

# **INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA – ISEA**

## **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 (INFECÇÃO SUSPEITA OU CONFIRMADA)**

### **INTRODUÇÃO**

Desde o final do ano de 2019 o mundo enfrenta uma crise após a descoberta de um novo vírus na população mundial: o SARS-Cov-2, uma variação de um vírus preexistente chamado de coronavírus, que causa a doença de manifestações predominantemente respiratórias que foi denominada COVID-19. O primeiro trabalho que demonstrou as suas alterações é bastante recente, tendo sido publicado há cerca de três meses(1). Mesmo assim a comunidade médica e científica mundial iniciou com urgência a realização de trabalhos e pesquisas acerca dessa doença que já acomete todas as camadas sociais, idades e gêneros da sociedade (1–3).

Diversos países já foram acometidos por essa doença, mas especialmente China e Itália tiveram surtos com os maiores números de casos, registrando-se elevado número de mortes(4,5). Recentemente, o número de casos nos Estados Unidos da América superou o número de casos na China, Itália e Espanha, configurando grave problema de saúde pública. Devido à rapidez da disseminação do vírus em tão curto período, ainda são escassos os trabalhos esclarecendo as nuances de tratamento, diagnóstico e prognóstico, sendo poucas as revisões publicadas na literatura sobre o tema. Apesar disso, já se sabe que os sintomas mais frequentes são febre, coriza, congestão nasal, tosse, dispneia, mal-estar e mialgia(1–3,5). Laboratorialmente os pacientes apresentam alterações no níveis de albumina, elevação da proteína C reativa (PCR), D-dímero, desidrogenase láctica (DHL), velocidade de hemossedimentação (VHS) e uma linfopenia(1,6–12). Cerca de 22% dos pacientes apresentam elevação das enzimas hepáticas e habitualmente as plaquetas estão no limite inferior da normalidade (1,7–12). Pacientes com fatores de risco de imunossupressão aguda ou crônica são mais propensos a desenvolver formas mais graves de manifestações do vírus e o risco de complicações e morte é maior naqueles com comorbidades, sobretudo doença cardiovascular (1,3,5,13). Estima-se que 80% dos doentes apresentam sintomas leves(14), enquanto 20% irão evoluir com complicações, dentre as quais pneumonia e sepse e 5% irão requerer cuidados de terapia intensiva (14).

A letalidade varia de país para país, porém os dados da China permitem estimar uma taxa em torno de 3% (14).

O tratamento da doença ainda se demonstra incerto, e a comunidade científica tem dificuldades em estabelecer parâmetros fidedignos e uniformes para a conduta. Tendo em vista o alto grau de transmissibilidade da doença, um trabalho na Singapura demonstrou a necessidade da realização de medidas de contenção dentro dos serviços hospitalares para evitar a contaminação disseminada de pacientes e profissionais de saúde(15). Além disso, evidências mais recentes demonstram que a estratégia mais efetiva para supressão da epidemia consiste na testagem universal dos casos suspeitos e contactantes e medidas de isolamento social que devem ser indicadas para toda a comunidade (isolamento horizontal), no sentido de achatando a curva de disseminação do vírus e permitir a adequação dos recursos de saúde. Países como a Coreia do Sul, que adotaram protocolos rígidos de testagem e isolamento da população conseguiram controlar a epidemia e reduzir as taxas de letalidade (16).

Nesse contexto de pandemia, decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11/03/2020, persistem muitas dúvidas sobre questões mais específicas associadas à COVID-19. Uma delas diz respeito à gestação. Existem relativamente poucos trabalhos publicados até o presente abordando especificamente gravidez e COVID-19, consistindo basicamente em relatos de caso ou séries de casos(17–26), recomendações de experts(27–35) ou diretrizes de sociedades (36–41). A informação disponível ainda é escassa, mas parece que gestantes não são mais susceptíveis que a população geral para desenvolver sintomas graves de COVID-19. Em uma análise de 147 mulheres, apenas 8% tinham doença grave e 1% estavam em condição crítica, de acordo com um relato publicado pela OMS(14). Porém, em outro estudo de revisão incluindo 32 gestantes afetadas por COVID-19, houve complicações com internação em UTI em dois casos e o que chamou a atenção foi a taxa de prematuridade (47%). Todavia, como o estudo foi pequeno e houve uma taxa muito elevada de cesariana, não ficou claro se a prematuridade é uma complicação associada à infecção pelo coronavírus ou se é iatrogênica, indicada pelo cuidador em decorrência de deterioração da condição clínica da gestante (42). Há relatos na literatura de comprometimento fetal e ruptura prematura de membranas (18). COVID-19 tem sido associada a risco aumentado de restrição do crescimento fetal e eventualmente a descolamento prematuro da placenta, porém não

foram documentados efeitos teratogênicos ou evidências convincentes de abortamento (26,43). No entanto, como as principais séries publicadas envolveram em sua maior parte gestantes na segunda metade da gravidez, muitos aspectos da infecção persistem por ser elucidados.

Aparentemente não existe transmissão vertical do vírus para os neonatos. Mais uma vez, não dispomos de informação de grandes casuísticas mas as principais séries de casos não indicam transmissão vertical (25,33,42). Um relato de caso publicado em 26/03/2020 sugeriu transmissão vertical com IgM detectada com duas horas de vida em recém-nascido de mãe submetida a cesariana eletiva, porém os swabs oronasais tiveram RT-PCR negativa (44). No mesmo dia, foi publicado outro relato com dois casos de recém-nascidos com IgM positiva nascidos de mães com pneumonia por COVID-19 (45) e um estudo com três casos de recém-nascidos afetados por COVID-19, entre 33 mães que tiveram COVID-19 na gravidez (46). De todos esses, apenas um na última série evoluiu com complicações, possivelmente devidas à prematuridade e à sepse, e não especificamente à COVID, e todos evoluíram para alta, sem nenhum óbito.

Considerando os benefícios do parto vaginal na população geral, até o momento se recomenda que a via de parto deve ser obstétrica, de acordo com os principais guidelines já publicados, e a amamentação não é contraindicada. Além de não haver indícios de transmissão pelo leite materno, são tantos os benefícios da amamentação que superam eventuais riscos, devendo porém a lactante tomar as precauções padrão (usar máscara durante as mamadas, lavar rigorosamente as mãos antes de segurar o bebê) para evitar contágio do lactente(32,36,37).

No puerpério, já foram publicados casos de deterioração rápida da condição clínica, tendo uma das pacientes previamente assintomática evoluído com febre intraparto atribuída a corioamnionite, hemorragia pós-parto, necessidade de intubação e posterior teste para COVID positivo (47). A outra só desenvolveu sintomas mais de 60 horas pós-parto. As duas tinham comorbidades (a primeira era diabética e tinha elevação de enzimas hepáticas, a segunda hipertensão, asma e diabetes). Embora a evidência seja escassa, já foram notificados dois casos de óbito de puérperas nos números oficiais divulgados pelo Ministério da Saúde do Brasil e, portanto, há necessidade de alerta para essa fase, sobretudo em mulheres com comorbidades.

No presente momento, já foram diagnosticados na Paraíba 28 casos de COVID-19, sendo dois na cidade de Campina Grande, e é bastante provável que esteja ocorrendo subnotificação, porque o protocolo até hoje só previa a testagem dos casos graves. A versão inicial deste protocolo foi proposta em 17/03/2020, quando ainda não havia nenhum caso confirmado em nossa cidade, momento ideal para que o serviço de saúde pudesse se estruturar e adequar planejando o atendimento integral aos pacientes com COVID-19.

Sendo a única maternidade pública e a referência de gestação de alto risco para Campina Grande e mais 127 municípios pactuados (além de receber pacientes de municípios sem pactuação), o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) atende cerca de 600 partos/mês e prevê-se, portanto, que com a evolução da epidemia, em breve chegarão gestantes para assistência dentro da instituição.

Desta maneira, é fundamental que se tenha um protocolo institucional para o ISEA, visando a uma assistência integral estruturada, de alta qualidade e efetividade para o atendimento das pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19. Essas medidas são essenciais no cuidado às mulheres para redução de riscos à sua saúde, bem como para monitorar a evolução da gravidez e permitir desfechos perinatais favoráveis. Ao mesmo tempo, todos os esforços devem ser envidados no sentido de garantir a proteção dos profissionais envolvidos com seu cuidado, no intuito de reduzir o risco de contaminação durante o atendimento integral a essas pacientes.

## **FINALIDADE**

Estabelecer um protocolo sistematizado de atendimento de pacientes gestantes e puérperas na maternidade referência da cidade de Campina Grande, com o intuito de garantir a melhor assistência baseada em evidências ao binômio mãe-bebê e ao mesmo tempo reduzir a disseminação da doença entre pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.

## **JUSTIFICATIVA**

A pandemia de COVID-19 tornou-se já um problema urgente de saúde pública dentro do contexto brasileiro e por isso, protocolos de atendimento de pacientes devem ser estabelecidos com a máxima brevidade, visando a melhorar o prognóstico da doença,

garantir assistência adequada e prevenir infecções de mais pessoas. Mudanças e adequações devem ser necessárias para que o contágio diminua seu crescimento exponencial.

## **INTERVENÇÕES**

No dia 17 de Março de 2020, foi realizada reunião virtual através do aplicativo Zoom Meeting com participação da consultora científica do Alto Risco e da UTI do ISEA, Professora Doutora Melania Amorim, da coordenadora do Serviço de Medicina Fetal, Professora Doutora Adriana Suely de Oliveira Melo, ambas obstetras e epidemiologistas, da coordenadora da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia da SMS/UFCG, Professora Thaíse Villarim de Oliveira e representantes do corpo clínico do hospital, para traçar um plano de ação para adequar a estrutura e as atividades do serviço à realidade da pandemia por COVID-19. Em seguida, foi realizada busca na literatura e discussão em fórum virtual (grupo WhatsApp) com constante atualização do protocolo, discussão em Zoom Meeting com o Diretor Clínico do ISEA Antônio Henriques de França Neto e com o Coordenador da UTI Obstétrica Caio Quintas, tendo sido as sucessivas versões deste protocolo aprovadas pela Direção do ISEA.

