

ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 018/2020

DATA: 30/03/2020

ASSUNTO: **COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO**
Gravidez e Parto

PALAVRAS-CHAVE: SARS-CoV-2; Grávidas; Parto; Maternidade

PARA: Profissionais de Saúde

CONTACTOS: Divisão de Saúde Sexual Reprodutiva Infantil e Juvenil
secretariado.dsr@dgs.pt

A doença COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como pandemia internacional, no dia 11 de março de 2020. Neste seguimento várias medidas têm sido adotadas para conter a expansão da doença. Com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública, foi decretado o Estado de Emergência Nacional, nos termos do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020 de 18 de março.

Considerando a reorganização dos recursos humanos e materiais afetos à prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para dar resposta à avaliação e tratamento dos doentes COVID-19, importa continuar a adaptar a abordagem clínica dos doentes com suspeita e infeção confirmada por SARS-CoV-2 no SNS. Em especial, aos grupos mais vulneráveis, como as grávidas.

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte Orientação:

1. As grávidas com doença COVID-19 devem ser encaminhadas para os serviços devidamente referenciados pelas autoridades nacionais, de acordo com organização regional de serviços COVID-19, que é estabelecida entre os Centros Hospitalares e Hospitais (CHH) e Unidades Locais de Saúde (ULS) e as respetivas Administrações Regionais de saúde (ARS).
2. Às grávidas no 2.º e 3.º trimestre de gestação que tenham critérios de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19), de acordo com a definição de caso à data¹, aplica-se o disposto na presente Orientação.
3. As grávidas devem ter cuidados de prevenção, investigação e diagnóstico semelhantes aos da restante população portuguesa. As grávidas com COVID-19 assintomáticas ou com queixas ligeiras devem manter a sua vigilância habitual. Se necessário internamento, este deverá ser em isolamento, de acordo com critérios clínicos obstétricos ou infecciosos. Os

¹ Norma 004/2020 da DGS em vigor.

profissionais da unidade hospitalar de saúde responsáveis por grávidas suspeitas/infetadas em cuidados domiciliários devem disponibilizar formas de contacto e de acompanhamento domiciliário. Esta decisão deve ser cautelosamente ponderada, numa avaliação caso a caso, e tendo em conta as condições de habitabilidade e de exequibilidade do isolamento, bem como o risco de transmissão da doença aos coabitantes, nos termos da Norma 004/2020.

4. As instituições de saúde devem desenvolver fluxogramas de atuação para as grávidas com suspeita ou confirmação de COVID-19.
5. Os profissionais de saúde devem ter treino regular sobre a colocação e a retirada de equipamentos de proteção individual (EPI), de acordo com as orientações da DGS.
6. As equipas de profissionais de saúde devem organizar-se por forma a minimizar o risco de contágio e treinar os procedimentos a adotar quando estão perante uma grávida com suspeita ou confirmação de COVID-19.
7. As grávidas com COVID-19 sem patologia obstétrica e gestação superior a 24 semanas, que necessitem de internamento por patologia respiratória, devem ser internadas em unidades hospitalares dotadas de Unidades de Cuidados Intensivos, Serviço de Obstetrícia e Neonatologia, no mesmo edifício. Esta indicação para as grávidas em internamento deverá ser aplicada sempre que possível, tendo em conta a idade gestacional e a viabilidade fetal. Para grávidas com idade gestacional inferior, deve ser dada prioridade à patologia respiratória.

Cuidados Pré-Hospitalares para Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

8. As grávidas assintomáticas com contacto com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 ou com sintomas sugestivos de COVID-19 devem realizar o teste laboratorial para SARS-COV-2. Até o resultado do teste estar disponível, a grávida deve ser tratada como um caso COVID-19.
9. As grávidas com suspeita ou confirmação de COVID-19 devem permanecer no domicílio e contactar a Linha SNS 24, ou o número de contacto da instituição de saúde fornecido para o efeito.
10. Nas situações de sintomas graves ou outras queixas obstétricas consideradas graves e/ou urgentes as grávidas devem dirigir-se imediatamente a uma urgência hospitalar, com áreas dedicadas para a avaliação e abordagem de grávidas com suspeita ou confirmação de COVID-19.
11. Caso seja necessário deslocarem-se a uma instituição de saúde, devem utilizar preferencialmente veículo próprio.
12. Caso seja necessário o transporte em ambulância, a grávida deve prestar informação sobre a situação de suspeita ou confirmação de COVID-19 ao INEM ou aos Bombeiros. Caso a grávida não tenha conhecimento da situação, sendo o profissional de saúde a reconhecer a

suspeita de Covid-19, deve de imediato informar o Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

