

Para: Profissionais de Saúde - Hospitais, EPER do Serviço Regional da Saúde, Unidades de Saúde de Ilha, Delegados de Saúde Concelhios e Linha de Saúde Açores (C/c Coordenadora Regional de Saúde Pública e Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores)

Assunto: Gravidez e Parto - COVID-19

Fonte: **Direção Regional da Saúde**

Contacto na DRS: sres-drs@azores.gov.pt

Class.:C/C. C/F.

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, e na sequência de despacho de Sua Excelência a Secretária Regional da Saúde, datado de 14 junho 2020, emite-se o seguinte:

1. COVID-19 na Gravidez: Critérios de Caso e Cura

1.1. Na gravidez, nos termos da Circular Normativa nº 39, de 08 de junho de 2020 – Rastreios a SARS-CoV-2 e abordagem dos casos suspeitos ou confirmados de infeção por SARS-CoV-2, da Direção Regional da Saúde (DRS), considera-se:

- a. Caso suspeito: grávida com sintomas sugestivos de COVID-19.
- b. Caso confirmado: grávida que tem confirmação laboratorial de infeção por SARS-CoV2, a cura é determinada por dois testes laboratoriais (rRT-PCR) negativos, com pelo menos 24 horas de diferença, nas grávidas que apresentem resolução dos sintomas, incluindo ausência completa de febre durante 3 dias consecutivos, sendo o teste laboratorial realizado no mínimo 14 dias após o início dos sintomas.

2. Cuidados Pré-natais - Organização dos serviços e proteção dos profissionais

2.1. Cada instituição poderá introduzir restrições na política de visitantes, de forma a limitar o risco de transmissão de SARS-CoV-2 entre pacientes, familiares e profissionais de saúde. O acesso de visitantes e profissionais de saúde nos espaços com grávidas, parturientes, e puérperas que sejam casos confirmados ou suspeitos poderá ser condicionado, no contexto da implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com os procedimentos de cada instituição.

2.2. Os espaços, os circuitos definidos e a organização das equipas, deverão visar a garantia de cuidados seguros no contexto da COVID-19. Os profissionais de saúde deverão seguir as indicações do Serviços de Saúde e Segurança no Trabalho, da DRS, e da equipa local do PPCIRA, nomeadamente no que diz respeito à utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI),

2.3. As grávidas com gravidez de risco ou comorbilidades devem aconselhar-se com o seu médico assistente e com o Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho, relativamente ao risco de manter a atividade profissional.

3. Vigilância da Gravidez

3.1. Atendendo ao atual contexto epidemiológico, deve ser garantido o acompanhamento preconizado das utentes grávidas, em todas as fases da gestação, através da realização de consultas presenciais de vigilância da gravidez. Conforme aplicável, as Unidades de Saúde ou os Hospitais devem contactar as grávidas para o devido agendamento das consultas/exames de vigilância da gravidez.

3.2. A vigilância da gravidez de baixo risco deve ser mantida de acordo com as orientações em vigor. Devem ser assegurados:

- a. Rastreio analítico e ecográfico do primeiro trimestre;
- b. Exames analíticos do segundo trimestre e ecografia morfológica;

- c. Rastreio da diabetes entre as 24 e as 28 semanas;
- d. Vacinação contra a tosse convulsa (Tdpa) entre as 20 e as 36 semanas de gestação, idealmente até às 32 semanas e sempre após a ecografia morfológica;
- e. Profilaxia da isoimunização Rh às 28 semanas nas grávidas Rh negativas;
- f. Rastreio para *Streptococcus* grupo B entre as 35-37 semanas;
- g. Em função da situação epidemiológica, alguns procedimentos poderão pontualmente, numa avaliação clínica caso a caso, ser reagendados (tais como, a ecografia do terceiro trimestre nos casos de gravidez sem risco identificado).