Foram definidas as seguintes recomendações e os consequentes planejamentos estratégicos(48–52):

1. Elaboração do Fluxo de Atendimento e Protocolo do ISEA
  - a) Recomendamos o reconhecimento precoce dos sintomas através de um check-list (Quadro 4) que deverá ser aplicado por um membro da equipe de enfermagem devidamente paramentado com máscara (Quadro 1) em uma tenda que já foi montada no espaço localizado ANTES da entrada do hospital, de forma a que **TODAS AS GESTANTES QUE CHEGUEM AO ISEA POSSAM SER INVESTIGADAS PARA COVID-19**, independentemente de sua queixa inicial.
  - b) Tão logo seja identificado um caso de gestante com sintomas sugestivos (febre OU sintomas respiratórios como coriza, congestão nasal, tosse, escarro, dispneia) essa paciente deve imediatamente receber uma máscara comum (cirúrgica) de TNT e ser encaminhada ao setor de triagem e internação

específicos para o atendimento a pacientes com COVID-19 que durante a crise ficará localizado no Centro de Parto Normal (CPN).

- c) Pacientes sem nenhum sinal ou sintoma respiratório poderão dar entrada na recepção do ISEA após essa triagem inicial por check-list, para receber o atendimento habitual.
- d) Pacientes que chegarem conduzidas pelo SAMU devem também passar por esse rápido check-list para que se decida se irão dar entrada no ISEA pelo setor específico de COVID-19 (CPN) ou pela recepção normal.
- e) CARTAZES indicando os sinais e sintomas de COVID-19 deverão ser espalhados por todo o ISEA, mas principalmente antes da porta de entrada e na triagem, para orientar as pacientes a procurar especificamente o Centro de Parto Normal (CPN) caso apresentem esses sinais e sintomas.
- f) O setor de CPN deverá ser isolado para essa finalidade, interrompendo momentaneamente suas atividades-padrão, para que as pacientes sintomáticas possam ser direcionadas para a triagem específica, tão logo sejam percebidos os sintomas pela equipe da triagem regular. O CPN deverá ser readequado para garantir o fluxo de atendimento bem como a proteção dos profissionais de saúde (implementar setor específico para paramentação e desparamentação).
- g) É importante comunicar ao SAMU e ao setor de regulação, bem como a todos os setores relacionados da SMS e à população geral, para que pacientes vindas de fora já sejam encaminhadas diretamente ao CPN sem passar pela triagem geral. A entrada deve ser realizada pela porta externa do CPN.
- h) O acompanhante da gestante, no momento de seu atendimento na triagem, deverá ficar em local separado, previamente adequado às suas necessidades, na área do CPN. Não será permitida a entrada do acompanhante na sala de triagem, salvo em caso de menores de idade ou pacientes inconscientes. Só será admitida a presença de um acompanhante por paciente. Acompanhantes só serão permitidos se assintomáticos e fora do grupo de risco (idosos, imunodeprimidos e pessoas com comorbidades).
- i) Realizada a triagem específica com acolhimento e classificação de risco pela enfermeira do CPN, devidamente protegida por Equipamentos de Proteção Individual – EPI (ver Quadros 1 e 2 sobre EPI), será acionado o médico plantonista que deverá comparecer à triagem do CPN para avaliação.

- j) Haverá um médico de plantão disponível em tempo integral exclusivamente para o CPN, alojado DENTRO do CPN, cada médico cumprindo regime de 12 horas.
- k) Antes de chegar à triagem e fazer contato com a paciente, o profissional médico deverá se paramentar com os EPI que serão necessários no setor de paramentação e desparamentação (ver Quadros 1 e 2), colocando-os de maneira adequada (capacitação será fornecida para toda a equipe). Esses EPI deverão ser descartados também de forma adequada quando o médico deixar o CPN, no referido setor.
- l) O profissional médico deverá aplicar o check-list específico (Quadro 5) para revisar a história clínica, pesquisar os sintomas e classificar a infecção de acordo com os critérios de gravidade.
- m) Havendo indicação e disponibilidade de testes para COVID-19, o laboratório será imediatamente acionado e o técnico deverá comparecer ao CPN, onde antes de encontrar a paciente também deverá se paramentar com EPI indicados (ver Quadros 1 e 2). A coleta de amostra deverá se basear na obtenção de três *swabs* (dois nasais e um de orofaringe) respeitando todas as precauções de segurança.
- n) Se a paciente procurou o serviço exclusivamente pelos sintomas gripais ou se procurou por queixas obstétricas e tem sintomas gripais mas não tem indicação obstétrica de internamento E não tem critérios de gravidade (casos leves) deverá ser encaminhada de volta para casa, com orientações para isolamento, prescrição de sintomáticos, hidratação, paracetamol se necessário e atestado de 14 (quatorze) dias para si e seus familiares. Deve receber informações de como entrar em contato com o ISEA em caso de dúvidas (ligar para 3310-6185 e pedir para transferir para o CPN e falar com a enfermeira de plantão, que pode se necessário transferir para o médico plantonista). Em caso de piora dos sintomas respiratórios, o fluxo do município indica que vá para a UPA do Alto Branco, onde será avaliada, e daí caso se julgue necessário, encaminhada ao CPN do ISEA.
- o) Em caso de necessidade de internamento, a paciente será isolada em uma das suítes do CPN, sendo iniciado o protocolo padrão de assistência com coleta de exames de rotina obstétrica e testes para COVID-19. Essa paciente será

evoluída diariamente e avaliada tanto do ponto de vista clínico como obstétrico pelo médico plantonista do CPN.

- p) É possível que pacientes já internadas nas enfermarias do ISEA por outras condições clínicas ou obstétricas venham a desenvolver sintomas de COVID-19, ocasião em que deverão ser removidas para o CPN, com todos os cuidados (maqueiro e técnica de enfermagem usando os EPI indicados).
- q) Havendo sinais e sintomas de gravidade, como dispneia importante, escarro hemoptoico, sepse, instabilidade hemodinâmica e outros, o médico assistente que examinar a paciente no CPN deverá entrar em contato com a UTI específica para o atendimento de COVID-19 da cidade de Campina Grande (atual serviço de referência é o Hospital Pedro I) para a transferência, depois de estabilização e medidas de suporte iniciais, devendo o transporte da paciente também obedecer às normas de segurança. Prevendo essa necessidade, carrinho de emergência, material para intubação, respirador, desfibrilador, todos os equipamentos devem estar disponíveis no CPN, pois paciente pode requerer intubação de urgência e ventilação antes de sua remoção. A remoção será feita pelo SAMU, conforme os protocolos preexistentes.
- r) Na UTI do Hospital Pedro I, o atendimento seguirá protocolo específico já elaborado para atendimento aos casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) no serviço, com o apoio de um membro da equipe obstétrica do ISEA, que na eventualidade de existirem pacientes no ciclo gravídico-puerperal internadas na referida UTI deverá passar visita diária para suporte e definição da conduta obstétrica. Eventualmente a visita poderá ser realizada mediante Telemedicina através de aplicativos como o Zoom Meeting, para o qual a equipe de suporte já foi treinada. Visita presencial é obrigatória no caso de necessidade de exame obstétrico e a equipe obstétrica e neonatal deverá se locomover até o Hospital Pedro I caso haja indicação de resolução da gravidez. O centro cirúrgico do Hospital Pedro I deve estar preparado para essa eventualidade (ver cuidados na cesariana e anestesia ao final deste documento).
- s) Os partos de pacientes com COVID-19 também devem ser assistidos no CPN e o alojamento conjunto irá depender da condição clínica da mãe e do recém-



nascido, respeitando-se todas as precauções para evitar o contágio, conforme descreveremos adiante.

Nota 1: consideramos que a gravidade da pandemia requer ações imediatas de alta responsabilidade e segurança, tanto para as pacientes e seus recém-nascidos como para a equipe, e por isso julgamos que apesar de o CPN não ter sido criado com essa finalidade, estamos vivendo uma situação de risco e gravidade para toda a população, na qual estão incluídas as nossas pacientes, e esperamos que em alguns meses a situação já tenha atingido seu estado de normalidade. O CPN é o setor do ISEA mais adequado para o isolamento de pacientes com COVID-19, pois conta com suítes individuais, já preparadas para assistência ao parto, e lá as pacientes poderão ficar instaladas com conforto e segurança. Com o fim da epidemia, o CPN deverá ser totalmente desinfetado e regularizado para suas atividades de assistência a partos de baixo risco, para a qual foi concebido.

Nota 2: o plano de contingência, caso o volume de internações por COVID ultrapasse a capacidade do CPN, prevê a utilização da enfermaria nova, ao lado do CPN, com essa finalidade, para a qual deverá ser readequada.

2. De acordo com as atuais recomendações da OMS, lembramos que a testagem em todas as pacientes sintomáticas (e seus contactantes) é obrigatória. Esperamos que esses testes estejam disponíveis o mais brevemente possível. As amostras devem ser coletadas, acondicionadas no meio de transporte viral e estocadas conforme padronizado pela Secretaria Municipal de Saúde, com todos os critérios de segurança. Até o momento a *reverse-transcriptase polymerase chain reaction* (RT-PCR, reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa) é o padrão de referência no Brasil para o diagnóstico de COVID-19, apesar de existirem relatos de resultados falso-negativos em cerca de 30% dos casos (por material celular insuficiente ou técnicas inadequadas de detecção e extração). Não estão disponíveis testes sorológicos. As amostras devem ser encaminhadas para o LACEN-PB, acompanhadas da ficha de SRAG. Idealmente a coleta de exames deve ser realizada até o sétimo dia da infecção e a pesquisa diagnóstica deve considerar H1N1 como diagnóstico diferencial (sendo mais adequado o painel viral).

