



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Coordenação-Geral de Ciclos da Vida  
Coordenação de Saúde das Mulheres

NOTA TÉCNICA Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. **Infeção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.**

1.1.1. O objetivo desta nota técnica é apresentar para os gestores e profissionais de saúde as evidências disponíveis e contribuir para melhor compreensão acerca dos riscos às gestantes e puérperas diante da pandemia de COVID-19, sugerindo assim medidas protetivas.

1.1.2. Ainda sobre essa temática, estão disponíveis para consultas, outras duas notas técnicas.<sup>[1]</sup>

2. **ANÁLISE**

2.1. Como já relatado na literatura científica, as mudanças fisiológicas no organismo da gestante (e também puérpera, visto que estas mudanças não se resolvem imediatamente após o parto) levam a uma predisposição por infecções graves, inclusive respiratórias, e que as alterações anatômicas reduzem sua tolerância à hipóxia<sup>1,2</sup>. Algumas destas alterações são:

2.1.1. aumento do diâmetro transversal da caixa torácica

2.1.2. elevação do diafragma

2.1.3. alterações dos volumes pulmonares

2.1.4. vasodilatação da mucosa

2.1.5. alterações na imunidade mediada por células

2.2. Estudos recentes<sup>1,2</sup> apontaram que a evolução da COVID-19 não parece ser pior nas mulheres antes, durante e após o parto. Em uma série de 43 casos<sup>2</sup>, seguindo a classificação de gravidade de doença proposta por Wu et al<sup>6</sup>, entre todas as pacientes gestantes e puérperas positivas para SARS-CoV-2:

2.2.1. 86% pacientes tiveram doença leve

2.2.2. 9,3% das pacientes apresentaram doença grave

2.2.3. 4,7% foram consideradas com doença crítica

2.3. Uma revisão sistemática de outros 107 casos<sup>1</sup> mostrou ausência de mortalidade materna e 3% de admissão em UTI. Estes achados são compatíveis com a descrição da evolução da doença entre adultos não gestantes<sup>6</sup>: 80% doença leve, 15% doença grave e 5% críticos.

2.4. Porém, com base na observação dos altos índices de complicações, incluindo mortalidade, em mulheres no ciclo gravídico-puerperal com infecções respiratórias, sejam elas causadas por outros coronavírus<sup>3</sup> (SARS-CoV e MERS-CoV), ou pelo vírus da influenza H1N1<sup>4,5</sup>, é sensata a preocupação em relação a infecção pelo SARS-CoV-2 nesta essa população.

2.5. Diante do exposto, da experiência mundial em outras infecções respiratórias no ciclo gravídico-puerperal, e de óbitos em gestantes/puérperas por COVID-19 no país, esta Coordenação/Departamento sugere que seja mantida intensa vigilância e medidas de precaução em relação as gestantes e puérperas.

2.6. Faz-se necessária especial atenção a estas mulheres, incluindo aquelas com sintomas mais fracos ou com queixas principais que não sejam sugestivas de COVID-19: 31% das pacientes que procuraram atendimento exclusivamente por causas obstétricas tinham triagem de sintomas positiva para COVID-19, em uma série de casos<sup>2</sup>.

2.7. Desta forma, avaliação clínica minuciosa e triagem de sintomas deve ser preconizada para gestantes e puérperas que se apresentem em uma unidade de saúde e durante toda sua permanência. Na mesma série de casos anterior<sup>2</sup>, que realizou rastreio por PCR para SARS-CoV-2 de todas as gestantes que foram internadas, um terço das mulheres positivas se apresentou inicialmente para atendimento sem nenhum sintoma, tendo posteriormente desenvolvido apenas febre durante a internação.

2.8. Para reduzir o risco de contaminação, deve-se organizar o fluxo de atendimento hospitalar de gestantes e parturientes de forma que não haja contato com outros pacientes e com diversos profissionais de saúde. O mesmo deve ser observado durante a internação para o parto. Ressalta-se a importância de se ofertar espaço privativo para essas parturientes para o seu trabalho de parto e parto.

