

COVID-19 E OS IMPACTOS NA GESTAÇÃO

Data de submissão: 31/01/2023

Data de aceite: 01/03/2023

Victoria Hamaoka de Oliveira

Universidade Federal de Mato Grosso
Cuiabá - Mato Grosso
<https://lattes.cnpq.br/9460286537505350>

Isadora da Silveira

Universidade Federal de Mato Grosso
Cuiabá - Mato Grosso
<https://lattes.cnpq.br/5195593561747603>

Carlos Eduardo Oliveira da Silva

Universidade Federal de Mato Grosso
Cuiabá - Mato Grosso
<https://lattes.cnpq.br/5435493198382107>

RESUMO: A COVID-19, doença pela qual estabeleceu um contexto pandêmico desde o início de 2020, se caracteriza por casos assintomáticos ou sintomáticos com presença, principalmente, de dispneia, febre, cefaleia, rinorreia, fadiga e outros sintomas. No período da gravidez, há uma certa preocupação quanto às repercussões para a mulher e para o feto. Entretanto, estudos sugerem que as alterações fisiológicas desse período não representam um maior risco de desenvolvimento de complicações graves decorrentes da infecção pelo coronavírus em comparação a mulheres não gestante com a mesma

idade, exceto aquelas consideradas de alto risco devido às suas comorbidades, como hipertensão e diabetes. A transmissão materno-fetal é rara e não dependente da manipulação do parto ou a prática do aleitamento materno. Por fim, é enfatizado a importância de uma conduta adequada, avaliando riscos prévios na gravidez e a importância da vacinação para essa população. O artigo de revisão de literatura elaborado utilizou pesquisas científicas, manuais de organizações associadas à saúde e livros que relacionam a infecção por SARS-CoV-2 no período gravídico e suas correlações clínicas, abrangendo diagnóstico, conduta, possíveis tratamentos e suas prevenções. Para tanto, as fontes buscadas online valeram-se de produções nacionais e internacionais, em inglês e português, presentes nos bancos de dados PubMed, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a biblioteca digital Scientific Electronic Library Online (SciELO). Em vista de elaborar um artigo atualizado, o trabalho abrangeu 21 pesquisas científicas na janela temporal estabelecida entre os anos de 2020 a 2022.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19. Gestação. Nascimento. Obstetrícia.

COVID-19 AND IMPACTS ON PREGNANCY

ABSTRACT: COVID-19 is an infectious disease that has been elevated to pandemic status since 2020. In most cases, the affliction presents itself as a respiratory syndrome, with the presence of dyspnea, rinorrhea, fatigue, headaches and fever, though patients affected may present as asymptomatic. Pregnancy during a COVID-19 infection has been a worrisome factor during clinical practice due to possibly unknown repercussions of the disease for both mother and fetus, although recent studies did not find a higher risk of severe complications between pregnant and non-pregnant women of the same age group. This, however, is dependant on a low-risk pregnancy, and women with hypertension and Diabetes Mellitus may be at a higher risk of deterioration to a more serious outlook when COVID-19 is present, and, as such, the vaccination of pregnant individuals should be emphasized by practitioners. Perinatal transmission of SARS-CoV-2 is rare and apparently non-dependant on breastfeeding or manipulation during delivery. This revision has been conceived through the analysis of research papers, international guidelines and textbooks pertaining to COVID-19 and pregnancy as a means to find clinical correlations between the disease and the physiology of pregnancy in order to assist physicians and healthcare professionals in decision-making pertaining to diagnostics, treatment and prevention of complications. Article and guideline selection was achieved through searches in research databases such as PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) and the Scientific Electronic Library Online (SciELO). Through the described means, this revision has selected 21 relevant papers, in both English and Portuguese, that have been published through a two-year period starting on 2020 and ending on 2022.

KEYWORDS: Covid-19. Pregnancy. Childbirth. Obstetrics.