3.3. Os serviços deverão organizar os agendamentos de consultas presenciais tendo em conta o princípio de consulta de ato único, bem como ter presentes as medidas de distanciamento físico em vigor, nomeadamente através de horários de atendimento desfasados, orientando as grávidas, aquando da marcação da consulta, para a necessidade de utilização de máscara cirúrgica no interior da instituição de saúde,

3.4. Cada Serviço de Obstetrícia deve ponderar a possibilidade de criar uma linha telefónica de apoio à grávida em vigilância pré-natal de alto risco.

3.5. Os cuidados em saúde mental, durante a gravidez e no pós-parto, devem ser mantidos e se necessário reforçados. As videoconsultas e teleconsultas são formas alternativas de prestação desses cuidados. Pelo risco acrescido de perturbações de ansiedade e humor em período pandémico, as grávidas devem ser questionadas sobre o seu estado emocional a cada contacto.

3.6. O acesso à interrupção da gravidez por opção da mulher deve ser assegurado, de acordo com as orientações em vigor.

3.7. Cada Unidade de Saúde de Ilha/Hospital, EPER deverá avaliar as condições físicas de que dispõe, nomeadamente a garantia do distanciamento físico, de forma a permitir a presença de um acompanhante na vigilância pré-natal, quando possível. O

acompanhante deverá utilizar uma máscara cirúrgica e seguir todas as indicações fornecidas pela unidade de saúde.

4. Cuidados Urgentes na Gravidez - Todas as Grávidas

4.1. Todas as grávidas que entram numa instituição de saúde, incluindo o serviço de urgência, devem utilizar uma máscara cirúrgica, desde o momento do acesso à instituição.

4.2. Deve ser assegurado para todas as grávidas, um momento de triagem nos serviços de urgência, relativamente aos sintomas de COVID-19, bem como a eventuais contactos de risco com doentes com COVID-19. Estas informações devem ser transmitidas às equipas de saúde.

4.3. As instituições de saúde que prestem cuidados obstétricos urgentes a grávidas devem divulgar uma linha telefónica de apoio para triagem e aconselhamento telefónico. Quando necessário, o retorno de chamadas deve também ser assegurado pela mesma instituição.

5. Procedimentos para Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

5.1. As grávidas 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. Nestes casos, as grávidas devem contactar a Linha de Saúde Açores (808 24 60 24) para avaliação da situação e para que sejam desencadeados os devidos procedimentos (prioritários).

a) A colheita poderá ocorrer no domicílio, devendo a grávida, até conhecimento do resultado, ficar em isolamento profilático sob vigilância ativa pela Delegação de Saúde Concelhia da respetiva Unidade de Saúde de Ilha. Se o resultado for negativo para SARS-COV-2, a grávida retoma a sua vida normal. As grávidas com

teste positivo para SARS-COV-2 devem ser transferidas/internadas até cura no Serviço de Obstetrícia (área COVID-19) do Hospital, EPER da área de influência. Durante este período, a vigilância da gravidez fica a cargo do Serviço de Obstetrícia.

5.2. Nas grávidas que tiveram COVID-19 e estão curadas, a vigilância subsequente da gravidez deve decorrer em meio hospitalar. Cerca de 3-4 semanas após a cura deve ser realizada uma ecografia obstétrica, com avaliação do crescimento fetal, avaliação anatómica detalhada, fluxometria multivasos e, caso tenha ocorrido hipoxemia materna relevante durante a infeção, neurosonografia fetal até às 32 semanas. A avaliação do crescimento fetal deve manter monitorização individualizada.

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

6.1. Nas situações de sintomas respiratórios moderados ou graves, ou outras queixas obstétricas consideradas graves e/ou urgentes as grávidas devem, de imediato, ligar para o 112 e seguir as orientações transmitidas.