13. O CODU deve informar de imediato a instituição hospitalar que irá receber uma grávida com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Vigilância Pré-Natal de Rotina para Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

14. Sempre que não estejam em causa procedimentos essenciais à vigilância da gravidez que exijam a presença física, as instituições devem privilegiar as teleconsultas e a autoavaliação domiciliária do peso e da tensão arterial.
15. Quando a grávida está de quarentena, os procedimentos de rotina devem sempre que possível ser adiados, sem comprometer a segurança clínica, até terminar o período recomendado para autoisolamento.
16. As instituições devem privilegiar o recurso à teleconsulta para as grávidas que estão em quarentena ou em vigilância clínica domiciliária por suspeita ou confirmação de COVID-19.
17. Nestes contactos devem ser registados o peso, pressão arterial, presença de movimentos fetais, ocorrência de contrações ou dor pélvica.
18. Os procedimentos que não possam ser adiados, tais como o rastreio combinado do 1.º trimestre e a ecografia morfológica, devem ser agendados para o final do dia. Os profissionais de saúde devem utilizar os EPI adequados de acordo com a Orientação 003/2020 da DGS em vigor e devem ser aplicadas as recomendações de limpeza e constantes na Orientação 014/2020 da DGS em vigor.
19. Nas grávidas com critérios de cura, de acordo com a Norma 004/2020, deve ser agendada uma consulta após 14 dias do início dos sintomas e programada a realização de uma ecografia 2 a 4 semanas após o estabelecimento da cura.
20. Os restantes exames ecográficos devem manter a periodicidade recomendada pelas orientações nacionais.
21. Deverá ainda ser mantida a vacinação da grávida assintomática ou com sintomas ligeiros de COVID-19. Todas as grávidas devem ser vacinadas contra a tosse convulsa (vacina Tdpa), entre as 20 e as 36 semanas de gestação, preferencialmente após a ecografia morfológica. Se possível a vacinação deverá ocorrer após período de infeção.

Cuidados Urgentes a Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

22. Sempre que possível, as instituições de saúde que prestem cuidados urgentes a grávidas devem fazer triagem e aconselhamento telefónico prévio à vinda das doentes. O retorno de chamadas deve ser assegurado por cada instituição.

23. Os casos identificados como tendo necessidade de atendimento presencial nas instituições de saúde, devem ser sinalizados e as equipas preparadas.
24. Os serviços devem dispor de circuitos definidos para o reconhecimento precoce de grávidas suspeitas de COVID-19, de forma a evitar cadeias de transmissão. Devem também estar definidos circuitos para evitar a transmissão cruzada entre profissionais da instituição.
25. O profissional destacado para o acolhimento das grávidas suspeitas ou com COVID-19 deve fornecer-lhes uma máscara cirúrgica.
26. Os profissionais de saúde que prestam cuidados a grávidas suspeitas ou com COVID-19 devem equipar-se com o EPI adequados, de acordo com as orientações da DGS em vigor.
27. A área de isolamento deve dispor das condições, itens e equipamentos necessários à prestação dos cuidados de saúde adequados. Esta área deverá ter WC para uso exclusivo destas utentes. Deve ainda ser definida uma zona contígua para os profissionais se equiparem e desequiparem, bem como instalações sanitárias que incluam a possibilidade de banho de chuveiro para profissionais.
28. Apenas os profissionais destacados ao atendimento da grávida devem entrar na área de isolamento. A presença de acompanhante poderá ser permitida apenas se a instituição considerar que tem asseguradas todas as condições de segurança para evitar o contágio. Deve ser permitido à grávida manter consigo o telemóvel, no sentido de minorar os efeitos do isolamento e de poder comunicar com a equipa de saúde.
29. Enquanto se mantiver a suspeita de COVID-19, a grávida deve ser tratada em isolamento e os profissionais devem utilizar EPI adequados, de acordo com as orientações da DGS em vigor.
30. Os profissionais de saúde devem transmitir à grávida a informação necessária de forma clara, tranquilizando-a e ajudando-a a compreender a sua situação de saúde.

Internamento Hospitalar de Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

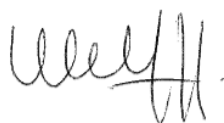
31. A abordagem destas grávidas deve ser multidisciplinar, envolvendo obstetras, internistas, intensivistas, infeciologistas, pneumologistas, anesthesiologistas e neonatologistas, de acordo com a possibilidade e necessidade.
32. Quando internada num serviço de obstetrícia a grávida deve preferencialmente estar numa ala separada das restantes grávidas em que não haja suspeita de infeção, em quartos individuais e de pressão negativa. Deve ser avaliada regularmente a febre, frequência respiratória e saturação de oxigénio, bem como a evolução dos sintomas. A frequência respiratória superior a 30cpm e a saturação de oxigénio inferior ou igual a 93% constituem critérios de gravidade clínica.