3. Para a paramentação e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por todos os profissionais envolvidos com o atendimento a pacientes com infecção suspeita ou confirmada, seguindo as diretrizes nacionais e internacionais, recomendamos:
  - a) Para a circulação de pessoas fora do ambiente de isolamento por crise, que será montado no CPN, a recomendação é de uso de jaleco fechado, sem rendas ou bordados, e máscaras cirúrgicas comuns durante o atendimento a pacientes sem suspeita ou diagnóstico de COVID-19, por exemplo, nas enfermarias ou no ambulatório pré-natal de alto risco. Para realização de exames, procedimentos, cirurgias, utilizar os EPI padronizados para cada procedimento.
  - b) Os profissionais NÃO devem circular fora do ambiente de atendimento usando EPI (removê-los quando saírem da área de atendimento), e muito menos sair da área do hospital com qualquer dos itens (especialmente jaleco, máscaras arriadas – penduradas no pescoço, por exemplo – que foram usadas no hospital, gorro etc.)
  - c) No CPN, recomendamos disponibilizar todos os EPI para implementação do protocolo de crise, sendo que o profissional deverá estar paramentado com máscara, óculos ou *face shield* (protetor facial), avental, e dois pares de luvas (Quadros 1 e 2). Deve ser feita e prosseguir em caráter contínuo a capacitação intensiva dos profissionais para que não se contaminem, nem propaguem os vírus.
  - d) Todos os profissionais devem se conscientizar urgentemente e a CCIH deve cobrar que não é permitido o uso de adornos (nenhum), jalecos bordados e principalmente com rendas, carimbos com pedrarias, maquilagem, unhas de gel e barba. As unhas devem ser mantidas curtas e sem esmalte. Os sapatos devem ser de borracha (fechados).
  - e) Na UTI Obstétrica o uso de EPI também será feito de acordo com o protocolo próprio, seguindo as recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) (Quadro 1).
4. Recomendações de EPI de acordo com o nível de assistência: apresentamos as recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) (Quadro

1) e do Ministério da Saúde do Brasil (Quadro 2), que por sua vez se baseiam em diretrizes internacionais e nas recomendações da OMS.

Quadro 1. Equipamentos de Proteção Individual

Quais os EPI são indicados em cada nível de assistência?

Tipo de proteção	Higiene de mãos	Avental	Máscara cirúrgica	Máscara N95	Óculos ou protetor facial	Luvas
Triagem de pacientes	X		X			
Coleta de amostras	X	X		X	X	X
Assistência sem gerar aerossol	X	X	X		X	X
Assistência em procedimento gerador de aerossol	X	X		X	X	X

Fonte: AMIB, 2020

Quadro 2. Orientações sobre o uso de EPI para profissionais de saúde

Profissionais de Saúde responsáveis pelo atendimento de casos suspeitos ou confirmados	<p>- higiene das mãos com preparação alcoólica frequentemente;</p> <p>- gorro;</p> <p>- óculos de proteção ou protetor facial;</p> <p>- máscara;</p> <p>- avental impermeável de mangas longas;</p> <p>- luvas de procedimento.</p> <p><b>Atenção:</b> deverão ser utilizadas máscaras de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3<math>\mu</math> (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3), sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais e broncoscopias.</p> <p><b>Para realização de outros procedimentos não geradores de aerossóis, avaliar a disponibilidade da N95 ou equivalente no serviço. Não havendo disponibilidade é obrigatório o uso da máscara cirúrgica.</b></p>
--	--

Fonte: Ministério da Saúde, 2020

### Procedimentos e Equipamentos:

- Lavagem das mãos com água e sabão: sempre que chegar ao serviço e antes de entrar em contato com pacientes.

- Higiene das mãos frequente com álcool gel a 70%. Se houver sujidades, lavar novamente as mãos porque o álcool gel não irá funcionar nesse caso (sujidades devem ser removidas).
- Óculos de proteção ou protetor facial: os óculos de proteção ou protetores faciais (que cubram a frente e os lados do rosto) devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais e excreções (dentro do contexto obstétrico isso se aplica à assistência ao parto). Devem ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência, sendo necessária a higiene correta após o uso. O profissional deve descartar o equipamento em local previamente designado para que seja posteriormente higienizado e readequado para uso.
- Máscara: a máscara cirúrgica de TNT deve ser utilizada para evitar a contaminação da boca e do nariz do profissional por gotículas respiratórias, quando este atuar a uma distância inferior a um metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus (COVID-2019). Como usar: deve-se colocar a máscara cuidadosamente para cobrir a boca e nariz e amarrá-la com segurança para minimizar os espaços entre a face e a máscara; enquanto estiver em uso, evitar tocar na máscara; remover a máscara usando a técnica apropriada (ou seja, não tocar na frente, mas remover sempre por trás, puxando-a pelas tiras laterais); após a remoção, ou sempre que tocar inadvertidamente em uma máscara usada, deve-se realizar a higiene das mãos; máscaras usadas devem ser substituídas por uma nova máscara limpa e seca assim que esta tornar-se úmida; **NÃO REUTILIZAR MÁSCARAS DESCARTÁVEIS.** Máscaras de tecido não devem ser usadas sob qualquer circunstância.
- Máscara N95 ou similar (PFF2): a máscara N95 é um respirador purificador de ar, semi-facial e filtrante de partículas, que deve ser usada obrigatoriamente pelo profissional de saúde que lida com pessoas infectadas, em procedimentos que gerem aerossóis (por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, VNI, reanimação cardiopulmonar, indução do escarro, coleta de amostras nasotraqueais e broncoscopias). A máscara deverá estar apropriadamente ajustada à face e nunca deve ser

compartilhada entre profissionais. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante.

**Importante:** para realização de outros procedimentos não geradores de aerossóis, avaliar a disponibilidade da N95 ou equivalente no serviço. Não havendo disponibilidade, é obrigatório o uso da máscara cirúrgica. Sugerimos fortemente a utilização de N95 na assistência ao parto.

**Observação:** a máscara cirúrgica não deve ser sobreposta à N95 pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI, o que pode ser MUITO prejudicial em um cenário de escassez, sem promover proteção adicional.

- Avental impermeável de mangas longas: o avental deve ser impermeável e utilizado durante procedimentos onde há risco de respingos de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, a fim de evitar a contaminação da pele e roupa do profissional. Deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado com material de boa qualidade, não alergênico e resistente; proporcionar barreira antimicrobiana efetiva, permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos. O avental sujo deve ser removido e descartado DEFINITIVAMENTE após a realização do procedimento e antes de sair do quarto do paciente ou da área de assistência.
- Gorro: o gorro está indicado para a proteção dos cabelos e da cabeça dos profissionais em procedimentos que gerem aerossóis e no contexto de exposição a respingos de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções. Os gorros devem ser de material descartável e removidos após o uso.
- Luvas de procedimento: as luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados, de forma a reduzir a possibilidade de transmissão do novo coronavírus para o trabalhador de saúde, assim como de paciente para paciente por meio das mãos do profissional.

- Luvas estéreis: são indicadas para procedimentos cirúrgicos, respeitando-se todas as normas de antisepsia.

5. Como transportar a paciente suspeita?

Isolar precocemente pacientes suspeitas durante o transporte. Elas deverão utilizar máscara cirúrgica todo o momento, desde a identificação até a chegada ao local de isolamento. Os profissionais envolvidos com o transporte também devem usar EPI: máscara cirúrgica, gorro, avental e duas luvas.

6. Treinamento da equipe

Todos os profissionais devem receber capacitação prévia para uso do equipamento de proteção. As capacitações devem incluir simulações práticas de colocada e retirada do equipamento e atendimento de doentes nas várias situações acima descritas. A AMIB disponibiliza um vídeo ilustrativo do uso de EPI em <https://www.youtube.com/watch?v=k-3f2ial9zE&feature=youtu.be> .

**MEDIDAS ESPECÍFICAS QUE DEVEM SER SEGUIDAS POR SERVIÇOS QUE PRESTAM ATENDIMENTO A PACIENTES EM RISCO DE TER INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) (53)**

**Identifique com placa sinalizadora os pacientes em risco de ter infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) antes ou imediatamente após a chegada ao estabelecimento de saúde.**

- Estabelecer critérios de triagem para identificação e pronto atendimento dos casos.
- Orientar os profissionais de saúde quanto às medidas de precaução a serem adotadas.
- Disponibilizar máscara cirúrgica para os pacientes e acompanhantes e prover condições para higiene das mãos.
- Casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) devem permanecer preferencialmente em área separada do complexo hospitalar, no caso o CPN, até a consulta, internação no próprio CPN, liberação ou encaminhamento para a UTI de COVID-19.

- Orientar as pacientes a adotar as medidas de etiqueta respiratória: - se tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com cotovelo flexionado ou lenço de papel;
  - Utilizar lenço descartável para higiene nasal (descartar imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos);
  - Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
  - Realizar a higiene das mãos.
- Prover lenço descartável para higiene nasal na sala de espera. Prover lixeira com acionamento por pedal para o descarte de lenços de papel.
- Prover dispensadores com preparações alcoólicas para a higiene das mãos (sob as formas gel ou solução a 70%) nas salas de espera e estimular a higiene das mãos após contato com secreções respiratórias.
- Prover condições para higiene simples das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- Manter os ambientes ventilados.
- Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas e telefones.
- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente. (seguir recomendações do Manual da CCIH).
- Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência ao paciente. (seguir recomendações do Manual da CCIH).
- Se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, sempre notificar previamente o serviço referenciado e proceder com todos os cuidados durante o transporte.

Orientar os profissionais de saúde a evitar tocar superfícies próximas ao paciente (ex. mobiliário e equipamentos para a saúde) e aquelas fora do ambiente próximo ao paciente, com luvas ou outros EPI contaminados ou com as mãos contaminadas.

Os profissionais de saúde não devem circular pelas dependências do hospital de EPI (removê-los quando sair da área de atendimento). Se o profissional sair de um quarto para outro, em sequência, não há necessidade de trocar óculos/protetor facial, máscara e gorro, somente avental e luvas, além de realizar a higiene das mãos.

Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados preferencialmente em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance).

Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto com portas fechadas (com janelas abertas) e restringir o número de profissionais durante esses procedimentos. Além disso, deve-se orientar a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 $\mu$  (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) pelos profissionais de saúde (54). Todas as pessoas dentro dessa área formam uma coorte e portanto é uma indicação formal do uso de N95.

Devem ser utilizados produtos para saúde exclusivos para pacientes suspeitos ou confirmados de apresentarem COVID-19 (termômetros, estetoscópios, esfigmomanômetros etc). Sempre proceder à rigorosa limpeza e desinfecção após o uso (pode ser utilizado álcool líquido a 70%, desde que os produtos e equipamentos não sejam de tecidos).

**Nota 1:** as pacientes com sintomas de infecções respiratórias devem utilizar máscara cirúrgica desde a chegada ao serviço de saúde, na chegada ao local de isolamento e durante a circulação dentro do serviço (transporte dos pacientes de uma área/setor para outro).