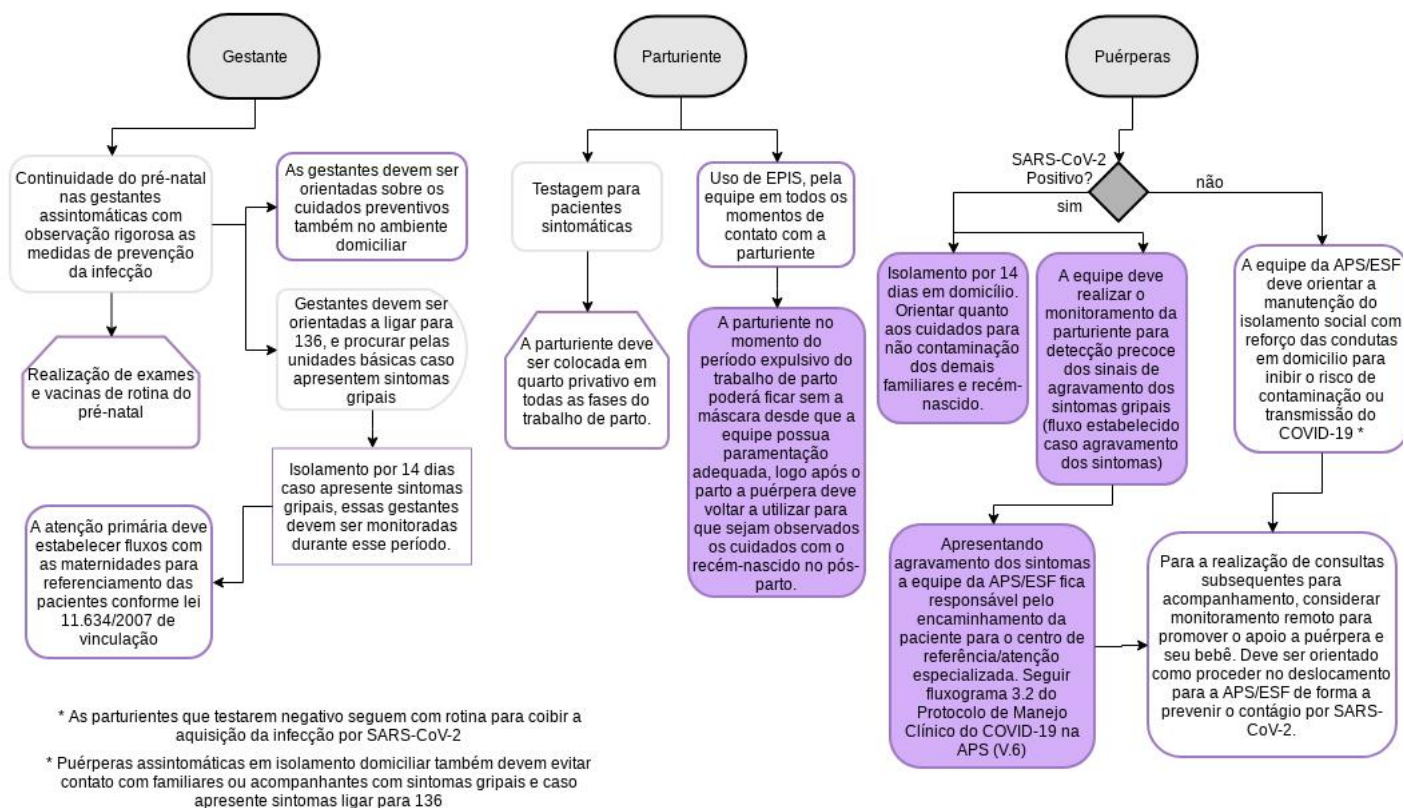
2.9. Ainda que muitas gestantes e puérperas possam ser manejadas em regime domiciliar, estratégias locais precisam e devem ser montadas para reavaliação frequente de sintomas e queixas, de modo a diagnosticar precocemente piora clínica - febre alta ou tosse sem melhora, ou dispnéia entre outros. Isto pode ser feito, por exemplo, por tele-saúde ou contatos telefônicos periódicos (no máximo a cada 48 horas). A equipe da APS pode também avaliar a necessidade de realizar visitas domiciliares a gestantes e puérperas infectadas pelo SARS-CoV-2, de modo a não expor a comunidade e outras pessoas nas unidades de saúde.

