



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**NOTA TÉCNICA Nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**

**1. ASSUNTO**

1.1. RECOMENDAÇÕES PARA O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19:

1.1.1. A presente nota técnica tem como objetivo fornecer recomendações para os profissionais de saúde que atuam no cuidado a gestantes e recém-nascidos (RN) no pré-parto, parto e puerpério, a partir das evidências disponíveis até o momento.

1.1.2. Ressalta-se que as recomendações podem ser alteradas conforme novos dados forem publicados na literatura especializada. Para outras informações referentes ao período gestacional, favor consultar a nota técnica no 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS (0014259571).

**2. ANÁLISE**

2.1. Considerando o momento epidemiológico e o Decreto Legislativo no 6 de 2020, que reconhece a ocorrência do estado de calamidade pública, em vigor desde o dia 20 de março de 2020, bem como o dever estatal de limitar direitos individuais em prol de interesses coletivos, com fundamento no art. 6º, caput, c/c o art. 196, caput, da Constituição Federal, e o art. 19-J, § 2º, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, infere-se que alguns direitos individuais podem, temporariamente, sofrer restrições em face da predominância dos interesses sociais envolvidos.

2.2. Admissão para parto no contexto COVID-19:

2.2.1. Toda parturiente e seu acompanhante devem ser triados para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 antes da sua admissão no serviço obstétrico. Será considerada suspeita ou confirmada a pessoa que:

2.2.1.1. Esteve em contato que signifique exposição, independentemente de ser em sua residência ou ambientes que possa frequentar e que possuía caso suspeito ou confirmado, mesmo estando assintomática;

2.2.1.2. Relatar febre aferida ou referida e tosse ou dor de garganta ou dispnéia.

2.2.1.3. Apresentar resultado de exame positivo para SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias.

2.3. O acompanhante, desde que assintomático e fora dos grupos de risco para COVID-19, deve ser permitido nas seguintes situações:

2.3.1. mulheres assintomáticas não suspeitas ou testadas negativas para o vírus SARS-CoV-2: neste caso, também o acompanhante deverá ser triado e excluída a possibilidade de infecção pelo SARS-CoV-2.

2.3.2. mulheres positivas para o vírus SARS-CoV-2 ou suspeitas: o acompanhante permitido deverá ser de convívio diário da paciente, considerando que a permanência junto à parturiente não aumentará suas chances de contaminação; assim sendo, se o acompanhante não for de convívio próximo da paciente nos dias anteriores ao parto, este não deve ser permitido.

2.3.3. Em qualquer situação, não deve haver revezamentos (para minimizar a circulação de pessoas no hospital) e os acompanhantes deverão ficar restritos ao local de assistência à parturiente, sem circulação nas demais dependências do hospital.

2.3.4. O surgimento de sintomas pelo acompanhante em qualquer momento do trabalho de parto e parto implicará no seu afastamento com orientação a buscar atendimento em local adequado.

2.4. Conforme resultado da triagem:

2.4.1. triagem negativa: a parturiente deve ser manejada habitualmente conforme protocolos de boas práticas já vigentes; ressalta-se a importância de ter acompanhante também classificado como negativo para COVID-19. Ambos devem receber orientações de medidas de prevenção de infecção;

2.4.2. triagem positiva (gestante ou acompanhante): A parturiente deve ser transferida para quarto em isolamento idealmente em regime Pré-parto/Parto/Puerpério atendidos no mesmo ambiente (PPP), utilizar máscara cirúrgica, receber orientações e meios de higienizar as mãos e receber cuidado de pessoal devidamente protegido com EPI. A circulação no quarto deverá ser restrita. O acompanhante também deverá usar máscara cirúrgica e ser considerado portador do SARS-CoV-2; deve-se adotar uma linguagem clara e objetiva com a parturiente e acompanhante, para minimizar angústias e ansiedades sobre o quadro clínico e as medidas de precaução a serem adotadas, os profissionais devem adotar escuta ativa e qualificada para respostas a possíveis questionamentos.

2.5. As mulheres que já estiverem sob suspeita ou confirmadas para COVID-19 (e, portanto, em isolamento social) e que precisarem procurar atendimento em serviço obstétrico, devem comparecer por meios próprios ou acionar os serviços de urgências e emergência na região de seu domicílio ou outro serviço de transporte de seu município para obter orientações. Se for necessária uma ambulância, o responsável deve ser informado da suspeita ou confirmação de infecção. O serviço que receberá a parturiente também deve ser informado, para se preparar para receber a mulher em ambiente de isolamento adequado e com equipe paramentada;

2.6. Uma vez diagnosticado o trabalho de parto ativo ou qualquer outra condição que indique a internação da paciente, toda a equipe multidisciplinar deve ser avisada da presença de uma paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 internada no serviço, por exemplo: médico obstetra, anestesista, neonatologista; enfermagem obstétrica e neonatal; técnicos de enfermagem; equipe de CCIH; responsável pelo serviço de saúde, entre outros, conforme fluxos e disponibilidades locais;

2.7. Para gestante com indicação de internação ou em trabalho de parto, recomenda-se, o monitoramento contínuo da saturação de O<sub>2</sub> por oximetria de pulso, com o registro a cada hora durante o trabalho de parto, além das avaliações habituais. Valor menor que 95% deve ser considerado sinal de alerta de deterioração do quadro pulmonar, indicando necessidade de reavaliação clínica imediata e terapêutica adequada. Há protocolos recomendando monitorização fetal contínua durante o trabalho de parto e parto destas pacientes<sup>2</sup>; se esta estiver indisponível, prezar pela ausculta intermitente frequente e de qualidade dos batimentos cardíacos fetais;

2.8. Caso não haja indicação clínica de internação, somente a infecção confirmada por SARS-CoV-2 não se configura indicação para cesariana. Contudo, há relatos de taxas de prematuridade e sofrimento fetal, mais elevadas do que o esperado<sup>1</sup>; assim, orienta-se atenção especial a sinais e sintomas de descompensação materna e/ou fetal, no momento da avaliação incluindo a orientação a mãe sobre os movimentos fetais (mobilograma) e a procura por serviços de saúde em casos de alterações no quadro.