1 | INTRODUÇÃO

Existem relatos do aparecimento dos primeiros casos de COVID-19 em dezembro de 2019 na China e desde então ocorreu uma disseminação global do vírus causador, o SARS-CoV-2, que se caracteriza com a apresentação ou não de sintomas como dispneia, febre, cefaleia, rinorreia, fadiga e outros. Em janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou um estado de pandemia e a partir disso recomendações de prevenção e uma corrida para o desenvolvimento de vacinas foram iniciadas. Dessa forma, medidas que envolvessem o distanciamento social e uso de máscaras foram adotadas para conter a transmissão que é majoritariamente via gotículas. Ademais, a fisiopatologia envolve a ativação desordenada do sistema imune inato e adaptativo que leva a uma resposta inflamatória ampla é idêntica à de pacientes não gestantes. Além disso, a transmissão materno-fetal é rara e não dependente da manipulação do parto ou a prática do aleitamento materno, sendo esse não restrito mediante a proteção das vias respiratórias da mãe e da higiene da mama. Por fim, com desenvolvimento das vacinas, foram apresentados estudos que sugerem que seja seguro a vacinação dessa população, preferencialmente as que não utilizem a tecnologia de vetor viral.

2 | DIAGNÓSTICO

a) Quadro clínico

Todas as mulheres gestantes devem ser monitoradas quanto ao desenvolvimento de sinais e sintomas compatíveis com os da COVID-19, que são semelhantes aos de mulheres não gestantes de mesma idade, podendo até ser assintomática em alguns casos. Os principais sintomas são: Tosse – 50,3%; Cefaleia – 42,7%; Dores musculares – 36,7%; Febre – 32%; Dor de garganta – 28,4%; Dispneia – 25,9%; Perda de olfato ou do paladar – 21,5%; Náusea, vômitos, fadiga, diarreia e rinorreia – 10%.

Destaca-se que vários desses sintomas são compatíveis com os sintomas apresentados na gestação e devem ser levados em consideração para o diagnóstico clínico.

b) Diagnóstico por exames complementares

O exame clínico pode ser apoiado por exames complementares, sendo eles exames laboratoriais, exames de imagem e testes específicos.

Quanto aos achados laboratoriais, os achados mais relevantes baseadas em revisões sistemáticas em pacientes gestantes são: Aumento dos níveis de proteína C reativa – 49%; Linfopenia – 33%; Leucocitose – 26%; Aumento dos níveis de procalcitonina – 23%; Alterações hepáticas (TGO, TGP, Fosfatase alcalina e Bilirrubina) – 25,4%; Trombocitopenia – 6,6%.

Já sobre os achados radiológicos, podem ser normais nos estágios iniciais ou moderados da doença, mas revisões sistemáticas apontam para os achados mais comuns em gestantes, sendo eles: Tomografia com opacidade em vidro-fosco – 77%; Envolvimento da porção posterior dos pulmões – 73%; Envolvimento multilobar dos pulmões – 72%; Envolvimento bilateral dos pulmões – 69%; Distribuição periférica – 68%; Consolidação pulmonar – 41%.

Por fim, os testes específicos são uma outra maneira de corroborar para o diagnóstico assertivo da infecção pelo SARS-CoV-2, sendo disponibilizados os testes de biologia molecular, testes sorológicos e os de detecção de antígenos.

3 | CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA COVID-19

A gestação promove mudanças fisiológicas nos sistemas imunológico e cardiopulmonar, sendo grupo de risco para evolução em formas graves de doenças respiratórias virais. Observou-se esse fato em pandemias virais passadas, como a causada pelo vírus influenza A H1N1pdm09, e, portanto, há uma recomendação de que gestantes e puérperas sejam consideradas grupo de risco, sendo incluídas nesta classificação em Nota Técnica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Tal órgão do governo federal estadia as apresentações da COVID-19 em gestantes e puérperas segundo critérios de gravidade, sendo eles:

- Leve ou Síndrome gripal: tosse; dor de garganta ou coriza seguido ou não de anosmia e/ou ageusia; coriza; diarreia; dor abdominal; febre; calafrios; mialgia; fadiga; cefaleia.
- Moderado: tosse persistente e febre ou piora progressiva de outros sintomas relacionados; sintomas relacionados com a presença de fatores de risco (exemplo: hipertensão).
- Grave ou Síndrome respiratória aguda grave: dispneia; pressão persistente no tórax; saturação de O₂ < 95%; cianose.

Contudo, como a determinação da gravidade do estado da gestante ou puérpera pode ser desafiadora, recomenda-se a utilização do Escore de Alerta Obstétrico Modificado (MEOWS). Essa ferramenta indica ao profissional de saúde se a paciente necessita de um cuidado diferenciado, visto que mulheres com dois ou mais sinais de alerta amarelo ou um ou mais sinais de alerta vermelho em parâmetros fisiológicos (como pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória) têm risco aumentado de evolução desfavorável.