6.2. Caso seja necessário deslocarem-se a uma instituição de saúde, devem utilizar preferencialmente veículo próprio.

6.3. Caso seja necessário o transporte em ambulância, a grávida deve prestar informação sobre a situação de suspeita ou confirmação de COVID-19 à equipa do pré-hospitalar ativada pelo Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA). Caso a grávida não tenha conhecimento da situação, sendo o profissional de saúde a reconhecer a suspeita de Covid-19, deve o mesmo informar de imediato a Regulação Médica.

6.4. A Regulação Médica deve informar de imediato o médico de serviço na unidade de saúde de destino que irá receber uma grávida com suspeita ou confirmação de COVID-19, por forma a garantir a organização das equipas e a antecipação dos procedimentos.

6.5. As UBUs e /ou urgências hospitalares devem ter circuitos separados para grávidas com suspeita ou infeção por SARS-CoV2, que incluam uma área de isolamento ou uma área dedicada, com condições e equipamentos necessários à prestação dos cuidados de saúde obstétricos de urgência, bem como uma zona para os profissionais de saúde se equiparem e desequiparem com o EPI adequado.

7. Cuidados Urgentes na Gravidez – todas as Grávidas

7.1. Todas as grávidas que entram numa instituição de saúde, incluindo o serviço de urgência, devem utilizar uma máscara cirúrgica, desde o momento do acesso à instituição.

7.2. Deve ser assegurado para todas as grávidas, um momento de triagem nos serviços de urgência, relativamente aos sintomas de COVID-19, bem como a eventuais contactos de risco com doentes com COVID-19. Estas informações devem ser transmitidas às equipas de saúde. Deverão ser efetuados os procedimentos conforme ponto 5.

7.3. Nas admissões nos serviços de urgência por tosse, febre ou dispneia sem contexto epidemiológico, as grávidas devem ser sujeitas a rastreio para SARS-CoV-2.

7.4. As instituições de saúde que prestem cuidados obstétricos urgentes a grávidas devem divulgar uma linha telefónica de apoio para triagem e aconselhamento telefónico. Quando necessário, o retorno de chamadas deve também ser assegurado pela mesma instituição.

7.5. Os casos identificados como tendo necessidade de atendimento presencial nas instituições de saúde, devem ser sinalizados e as equipas preparadas.

8. Cuidados Urgentes na Gravidez – Grávidas com suspeita de COVID-19

8.1. As urgências hospitalares devem ter circuitos separados para grávidas com suspeita ou infeção por SARS-CoV2, que incluam uma área de isolamento ou uma área dedicada, com condições e equipamentos necessários à prestação dos cuidados de saúde obstétricos de urgência, bem como uma zona para os profissionais de saúde se equiparem e desequiparem com o EPI adequado.

8.2. Os profissionais de saúde que prestam cuidados a grávidas suspeitas ou infetadas com COVID19 devem equipar-se com o EPI adequado. Estes profissionais devem ter treino regular sobre a colocação e a retirada do EPI.

8.3. Apenas os profissionais destacados para o atendimento da grávida devem entrar na área de isolamento ou área dedicada. Deve ser permitido à grávida manter consigo o telemóvel, no sentido de minorar os efeitos do isolamento. Enquanto se mantiver a suspeita de COVID-19, a grávida deve ser tratada em isolamento e os profissionais devem utilizar o EPI adequado, de acordo com as orientações da DRS em vigor.

8.4. 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.

9. Internamento Hospitalar Durante a Gravidez

9.1. Todas as mulheres, mesmo que assintomáticas, que necessitem de internamento hospitalar para assistência ao parto ou por complicações da gravidez ou para programação do parto (indução do trabalho de parto ou cesariana eletiva), devem realizar teste laboratorial para SARS-CoV-2, Nos internamentos programados, os

testes devem ser realizados com a antecedência necessária para que os resultados estejam disponíveis na altura do internamento, idealmente não ultrapassando as 48-72 horas de antecedência. Todos os procedimentos obstétricos eletivos devem ser adiados até haver resultado do teste SARS-CoV-2.

