

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 1/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

1. AUTORES

- José Gival Santana Junior
- Carolina de Alencar Ohi Garcia
- Karla Maria Rêgo Leopoldo Melo
- Jordana Parente Paiva
- Raimundo Homero de Carvalho Neto
- Francisco Edson de Lucena Feitosa

2. INTRODUÇÃO

O primeiro caso da COVID-19 em humanos foi identificado em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China. Os sintomas, inicialmente, foram considerados semelhantes aos da gripe sazonal. Um pequeno número de casos evoluiu para uma forma de infecção respiratória aguda grave com pneumonia necessitando de cuidados intensivos numa proporção menor que 5%. O curso da epidemia revelou-se diferente da gripe sazonal.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de Emergência de Saúde Pública Internacional, afirmando em 11 de março, que configurava uma pandemia.

Em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria 454, declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus.

No início de abril, gestantes e puérperas passam a fazer parte de grupos de risco para COVID-19.

A infecção ocorre em qualquer idade, embora os casos da COVID-19 em crianças sejam pouco frequentes (< 1% do total de casos). O COVID-19 apresenta uma letalidade geral próxima de 1%, com maior letalidade em pessoas idosas ou com patologias crônicas pré-existentes.

3. AGENTE ETIOLÓGICO

Os coronavírus são vírus envelopados, com uma única fita de RNA não-segmentado, pertencentes à família Coronaviridae, ordem Nidovirales. O SARs-CoV-2 pertence ao subgrupo de β -coronavírus.

4. TRANSMISSÃO

O COVID-19 é disseminado por gotículas respiratórias e contato direto (quando secreções corporais entram em contato com olhos, nariz e boca de outra pessoa ou corte, ferida aberta ou abrasão na pele).

Tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória –entre 5% e 10% dos casos.

Estima-se uma taxa de mortalidade global da infecção pelo COVID-19 de 3,4%, sendo maior em idosos e/ou portadores de alguma comorbidade (doença cardiovascular, diabetes, doença respiratória crônica, hipertensão e câncer).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 2/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

5. DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

SÍNDROME GRIPAL (SG)

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

OBSERVAÇÕES

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

OBSERVAÇÃO

Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

6. CASOS CONFIRMADOS DA COVID-19

6.1. POR CRITÉRIO CLÍNICO

Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.

6.2. POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para covid-19.

6.3. POR CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU
- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU
- SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 3/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

OBSERVAÇÃO

Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada 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.

6.4. POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO NÃO VACINADO CONTRA COVID-19

Caso de SG ou SRAG com teste de:

BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:

- RT-PCR em tempo real;
- RT-LAMP.

IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:

- Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – Elisa);
- Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
- Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (Eclia);
- Imunoensaio por Quimioluminescência (Clia).

PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

DEFINIÇÃO DE CONTATO

É qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de covid-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas (caso confirmado sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado assintomáticos).

Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos, deve-se considerar contato próximo a pessoa que:

- Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;
- Teve um contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso confirmado;
- É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual, conforme preconizado, ou com EPI danificados;
- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 4/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

OBSERVAÇÃO

Para efeito de avaliação de contato próximo, devem ser considerados também os ambientes laborais ou eventos sociais.

7. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

De forma geral, os casos podem ser classificados em:

7.1 Caso assintomático: caracterizado por teste laboratorial positivo para covid-19 e ausência de sintomas.

7.2 Caso leve: caracterizado a partir da presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia.

7.3 Caso moderado: os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, como tosse persistente e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado à covid-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade.

7.4 Caso grave: considera-se a Síndrome Respiratória Aguda Grave (Síndrome Gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto).

7.5 Caso crítico: os principais sintomas são sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva.

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

8.1. Tabela 1: exames diagnósticos

EXAME	DETECÇÃO QUALITATIVA DE SARS-CORONAVIRUS-2 (SARS-CoV-2) POR PCR, VÁRIOS MATERIAIS	COVID-19, ANTICORPOS IGA E IGG, SORO	COVID-19, ANTICORPOS IGM e IGG, POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	COVID-19, TESTE RÁPIDO, SORO
MÉTODO	Reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR)	Ensaio imunoenzimático (Elisa)	Quimioluminescência (CLIA) em plataforma automatizada laboratorial	Imunocromatografia de fluxo lateral - teste rápido
MATERIAL PREFERENCIAL	Raspado (swab) de nasofaringe Escarro Secreção traqueal	Soro	Soro	Soro



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 5/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão: 11/05/2023
		Versão: 3	