4 | INFECÇÃO DA COVID-19 EM GESTANTES

Segundo diversos estudos, acredita-se que a gravidez não aumenta a susceptibilidade à infecção por SARS-CoV-2, mas parece estar relacionado à piora do quadro clínico da COVID-19, quando comparados aos casos em mulheres não gestantes da mesma idade. Entretanto, outros estudos demonstram uma taxa mais alta de infecção por SARS-CoV-2 em mulheres grávidas em comparação com adultos com idades semelhante e também uma taxa mais baixa de mortalidade intra-hospitalar em pacientes grávidas hospitalizadas com COVID-19 e pneumonia viral em comparação com pacientes do sexo feminino não grávidas em idade reprodutiva.

A divergência de dados e suas limitações incluem uma dificuldade em distinguir os determinantes comportamentais dos biológicos da susceptibilidade às infecções e a diferença na avaliação da infecção. Embora a maioria das gestantes infectadas se recupera sem passar por hospitalização, pode ocorrer deterioração clínica rápida e gestantes sintomáticas parecem ter maior risco de doença grave e morte por complicações em comparação às mulheres não grávidas na menacme. Os fatores de risco para doença grave e morte na gravidez não distingue muito dos fatores de risco para a população adulta em geral, que é: Idade média mais avançada (> 35 anos); Obesidade; Comorbidades preexistentes (HAS, diabetes, entre outros).

Algumas complicações foram relatadas em mulheres grávidas infectadas pelo COVID-19, como: Distúrbios respiratórios (Pneumonia, insuficiência respiratória); Distúrbios cardíacos (Arritmias, lesões cardíacas); Tromboembolias; Infecções secundárias; Insuficiência renal; Distúrbios neurológicos (Cefaleias, tonturas, mialgias,

alteração da consciência, distúrbios do olfato e paladar, fraqueza, derrames e convulsões); Distúrbios cutâneos (Rash cutâneo, urticárias, lesões vasculares, entre outros); Doenças gastrointestinais e hepáticas; Doenças psiquiátricas.

a) Transmissão vertical

Os conhecimentos sobre a transmissão vertical ainda permanecem escassos. Poucos artigos de prováveis transmissões verticais foram publicados. Em uma revisão sistemática de bebês de 936 mães infectadas, o teste de RNA viral neonatal foi positivo em 27 amostras nasofaríngeas coletadas logo após o nascimento ou 48 horas após o nascimento, equivalente a 2,9%.²⁰ Em 34 amostras de sangue do cordão umbilical, 1 testou positivo e de 26 amostras de placenta, 2 positivaram. Além disso, 3 de 82 sorologias neonatais foram positivas para imunoglobulina M (IgM) para SARS-CoV-2, sugerindo uma infecção recente.

A transmissão intraútero ocorre normalmente por via hematogênica e as taxas de viremia (vírus circulante no sangue) em pacientes com COVID-19 parecem ser baixas, mas em caso doença grave e transitória, a viremia é mais alta, sugerindo que a sementeira placentária e a transmissão intraútero não são comuns. Foi observado também a eliminação do vírus pelas fezes maternas, de modo que a contaminação fecal no períneo poderia, na teoria, ser uma fonte de transmissão intraparto. Uma transmissão pós-parto pode ocorrer através da ingestão de leite materno ou de uma mãe infectada (ou cuidador) para seu filho por meio de secreções respiratórias.

Acredita-se que a entrada da célula do SARS-CoV-2 dependa de um receptor da enzima conversora de angiotensina 2 e da serina protease TMPRSS2, que são pouco expressos na placenta, o que poderia explicar a rara infecção placentária pelo vírus e possível transmissão vertical. Entretanto, o vírus e o IgM materno podem chegar ao feto em casos de lesões isquêmicas da placenta que comprometa a barreira sinciotrofoblasta, sem necessidade de infecção das células placentárias.

b) Consequências da infecção em gestantes e neonatos

Quanto ao risco de aborto, o conjunto de resultados dos estudos demonstram que não houve aumento significativo nas taxas de aborto por conta da infecção por SARS-CoV-2. Assim como não há relatos de aumento do risco de anomalias congênitas por infecção materna por COVID-19. Porém, apesar dos aumentos gerais na taxa de natimortos e prematuros permaneçam baixos, estudos indicam que mulheres com infecção confirmada laboratorialmente por SARS-CoV-2 na época do nascimento apresentam taxas mais altas de morte fetal, parto prematuro, cesariana de emergência, pré-eclâmpsia e internação materna e neonatal prolongada após o nascimento do que aquelas sem SARS-CoV-2.