9.2. Nos procedimentos emergentes, a ausência de um teste laboratorial não deve atrasar a prestação de cuidados clínicos adequados, devendo, nestas circunstâncias, ser utilizado o EPI adequado por parte dos profissionais de saúde.

9.3. Aplicam-se às grávidas com COVID-19 os critérios de internamento hospitalar e de admissão em unidade de cuidados intensivos. Em todos os casos deve ser assegurado o acompanhamento, em equipa multidisciplinar, pela equipa de obstetrícia.

9.4. As grávidas com gestação superior a 24 semanas e que necessitem de internamento por sintomas respiratórios, devem ser preferencialmente internadas em unidades hospitalares dotadas de Unidades de Cuidados Intensivos para adultos, Serviço de Obstetrícia e Serviço de Neonatologia.

9.5. A abordagem destas grávidas deve ser multidisciplinar (obstetrícia, infeciologia, anestesiologia e neonatologia). Consoante a gravidade do quadro clínico materno, pode também ser necessário consultar outras especialidades.

9.6. A realização de exames imagiológicos (radiografias e tomografia computadorizada do tórax) deve seguir os critérios clínicos aplicados aos adultos com COVID-19. Nestes casos, devem ser utilizados os protocolos habituais de proteção do feto para radiações.

9.7. A monitorização cardiotocográfica deve ser decidida de forma individualizada, de acordo com a idade gestacional e o quadro clínico materno.

10. Internamento Hospitalar de Grávidas com Confirmação de COVID-19 e Necessidade de Cuidados Obstétricos

10.1. As grávidas com sintomas respiratórios ausentes ou ligeiros e com necessidade de cuidados obstétricos devem preferencialmente ser internadas em serviços de obstetrícia, numa ala separada das restantes grávidas, em quartos individuais.

10.2. A vigilância da situação obstétrica e a monitorização fetal regem-se pelos protocolos habituais.

10.3. Na avaliação médica diária, deve ser dada particular atenção à identificação de critérios de gravidade da COVID-19. Dependendo do quadro clínico, recomenda-se a avaliação a cada 4 ou 8 horas dos sinais vitais (frequência respiratória, temperatura corporal, tensão arterial e frequência cardíaca) e saturação periférica de oxigénio.

10.4. Se a situação clínica materna for estável e estiver indicada a terminação da gravidez, a via de parto rege-se apenas por critérios obstétricos. Perante uma gravidez de termo, a decisão de terminar a gravidez deve ter em conta o agravamento expectável da situação clínica materna.

10.5. Se se verificar agravamento clínico materno deve ser realizada uma avaliação multidisciplinar. As grávidas com sintomas respiratórios moderados e graves devem realizar avaliação do balanço hídrico, de forma a evitar sobre-hidratação, e sobrecarga pulmonar e cardíaca.

10.6. Na presença de insuficiência respiratória moderada a grave, e hipoxemia com implicações maternas ou fetais, o parto deve ser antecipado por cesariana, logo após estabilização clínica da grávida. A decisão sobre a terminação da gravidez deve ter em conta o estado materno e fetal, o potencial de recuperação após o parto e a idade gestacional.

10.7. O conhecimento científico sobre a medicação obstétrica é ainda limitado, mas, à data, recomenda-se:

a) A Indometacina (para tocolise) deve ser evitada, dada a possibilidade de agravar o quadro respiratório materno, devendo ser dada preferência à Nifedipina ou Atosiban como tocolíticos; após as 28 semanas de gestação, não devem ser administrados antiinflamatórios não esteróides (AINEs).

b) A utilização de corticosteroides deve ser ponderada em contexto multidisciplinar e ter em conta o estado clínico materno e a idade gestacional. Deve continuar a ser considerada a sua utilização no contexto de indução da maturação fetal até às 34 semanas.

c) O sulfato de magnésio pode condicionar depressão respiratória, pelo que a sua utilização requer uma monitorização apertada dos níveis circulantes do fármaco e da função respiratória, particularmente em grávidas com doença moderada/grave.

d) Se for necessária oxigenoterapia, deve administrar-se por dispositivo nasal sem humidificação (no caso de fluxos inferiores a 4L/min).