OUTROS MATERIAIS	Raspado (swab) nasal profundo combinado a raspado de orofaringe. Lavado de nasofaringe. Lavado broncoalveolar.	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
ALVOS PESQUISADOS	RNA do SARS-Cov-2	Anticorpos IgA e IgG	Anticorpos IgM e IgG	Anticorpos IgM e IgG
SENSIBILIDADE	<p>Sensibilidade analítica: limite de detecção de 100 cópias/mL. A sensibilidade clínica é variável conforme o dia da coleta em relação ao início dos sintomas, tipo de amostra, manifestações clínicas do paciente e qualidade pré-técnica da amostra:</p> <ul style="list-style-type: none"> Raspado (swab) nasofaríngeo: pico de sensibilidade no 4º dia. Escarro/secrção traqueal: pico de sensibilidade no 11º dia. <p>RECOMENDAÇÃO: aguardar 3º ou 4º dia para coletar o primeiro teste, repetir em 48h se o resultado for negativo e persistir a suspeita; preferir escarro ou secreção traqueal a partir da 2ª semana em pacientes com envolvimento pulmonar.</p>	<p>A detecção de anticorpos da classe IgA contra SARS-CoV-2 tem sensibilidade crescente a partir de 7 dias após o início dos sintomas e se aproxima de 100% após 10 dias. Já a detecção de IgG apresenta sensibilidade muito baixa na 1ª semana de doença, aproxima-se de 80% cerca de 10 dias após o início dos sintomas e de 100% depois de 14 dias. Esses períodos podem variar de acordo com a gravidade do quadro clínico.</p>	<p>A detecção de anticorpos da classe IgM contra SARSCoV-2 tem sensibilidade crescente a partir de 7 dias após o início dos sintomas e se aproxima de 100% após 14 dias. Já a detecção de IgG exibe sensibilidade muito baixa na 1ª semana da doença, aproxima-se de 80% cerca de 10 dias após o início dos sintomas e de 100% depois de 14 dias. Esses períodos podem variar segundo a gravidade do quadro clínico.</p>	<p>A detecção de anticorpos da classe IgM contra SARS-CoV-2 tem sensibilidade crescente a partir de 7 dias após o início dos sintomas e se aproxima de 100% após 14 dias. Já a detecção de IgG exibe sensibilidade muito baixa na 1ª semana de doença, aproxima-se de 80% cerca de 10 dias após o início dos sintomas e de 100% depois de 14 dias. Esses períodos podem variar segundo a gravidade do quadro clínico.</p>
	As sondas utilizadas são específicas para SARS-CoV-2, não havendo detecção cruzada de outros coronavírus.	Reatividade cruzada foi observada neste teste, tanto para IgA quanto para IgG, na presença de outros quadros virais, infecção aguda por vírus Epstein-Barr, fator reumatoide,	Anticorpos da classe IgM são naturalmente menos específicos que os da classe IgG, de modo que o resultado reagente de IgM tem maior valor preditivo positivo para infecção recente se acompanhado de IgG reagente, em	Anticorpos da classe IgM são naturalmente menos específicos que os da classe IgG, de modo que o resultado reagente de IgM tem maior valor preditivo positivo para infecção recente se acompanhado de IgG