**Nota 2:** ressalta-se a necessidade do uso racional de EPI nos serviços de saúde.

**Nota 3:** a Anvisa publicou cartazes contendo orientações sobre as medidas de precauções, que podem ser acessados no link:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cartazes>

### **Procedimentos para limpeza e trato dos resíduos**

Seguir as recomendações padrão da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do ISEA, que deve ter um documento próprio divulgado por todo o hospital



específico para lidar com COVID-19. Ver Fluxograma 6 para procedimentos de limpeza do setor de cuidados de pacientes com COVID-19.

### **Isolamento dos prontuários**

No setor de atendimento a pacientes com COVID-19, todos os prontuários são considerados contaminados e devem ficar em quarentena depois da alta, em envelope de papel pardo ou caixa de papelão, FORA DA ÁREA DE CONTAMINAÇÃO, antes de saírem do setor, por 24 horas (55). Depois desse período, um profissional previamente designado para essa função deverá recolher os prontuários usando avental, máscara e luvas e levá-los para uma sala específica onde deverão permanecer por 3 (três) dias antes de serem encaminhados ao setor de faturamento.

### **PLANO DE CONDUTA OBSTÉTRICA**

1. Antes de mais nada, lembrar que a maioria das gestantes, sendo uma população jovem e previamente hígida, irá apresentar as formas leves da doença. Estudo já citado com a maior série publicada encontrou 8% de complicações e 1% de necessidade de terapia intensiva. Essas complicações devem ser mais frequentes naquelas mulheres imunocomprometidas e com comorbidades, sobretudo cardiovasculares (incluindo hipertensão), que podem complicar a gestação. GESTANTES DE ALTO RISCO merecem, portanto, atenção redobrada. Relatos de caso mais recentes sugerem súbita deterioração da condição clínica em gestantes com comorbidades previamente assintomáticas para síndromes gripais, com hipertensão, diabetes, asma, uma das quais evoluiu com febre intraparto e hemorragia pós-parto, requerendo intubação, que depois testaram positivo para COVID-19(47).
2. Avaliação e testagem: qualquer gestante que se inclua nos critérios de definição de caso de COVID-19 (ver Quadro 3) ou que for contactante de alguém com diagnóstico confirmado de COVID-19 deve ser testada para COVID-19 com um teste de amplificação do ácido nucléico (RT-PCR). Isso inclui até mesmo as gestantes assintomáticas.  
⇒ TODAS AS PACIENTES QUE DEREM ENTRADA NO SERVIÇO DEVEM SER RASTREADAS PARA COVID-19, INDEPENDENTE DE APRESENTAREM QUEIXAS PRINCIPAIS RESPIRATÓRIAS, A FIM DE

EVITAR INFECÇÃO DAS OUTRAS PACIENTES INTERNADAS (VIDE FLUXOGRAMAS 1 e 2).

Quadro 3. Definição de Caso de COVID-19

<b>Definição de caso de Síndrome Gripal</b> (necessários 3 critérios)
1. Febre (mesmo que referida)
2. Tosse OU Dor de garganta
3. Início dos sintomas nos últimos 7 dias
<b>Definição de caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)</b>
1. Paciente internado com Febre (mesmo que referida)
2. Tosse OU dor de garganta
3. Dispneia OU Saturação de O <sub>2</sub> < 95% OU Desconforto respiratório OU Evolução para óbito por SRAG independente de internação
* Na presença de qualquer dos sinais de gravidade associados com síndrome gripal, a febre não é critério obrigatório
<b>Caso confirmado de SRAG pelo SARS-CoV-2</b>
1. Confirmação laboratorial para o coronavírus SARS-CoV-2

Fonte: IMIP/ISEA, 2020

3. Gestantes com infecção laboratorial confirmada porém que são assintomáticas devem ser isoladas em casa e auto-monitorizadas para presença dos achados clínicos do COVID-19. O isolamento dura 14 dias e só depois disso são liberadas para retorno ao pré-natal (porém seguem em isolamento social).
4. Gestantes com sintomas leves, sem queixas obstétricas associadas: não há necessidade de encaminhamento ao ISEA. Caso procurem a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devem receber de imediato a máscara, orientação sobre o isolamento, repouso, hidratação, prescrição de paracetamol se necessário, obter o telefone da linha direta do ISEA para retirar dúvidas (ligar para 3310-6185 e pedir para transferir para o CPN) e caso piorem, procurar a UPA do Alto Branco que, se necessário, fará o encaminhamento para internação no ISEA. Se evoluírem satisfatoriamente, depois de 14 dias retornar ao pré-natal para seguimento adequado (ver adiante).
5. Evitar encaminhar todos os casos de sintomas gripais ao ISEA é de fundamental importância porque durante a doença COVID-19 (casos leves) não há necessidade

de avaliação obstétrica de rotina e precisamos evitar tanto a sobrecarga de um serviço que habitualmente, fora da epidemia, já vive sobrecarregado, como também a disseminação da doença com contaminação de outras gestantes, muitas das quais são de ALTO RISCO.

6. Deve fazer parte da assistência pré-natal a TODAS as gestantes orientação sobre sinais e sintomas de COVID-19, orientação sobre isolamento social, evitar aglomerações, medidas preventivas como lavagem frequente das mãos durante pelo menos 20 segundos, uso de álcool gel, evitar contato das mãos com boca, nariz e olhos e finalmente, como proceder em caso de queixas.
7. Deve ser parte da orientação a todas as mulheres em idade reprodutiva que NÃO ENGRAVIDEM DURANTE A PANDEMIA. O ISEA prosseguirá com suas atividades de oferta de métodos contraceptivos, considerando contracepção serviço essencial durante a pandemia.
8. O atendimento pré-natal de risco habitual deve prosseguir, porém racionalmente, com consultas espaçadas, teleatendimento para avaliar resultado de exames, evitar exames desnecessários e todas as orientações possíveis. Considerar a possibilidade de visita domiciliar nos casos em que possível e atender as gestantes em espaço reservado, distante da área reservada ao atendimento de pessoas com sintomas, com recepção própria se possível e mantendo a distância recomendada de pelo menos 1m entre as pessoas. Não solicitar ultrassonografias sem indicação clínica. A assistência pré-natal de alto risco prosseguirá no ISEA em horários pré-determinados, todos os dias, com triagem rigorosa dos casos, para atender somente gestantes com real risco gestacional (vide documento “Critérios para atendimento pré-natal de alto risco no ISEA – Protocolo de crise”).
9. As gestantes de alto risco demandam especial atenção pois a presença de comorbidades (HAS crônica, diabetes, LES, uso de imunossupressores e outras) é fator de risco para o desenvolvimento de complicações caso venham a ter COVID-19. Pacientes internadas na enfermaria de Alto Risco também devem ser cuidadosamente monitoradas, pelo mesmo motivo.
10. Caso eventualmente cheguem gestantes em demanda espontânea ou encaminhadas com sintomas ao ISEA, devem ser orientadas a procurar a triagem específica do CPN para avaliação, já levando consigo uma máscara. Essa pré-triagem será feita na tenda já instalada para essa finalidade antes da entrada do ISEA.

### FLUXO DE PACIENTES NO CPN E OUTROS SETORES DO ISEA:

11. Gestantes com doença leve: podem ficar em casa, no período de 14 dias, com todas as orientações pertinentes ao isolamento, repouso, hidratação, receber prescrição de paracetamol se necessário e ter um canal fácil de comunicação com o ISEA (linha telefônica disponível no pré-natal de alto risco, ligar para a enfermeira Samara, 99338-1399). Em caso de agravamento da condição clínica, colocar máscara e procurar imediatamente a unidade específica do ISEA (CPN).
12. Gestantes com pneumonia por COVID-19, estáveis, devem ficar internadas no CPN. É importante a interconsulta com o clínico e/ou pneumologista e infectologista. Não há contraindicação para a tomografia computadorizada, que deve ser realizada no Hospital Pedro I, com todos os cuidados para o transporte. A tomografia é muito mais sensível que o exame padrão de Raios-X, com predomínio de alterações alveolares, como opacidades em vidro fosco, consolidações focais e opacidades mistas, geralmente com acometimento bilateral e multifocal(56). Se ultrassonografia obstétrica for necessária durante a internação, todas as precauções devem ser tomadas para o transporte ao setor, paciente atendida sozinha, sem contato com outras gestantes e o equipamento de ultrassonografia desinfetado depois do uso. O exame deve ser agendado para ser o último do dia (pois depois dele a sala fica fechada por três horas para desinfecção), com equipe do setor de ultrassonografia paramentada para o atendimento, em sala naturalmente ventilada, com janela aberta e ar condicionado desligado. Devem ser evitados exames repetidos, pois a ultrassonografia só se justifica no curso da doença mediante indicação clínica. Essas gestantes devem ser monitoradas com monitor multiparamétrico e ter registradas FC, FR, Temp, PA e SatO<sub>2</sub> 4/4 horas. Deve-se manter uma SatO<sub>2</sub> acima de 94%. No CPN pode-se lançar mão de cateter nasal de O<sub>2</sub>, não sendo suficiente para manter boa saturação considerar encaminhar à UTI do Hospital Pedro I (fazer contato prévio). Febre deve ser tratada com paracetamol, salvo contraindicações específicas. Os exames de rotina (além de testes específicos para SARS-Cov-2/painel viral) devem incluir: hemograma com VSH, Proteína C Reativa (PCR), desidrogenase láctica (DHL), transaminases (ALT, AST), bilirrubinas, função renal (ureia e creatinina), D-dímero. Gasimetria pode ser realizada em casos selecionados para definir necessidade de transferência à UTI. Intubação de urgência pode ser

necessária para ventilação e estabilização antes da transferência, que deverá ser realizada pelo SAMU.

13. Internação por COVID-19 entre 24-34 semanas: administrar corticoide (BETAMETASONA 12mg IM, repetir com 24 horas OU DEXAMETASONA 6mg IM 12/12 horas durante 48 horas) porque eventualmente pode haver deterioração da condição clínica requerendo interrupção da gravidez.
14. Gestantes com COVID-19 podem ter eventualmente outras morbidades, e a conduta deverá ser individualizada em função delas (p.ex. pré-eclâmpsia indicando interrupção da gravidez ou requerendo exames mais frequentes). O uso de corticoide para aceleração da maturidade pulmonar fetal está indicado nesses casos entre 24-34 semanas, bem como o uso de sulfato de magnésio e outras modalidades terapêuticas específicas. O seguimento dessas gestantes também deverá ser feito no CPN, para isolamento.
15. Se gestantes com COVID-19 precisarem de procedimentos eletivos, como p.ex. circlagem cervical ou realização de AMIU (desde que estáveis) o procedimento deverá ser programado no melhor horário disponível em que o bloco obstétrico tenha menos movimento (idealmente vazio), com toda a equipe paramentada. A sala utilizada deverá ser desinfetada e passar 3 (três) horas sem ser usada.
16. Gestantes com insuficiência respiratória, necessidade de suporte ventilatório, instabilidade hemodinâmica, sepse, preenchendo os critérios do Quick-SOFA, devem ser encaminhadas para a UTI do Hospital Pedro I para manejo adequado. Não há até o presente momento terapias específicas (medicamentos) que possam ser indicadas baseados em evidências sólidas. O tratamento é de suporte, baseado na gravidade na doença. Intubação precoce deve ser considerada no manejo da insuficiência respiratória. O uso de hidroxicloroquina só deve ser realizado dentro de protocolos rígidos previamente aprovados pelo comitê de ética da instituição ou sob condições de pesquisa. Idealmente não se devem fazer testes terapêuticos em gestantes até que a efetividade tenha sido demonstrada na população geral. Recordamos que esses casos deverão ser avaliados do ponto de vista obstétrico por membros do corpo clínico do ISEA conforme mencionado anteriormente (visita presencial se necessário exame obstétrico, visita virtual por Zoom Meeting, equipe completa presente em caso de indicação de interrupção da gravidez). Um sonar Doppler para ausculta fetal diária estará disponível no Hospital Pedro I e a equipe de enfermagem já é treinada para realização dessa ausculta.

17. Se houver agravamento da condição clínica com indicação de cesariana eletiva, sempre que possível administrar corticoide para acelerar maturidade pulmonar fetal, caso não tenha sido ainda administrado, bem sulfato de magnésio para neuroproteção (entre 24-32 semanas). Na emergência pode não haver tempo para administrar o curso completo de corticoterapia.
18. Choque séptico, falência aguda de órgãos ou sofrimento fetal requerem cesariana imediata – ou interrupção legal da gestação se as complicações maternas ocorrem antes da viabilidade fetal (artigo 128 do Código Penal permite o abortamento terapêutico em condições de risco de vida materno). Nesses casos, a equipe obstétrica deve ser imediatamente convocada para proceder à interrupção da gravidez. A designação da equipe obstétrica, bem como da equipe neonatal, que deverá se encaminhar ao Hospital Pedro I para realizar cesariana e assistência ao recém-nascido ficará sob a responsabilidade do Diretor Clínico do ISEA, obedecendo a escala específica com essa finalidade.

#### CUIDADOS PÓS-ALTA

19. Pacientes que já tiveram COVID-19, assintomáticas ou em recuperação, depois de 14 dias, se a infecção aconteceu antes de 20 semanas devem realizar sempre que possível ultrassonografia morfológica (57). Independente da época da infecção, a partir de 26 semanas devem se submeter a monitorização ecográfica duas vezes por mês com Doppler e biometria seriada, devido ao risco potencial de restrição do crescimento intrauterino (RCIU). Todas as gestantes que tiveram COVID-19 devem ser encaminhadas ao ambulatório pré-natal de alto risco do ISEA quando consideradas curadas (depois do isolamento de 14 dias, se estiverem bem). Todos os exames de rotina pré-natal devem ser adiados para quando terminar o isolamento. Orientar que tanto as gestantes devem manter isolamento como seus contactantes devem ficar em quarentena (prazo de 14 dias) e todos têm direito a receber atestado médico.
20. Em caso de alteração dos exames, suspeita ou confirmação de restrição de crescimento intrauterino, comprometimento da vitalidade fetal ao Doppler e outras intercorrências (trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas etc.) encaminhar para internação no ISEA. A via de parto será obstétrica, de acordo com a evolução da gravidez. Deve-se respeitar o plano de parto da gestante, dentro do possível. Ligadura tardia do cordão umbilical, contato

pele-a-pele e amamentação na sala de parto devem ser estimulados. TER TUDO COVID-19 NÃO É INDICAÇÃO DE CESÁREA. Tudo isso deve ser explicado durante o pré-natal e também se deve encorajar a realização do plano de parto, explicando todavia que os rumos da assistência obstétrica são incertos no panorama da pandemia.

### COVID-19 E PARTO

21. Casos leves de COVID-19 no final da gravidez: a escolha da época do parto deve ser individualizada de acordo com as condições materna, fetal e do parto. A termo, sugere-se indução do parto. O parto vaginal é preferível para evitar complicações cirúrgicas desnecessárias em pacientes já realmente doentes. Deve-se respeitar o plano de parto da gestante. Ligadura tardia do cordão umbilical, contato pele-a-pele e amamentação na sala de parto devem ser estimulados, com as devidas precauções para evitar o contágio do bebê (ver adiante os detalhes).
22. Casos leves de COVID-19 durante o trabalho de parto devem ser atendidos dentro do CPN e também deve-se respeitar o plano de parto da gestante, dentro do possível, limitando o número de pessoas presentes no parto e todos tomando as precauções padrão para evitar disseminação da infecção. A lei do acompanhante deve ser respeitada (restringindo-se a um acompanhante saudável por parturiente, que não tenha COVID-19, devidamente protegido por EPI), exceto se a parturiente for submetida a anestesia geral (o que é muito raro). A monitorização materna deve incluir temperatura, frequência respiratória e SatO<sub>2</sub> (manter acima de 94%). A monitorização da vitalidade fetal deve ser realizada com ausculta intermitente a cada 15 minutos, porém como tem sido relatada frequência relativamente elevada de comprometimento da vitalidade fetal(18), se disponível recomenda-se cardiotocografia. Eventual parto instrumental pode estar indicado para evitar exaustão materna ou na presença de hipóxia já no período expulsivo. Evitar o uso da banheira de parto (parto na água está contraindicado devido à impossibilidade de garantir adequada proteção da equipe e risco de contaminação fecal). Não há contraindicação à ligadura tardia do cordão, contato pele-a-pele (ver observações na sequência) e amamentação na sala de parto, porém a parturiente deve permanecer de máscara todo o parto e pós-parto, devendo lavar as mãos com frequência e passar álcool gel antes de segurar o recém-nascido. O bebê pode ser secado e aquecido conforme o habitual(37).

⇒ Nota: a mais recente recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) indica ligadura tardia do cordão mas não o contato pele a pele. Sugere o contato ocular e acolhimento, devendo a amamentação ser adiada até que a mãe tome banho(58). Essa conduta não foi baseada em evidência científica forte e, portanto, sugerimos os seguintes passos na recepção do recém-nascido:

- a) Recém-nascido saudável – recepcionado em campos secos, aquecido e secado por membro da equipe obstétrica (obstetra/EO) devidamente paramentado enquanto técnica de enfermagem devidamente paramentada realiza limpeza do tórax materno com esponja com clorexedina e remove o sabão em seguida da área das mamas (principalmente aréola e papilas) com compressa úmida. A mãe passa álcool gel nas mãos e então recebe o recém-nascido para contato pele a pele, procedendo-se então à ligadura tardia do cordão (1-3 minutos). O neonatologista ajuda a estabelecer contato pele a pele, avalia continuamente as condições do bebê e estimula amamentação em sala de parto. O banho será retardado para 12-24 horas.
- b) Recém-nascido com vitalidade comprometida (de acordo com os parâmetros previamente estabelecidos pela SBP) – é entregue imediatamente ao neonatologista, que o recepciona em campos aquecidos, enquanto o obstetra procede à ligadura de cordão e o neonatologista se dirige ao berço aquecido para dar sequência aos procedimentos de reanimação, seguindo também as diretrizes da SBP. A sequência a ser seguida posteriormente irá depender se o recém-nascido terá ou não necessidade de admissão em UTI. Caso seja admitido em UTI, não poderá receber visita materna durante toda a internação. O leite materno será desmamado com todas as precauções pela equipe do Banco de Leite Humano para oferta ao recém-nascido. Caso possa permanecer com a mãe, amamentação em livre demanda pode ser estabelecida, até a alta com orientações.

23. HAVENDO INDICAÇÃO DE CESÁREA, TRANSFERIR PARA O CENTRO OBSTÉTRICO (COB). Respeitar recomendações de transporte. Deixar o COB



previamente ciente e preparado para receber a paciente sem contato com outras. Todos os procedimentos eletivos devem ser suspensos ou adiados nessa eventualidade. Anestesia regional pode ser realizada (raquidiana ou peridural). A recomendação é que a equipe que irá operar só entre na sala depois de realizado o bloqueio, e a paciente permanece de máscara durante todo o procedimento, sendo apoiada pela enfermagem. Anestesia geral habitualmente não é necessária nos casos leves. Lembrar que toda a equipe envolvida deverá estar usando EPI (não apenas a equipe cirúrgica). Em geral máscaras cirúrgicas comuns são suficientes, com gorro, óculos protetores, avental e dois pares de luvas. Caso haja indicação de anestesia geral (raros casos), deve-se fazer a preparação do campo cirúrgico antes da indução anestésica (para em seguida retirar o bebê o mais rápido possível) e todos os presentes na sala devem usar máscara N95, pois o ambiente terá sido transformado em uma coorte contaminada. Nos casos considerados de risco para conversão em uma anestesia geral, a equipe obstétrica paramentada e já usando N95 deverá preparar o campo cirúrgico antes de o bloqueio anestésico ser realizado.

24. No momento do parto, toda a equipe transdisciplinar deve estar presente para garantir o atendimento integral à mãe e ao recém-nascido, com as devidas precauções (ver Quadro 1 para uso de EPI). No parto normal devem estar presentes pelo menos obstetra, neonatologista e os membros da equipe de enfermagem obstétrica e neonatal. Como o parto normal pode envolver certa desorganização do cenário, p.ex. a parturiente pode retirar a máscara, o parto envolve muitas vezes eliminação de fezes (o vírus já foi detectado nas fezes, embora não na secreção vaginal), recomendamos sempre que possível o uso de máscara N95 para sua assistência, além dos demais EPI necessários (gorro, óculos ou idealmente *face shield*, avental e dois pares de luvas).
25. EM TODOS OS CASOS DE GESTANTES E PUÉRPERAS INTERNADAS COM COVID-19, recomenda-se EVITAR VISITAS, permitindo-se apenas um acompanhante durante o trabalho de parto e um acompanhante no pós-parto (podendo haver troca 24/24 horas, mantendo-se todas as precauções para evitar contágio).
26. Durante todo o período de crise, para diminuir a circulação de pessoas no hospital e estimular o isolamento social, recomenda-se também suspender as visitas, sobretudo às gestantes de alto risco, às puérperas e seus recém-nascidos,

respeitando-se todavia a Lei do Acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério. O Acompanhante deve estar assintomático, não pode residir com pessoas com COVID-19 ou com sintomas respiratórios (já definidos acima) nem pertencer a grupos de risco (pessoas com 60 anos ou mais, presença de comorbidades). Informações diárias em forma de boletim devem ser p. assadas por telefone aos familiares das gestantes internadas na enfermaria de alto risco. ESTIMULAR SEMPRE AS PESSOAS A MANTER O ISOLAMENTO SOCIAL, mantendo atitude empática, compassiva e solidária. CARTAZES EXPLICANDO QUE VISITAS ESTÃO PROIBIDAS DURANTE A PANDEMIA DEVEM SER ESPALHADOS POR TODA A MATERNIDADE.

27. A assistência ao parto às mulheres SEM COVID-19 prossegue de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (59) e do Ministério da Saúde do Brasil (60) para assistência ao parto, todavia deve-se restringir ao máximo o número de pessoas no cenário do parto, embora se deva respeitar a Lei do Acompanhante (Lei 11.108, de 2005). Para tanto, apenas um acompanhante da escolha da mulher deve estar presente no parto e a triagem do acompanhante é necessária, para evitar acompanhantes pertencentes a grupos de risco. No plano de parto, as gestantes devem prever a possibilidade de estarem, elas ou os acompanhantes, com COVID-19, e ter planos B, C ou D, com possíveis acompanhantes de backup.
28. TODOS os partos, durante o período da pandemia, devem ser assistidos com a equipe devidamente paramentada (máscara cirúrgica, gorro, óculos ou protetor facial, avental e dois pares de luvas), pois existe o risco de portadores assintomáticos transmitirem a doença, e a equipe deve se proteger ao máximo para evitar contaminação, em um contexto no qual cada trabalhador de saúde será valioso.

#### AMAMENTAÇÃO E CUIDADOS PÓS-PARTO

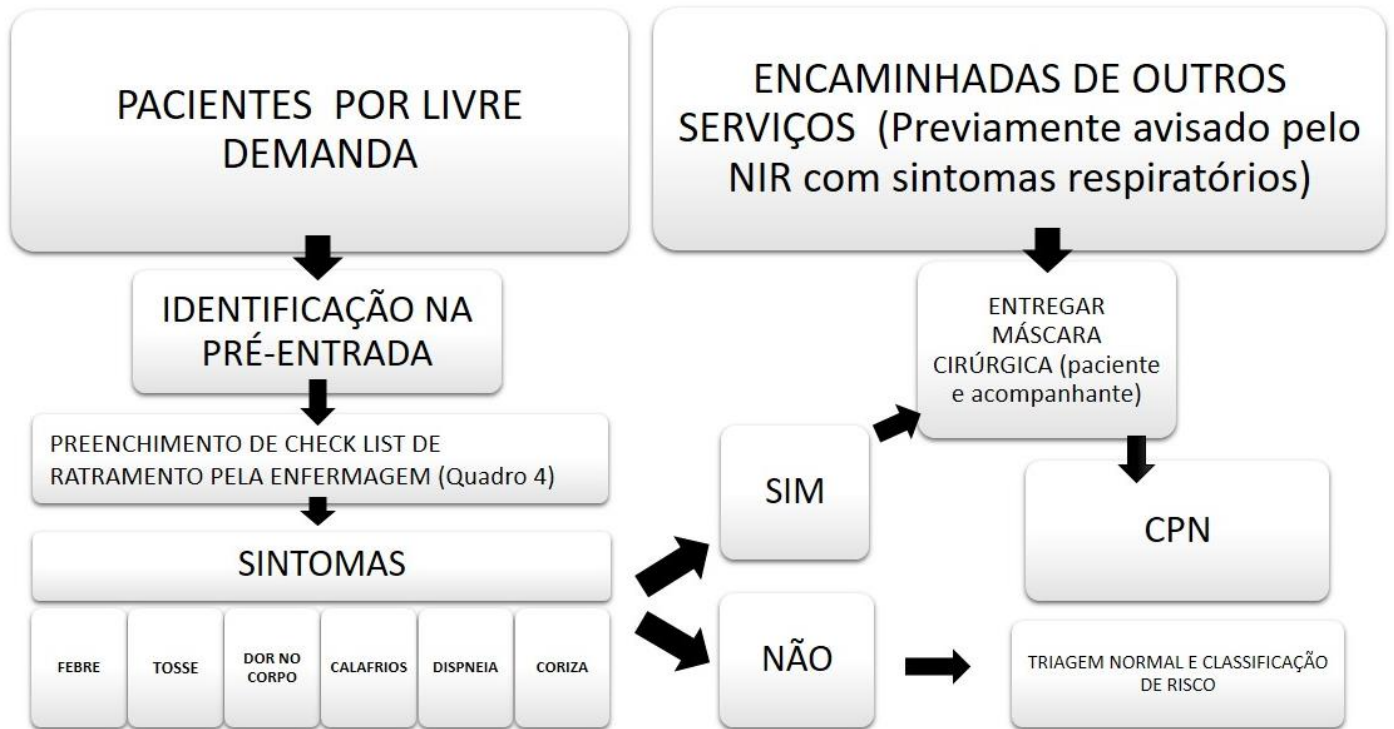
29. No pós-parto, amamentação deve ser estimulada e o alojamento conjunto pode ser praticado desde que a condição clínica materna e neonatal o permitam, em quarto privativo (37,58). No caso do ISEA, esse quarto privativo será a própria suíte do CPN (suíte Pré-Parto, Parto e Pós-Parto ou PPP). No quarto de alojamento conjunto, deve-se considerar a implementação de barreira física como biombo e distância de pelo menos 2m entre mãe e bebê, exceto no momento da

amamentação(58). Tanto a OMS como a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Ministério da Saúde do Brasil, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam que mães em boa condição clínica devem ser encorajadas a amamentar, e possam fazê-lo sempre que o desejem, seguindo os cuidados higiênicos adequados. As mães devem lavar sempre as mãos antes de amamentar e usar máscara durante toda a amamentação. A máscara deve ser trocada se a mãe espirrar ou tossir durante a mamada. Caso se usem bombas extratoras de leite, todo o processo de esterilização é recomendado, além da lavagem rigorosa das mãos (40). À luz das evidências atuais, os benefícios da amamentação superam os eventuais riscos de contágio do bebê. A transmissão pelo leite materno não foi demonstrada (leite materno foi negativo para COVID-19 em estudo chinês). Porém, se forem usadas mamadeiras, além de persistir o risco de contágio, ainda é necessário todo o cuidado com limpeza e esterilização. A recomendação chinesa de separar mãe e bebê por 14 dias tem efeitos deletérios para amamentação e estabelecimento do vínculo e até o presente não mostrou ter benefícios. ALTA PARA CASA NOS CASOS LEVES COM TODAS AS RECOMENDAÇÕES. NÃO RETER A PACIENTE E O BEBÊ NO HOSPITAL SEM NECESSIDADE. Porém, como podem acontecer complicações no puerpério, avaliar cuidadosamente os casos. Sempre que possível, encorajar as mães a ter alguém que possa auxiliá-las nos cuidados com o bebê, para reduzir a possibilidade de contágio do bebê, sempre tomando todas as precauções para que essa pessoa, ela mesma, também não se infecte. As puérperas também devem ter acesso ao número telefônico (linha direta do ISEA) para retornar ao serviço precocemente em caso de complicações.

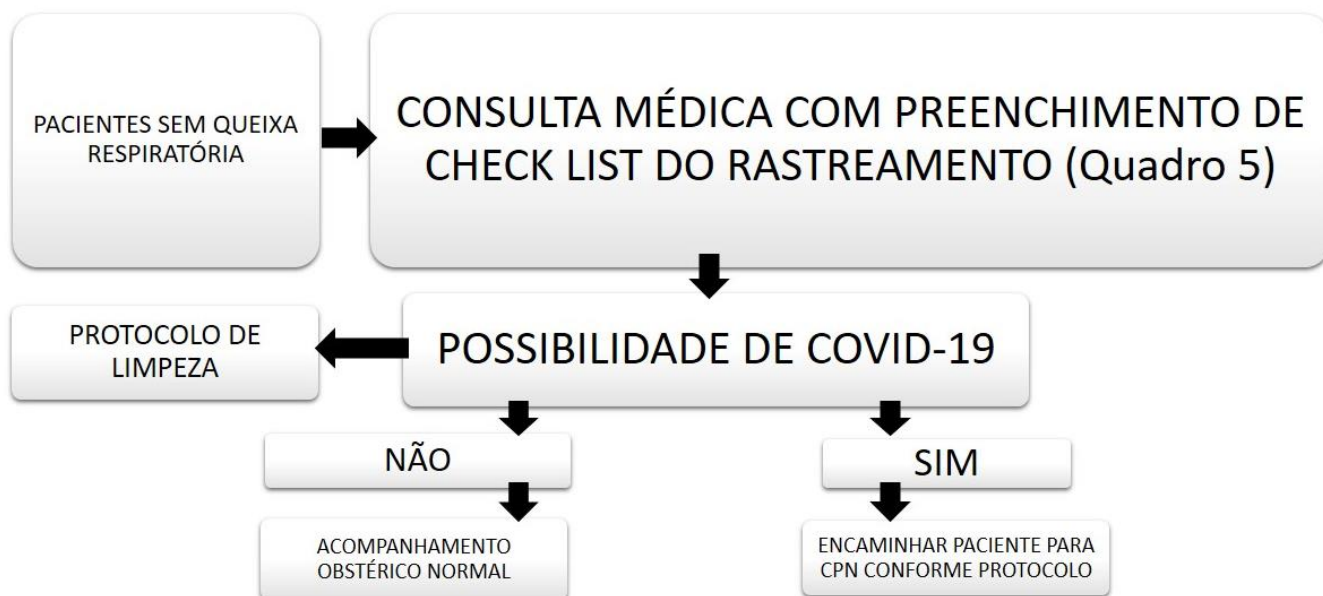
Observação: face às mudanças muito rápidas na pandemia e à frequente atualização das recomendações e diretrizes, este protocolo poderá ser atualizado e alterado com frequência, motivo pelo qual além da cópia impressa a versão digital mais recente será sempre distribuída para todo o corpo clínico do ISEA.

## FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO

Fluxograma 1 – Atendimento de pacientes no momento da pré-entrada.



**Fluxograma 2 – Rastreamento de pacientes na triagem em geral**



#### Quadro 4 – Check-list de rastreamento da enfermagem

<b>Formulário da Pré-entrada (Enfermagem)</b>
Identificação
Nome:
Data de Nascimento:
Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, falta de ar, esforço ou desconforto respiratório)? ( ) Sim ( ) Não
Apresenta ou apresentou febre? ( ) Sim ( ) Não
Apresenta outros sinais e sintomas relevantes? ( ) Sim ( ) Não Se sim, descreva: _____
CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL? ( ) Sim ( ) Não
Avaliação geral: Apresenta comorbidades? ( ) Sim ( ) Não Se sim, descreva: _____
Medicamentos de uso contínuo? ( ) Sim ( ) Não Se sim, descreva: _____
Apresenta alergias de medicamentos? ( ) Sim ( ) Não Se sim, descreva: _____
História de cirurgias prévias ou internações recentes? ( ) Sim ( ) Não Se sim, descreva: _____
Observação1: Caso a paciente apresente sintomas respiratórios leves, ofereça uma máscara cirúrgica para a paciente e acompanhante e encaminhe a paciente para a triagem do CPN.
Observação2: Caso a paciente apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, ofereça uma máscara cirúrgica para a paciente e acompanhante, encaminhe a paciente com urgência para o CPN e acione imediatamente o médico.

Quadro 5 – Check-list de rastreamento médico

<b>Check-list de rastreamento (Médico)</b>
Identificação
Nome:
Data de Nascimento:
Revisão da história clínica (sintomas de síndrome gripal com ou sem febre). Avaliar outros sinais e sintomas, diagnósticos alternativos, descompensação de comorbidades, etc.
Classificação de gravidade:
CASO GRAVE – ESTABILIZAÇÃO e encaminhamento IMEDIATO para a UTI do Hospital Pedro I
CASO MODERADO (Pneumonia sem insuficiência respiratória) – Internação no CPN do ISEA
CASO LEVE – Avaliar comorbidades que contraindicam isolamento domiciliar. Se possível acompanhar na APS realizar manejo clínico apropriado (Medicamentos sintomáticos). Orientações de isolamento domiciliar e monitoramento 48/48 horas pela UBS.
Fornecer atestado médico de 14 dias para propiciar isolamento domiciliar (CID10: J11 (Síndrome Gripal) ou B34.2 (COVID-19))
Anotar informações no prontuário
Observação1: Caso a paciente apresente sinais ou sintomas de gravidade ou comorbidades que contraindiquem o isolamento domiciliar, internar a paciente no CPN.
Observação2: Orientar familiares e acompanhantes a buscar atendimento se início dos sintomas.

**Fluxograma 3 – Atendimento das pacientes no CPN**



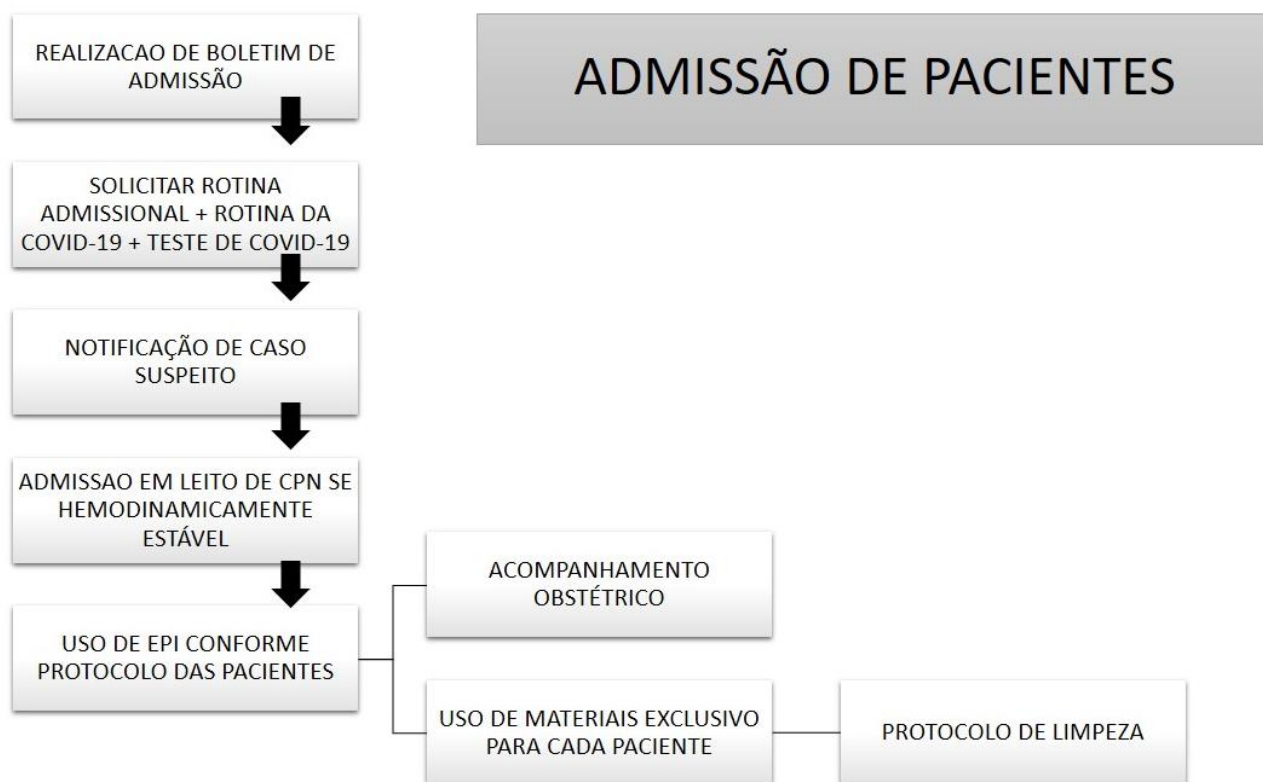
**Quadro 6 – Sintomas de Gravidade**

**SINTOMAS DE GRAVIDADE:**

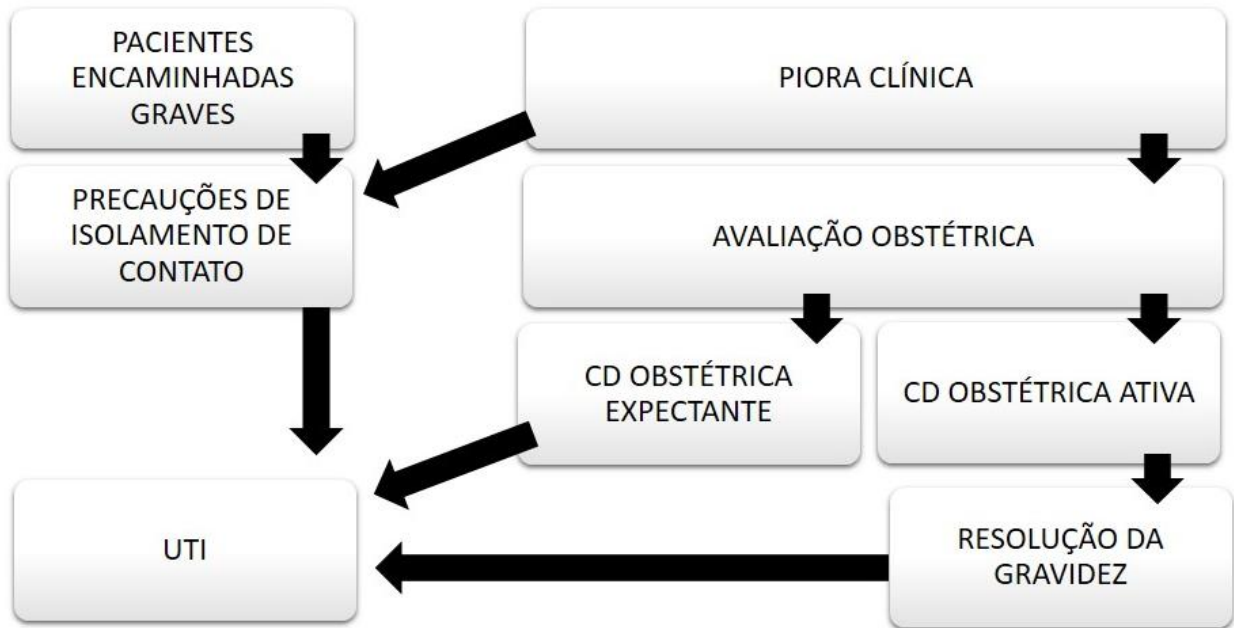
1. Tem dificuldade respiratória ou respiração ofegante?
2. Tem dificuldade de completar uma frase sem ofegar ou precisa parar frequentemente para recuperar o fôlego ao atravessar a sala caminhando?
3. Tosse com presença de sangue?
4. Tem dor ou pressão no peito afora o momento da tosse?
5. É incapaz de ingerir líquidos?
6. Mostra sinais de desidratação como tontura ao se levantar?
7. Está menos responsiva ou confusa ao tentar contatar com as pessoas?