Sobre a relação da idade gestacional e momento da infecção, sabe-se que a infecção materna após 20 semanas de gestação aumenta o risco de resultados obstétricos adversos, e após 26 semanas aumenta o risco para resultados adversos neonatais. Tal

dado demonstra a importância da vacinação o mais precoce possível na gestação.

Em relação ao parto prematuro e cesáreo, pacientes com doenças graves ou com a presença de comorbidades possuem risco aumentado desse cenário. Isso porque a febre e a hipoxemia são capazes de induzir a ruptura precoce de membranas e padrões anormais do batimento cardíaco fetal (BCF). Doenças respiratórias graves, desencadeadas em quadros agudos da COVID-19, também podem diminuir o tempo de gestação. Ainda, um agravante para a ocorrência de partos prematuros são os maiores estresses vivenciados durante a pandemia e as mudanças nos serviços da maternidade. Morbidade neonatal, como a necessidade de ventilação, é associada ao parto prematuro e ambientes uterinos adversos resultante de COVID-19 materno grave.

Já sobre a pré-eclâmpsia, estudos demonstram que a infecção por SARS-CoV-2 aumenta o risco de pré-eclâmpsia em 62%, sendo uma taxa expressivamente maior em casos de gestantes sintomáticas.

c) Aleitamento materno:

O material genético ácido ribonucleico (RNA) de SARS-CoV-2 foi identificado no leite materno, porém as evidências ainda não estão claras sobre o potencial de transmissão desse vírus por essa via. Portanto, a OMS e instituições, como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia, recomendam a continuidade do aleitamento materno, uma vez que essa prática diminui os riscos de os lactentes apresentarem alguma sintomatologia, com destaque os sintomas respiratórios mais graves. Assim como o RNA do SARS-CoV-2, anticorpos contra esse vírus também foram encontrados no leite materno, o que indica uma proteção contra essa infecção. Além disso, a amamentação garante inúmeros benefícios às mulheres, que variam entre: redução de problemas emocionais, reforço do vínculo entre o binômio mãe-filho e proteção sobre diversas doenças.

Nessa perspectiva, a fim de garantir um processo de aleitamento seguro ao recém-nascido (RN), medidas preventivas devem ser seguidas, tais como: utilização de máscaras que cubram o nariz e a boca; trocar as máscaras em todas as mamadas ou quando ocorrer espirro e/ou tosse; higienização da mão no instante anterior ao contato com o RN, mamadeira ou bombas de leite; evitar diálogos durante a mamada; e evitar que ocorra o contato do bebê com o rosto da mãe.

5 | TRATAMENTO

a) Gestantes assintomáticas

O tratamento das gestantes infectadas assintomáticas envolve a avaliação do risco de desenvolver doença grave, monitoramento de descompensação respiratória, controle da infecção e isolamento para a duração prevista da doença. Pacientes infectadas assintomáticas não parecem ter risco aumentado de complicações na gravidez, com a

possível exceção de pré-eclâmpsia.

b) Gestantes sintomáticas

O cuidado clínico das gestantes infectadas sintomáticas depende da gravidade da doença, comorbidades médicas subjacentes, complicações coexistentes e situação social. Se a paciente for internada por causa de COVID-19 grave, uma equipe multidisciplinar pode ajudar a determinar o local mais adequado para o tratamento.

A maioria das pacientes grávidas sintomáticas possuem doença leve, que não necessita atendimento em nível hospitalar, é indicado o cuidado domiciliar. Essas pacientes devem ser acompanhadas de perto quanto à progressão para doença grave ou crítica e receber instruções para controle de infecção, gerenciamento dos sintomas, sintomas de alerta e acompanhamento obstétrico.