2.10. Caso não seja possível a realização de exames de detecção viral, dada a ausência para todos os casos no atual cenário brasileiro, deve-se considerar também a importância de exames subsidiários simples como hemograma e radiografia de tórax, e outros mais avançados, como tomografia computadorizada quando necessário, no diagnóstico presuntivo. Uma vez considerada suspeita, intensificar a vigilância sobre a paciente, mesmo que em regime de tratamento domiciliar com isolamento social.

2.11. Mediante agravo do quadro clínico, ainda que não muito pronunciado, não retardar o encaminhamento a unidades de referência em atendimento a COVID-19 de maior complexidade, idealmente com suporte de cuidados intensivos e obstétricos.

2.12. Outro fator importante é a sobreposição de doenças que podem causar os mesmos sintomas. Muitos dos sintomas de COVID-19 podem ser causados também por H1N1 e/ou infecções bacterianas; portanto, não se deve retardar o início dos tratamentos para estas condições, quando indicados, ainda que a suspeita de COVID-19 seja forte - ou mesmo confirmada, pois existem relatos de co-infecções na literatura. Vale ressaltar que os melhores resultados do uso de oseltamivir para H1N1 são com seu início dentro das primeiras 48 horas do início dos sintomas.

## FLUXOGRAMA DE MANEJO DE GESTANTES, PARTURIENTES E PUÉRPERAS DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19



[1]<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnica gestantes72020COCAMCGCIVIDAPESSAPSMS03abr2020COVID-19.pdf>

[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200415\\_N\\_notatecnica92020COSMUCGCIVIDAPESSAPSMS\\_8781753489806424666.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200415_N_notatecnica92020COSMUCGCIVIDAPESSAPSMS_8781753489806424666.pdf)

[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200415\\_N\\_notatecnica102020COSMUCGCIVIDAPESSAPSMS\\_1287575329029070378.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200415_N_notatecnica102020COSMUCGCIVIDAPESSAPSMS_1287575329029070378.pdf)

### 3. CONCLUSÃO

3.1. Considerando que a Rede de Atenção Materna e infantil - Rede Cegonha foi instituída através da Portaria nº 1459/2011, e consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável, e traz em seus objetivos: organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, o Ministério da Saúde reconhece que em meio à pandemia de COVID-19 esta rede deve ser preservada e incentivada a suprir da melhor forma possível as necessidades assistenciais às gestantes, puérperas e recém-nascidos.

3.2. Todas as orientações citadas nesta nota estendem-se ao ambiente familiar da gestante e puérpera, sendo necessário que as pessoas que fazem parte do convívio familiar, tomem todos os cuidados para coibir a aquisição e transmissão da infecção.

3.3. Por fim, em se tratando do parceiro ou acompanhante da gestante nas consultas pré-natais, bem como no ambiente de parto, sugerimos leitura das notas citadas anteriormente neste documento e que tem seus links disponibilizados na mesma.

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

### Referências:

1 - Zaigham M, Andersson O. Maternal and Perinatal Outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies [published online ahead of print, 2020 Apr 7]. Acta ObstetGynecol Scand. 2020;10.1111/aogs.13867. doi:10.1111/aogs.13867

2 - Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals [published online ahead of print, 2020 Apr 9]. Am J ObstetGynecol MFM. 2020;100118. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100118

3 - Schwartz DA, Graham AL. Potential Maternal and Infant Outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. Viruses. 2020;12(2):194. Published 2020 Feb 10. doi:10.3390/v12020194

4 - Hemant K. Satpathy, Michael Lindsay & Jennifer F. Kawwass (2009) Novel H1N1 Virus Infection and Pregnancy, Postgraduate Medicine, 121:6, 106-112, DOI: 10.3810/ pgm.2009.11.2080

5 - Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA, et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. Lancet. 2009;374(9688):451–458. doi:10.1016/S0140-6736(09)61304-0

6 - Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention [published online ahead of print, 2020 Feb 24]. JAMA. 2020;10.1001/jama.2020.2648. doi:10.1001/jama.2020.2648

7 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andrade Fialho, Coordenador(a) de Saúde das Mulheres**, em 18/04/2020, às 17:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maximiliano das Chagas Marques, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 18/04/2020, às 19:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0014496630** e o código CRC **1E1ADCF3**.