2.9. A infecção por SARS-CoV-2 em si não é uma indicação para antecipação do parto, a menos que haja uma necessidade de estabilidade de oxigenação materna.

2.10. Gestantes com sintomas leves e estáveis: deve-se manter a gravidez sob vigilância rigorosa nos serviços de atenção primária de referência da gestante sendo orientada sobre os sintomas e possíveis intercorrências relacionadas a sua gestação

2.11. Gestantes com sintomas graves ou críticos: indica-se internação e, conforme indicação médica, a antecipação do parto pode ser necessária.

2.12. Pelo exposto acima, não se recomenda o parto de mulheres suspeitas ou confirmadas para SARS-CoV-2 em domicílios ou em Centros de Parto Normal (CPN), e sim em centros de referência, com maior nível de complexidade para os eventuais casos de descompensações materna e/ou fetais.

2.13. Não se recomenda o parto na água em virtude da impossibilidade de proteção adequada da equipe e do neonato de contaminação pelo SARS-CoV-2 (que é eliminado nas fezes<sup>3,4</sup>);

2.14. Os métodos não farmacológicos de alívio à dor, podem e devem ser ofertados de modo a favorecer a evolução fisiológica do parto. O acesso ao chuveiro fornece benefício adicional de promover a antissepsia do corpo da mulher em trabalho de parto em relação às partículas virais. Atenção deve ser dada a não compartilhar esses métodos com mulheres negativas para COVID-19.

2.15. Não há evidências de risco aumentado de transmissão do vírus com analgesia e anestesia farmacológica para parto sob punção raquidiana e/ou peridural<sup>2</sup>. Sendo assim, estes métodos estão liberados no contexto COVID-19. Deve-se tomar cuidado para evitar a necessidade de anestesia geral, pois o procedimento de intubação orotraqueal (IOT) gera aerossóis e, portanto, aumenta o risco de contaminação da equipe. Novamente, prezar pelo monitoramento adequado do bem-estar materno e fetal dentro dos serviços maternos de referência da mulher gestante, antecipando-se a situações de parto de emergência com necessidade de IOT, e quando esta for imprescindível, atentar para a proteção adequada da equipe.

2.16. Recomendações para o pós-parto:

2.16.1. Para todas as puérperas, independente do status de infecção pelo SARS-CoV-2:

2.16.1.1. Acompanhante após o parto deve ser permitido somente em situações onde há instabilidade clínica da mulher ou condições específicas do RN, ou ainda menores de idade. Nas demais situações, sugere-se a suspensão temporária, para redução do fluxo de pessoas dentro do hospital/maternidade. Os acompanhantes que permanecerem deverão ser orientados sobre as medidas para redução da propagação do vírus.

2.16.1.2. Todas as visitas devem ser, temporariamente, suspensas, visando a proteção de todos.

2.17. A respeito do aleitamento sugerimos leitura da nota técnica nº 07/2020 (0014259571) NUP-25000.041761/2020-02.

2.17.1. Puérperas e bebês em boas condições deverão ter alta a partir de 24 horas em alojamento conjunto, de acordo com as diretrizes da portaria GM no 2.068, de 21 de outubro de 2016, que institui diretrizes para organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto

2.17.2. Existe a possibilidade de parturientes e puérperas desenvolverem sintomas da COVID-19 durante a internação, tendo em vista o período estimado de incubação de 0 a 14 dias (média de 5-6 dias). Toda a equipe deve estar ciente dessa possibilidade, principalmente aqueles que medem regularmente os dados vitais da paciente. O foco é identificar o mais precocemente possível o

início de novos sintomas respiratórios (como tosse, desconforto respiratório, dor de garganta, entre outros) ou febre inexplicada igual ou superior a 37,8°C, e providenciar isolamento imediato quando suspeita de COVID-19;

### **3. CONCLUSÃO**

3.1. As recomendações aqui contidas são informadas por evidências científicas atuais, diante do cenário de risco da infecção pelo agente etiológico SARS-CoV-2, obedecendo o comportamento da doença COVID-19 no território brasileiro e poderão ser alteradas em momento oportuno.

### **REFERÊNCIAS**

- 1 - SCHWARTZ, DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with 2 COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. Arch Pathol Lab Med 2020 Mar 17 [Online ahead of print]
- 2 - ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy – Information for healthcare professionals. Version 3 – 18 March, 2020
- 3 - WEIYONG ET AL. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy: a case series. Preprints 2020, 2020020373
- 4 - WANG ET AL. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA Published online February 7, 2020
- 5 - POON ET AL. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. Ultrasound Obstet Gynecol 2020 Mar 11[Online ahead of print]
- 6 - FAVRE ET AL. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. Lancet Infect Dis 2020; published online March 3, 2020
- 7 - CHEN ET AL. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records; Lancet 2020; 395: 809–15
- 8 - LI ET AL. Lack of vertical transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, China. Emerg Infect Dis. 2020 Apr
- 9 - FAN ET AL. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? Clin Infect Dis 2020 Mar 17[Online ahead of print]

DISQUE  
SAÚDE  
**136**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL