

Pandemia de COVID-19 e o ciclo gravídico puerperal

Carlos Dias Ribeiro Neto
Victor Hugo de Oliveira Ribeiro
Lídia Lima Aragão Sampaio
Kleber Pimentel Santos
Milena Bastos Brito
Marla Niag dos Santos Rocha

Introdução

A COVID-19 é uma doença nova, com os primeiros casos tendo sido relatados em dezembro de 2019. Dessa forma, muito ainda está sendo descoberto acerca do percurso epidemiológico da doença e de sua história natural.

Em relação às gestantes, ainda existem muitos déficits nas evidências científicas atuais, e isso é corroborado pelo fato de que a presença virtual da doença entre a população tem intervalo de tempo menor que a duração média habitual de uma gestação. Além disso, é comum que os primeiros ensaios clínicos e intervenções sobre determinada condição sempre excluam inicialmente pacientes grávidas, seja por dilemas éticos ou pela complexidade biopsicossocial inerentes a esta população.

Da clínica ao diagnóstico

O novo coronavírus 2019, também conhecido como a doença COVID-19, é um vírus de RNA, da família *coronaviridae*, que possui transmissão através de gotículas e de aerossóis. Tem um período médio de incubação aproximado de 5 dias, podendo se estender até 14 dias (VARGAS *et al.*, 2020). Indivíduos acometidos apresentam predominantemente manifestações clínicas respiratórias e/ou constitucionais, tais como: tosse seca, dispneia, febre e astenia.

No entanto, sintomas gastrointestinais (como diarreia e dor abdominal) podem se apresentar de forma isolada ou associada aos sintomas respiratórios. É válido dizer ainda, que pessoas infectadas pelo Novo Coronavírus podem transmitir o patógeno mesmo antes do surgimento de sintomas, o que reforça a necessidade de medidas de isolamento social, distanciamento e etiqueta respiratória (LEI PAN *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2020; ZHANG

et al., 2020).

A infecção de COVID-19 estabelece-se em três etapas associadas à ação viral e resposta inflamatória do hospedeiro. Num primeiro estágio, a ação viral imediata é responsável por sintomatologia respiratória e constitucional inespecífica (tosse seca, cefaleia, febre) e algumas alterações laboratoriais (linfopenia, elevação do Lactato desidrogenase - LDH).

No segundo estágio da doença se dá o início e evolução da resposta inflamatória do hospedeiro, que se inicia ocasionando um acometimento pulmonar e evolui originando quadros de hipóxia. Por fim, no último estágio da doença, evidencia-se uma exacerbação da resposta inflamatória, tendo, o indivíduo, sinais de inflamação sistêmica, o que pode propiciar síndrome do desconforto respiratório agudo, instabilidade hemodinâmica e choque (FANTINI *et al.*, 2020).

No entanto, foi observado que a doença não se dá apenas a custa de resposta inflamatória em suas mais diversas gradações. Necropsias realizadas em pacientes testados positivos para a COVID-19 identificaram trombos na circulação de médios e pequenos vasos, assim como estudos retrospectivos observaram comportamento laboratorial constando elevação de diversos fatores envolvidos na cascata de coagulação – como, D-dímero –, e fatores da degradação de fibrina e fibrinogênio. Esses achados suscitam a possibilidade de que a infecção de COVID-19 esteja associada também a um estado de hipercoagulabilidade, que interfira no prognóstico de pacientes com gravidade (HAN *et al.*, 2020).

A literatura referente aos efeitos de infecções por coronavírus em gestantes ainda é limitada e baseia-se em conhecimentos adquiridos em epidemias causadas por outros agentes da mesma família, como o SARS - COV e o MERS – COV. Para tais agentes, conseguiu-se observar que a manifestação da infecção em grávidas pode variar desde quadros assintomáticos até quadros graves com necessidade de hospitalização e risco elevado de óbito (BRASIL, 2020; RASMUSSEN *et al.*, 2020; SCHWARTZ; GRAHAM, 2020).

Sabe-se que a tosse seca e febre mantêm-se como os sintomas mais prevalentes também para este grupo - mais de 80% dos casos, e que efeitos deletérios da infecção podem acometer o feto, causando crescimento intrauterino restrito, trabalho de parto pré-termo, abortamento espontâneo, morte perinatal e necessidade de internamento em unidade de terapia intensiva (RASMUSSEN *et al.*, 2020; SCHWARTZ; GRAHAM, 2020).

No que diz respeito ao novo Coronavírus, testes realizados no leite materno de gestante com exames positivos foram negativos, assim como no líquido amniótico e secreções vaginais, o que não permite concluir possibilidade de transmissão vertical. Contudo, há o

relato de recém-nascidos com IgM positivos para o novo coronavírus, ainda que não se saiba qual o significado clínico deste achado (RASMUSSEN *et al.*, 2020; SCHWARTZ; GRAHAM, 2020; ZENG *et al.*, 2020).

Em uma série de casos com avaliação de recém-nascidos de 33 gestantes sintomáticas, observou-se que três deles apresentaram sintomas de forma precoce com dois evoluindo com quadros de leve a moderada intensidade e um recém-nascido apresentando quadro grave da doença. Todos os acometidos, contudo, evoluíram para desfecho favorável (ZENG *et al.*, 2020). No entanto, a possibilidade de interferência de outros fatores, como por exemplo, a prematuridade, não permite estabelecer com exatidão a causalidade da infecção da COVID-19 (ZENG *et al.*, 2020).

Do pré-natal ao puerpério

A assistência pré-natal é essencial e reduz morbimortalidade materno-fetal, sendo necessário manter um mínimo de 6 consultas presenciais durante a gestação, no entanto, os cuidados remotos através da telemedicina podem ser úteis inclusive para a realização de consultas do próprio pré-natal ou com especialistas, assim como para o planejamento do trabalho de parto e orientações sobre maternidade e aleitamento durante o puerpério (MORRIS *et al.*, 2020; ROSS-DAVIE *et al.*, 2020; POON *et al.*, 2020). O atendimento remoto a gestantes e puérperas pode ainda ser útil no suporte psicossocial a famílias vulneráveis e de risco (MORRIS *et al.*, 2020; ROSS-DAVIE *et al.*, 2020; POON *et al.*, 2020).

Em gestantes suspeitas ou confirmadas para a COVID-19 sem fatores de risco e com um quadro clínico de leve a moderado há a possibilidade de permanecerem no domicílio durante o período de latência enquanto aguardam a consolidação do trabalho de parto (MORRIS *et al.*, 2020; ROSS-DAVIE *et al.*, 2020; POON *et al.*, 2020). Caso haja a piora clínica e a necessidade de se encaminhar ao pronto-atendimento, no entanto, a gestante o deve fazer através meio de transporte próprio e sempre deve entrar em contato com seu médico assistente e a equipe responsável antes de sua chegada (MORRIS *et al.*, 2020; ROSS-DAVIE *et al.*, 2020; POON *et al.*, 2020).

A equipe de saúde que recepcionar a gestante suspeita ou confirmada deve estar paramentada usando equipamentos de proteção individual segundo protocolos locais e deve encaminhar a paciente para unidade de isolamento apropriada assim que possível, onde o trabalho de parto deve ser conduzido idealmente (MORRIS *et al.*, 2020; ROSS-DAVIE *et al.*, 2020; POON *et al.*, 2020). Os sinais vitais da gestante devem ser monitorados

constantemente, assim como sua saturação periférica de oxigênio, cujo alvo deve ser superior a 94% com titulação de oxigênio segundo necessidade.

Em razão do relato de desfechos fetais adversos como parto prematuro e necessidade de internamento em unidade de terapia intensiva, há a recomendação de a vitalidade fetal ser continuamente monitorada utilizando-se da cardiotocografia contínua durante todo o trabalho de parto (MORRIS *et al.*, 2020; ROSS-DAVIE *et al.*, 2020; POON *et al.*, 2020).

Não há dados suficientes à disposição para influenciar na escolha da via de parto ou definir o risco do clampeamento oportuno do cordão umbilical. Desta maneira, orienta-se manter indicação obstétrica na escolha da via de parto, sempre pesando o grau de exaustão da gestante e de hipóxia, e orienta-se manter o clampeamento oportuno do cordão umbilical, desde que a condição fetal assim o permita (MORRIS *et al.*, 2020; ROSS-DAVIE *et al.*, 2020; POON *et al.*, 2020).

A gestante sintomática e o recém-nascido devem ser isolados no puerpério durante um período de 14 dias, podendo serem mantidos no mesmo quarto com o berço a uma distância mínima de dois metros da mãe. A puérpera deve ser mantida sob observação durante 48h pelo risco de piora do quadro clínico mesmo após aparente melhora, mas pode sim amamentar seu filho, desde que higienize as mãos antes e depois, use máscara e evite tossir ou espirrar enquanto estiver amamentando. Caso seu quadro clínico não permita, pode ser feita a ordenha do leite para que o aleitamento seja realizado por outro indivíduo, desde que a bomba de sucção seja higienizada após cada uso segundo instruções do fabricante (MORRIS *et al.*, 2020; ROSS-DAVIE *et al.*, 2020; POON *et al.*, 2020).

Referências

VARGAS, Angela Ribeiro *et al.* *Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV)*. 1ª ed. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Hospitalar, Urgência e Domiciliar, 2020.

ZHANG, Jin-Jin *et al.* *Clinical characteristics of 140 patients infected with SARSCoV-2 in Wuhan, China*. *Allergy*. 2020; 00: 1-12.

LEI, Pan *et al.* *Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional, multicenter study*. *American Journal of Gastroenterology*. Published online March 18, 2020.

MORRIS, Edward *et al.* *Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy: Information for healthcare professionals*. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Version 7: Published Thursday 9 April 2020.

ROSS-DAVIE, Mary *et al.* *Guidance for antenatal and postnatal services in the evolving coronavirus (COVID-19) pandemic: Information for healthcare professionals.* Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Version 1: Published Monday 30 March 2020.

POON, Liona C *et al.* *ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals.* *Ultrasound in Obstetrics and gynecology*, 2020.

ZENG, Lingkong *et al.* *Neonatal early-onset infection with SARS-Cov-2 in 33 neonates Born to Mothers with COVID-19 in Wuhan, China.* *Jama Pediatrics*, published online 26, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, COE-nCoV. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)*, Boletim epidemiológico N 02. Fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 4 abril. 2020.

HAN, Huan *et al.* *Prominent changes in blood coagulation of patients with SARS-CoV-2 infection.* *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. Fev. 2020.

FANTINI, Jacques *et al.* *Structural and molecular modeling studies reveal a new mechanism of action of chloroquine and hydroxychloroquine against SARS-CoV-2 infection.* *International Journal of Antimicrobial Agents*, 2020 Apr 3:105960. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105960.

RASMUSSEN, Sonja A. *et al.* *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know.* *American journal of obstetrics and gynecology*, 2020.

SCHWARTZ, David A.; GRAHAM Ashley L. *Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS and Other Human Coronavirus Infections.* *Viruses*, 2020.