10.8. Deve ser ponderada profilaxia com heparina de baixo peso molecular (HBPM) nas grávidas internadas com suspeita ou confirmação de COVID-19, exceto se houver uma contraindicação ou se for expectável que o parto ocorra nas 12 horas seguintes. A duração da terapêutica, nas mulheres com COVID-19, não é consensual, mas pode ser considerada a sua manutenção entre 10 dias (nas mulheres assintomáticas) e 6 semanas (nas mulheres sintomáticas) pós-parto, de acordo com a avaliação clínica caso a caso.

11. Internamento para Assistência ao Parto - Grávida sem suspeita ou confirmação de infeção COVID-19

11.1. A realização do parto deve decorrer nos moldes habituais, com o reforço das medidas de prevenção e controlo de infeção e a utilização de EPI adequado,

11.2. Na assistência ao parto, desde que não haja contra-indicação, é recomendado implementar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e/ou de alívio da dor e apoiar as escolhas da grávida relativamente ao parto.

12. Internamento para Assistência ao Parto - Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

12.1. Toda a equipa de saúde ligada ao Bloco de Partos deve ser informada da entrada de uma parturiente com suspeita ou confirmação de COVID-19, incluindo as equipas de anestesiologia e a neonatologia. Se disponível, o parto deve ocorrer num bloco de partos com pressão negativa, dedicado a casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

12.2. A infeção COVID-19 pode cursar com trombocitopenia, pelo que se recomenda a realização de hemograma na admissão ao trabalho de parto.

12.3. Se a situação clínica materna for estável, a via de parto rege-se por critérios obstétricos. Na presença de dificuldade respiratória grave ou de hipoxia com implicações maternas ou fetais, o parto deve ser por cesariana.

12.4. O trabalho de parto, o parto vaginal ou a cesariana devem ocorrer idealmente em sala devidamente equipada com pressão negativa.

12.5. Deve ser realizada monitorização cardiotocográfica contínua durante todo o trabalho de parto.

12.6. Recomenda-se a instituição precoce de analgesia epidural no trabalho de parto, como forma de minimizar a necessidade de realizar uma anestesia geral, caso venha a ser indicada uma cesariana de emergência.

12.7. A equipa multidisciplinar do Bloco de Partos (obstetrícia, anestesiologia, enfermagem de saúde materna e obstétrica, neonatologia) deve ser informada do início do período expulsivo. Perante uma parturiente assintomática ou pouco sintomática, devem estar presentes na sala apenas um obstetra e um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, ambos experientes em cuidados intraparto. À porta da sala deve estar um profissional diferenciado na assistência ao recém-nascido. Todos os profissionais presentes dentro da sala devem estar equipados com EPI adequados, A restante equipa de saúde deve estar rapidamente disponível, caso seja necessário.

12.8. Em situações de dificuldade respiratória materna, o limiar de decisão para realizar um parto instrumentado deve ser menor.

12.9. Não existe atualmente evidência segura sobre a melhor altura para clampagem do cordão umbilical, pelo que se devem manter as recomendações habituais, sempre que possível.

12.10. Para os cuidados ao recém-nascido deve ser seguida a Circular Normativa n.º 60, de 15 de junho de 2020, da DRS.

12.11. Perante um aborto ou morte fetal em grávida com suspeita ou confirmação de COVID-19, deve ser considerada a colheita de tecido placentário para pesquisa de SARS-CoV-2.

13. Cesariana em Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

13.1. As grávidas que não vão ser submetidas a anestesia geral. Devem utilizar uma máscara cirúrgica durante todo o procedimento.

13.2. Devem existir *kits* padronizados pré-preparados, com todos os fármacos e material necessário, para atuação clínica imediata em emergências, com antecipação das possíveis complicações e a necessidade de conversão de uma anestesia loco-regional a anestesia geral.