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE					
Tipo do Documento	PROTOCOLO			PRO.MED-OBS.040 – Página 6/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO			Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão: 11/05/2023
				Versão: 3	
ESPECIFICIDADE		doenças autoimunes e pneumonia bacteriana aguda, bem como em indivíduos que receberam vacina para influenza. O resultado reagente de IgA tem maior valor preditivo positivo para infecção recente se acompanhado de IgG reagente, em comparação à IgA isoladamente reagente.	comparação à IgM isoladamente reagente.	reagente, em comparação à IgM reagente isoladamente.	
VANTAGENS	Padrão-ouro para o diagnóstico da Covid-19, por apresentar alta especificidade, embora a sensibilidade possa ser influenciada por múltiplas variáveis.	Pode auxiliar o diagnóstico em casos com PCR negativa em que se mantém a suspeita diagnóstica, a partir da 2ª ou 3ª semana. Realizada em soro: material de mais fácil coleta e menor risco durante a manipulação. É possível que a detecção de IgA (imunidade de mucosa) seja mais precoce que a de IgM.	Pode auxiliar o diagnóstico em casos com PCR negativa em que se mantém a suspeita diagnóstica, a partir da 2ª ou 3ª semana. É realizada em soro, material de mais fácil coleta e menor risco durante a manipulação. Na validação interna, a IgM foi comparativamente mais específica que a IgA.	Tem resultado rápido. É realizado em soro, material de mais fácil coleta e menor risco durante a manipulação. Apresenta desempenho semelhante ao da plataforma laboratorial (quimioluminescência). Entretanto, esses dados de desempenho não podem ser extrapolados para testes de outros fabricantes ou realizados em outros cenários e com outros materiais (sangue total ou de polpa digital).	
DESVANTAGENS	A sensibilidade no raspado (swab) nasofaríngeo pode não ser ideal em pacientes mais graves. Apresenta valor preditivo negativo baixo em pacientes oligossintomáticos. Tem valor preditivo negativo decrescente a partir do 7º dia. Tem papel indefinido em pessoas assintomáticas e para avaliação da excreção viral para suspensão de isolamento.	Pouca utilidade na 1ª semana de doença e sensibilidade variável na 2ª semana. Pode ocorrer reatividade inespecífica, sobretudo de IgA. A cinética de produção de anticorpos (momento da soroconversão) não é bem estabelecida em pacientes assintomáticos ou com sintomas leves, podendo ocorrer resultados negativos mesmo em casos anteriormente confirmados por PCR.	Pouco útil na 1ª semana de doença e apresenta sensibilidade variável na 2ª semana. A cinética de produção de anticorpos (momento da soroconversão) não é bem estabelecida em pacientes assintomáticos ou com sintomas leves, podendo ocorrer resultados negativos mesmo em casos anteriormente confirmados por PCR. Desse modo, um único resultado negativo não exclui infecção atual ou pregressa. O papel protetor dos anticorpos IgG detectados pela técnica de quimioluminescência não está bem estabelecido.	Pouca utilidade na 1ª semana de doença e tem sensibilidade variável na 2ª semana. A cinética de produção de anticorpos (momento da soroconversão) não é bem estabelecida em pacientes assintomáticos ou com sintomas leves, podendo ocorrer resultados negativos mesmo em casos anteriormente confirmados por PCR. Desse modo, um único resultado negativo não exclui infecção atual ou pregressa. O papel protetor dos anticorpos detectados pela técnica de	

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE					
Tipo do Documento	PROTOCOLO			PRO.MED-OBS.040 – Página 7/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO			Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão: 11/05/2023
				Versão: 3	
		Desse modo, um único resultado negativo não exclui infecção atual ou pregressa. O papel protetor dos anticorpos IgG detectados pela técnica de Elisa não está bem estabelecido.			imunocromatografia não está bem estabelecido. Maior aplicação como teste de triagem.
INDICAÇÕES	Diagnóstico da doença aguda sintomática. Se utilizado para avaliar excreção viral, em casos selecionados, realizar dois testes com intervalo de 24 horas e interpretar resultados conforme o tempo de evolução e a resolução do quadro clínico. Ressalva-se que excreção prolongada de RNA sem sintomas pode não significar transmissibilidade persistente	Diagnóstico da doença aguda sintomática em pacientes com PCR negativa, a partir da 2ª ou 3ª semana de doença. Nesses casos, recomenda-se a coleta a partir do 10º dia de sintomas, preferencialmente a partir do 14º dia. Pode ser indicada na avaliação da infecção pregressa em pessoas com possível exposição recorrente (profissionais de saúde). Nesses casos, recomenda-se coleta a partir de 14 dias após a exposição de risco.	Diagnóstico da doença aguda sintomática em pacientes com PCR negativa, a partir da 2ª ou 3ª semana de doença. Nesses casos, recomenda-se a coleta a partir do 10º dia de sintomas, preferencialmente a partir do 14º dia. Pode ser indicada na avaliação de infecção pregressa em pessoas com possível exposição recorrente (profissionais de saúde). Nesses casos, recomenda-se coleta a partir de 14 dias após a exposição de risco.		Diagnóstico da doença aguda sintomática em pacientes com PCR negativa, a partir da 2ª ou 3ª semana de doença. Nesses casos, recomenda-se a coleta a partir do 10º dia de sintomas, preferencialmente a partir do 14º dia. Pode ser indicado na avaliação da infecção pregressa em pessoas com possível exposição recorrente (profissionais de saúde). Nesses casos, recomenda-se coleta a partir de 14 dias após a exposição de risco.

Fonte: adaptado de Fleury medicina e saúde: Diferenças entre PCR e Testes Sorológicos

8.2. Exames laboratoriais

- Contagem de leucócitos: normal ou reduzida.
- Proteína C-reativa: normal ou elevada.
- Em casos graves: elevação de enzimas hepáticas (TGO, TGP), de enzimas musculares e de concentrações de D-dímero.

8.3. Exames de Imagem:

A radiografia de tórax apresenta - se normal ou com opacidades irregulares e alterações intersticiais na fase inicial da pneumonia, especialmente na periferia dos pulmões. Casos graves: múltiplas opacidades bilaterais em vidro fosco e consolidações pulmonares. Derrame pleural é infrequente. Na tomografia de tórax: opacidades em vidro fosco e as consolidações segmentares em ambos os pulmões são mais facilmente detectadas.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 8/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Outras infecções respiratórias virais, pneumonias bacterianas.

Nos casos mais graves, atentar para diagnóstico diferencial com Pré-eclâmpsia grave, complicando com Síndrome HELLP.

10. CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO E CONDUTA TERAPÊUTICA

10.1. Síndrome gripal leve sem comorbidades ou intercorrência obstétrica

- **NÃO HÁ INDICAÇÃO DE INTERNAMENTO. REALIZAR MONITORAMENTO RÍGIDO REMOTO A CADA 24-48H.**
- Internamento se:
 - 20ipm > FR < 26ipm.
 - Febre persistente, diária, sem melhora no seu padrão (T > 38°C).
 - Tosse (seca ou produtiva), adinamia, prostração, hipopirexia, diarreia.
- **SE PACIENTE NO TERMO, MESMO COM SÍNDROME GRIPAL LEVE, INTERNAR PARA RESOLUÇÃO. VIA DE PARTO DE INDICAÇÃO OBSTÉTRICA.**
- Oseltamivir 75mg via oral de 12/12h por 5 dias, se não houver comprovação vacinal para influenza.
- Azitromicina 500mg, 1x ao dia por 3 a 5 dias, se infecção bacteriana associada.
- Corticoide de acordo com o plano terapêutico 0.36.
- Ultrassonografia (USG) Obstétrica 14 dias após o quadro: avaliar crescimento fetal e líquido amniótico 1x ao mês.
- Parto: aguardar trabalho de parto espontâneo ou de acordo com indicação obstétrica.

10.2. Síndrome gripal leve COM intercorrência obstétrica OU comorbidades OU Síndrome gripal Moderada ou Grave

- **INTERNAR PACIENTE**
- **INICIAR:**
 - Oseltamivir 75mg via oral de 12/12h por 5 dias, se não houver comprovação vacinal para influenza.
 - Azitromicina 500mg, 1x ao dia por 5 dias, se infecção bacteriana associada.
 - Ivermectina de acordo com o plano terapêutico (PLT.MED-OBS.036). Seu uso se justifica pela necessidade de uma anti-parasitário nas pacientes que realizarão corticóide em altas doses por tempo prolongado.
 - Enoxaparina ou heparina não fracionada de acordo com o plano terapêutico (PLT.MED-OBS.036). **Observação:** Sua prescrição baseia-se no quadro clínico da paciente e não pelo D-dímero.
 - Corticoide de acordo com o plano terapêutico 0.36.
 - O2 até 5L/min em cateter nasal se SatO2 < 93% em ar ambiente. Considerar uso de máscara de reservatório, se necessário.
- Hemograma Completo, Eletrólitos, Glicemia de Jejum, PCR, CPK, Ureia e Creatinina

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 9/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

diariamente.

- TGO, TGP, GGT, D-dímero, Bilirrubinas, LDH, Fibrinogênio e Ferritina 3 vezes por semana.
- Gasometria arterial quando necessário.
- Tomografia Computadorizada (TCAR) de tórax, se necessário.
- RT-PCR de swab nasal e orofaringe entre o 3º e 5º dias do início dos sintomas.
- Cardiotocografia diária, ultrasonografia obstétrica e doppler a critério clínico, para avaliação da vitalidade fetal, se não houver indicação de resolução imediata da gestação por indicação materna.
- **MOMENTO DO PARTO:**
 - Síndrome Gripal Leve com Comorbidade e Sem sinais de gravidade: A partir de 37 semanas (**via de parto de indicação obstétrica**).
 - Síndrome Gripal refratária ao tratamento ou na presença de Pré-eclâmpsia: A partir de 34 semanas (**via de parto de indicação obstétrica**).
 - Síndrome Gripal Grave (FR > 30irpm, SatO₂ ≤ 93%, PaO₂/FiO₂ < 300, Infiltrado pulmonar > 50%) ou em estado crítico (Insuficiência Respiratória Aguda, Choque séptico, Disfunção de Múltiplos Órgãos: parto imediato por **via abdominal**, no momento do diagnóstico).
- Procedimentos para controle de infecções e isolamento precoce: limitar o acesso de visitantes e profissionais de saúde a quartos de pacientes com uma confirmação ou caso suspeito.
- Considerar oxigenoterapia precoce: saturações alvo de O₂ ≥ 95% e/ou pO₂ ≥ 70mmHg.
- Prevenção de sobrecarga de fluidos: utilizar fluidos intravenosos de maneira conservadora, a menos que haja instabilidade cardiovascular.
- Controle empírico de antibióticos: considerar terapia antimicrobiana se suspeita de infecções bacterianas associadas.
- Rastreamento de outras infecções respiratórias virais e infecções bacterianas (devido ao risco de coinfeções).
- Considerar o tratamento empírico para a gripe, enquanto se aguarda o teste diagnóstico.
- Se houver suspeita de choque séptico, instituir um tratamento imediato e direcionado.
- Corticóide para a maturidade pulmonar fetal em parto prematuro. Preferência pela dexametasona.

10.3. Assistência ao Trabalho de Parto:

- Acolher a paciente, identificando-se, chamando-a pelo nome e explicando quais as medidas de precaução padrão que ela deve adotar durante o internamento:
 - I. Uso de máscara cirúrgica
 - II. Higienização das mãos

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 10/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

III. Etiqueta de tosse e espirro

- Acompanhantes são permitidos. Todos deverão ser submetidos a rastreamento de sinais e sintomas de COVID-19. Deverão permanecer restritos nos apartamentos e orientados a usarem máscara facial e/ou protetor facial se disponível. Pessoas sintomáticas, que apresentarem teste positivo ou contato com casos confirmados nos últimos 14 dias, não devem ser autorizados a dar suporte às parturientes.
- Monitoramento da frequência cardíaca fetal:
(Considerar idade gestacional (IG), estabilidade dos sinais vitais maternos, nível de oxigenação materna e comorbidades)
 - Pacientes assintomáticas ou oligossintomáticas com saturação $\geq 95\%$ (suspeitas ou confirmadas):
 - Cardiotografia (CTG) na admissão no Centro Obstétrico e ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal (FCF) a cada 30min na primeira fase e a cada 15min na segunda fase.
 - Pacientes com dispneia leve, em oxigenioterapia, Rx ou TC torax $< 50\%$ ou saturação $< 95\%$ e $> 93\%$ (suspeitas ou confirmadas):
 - CTG de maneira contínua ou na impossibilidade desta: ausculta intermitente da FCF a cada 15min na primeira fase e a cada 5min na segunda fase.
 - * CTG categoria 2 ou 3 podem sugerir pneumonia materna e/ou comprometimento da oxigenação fetal.
- Monitoramento da contração uterina de acordo com o protocolo PRO.MED-OBS.003 - ASSISTENCIA AO PARTO E NASCIMENTO.
- Medidas de alívio da dor:
 - Métodos não farmacológicos permitidos;
 - Analgesia de parto pode ser realizada em suas indicações habituais;
 - Drogas como opioides e óxido nitroso, devem ser evitadas pelo risco de depressão respiratória e geração de aerossóis;
 - Anestesia geral quando indicada pode ser realizada tomando-se os cuidados técnicos necessários, para evitar transmissão a equipe assistencial.

10.4. Parto:

- I. Não realizar contato pele a pele
- II. Clampeamento oportuno do cordão
- III. Manter cuidados habituais
 - Planejamento individualizado do parto.
 - Abordagem baseada em equipe multidisciplinar.
 - Paciente com COVID-19 leve sintomática a resolução será com 37 semanas com preferência pela indução do parto.
 - Alterações no padrão da frequência cardíaca fetal podem ser um indicador precoce da piora da respiração materna.
 - Deve-se conduzir com cautela o parto vaginal em pacientes com forma moderada

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 11/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

da doença (Oximetria materna, sinais vitais e monitorização contínua da frequência cardíaca fetal). Gestantes com formas graves da doença devem ser resolvidas pela via abdominal.

Atualmente, não há evidências de transmissão vertical intrauterina de SARS-CoV2. Gestantes com a COVID-19, apresentam risco aumentado de complicações respiratórias graves. Puérperas com a COVID-19 podem transmitir o SARS-CoV2 através de gotículas respiratórias durante a amamentação.

11. AMAMENTAÇÃO E PUERPÉRIO

A amamentação deve ser mantida em caso de infecção pelo Covid-19, desde que a mãe deseje amamentar e esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo. Os benefícios da amamentação superam quaisquer riscos potenciais de transmissão do vírus através do leite materno.

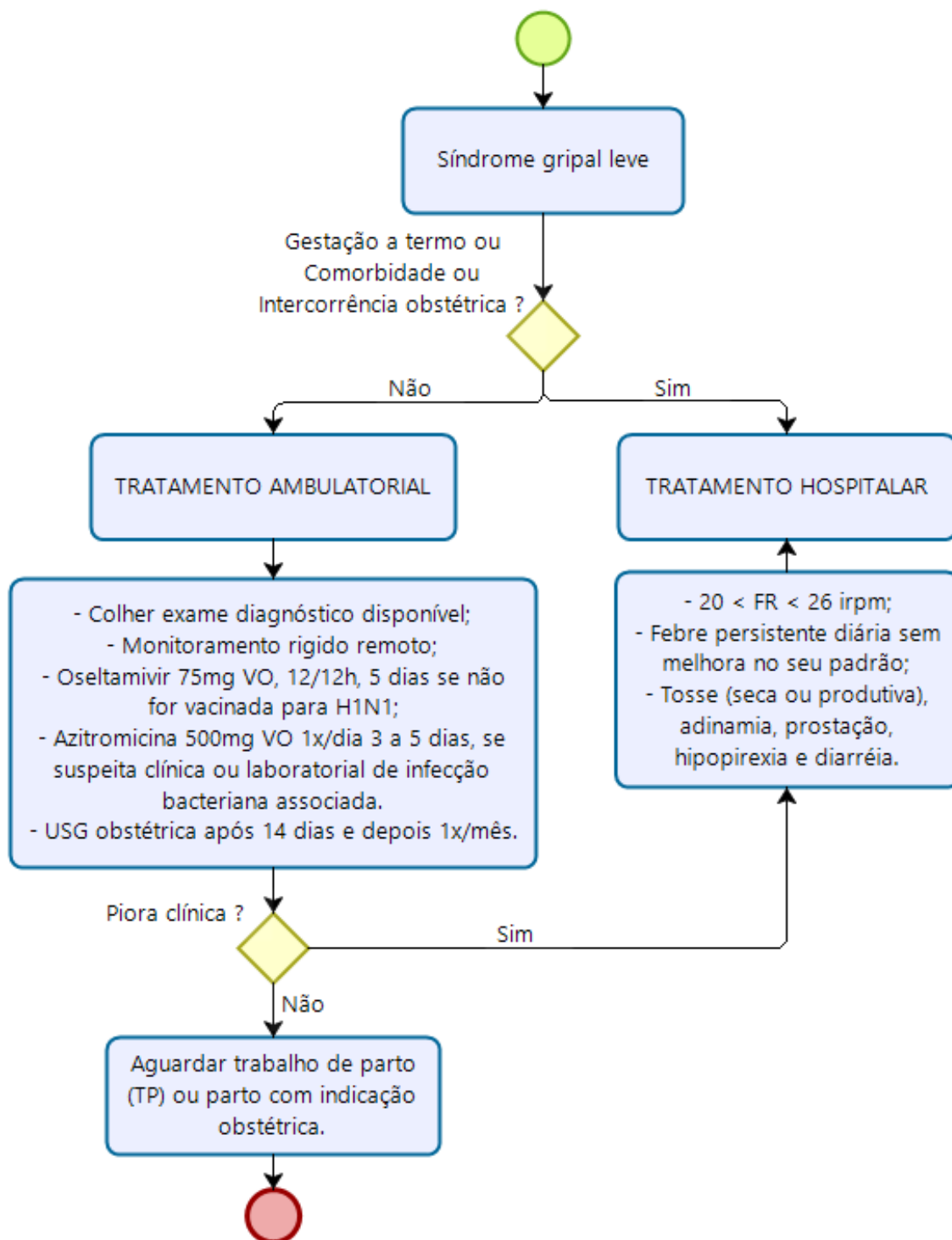
A mãe infectada deve ser orientada para observar as medidas apresentadas a seguir, com o propósito de reduzir o risco de transmissão do vírus através de gotículas respiratórias durante o contato com a criança, incluindo a amamentação:

- 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);
- Usar máscara facial (cobrindo completamente nariz e boca) durante as mamadas e evitar falar ou tossir durante a amamentação;
- A máscara deve ser imediatamente trocada em caso de tosse ou espirro ou a cada nova mamada;
- Deve-se considerar a possibilidade de solicitar a ajuda de alguém que esteja saudável para oferecer o leite materno em copinho, xícara ou colher ao bebê;
- É necessário que a pessoa que vá oferecer ao bebê aprenda a fazer isso com a ajuda de um profissional de saúde.
- Oferecer método contraceptivo, de preferência os de longa duração, imediatamente após o parto (DIU de cobre ou hormonal), implante hormonal ou progestagênio oral ou injetável (avaliar risco tromboembólico do puerpério X risco de nova gravidez em tempos de pandemia).
- Heparina de Baixo Peso Molecular profilática, ajustada pelo peso, no puerpério de pacientes com COVID grave até a alta hospitalar.
- Pacientes com COVID assintomáticas e as com quadros leves a moderados, prescrever a anticoagulação profilática se parto abdominal ou se presença de outro fator de risco para evento tromboembólico (ver protocolo PRO.MED-OBS.034), até a alta.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 12/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão: 11/05/2023
		Versão: 3	

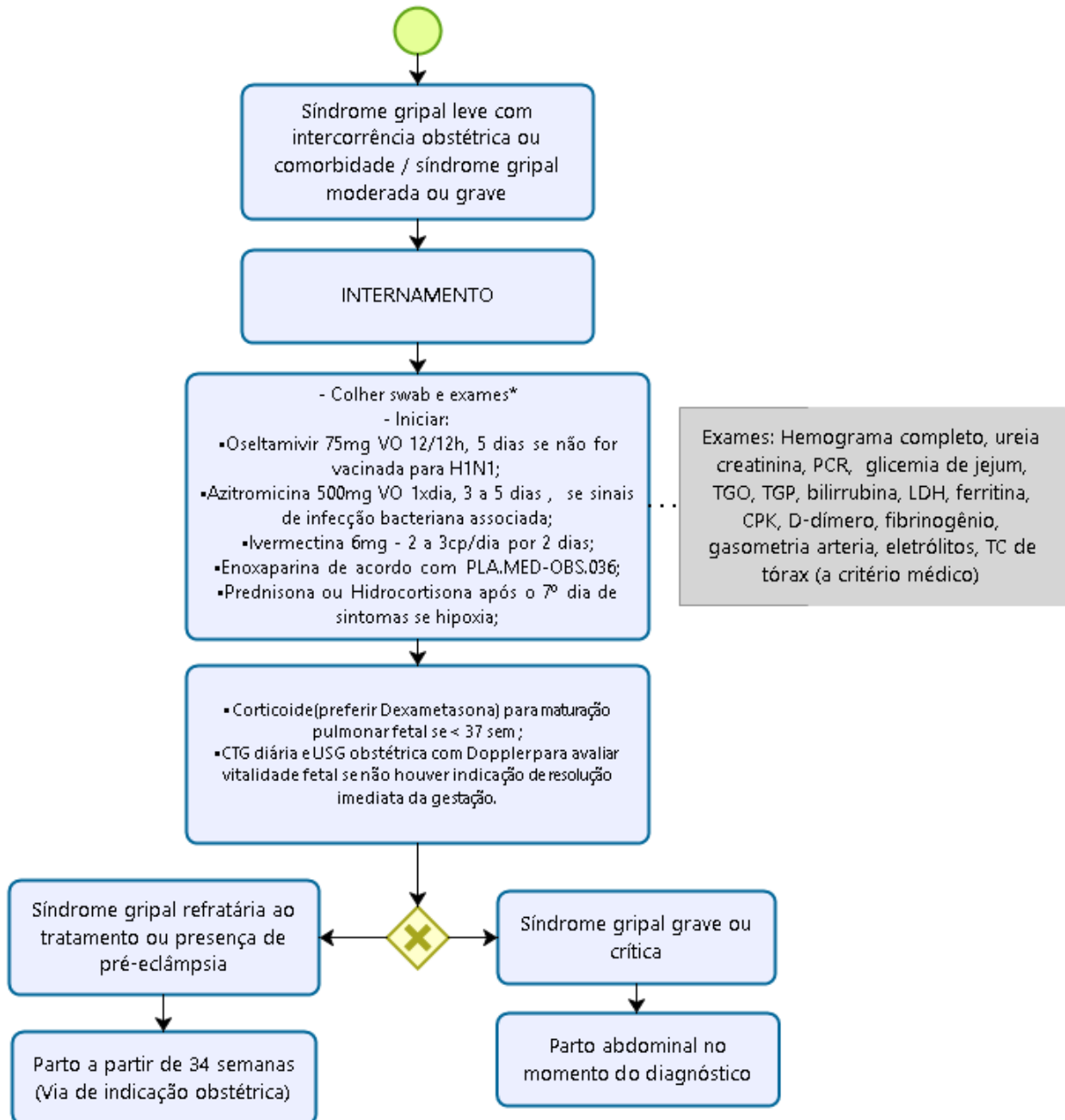
12. FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1: CONDOTA NA GESTANTE COM SÍNDOME GRIPAL LEVE