33. As grávidas com sintomas respiratórios moderados/graves devem realizar avaliação do balanço hídrico, de forma a evitar a sobre-hidratação, a sobrecarga pulmonar e cardíaca. Estas grávidas devem realizar gasimetria arterial.
34. Os exames radiográficos (radiografia e tomografia computadorizada do tórax) têm indicações idênticas à dos adultos com suspeita de COVID-19. Devem ser utilizados os protocolos habituais de proteção do feto para radiações.
35. A monitorização cardiotocográfica deve ser decidida de forma individualizada, de acordo com a idade gestacional e a condição respiratória materna.
36. Existe evidência de um aumento da incidência de parto pré-termo em grávidas com COVID-19, quer de causa iatrogénica (por complicações respiratórias maternas), quer associado à rotura prematura de membranas ou à contratilidade provocada por infeção materna.
37. Se a situação clínica materna for estável e estiver indicada interrupção da gravidez, a via de parto rege-se apenas por critérios obstétricos. Na presença de dificuldade respiratória grave ou de hipoxia com implicações maternas ou fetais, o parto deve ser por cesariana. A decisão sobre a interrupção da gravidez deve ter em conta o estado materno e fetal, o potencial de recuperação após o parto e a idade gestacional. Há prioridade em estabilizar a condição clínica materna antes de realizar qualquer intervenção obstétrica.
38. Nas grávidas com infeção assintomática ou ligeira/moderadamente sintomática que tenham indicação obstétrica para indução do trabalho de parto ou cesariana eletiva, deve ser mantido o plano estabelecido.
39. O conhecimento científico atual sobre a medicação obstétrica é limitado, mas até à existência de melhor evidência, estabelecem-se as seguintes recomendações:
 - a. A indometacina (para tocolise) deve ser evitada, dada a possibilidade de agravar o quadro respiratório materno.
 - b. Os corticosteroides podem agravar o quadro respiratório em situações de doença grave, pelo que a sua utilização deve ser muito ponderada, tendo em conta o estado clínico materno e a idade gestacional.
 - c. O sulfato de magnésio pode condicionar depressão respiratória, pelo que a sua utilização requer uma monitorização apertada dos níveis circulantes, particularmente em grávidas com doença moderada/grave.
 - d. O oxigénio nasal deve ser evitado pelo risco de disseminação da infeção por aerossolização.

Assistência ao Parto em Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

40. A Neonatologia deve ser informada da chegada da parturiente.
41. Recomenda-se fortemente a utilização de analgesia epidural no trabalho de parto, como forma de evitar a anestesia geral, caso seja necessário realizar uma cesariana urgente.

42. A anestesia geral para realização de cesariana condiciona um aumento do risco de disseminação do vírus por aerossolização. Por este motivo, toda a equipa presente no Bloco Operatório deve estar equipada com EPI adequado para procedimentos invasivos, reduzindo-se o mais possível o número possível de pessoas dentro da sala.
43. A equipa multidisciplinar (obstetrícia, anestesiologia, enfermagem, neonatologia) deve ser informada do início do período expulsivo. Perante uma parturiente assintomática ou pouco sintomática podem estar presentes na sala apenas um obstetra e um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, ambos experientes em cuidados intraparto, estando a restante equipa rapidamente disponível, se necessário. Todos os profissionais presentes dentro da sala devem estar equipados com EPI adequados para procedimentos invasivos. Em situações de dificuldade respiratória materna, o limiar de decisão para realizar um parto instrumentado deve ser menor, abreviando o período expulsivo.
44. Não existe atualmente evidência segura sobre a melhor altura para a clampagem do cordão umbilical, pelo que se recomenda que se realize ao fim de 1 minuto, ou antes se necessário.
45. O contacto pele a pele está desaconselhado.
46. Os dados disponíveis sobre os cuidados a recém-nascidos de mães com COVID-19 são escassos. Não existe evidência de transmissão vertical da doença, no entanto recomenda-se que todos os recém-nascidos de mães com COVID-19 sejam testados. Recomenda-se também um acompanhamento neonatal, pelo menos no primeiro mês de vida.
47. A separação mãe-filho após o parto é um assunto controverso, pois ao risco de contágio de recém-nascido opõem-se as vantagens da ligação e amamentação precoces. É necessário que as instituições de saúde tomem decisões individualizadas, tendo em conta a vontade da mãe, as instalações disponíveis no hospital e a disponibilidade das equipas de saúde. Não havendo separação mãe-filho, a mãe deve lavar cuidadosamente as mãos e colocar a máscara cirúrgica antes de todos os contactos com o recém-nascido.
48. Não existe evidência sustentada de risco de transmissão viral através do leite materno, pelo que em situações de separação mãe-filho, está recomendada a extração do leite com bomba e o seu desperdício até a mãe ter dois testes negativos (12). Esta recomendação não dispensa a avaliação médica caso a caso e a necessidade de ter em consideração a evolução da literatura científica.



Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA ORIENTAÇÃO

Paula Pinheiro, Marina Mocho, Sara Oliveira, Daniel Virella, Teresa Bombas, Maria do Céu Almeida, Ana Campos, Diogo Ayres de Campos, Alcides Pereira, Teresa Fernandes, Elsa Mota, Barbara Menezes, Dina Oliveira, Gonçalo Cordeiro Ferreira, Filipa Lança, Gabriela Mimoso, Teresa Ventura.

Foi auscultado o Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos.

Referências Bibliográficas

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Version 1. Coronavirus (Covid-19) Infection in Pregnancy, março 2020. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/>. Acedido em 12.3.20
2. E Mullins, D Evans, RM Viner, P O'Brien, E Morris. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review and expert consensus. <https://doi.org/10.1101/2020.03.06.20032144>. medRxiv. The copyright holder for this preprint (not peer-reviewed), It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license.
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): Checklist for Hospitals preparing for the reception and care of coronavirus patients
4. Huang et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, Lancet, 24 janeiro 2020
5. Wang et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA, doi:10.1001/jama.2020.1585, 7 fev 2020
6. Jie Qiao. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? www.thelancet.com Published online February 12, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2)
7. Jianhui Wang et al. A contingency plan for the management of the 2019 novel coronavirus outbreak in neonatal intensive care units. Lancet Child Adolesc Health 2020, Published Online, February 7, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30040-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30040-7)
8. Zhang J et al. Clinical strategies for the treatment of 2019 novel coronavirus disease in fever clinics in Wuhan, China. Lancet Respir Med 2020; published online Feb 13.
9. Zhang et al. Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus disease in fever clinics. Lancet Respir Med 2020 Published Online February 13, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30071-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30071-0)
10. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal (SPOMMF), 2020, https://congressos.mundiconvenius.pt/Ficheiros/Secretariado%20SPOMMF/SPOMMF_coronav%C3%ADrus_vf_12deMar%C3%A7o.pdf
11. WHO Coronavirus disease 2019 (COVID-19) <https://www.who.int-20200312-sitrep-52-covid-19>

12. Dong et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. JAMA. Published online March 26, 2020.

13. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM. Expert Review Labor and Delivery Guidance for COVID-19. Rupsa C. Boelig, Tracy Manuck, Emily A. Oliver, Daniele Di Mascio, Gabriele Saccone, Federica Bellussi, Vincenzo Berghella. 25/03/2020

