razão de recomendações para que sejam particularmente rigorosas com as medidas de distanciamento social, evitando o contato com os outros, tanto quanto possível19.

3. CONCLUSÃO

As recomendações aqui contidas são provisórias e poderão ser modificadas à medida que novos dados forem publicados.

REFERÊNCIAS

1. RASMUSSEN ET AL. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. AJOG, fevereiro/2020
2. CHEN ET AL. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records; Lancet 2020; 395: 809–15
3. WEIYONG ET AL. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy: a case series. Preprints 2020, 2020020373
4. LI ET AL. Lack of vertical transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, China. Emerg Infect Dis. 2020 Apr
5. LIU ET AL. Clinical manifestations and outcome of COVID-19 infection during pregnancy, Journal of Infection (2020)
6. POON ET AL. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. Ultrasound ObstetGynecol 2020 Mar 11[Online ahead of print]
7. OMS. Vigilância mundial da doença do COVID-19 causada por infecção pelo novo coronavírus de 2019. Orientações provisórias. 27 de Fevereiro de 2020. https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov) [Acesso em 17 de Março de 2020].
8. MULLINS ET AT. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. Ultrasound ObstetGynecol 2020 Mar 17[Online ahead of print]
9. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy – Information for healthcare professionals. Version 3 – 18 March, 2020
10. FAVRE ET AL. Guidelines for pregnant women with suspected COVID-19infection. Lancet Infect Dis 2020; published online March 3, 2020
11. FAN ET AL. Perinatal Transmission of COVID-19SARS-COV-2 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? Clin Infect Dis 2020 Mar 17[Online ahead of print]
12. WANG ET AL. A case report of neonatal COVID-19 infection in China. Clin Infect Dis 2020 Mar 12[Online ahead of print]
13. MURPHY S. Newborn baby tests positive for coronavirus in London. The Guardian 2020 14 March
14. SCHWARTZ ET AL. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. Viruses, 12 (2) 2020 Feb 10
15. SCHWARTZ, DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with 2 COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. Arch Pathol Lab Med 2020 Mar 17[Online ahead of print]
16. HOFFMANN ET AL. COVID-19 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor Cell 2020 Mar 4[Online ahead of print]

17. ZHENG ET AL. Single-cell RNA expression profiling of ACE2 and AXL in the human maternal–fetal interface. Reprod Dev Med 2020. http://www.repdevmed.org/preprintarticle.asp?id=278679
18. YANG ET AL. Novel coronavirus infection and pregnancy. Ultrasound ObstetGynecol 2020 Mar 5.
19. BMJ. Covid-19: pregnant doctors should speak to occupational health, say experts. 2020; 368 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m1104 (Published 18 March 2020).