Os sinais de alerta são: Agravamento da dispneia, febres persistentes maiores que 39°C, incapacidade de tolerar hidratação oral e medicamentos, dor torácica pleurítica persistente, complicações obstétricas (como contrações prematuras, sangramento vaginal e ruptura de membranas) e frequência respiratória acima de 20 incursões por minuto.

c) Internação

O monitoramento e cuidados hospitalares são apropriados para pacientes grávidas com COVID-19 com:

- Comorbidades que justificam internação, como hipertensão ou diabetes descompensadas, pré-eclâmpsia, ruptura de membranas e sangramento uterino;
- Febre maior que 39 °C que não melhora ao uso de Paracetamol;
- Sinais e sintomas moderados e severos, como saturação abaixo de 95%, frequência respiratória acima de 30 incursões;
- Doenças graves, como insuficiência respiratória e hipotensão mesmo com hidratação adequada.

d) Suporte respiratório materno

Pacientes com doença grave muitas vezes necessitam de suporte ventilatório, decorrente de uma insuficiência respiratória hipoxêmica aguda decorrente de uma síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). A saturação da paciente deve ser mantida acima de 95%. Se a saturação cair de 95%, necessita realização de gasometria arterial para avaliar a pressão parcial de oxigênio, a qual deve ser maior que 70mmHg para manter um gradiente favorável de difusão de oxigênio placentário.

e) Tratamento medicamentoso

Haja vista um risco aumentado de tromboembolismo venoso em pacientes gestantes, o uso de anticoagulante profilático é recomendado em gestantes internadas por COVID19 grave caso não haja contraindicação de seu uso, sendo interrompido quando a paciente receber alta. Não é recomendado o uso de anticoagulantes para pacientes com doença

leve e não necessitam de internação, exceto para casos em que o uso de anticoagulante seja por outra causa. Heparina não fracionada é a mais utilizada nas gestantes que estão próximas da data provável de parto, pois é mais facilmente revertido do que a heparina de baixo peso molecular.

- Dosagem da heparina não fracionada: 5.000 unidades no 1º trimestre, 7.500 a 10.000 unidades no 2º trimestre e 10.000 unidades no 3º trimestre, administradas por via subcutânea a cada 12 horas.
- Dosagem da heparina de baixo peso molecular: 40 mg por via subcutânea ao dia ou 1 mg/kg por via subcutânea por dia.

Corticoides, como a dexametasona, pode ser indicado na dose de 6 mg por dia durante 10 dias para pacientes com doença grave não grávidas. Em caso de pacientes grávidas que atendem aos critérios de uso de glicocorticóides para tratamento materno de COVID-19 e também atendem aos critérios de uso de corticosteróides, é recomendado o uso de dexametasona em quatro doses de 6 mg por via intravenosa com 12 horas de intervalo e completar o curso da gestação com o uso de dexametasona com a mesma dose das não gestantes.

Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) podem ser administrados a pacientes com COVID-19 quando é clinicamente indicado, mas com doses mais baixas, idealmente por menos de 48 horas e orientada pela potencial toxicidade fetal relacionada à idade gestacional. São comumente utilizados para o tratamento de febre e dor, mas há relatos de efeitos negativos quanto ao seu uso. O uso de paracetamol, fármaco com propriedades analgésicas e antipiréticas, durante a gravidez, incluindo no primeiro trimestre, mostrou-se globalmente seguro e pode atenuar os riscos de gravidez associados à exposição à febre.

Existem estudos sobre outros fármacos, como o Remdesivir, que é um análogo de nucleotídeo que tem atividade contra o SARS-CoV-2 in vitro e não há relato de toxicidade fetal relatada. Já o baricitinib, é utilizado em combinação com o Remdesivir e sua administração para gestantes deve levar em conta o potencial benéfico materno e os riscos fetais teóricos, analisando a gravidade do estado materno, fatores de risco subjacentes e idade gestacional. Por fim, o tocilizumab e o sarilumab, que são antagonistas da interleucina-6 que pode ser usado com a dexametasona em pacientes hospitalizadas não grávidas que necessitam de oxigênio, já nas gestantes, há o risco de os anticorpos monoclonais cruzarem a placenta, mas informações mínimas estão disponíveis sobre o risco de sua administração para gestantes.

6 | VACINAÇÃO

Sobre a vacinação, diversos estudos realizados nos EUA demonstram que as vacinas baseadas em um vetor recombinante de adenovírus incompetente para replicação não causam a doença, justamente por não conter vírus que se replicam, mas que podem

causar efeitos adversos inespecíficos por conta da ativação do sistema imune. Além disso, com base em como o mRNA, vetor viral e vacinas de proteína funcionam e os dados clínicos preliminares, especialistas acreditam que é improvável que representem um risco para as pessoas que planejam a gravidez, grávidas, feto ou recém-nascido lactentes. Vacinas que contêm o vírus inativado normalmente possuem adjuvantes, como sais de alumínio, com perfil de segurança documentado. Para aquelas com novos adjuvantes, em geral são evitadas na gravidez devido à falta de dados de segurança, mas a preocupação teórica deve ser equilibrada com o risco de uma pandemia e riscos conhecidos da COVID-19.