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 13/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

FLUXOGRAMA 2: CONDUTA NA GESTANTE COM SÍNDROME GRIPAL LEVE ASSOCIADA A COMORBIDADE OU SÍNDROME GRIPAL MODERADA OU GRAVE



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.040 – Página 14/15	
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO	Emissão: 11/05/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	11/05/2023

13. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIE. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da Covid-19 Brasília-DF. Abril de 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/ddt-covid-19.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019: Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros virus respiratórios. Brasília, DF, Abril de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/GuiaDeVigiEp-final.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. NOTA TÉCNICA Nº9/2020- DAPES/SAPS/MS. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/notatecnicaamentacao92020DAPESSAPSMS03abr2020COVID-19.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, Março de 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200504_ProtocoloManejo_ve_09.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 454, de 20 de Março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União, 2020.
- CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde. Nota Técnica: Recomendações de Tratamento Farmacológico ambulatorial para pacientes adultos com quadro suspeito ou confirmado de Covid-19. 26 de maio de 2020. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/26.05-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-de-tratamento-farmacol%C3%B3gico-ambulatorial-para-pacientes-adultos.pdf>
- CFM. Conselho Federal de Medicina. PARECER nº 4/2020 - PROCESSO-CONSULTA nº8/2020.Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Corona/CFM/6.pdf>
- 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, vol. 395, n. 10226, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3).
- FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. COVID-19: rBLH divulga recomendações sobre amamentação. Publicado pelo Portal Fio Cruz no dia 30/04/2020. Disponível em:

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS.040 – Página 15/15
Título do Documento	COVID-19 E GESTAÇÃO		Emissão: 11/05/2021
			Próxima revisão: 11/05/2023
		Versão: 3	

<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-rblh-divulga-recomendacoes-sobre-amamentacao>

11. FLEURY MEDICINA E SAÚDE. Testes disponíveis para o diagnóstico da Covid-19: Diferenças entre PCR e Testes Sorológicos, 2020.
12. INSTITUTO DR JOSE FROTA. PROTOCOLO COVID-19 IJF: Manejo Clínico – versão atualizada em 09.05.2020.
13. KARIMI-ZARCHI, M. et al. Vertical Transmission of Coronavirus Disease 19 (COVID-19) from Infected Pregnant Mothers to Neonates: A Review Journal Fetal and Pediatric Pathology. Fetal Pediatr Pathol, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15513815.2020.1747120>.
14. LI, Y. et al. Lack of Vertical Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, China. Emerg Infect Dis, vol 26, n. 6, 2020.
15. NARANG, K. et al. SARS-CoV-2 in Pregnancy: A Comprehensive Summary of Current Guidelines. Journal of Clinical Medicine, vol. 9, n. 5, 2020.
16. RASMUSSEN, S.A. et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID – 19) and pregnancy: what obstetricians need to know. Am J Obstet Gynecol, vol. 222, n.5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.
17. SOGESP - Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo. Infecção pelocoronavírus SARS-COV-2 em Obstetrícia. Enfrentando o desconhecido. Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/noticias/infeccao-pelo-coronavirus-sars-cov-2-em-obstetricia-enfrentando-o-desconhecido/>.
18. GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL PELA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – Ministério da Saúde - Brasília – DF Versão 3, 15 de março de 2021.
19. UPTODATE. Heparin (unfractionated): Drug information. [s.l.], 2021. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/heparin-unfractionated-drug-information?search=heparin%20\(unfractionated\):%20Drug%20information&topicRef=11753&source=related_link](https://www.uptodate.com/contents/heparin-unfractionated-drug-information?search=heparin%20(unfractionated):%20Drug%20information&topicRef=11753&source=related_link) Acesso em: 23mar.2021

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
3	11.05.2021	Aterado itens: 6., 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 7., 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 e 7.5

REVISÃO
Jordana Parente Paiva