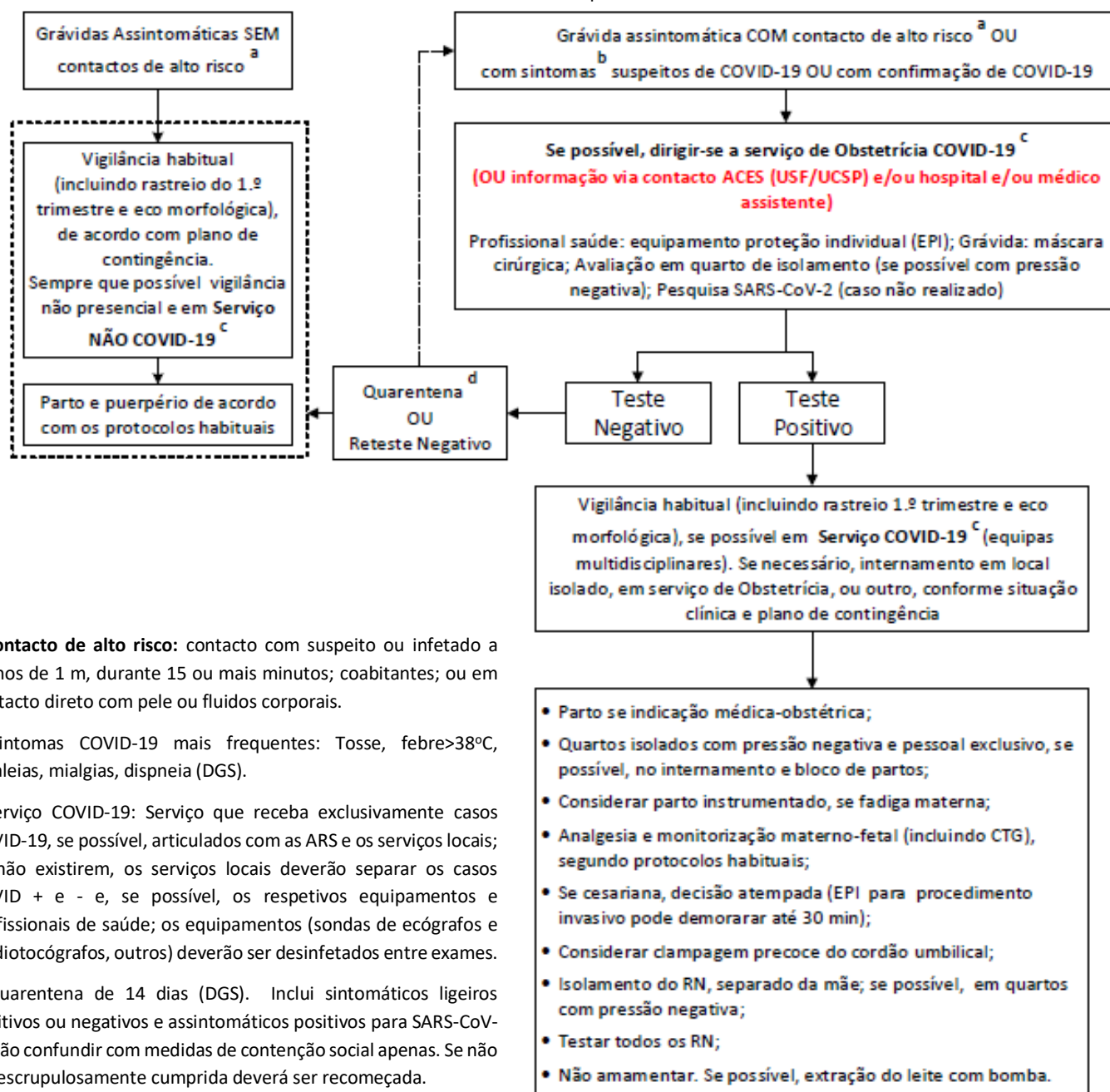
COVID-19: ATUAÇÃO NA GRÁVIDA

1- Necessidade de coordenação governamental, regional (ARS) e local (direções clínicas e de serviços): gestão de rede de referência, recursos humanos e equipamentos. Disponibilizar dados atualizados e **linhas telefónicas** para os profissionais e grávidas. Utilizar a ferramenta **trace-covid** de acordo Norma n.º 004/2020 da DGS, para o acompanhamento remoto.

2- Os serviços deverão desenvolver fluxogramas de atuação para grávidas de acordo com quadro clínico.

3- As equipas de profissionais deverão treinar regularmente a colocação e retirada de equipamentos; organizar-se por forma a minimizar o risco de contágio; organizar-se por forma a reduzir o cansaço das equipas. A Instituição deve disponibilizar **Equipamento de Protecção Individual** adequado a todos os profissionais.

4- Estimativa: Grosseiramente temos cerca de 60.000 grávidas (distribuídas pelos 3 trimestres) e 7.000 partos/mês (230/dia). Grosseiramente teremos cerca de 6 grávidas infectadas sintomáticas e 1 parto por 1000 infectados sintomáticos. O número de infectadas assintomáticas não é calculável neste momento (10 x superior?)



^a **Contacto de alto risco:** contacto com suspeito ou infetado a menos de 1 m, durante 15 ou mais minutos; coabitantes; ou em contacto direto com pele ou fluidos corporais.

^b sintomas COVID-19 mais frequentes: Tosse, febre>38°C, cefaleias, mialgias, dispneia (DGS).

^c Serviço COVID-19: Serviço que receba exclusivamente casos COVID-19, se possível, articulados com as ARS e os serviços locais; se não existirem, os serviços locais deverão separar os casos COVID + e - e, se possível, os respetivos equipamentos e profissionais de saúde; os equipamentos (sondas de ecógrafos e cardiocógrafos, outros) deverão ser desinfetados entre exames.

^d Quarentena de 14 dias (DGS). Inclui sintomáticos ligeiros positivos ou negativos e assintomáticos positivos para SARS-CoV-2. Não confundir com medidas de contenção social apenas. Se não for escrupulosamente cumprida deverá ser recomeçada.