Dados de gestantes vacinadas e alguns estudos de coorte prospectivos não mostraram efeitos prejudiciais e demonstraram uma resposta imune materna e transferência de anticorpos através da placenta e no leite materno, garantindo uma imunidade passiva contra a SARS-CoV-2 em neonatos após a vacinação materna. Anticorpos protetores foram registrados no sangue do cordão umbilical 15 dias após a primeira vacinação da gestante. Em outro estudo, as respostas de anticorpos de ligação, neutralizantes, bem como respostas de células-TCD4 e CD8 estavam presentes em mulheres grávida, lactantes e não grávidas após a vacinação, sendo que os anticorpos ligantes e neutralizantes também estavam presentes no sangue do cordão umbilical e no leite materno. As respostas imunes apresentaram reatividade cruzada contra as variantes da SARS-CoV-2.

7 | CONDUTA

A conduta de mulheres gestantes e não gestantes no período de pandemia da COVID-19 é muito importante, seja para orientar e tranquilizar as gestantes infectadas ou não, seja para informar os riscos para as mulheres que desejam engravidar. Para todas as gestantes, é importante informar e educar quanto a prevenção, principalmente para as gestantes com crianças em casa, gestantes que se deslocam para o serviço e também esclarecer dúvidas sobre a vacinação em gestantes. No caso das gestantes com filhos em casa, a COVID-19 em crianças com menos de 10 anos é frequentemente leve ou assintomática, aumentando o risco de transmissão. Para as trabalhadoras grávidas, o uso de equipamento de proteção individual, higienização adequada das mãos e ambiente de trabalho com limpeza adequada são suficientes para garantir uma gestação segura.

a) Planejamento da gravidez na pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 levantou muitas dúvidas e questionamentos sobre se os casais deveriam considerar o adiamento da gravidez devido aos possíveis riscos relacionados ao vírus para a saúde do neonato e também da própria gestante. De acordo com os artigos utilizados nesta revisão, as decisões reprodutivas, sejam elas de planejamento da gravidez ou sua interrupção, não devam ser baseadas principalmente em preocupações com o COVID-19, pois evidências limitadas sugerem que os riscos relacionados à gravidez não são altos ou substancialmente acima dos riscos associados a

outras condições ou exposições que são mais comuns entre as mulheres grávidas, como a Zika e dengue, por exemplo. Além disso, os riscos relacionados à gravidez podem ser razoavelmente minimizados por medidas preventivas padrão.

b) Cuidados com gestantes não infectadas

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade de Medicina Materno Fetal emitiram orientações sobre os cuidados pré-natais durante a pandemia de COVID-19, incluindo orientações para testar e prevenir a propagação do vírus e modificações dos protocolos tradicionais de consultas pré-natais, sendo adaptadas para pacientes de baixo e alto risco. Tais modificações incluem: Inclusão da Telemedicina; Redução das visitas domiciliares; Redução do tempo das visitas; Limitar o número de pessoas na sala de espera, com distanciamento físico; Minimizar o contato materno com outras pessoas.

c) Prevenção

A prevenção é semelhante à da população em geral, sendo baseada nas medidas de higiene, distanciamento social e vacinação. As principais medidas de prevenção e contenção da contaminação pelo Coronavírus são: Vacinação assim que houver disponibilidade; Manter distanciamento de pelo menos 1 metro de outras pessoas; Utilização de máscaras adequadamente; Higiene das mãos com álcool ou água e sabão; Cobrir nariz e boca ao tossir ou espirrar; Em caso de sintomas ou teste positivo, isolamento social até a recuperação total.

8 | CONCLUSÃO

A COVID-19 na gestação ainda está em processo de pesquisas, mas já é sabido que seu quadro clínico nas gestantes infectadas é o mesmo em adultos infectados pelo SARS-CoV-2. A conduta quanto à COVID-19 em gestantes se baseia na orientação e manejo das gestantes não infectadas, infectadas e para os casais que planejam ter filhos durante a pandemia. Sabe-se que a COVID-19 não deve ser referência para o planejamento da gestação e para as mulheres gestante é necessário adotar as prevenções já conhecidas, como a utilização de equipamento de proteção individual, higienização das mãos, evitar aglomerações, entre outras medidas importantes para evitar o contágio do vírus. Além disso, acredita-se que a gravidez não seja um fator de susceptibilidade à infecção, mas pode ser um fator de risco para complicações de sintomas para as gestantes infectadas, como maior susceptibilidade para pré-eclâmpsia e o conhecimento sobre a transmissão vertical permanece obscuro. O tratamento para gestantes assintomáticas se baseia no monitoramento e controle da infecção. Para as gestantes sintomáticas é preciso de cuidado domiciliar e atenção aos sinais de alerta. O tratamento medicamentoso irá se basear em anticoagulantes profiláticos, Dexametasona, AINES, Paracetamol, Remdesivir, entre outros medicamentos. De qualquer modo, a prevenção é o principal instrumento que

deve ser orientado para todos os indivíduos, principalmente para as gestantes, tal como a importância da vacinação, a qual se mostrou eficaz na imunização dos neonatos.

REFERÊNCIAS

- ALLOTEY, J. et al. **Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis.** *BMJ*, v. 370, p. m3320, 1 set. 2020.
- ANKA, A. U. et al. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): An overview of the immunopathology, serological diagnosis and management.** *Scandinavian Journal of Immunology*, 3 dez. 2020.
- CHEN, H. et al. **Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records.** *The Lancet*, v. 395, n. 10226, p. 809–815, 7 mar. 2020.
- CIAPPONI, A. et al. **Safety of components and platforms of COVID-19 vaccines considered for use in pregnancy: A rapid review.** *Vaccine*, v. 39, n. 40, p. 5891–5908, 24 set. 2021.
- CRAIG, A. M.; HUGHES, B. L.; SWAMY, G. K. **Coronavirus disease 2019 vaccines in pregnancy.** *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, v. 3, n. 2, 1 mar. 2021.
- DI MASCIIO, D. et al. **Counseling in maternal–fetal medicine: SARS-CoV -2 infection in pregnancy.** *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 57, n. 5, p. 687–697, maio 2021.
- GODOI, A. P. N. et al. **Síndrome Respiratória Aguda Grave em gestantes e puérperas portadoras da COVID-19.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, p. 461–469, 30 jun. 2021.
- GOH, X. L. et al. **Incidence of SARS-CoV-2 vertical transmission: a meta-analysis.** *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, v. 106, n. 1, p. 112–113, 1 jan. 2021.
- KARIMI, L. et al. **Effect of COVID-19 on Mortality of Pregnant and Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *Journal of Pregnancy*, v. 2021, p. 1–33, 5 mar. 2021.
- KOTLYAR, A. M. et al. **Vertical transmission of coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 224, n. 1, p. 35-53.e3, jan. 2021.
- Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- NIR, O. et al. **Maternal-neonatal transfer of SARS-CoV-2 immunoglobulin G antibodies among parturient women treated with BNT162b2 messenger RNA vaccine during pregnancy.** *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, v. 4, n. 1, 1 jan. 2022.
- OSHAY, R. R. et al. **COVID-19 in pregnancy: a systematic review of chest CT findings and associated clinical features in 427 patients.** *Clinical Imaging*, v. 75, p. 75–82, jul. 2021.
- PIERCE-WILLIAMS, R. A. M. et al. **Clinical course of severe and critical coronavirus disease 2019 in hospitalized pregnancies: a United States cohort study.** *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, v. 2, n. 3, p. 100134, 1 ago. 2020.

PIQUE-REGI, R. et al. **Does the human placenta express the canonical cell entry mediators for SARS-CoV-2?** eLife, v. 9, 14 jul. 2020.

SHIMABUKURO, T. T. et al. **Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons.** New England Journal of Medicine, v. 384, n. 24, 21 abr. 2021.

SON, M. et al. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy Outcomes in a U.S. Population.** Obstetrics & Gynecology, v. Publish Ahead of Print, 9 ago. 2021.

SOUZA, S. R. R. K. et al. **Aleitamento materno em tempos de COVID-19: uma scoping review.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 56, 15 jun. 2022.

WANG, W. et al. **Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens.** JAMA, v. 323, n. 18, p. 1843–1844, 11 mar. 2020.

ZAMBRANO, L. D. **Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020.** MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, v. 69, 2020.

ZITIELLO, A. et al. **Thrombocytopaenia in pregnancy: the importance of differential diagnosis during the COVID-19 pandemic.** The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, p. 1–3, 8 jul. 2020.