13.3. A equipa cirúrgica-anestésica deve ser constituída por profissionais com experiência casuística, utilizando o EPI adequado. Idealmente, deve ser promovido um *briefing* com toda a equipa antes do procedimento, de forma a planear as diferentes etapas.

13.4. Nas cesarianas sob anestesia geral, em que há maior risco de disseminação do vírus por aerossolização, ou se houver grande probabilidade de conversão para anestesia geral, o EPI de toda a equipa cirúrgica-anestésica deverá ser o de procedimentos invasivos (acresce cógula ou fato integral, a proteção de sapatos, e segundo par de luvas), Deve reduzir-se o mais possível o número de pessoas dentro da sala durante os procedimentos de manipulação da via aérea, onde a possibilidade de aerossolização é superior.

13.5. O local do recobro pós-operatório imediato deve ser decidido em função do estado clínico da puérpera.

14. Acompanhante da Grávida durante o Parto

A presença de acompanhante da mulher durante o parto é um direito reconhecido nos serviços de saúde. Contudo, no âmbito da pandemia COVID-19 foi implementado um

conjunto de medidas excecionais de prevenção e controlo de infeção, com o objetivo de minimizar o risco de transmissão da infeção por SARS-CoV-2, especialmente em ambiente hospitalar. Estas medidas deverão ser adaptadas em função da evolução epidemiológica em cada momento e em cada local.

Assim,

14.1. As unidades hospitalares devem procurar assegurar as condições necessárias para permitir a presença de um acompanhante durante o parto. Para tal, o acompanhante:

- a) Não deve ter qualquer sintoma sugestivo de COVID-19 ou contacto com doentes com infeção por SARS-CoV-2 (quer sintomáticos quer assintomáticos), nos últimos 14 dias;
- b) Deve realizar teste de rastreio, em simultâneo com a grávida ou mais próximo possível do parto. A realização de testes laboratoriais deve ser equacionada com base no princípio de que o seu resultado altera a conduta clínica, e tendo em conta que um teste negativo, sobretudo quando realizado dias antes do parto, não exclui definitivamente a possibilidade de infeção por SARS-CoV-2, pelo que os profissionais de saúde devem manter todas as medidas de prevenção e controlo de infeção adequadas no contexto da pandemia COVID-19;
- c) Será apenas um, sem troca de acompanhantes;
- d) Deve cumprir as regras de higienização de mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico, utilização de máscara cirúrgica, bata descartável e protetor de calçado, e as demais regras da unidade hospitalar e orientações dos profissionais de saúde;
- e) Deve evitar o contato com todos os outros utentes internados. O acompanhante deve ser orientado sobre os locais por onde pode circular no serviço/instituição.

14.2. As pessoas sob confinamento obrigatório, por serem doentes com infeção por SARS-CoV-2 ou por estarem em vigilância ativa por determinação das autoridades de saúde (por exemplo, os coabitantes de casos confirmados), não podem ser consideradas acompanhantes da mulher grávida.

14.3. De forma a diminuir a possibilidade de transmissão da infeção, recomenda-se que haja limitação às entradas e saídas do acompanhante. Assim, deve ser discutido com a parturiente o período que considera mais relevante para ter a presença do acompanhante.

14.4. Quando a presença de acompanhantes não puder ser assegurada de forma segura, podem ser consideradas medidas excecionais de restrição de acompanhantes, desde que sejam proporcionadas e fundamentadas no risco de infeção por SARS-CoV-2. Estas situações devem ser devidamente explicadas aos acompanhantes.

14.5. No caso das mulheres grávidas com COVID-19 deve ser considerada a restrição da presença de acompanhante, de forma a diminuir a propagação da infeção por SARS-CoV-2 a pessoas que possam vir a estar envolvidas nos cuidados ao recém-nascido no seio familiar.

14.6. Nas cesarianas sob anestesia geral não deve estar presente nenhum acompanhante.

O Diretor Regional