## Fluxograma 4 – Admissão de pacientes no CPN



### Fluxograma 5 – Encaminhamento de pacientes para UTI



**Fluxograma 6 – Limpeza dos espaços com pacientes Infectadas ou possivelmente infectadas por COVID-19**



**Figura 1 – Outras informações**

# INFORMAÇÕES:

ACOMPANHANTES:	NÃO SERÁ PERMITIDO A ENTRADA DE ACOMPANHANTES NA SALA DE TRIAGEM, EXCETO:	PACIENTES MENORES DE IDADE
		PACIENTES COM DEFICIÊNCIA DE COMUNICAÇÃO
		PACIENTES INCONSCIENTES
ROTINA DE COVID-19:	HEMOGRAMA	
	ALBUMINA	
	DHL	
	PCR	
	VHS	
ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES LIBERADAS:	ISOLAMENTO DOMICILIAR	
	UTILIZAR PARACETAMOL EM CASO DE DOR OU FEBRE COM EM INTERVALOS DE NO MÁXIMO 6 HORAS	
	RETORNO SE PIORA CLÍNICA	

## RASTREAMENTO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Prontuário:  Local: Instituto de Saúde Elpídio Almeida

Data de nascimento: //

### 2. DADOS GERAIS

Idade:  anos Gesta:  Para:  Aborto:

Escolaridade (anos estudados e aprovados) :

Analfabeto  1-3 anos  4-7 anos  8-11 anos  > 12 anos

Peso:  kg Estatura  cm IMC

#### Procedência:

Residência

Hospital de Campina Grande ou da região

Hospital interior

#### Origem:

Campina Grande ou região

Interior da Paraíba

Outros estados

#### Comorbidades:

HAS	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença renal prévia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença hepática crônica	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Cardiopatía	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
HIV	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Lupus eritematoso sistêmico	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Anemia falciforme	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Uso de drogas ilícitas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Outras comorbidades (Se sim, descrever)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

### 3. SINAIS VITAIS

Pressão Arterial:	Pulso:
Frequência Respiratória:	Saturação O <sub>2</sub> :
Temperatura:	

### 4. SINAIS E SINTOMAS

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>DESCONHECIDO</b>	<b>DATA DE INÍCIO</b>
FEBRE				___/___/___
TOSSE				___/___/___
DOR DE GARGANTA				___/___/___
DISPNEIA				___/___/___
DIARREIA				___/___/___
VÔMITO/NÁUSEA				___/___/___
DOR DE CABEÇA				___/___/___
CORIZA				___/___/___
IRRITABILIDADE/CONFUSÃO				___/___/___
FRAQUEZA				___/___/___
CONVULSÕES				___/___/___
CONJUNTIVITE				___/___/___
CALAFRIOS				___/___/___
ERUPÇÃO CUTÂNEA				___/___/___
DORES MUSCULARES				___/___/___
DOR NAS ARTICULAÇÕES				___/___/___
PERDA DE APETITE				___/___/___
SANGRAMENTO NASAL				___/___/___
FADIGA				___/___/___
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				___/___/___
SINAIS NEUROLÓGICOS				___/___/___
OUTROS SINAIS E SINTOMAS (DESCREVER)				___/___/___

---

**Assinatura e carimbo da enfermagem**

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### 4. SINAIS DE GRAVIDADE

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>DESCONHECIDO</b>
AUSCULTA PULMONAR ANORMAL			
ACHADOS ANORMAIS NA RADIOGRAFIA DE PULMÃO			
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO OU AUMENTO DE FR			
PNEUMONIA			
PIORA DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE BASE			
HIPOTENSÃO			
EXUDATO DE FARINGE			
COMA			
SPO <sub>2</sub> < 95% EM AR AMBIENTE			
VENTILAÇÃO MECÂNICA			
LINFOPENIA			
ALBUMINEMIA			
AUMENTO DE PCR			
AUMENTO DE VHS			
AUMENTO DE DHL			
OUTROS SINAIS E SINTOMAS:			

**HD:**

**CONDUTAS:**

---

**Assinatura e Carimbo médico**

## REFERÊNCIAS

1. Rodriguez-morales AJ, Cardona-ospina JA, Gutiérrez-ocampo E, Holguin-rivera Y, Escalera-antezana JP, Alvarado-arnez LE, et al. Clinical , Laboratory and Imaging Features of COVID-19 : A systematic review and meta-analysis. Preprint [Internet]. 2020;(2020020378):101623. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>
2. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Indian J Pediatr [Internet]. 2020;87(April):281–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32166607>
3. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): What we know? J Med Virol [Internet]. 2020;2019:0–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32170865>
4. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? Lancet [Internet]. 2020;2:10–3. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30627-9/fulltext?utm\\_campaign=tlcoronavirus20&utm\\_source=twitter&utm\\_medium=social](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30627-9/fulltext?utm_campaign=tlcoronavirus20&utm_source=twitter&utm_medium=social)
5. Lai C-C, Liu YH, Wang C-Y, Wang Y-H, Hsueh S-C, Yen M-Y, et al. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2): Facts and myths. J Microbiol Immunol Infect [Internet]. 2020;2:1–36. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1684118220300402>
6. Zheng F, Liao C, Fan Q-H, Chen H-B, Zhao X-G, Xie Z-G, et al. Clinical Characteristics of Children with Coronavirus Disease 2019 in. Curr Med Sci. 2020;40(2):1–6.
7. Lei C, Huiguo L, Wei L, Jing L, Kui L, Jin S, et al. Analysis of clinical features of 29 patients with 2019 novel coronavirus pneumonia in China. Chin J Tuberc Respir Dis. 2020;43:1–11.
8. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet [Internet]. 2020;395(10223):507–13. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
9. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497–506.
10. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet [Internet]. 2020;6736(20):1–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
11. Gao Y, Li T, Han M, Li X, Wu D, Xu Y, et al. Diagnostic Utility of Clinical Laboratory Data Determinations for Patients with the Severe COVID-19. J Med Virol [Internet]. 2020;0–1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32181911>



12. Wan S, Xiang Y, Fang W, Zheng Y, Li B, Hu Y, et al. Clinical Features and Treatment of COVID-19 Patients in Northeast Chongqing. *J Med Virol* [Internet]. 2020;0–1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32198776>
13. Leung C. Clinical features of deaths in the novel coronavirus epidemic in China. *Rev Med Virol* [Internet]. 2020;(March):e2103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32175637>
14. Aylward, Bruce (WHO); Liang W (PRC). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020;2019(February):16–24. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
15. Wong J, Goh QY, Tan Z, Lie SA, Tay YC, Ng SY, et al. Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. *Can J Anesth Can d'anesthésie* [Internet]. 2020;1–14. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12630-020-01620-9>
16. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet* [Internet]. 2020;2019(20):1–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620305675>
17. Wen R, Sun P, Xing Q-S. A Patient with SARS-CoV-2 Infection during Pregnancy in Qingdao, China. *J Microbiol Immunol Infect* [Internet]. 2020;(xxxx):3–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.004>
18. Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr*. 2020;1(9).
19. Liu H, Liu F, Li J, Zhang T, Wang D, Lan W. Clinical and CT Imaging Features of the COVID-19 Pneumonia: Focus on Pregnant Women and Children. *J Infect* [Internet]. 2020;(PG-):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.007> NS -
20. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10226):809–15. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
21. Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infect* [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.02.028>
22. Chen S, Huang B, Luo DJ, Li X, Yang F, Zhao Y, et al. [Pregnant women with new coronavirus infection: a clinical characteristics and placental pathological analysis of three cases]. *Zhonghua bing li xue za zhi = Chinese J Pathol* [Internet]. 2020;49(0):E005. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32114744>
23. Yu N, Li W, Kang Q, Xiong Z, Wang S, Lin X, et al. Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective, single-centre, descriptive study. *Lancet Infect Dis*

- [Internet]. 2020;3099(20):1–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30176-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30176-6)
24. Liu D, Li L, Zheng D, Wang J, Yang L, Zheng C, et al. Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. 2020;1–6.
  25. Schwartz DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. *Arch Pathol Lab Med* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32180426>
  26. Schwartz DA, Graham AL. 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;12(2):1–16.
  27. Sahu KK, Lal A, Mishra AK. COVID-2019 and Pregnancy: A plea for transparent reporting of all cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;0–2.
  28. Chen D, Yang H, Cao Y, Cheng W, Duan T, Fan C, et al. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32196655>
  29. Cao Q, Chen YC, Chen CL, Chiu CH. SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2020;119(3):670–3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.02.009>
  30. Rimmer A. Covid-19: doctors in final trimester of pregnancy should avoid direct patient contact. *BMJ* [Internet]. 2020;368(March):m1173. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32205356>
  31. Luo Y, Yin K. Comment Management of pregnant women infected with COVID-19. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020;2019(20):2019–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30191-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30191-2)
  32. Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020;3099(20):S1473-3099(20)30157-2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32142639>
  33. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020;2019. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32105680>
  34. Liang H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2020;439–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32141062>
  35. Favre G, Pomar L, Musso D, Baud D. 2019-nCoV epidemic: what about

- pregnancies? *Lancet* [Internet]. 2020;395(10224):e40. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30311-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30311-1)
36. ACOG. Novel Coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/03/novel-coronavirus-2019>
  37. RCOG. Coronavirus ( COVID-19 ) Infection in Pregnancy. Guidelines. 2020;(March):1–38.
  38. SOGC. COVID-19 and Pregnancy. Recommendations. 2020;1.
  39. SOGC. COVID-19 in Pregnancy [Internet]. Committee Opinion. 2020 [cited 2020 Mar 27]. Available from: <https://www.sogc.org/en/content/featured-news/Updated-SOGC-Committee-Opinion– COVID-19-in-Pregnancy.aspx>
  40. FEBRASGO. Nótula complementar sobre COVID-19 e Aleitamento Materno [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/949-notula-complementar-sobre-covid-19-e-aleitamento-materno?highlight=WyJjb3ZpZCIsImFsZWl0YW1lbnRvII0=>
  41. Poon LC, Yang H, Lee JCS, Copel JA, Leung TY, Zhang Y, et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32160345>
  42. Mullins E, Evans D, Viner RM, O'Brien P, Morris E. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32180292>
  43. Alserehi H, Wali G, Alshukairi A, Alraddadi B. Impact of Middle East Respiratory Syndrome coronavirus (MERS-CoV) on pregnancy and perinatal outcome. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2016;16(1):1–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-016-1437-y>
  44. Dong L, Tian J, He S, Zhu C, Wang J, Liu C, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;E1–3.
  45. Zeng H, Xu C, Fan J, Tang Y, Deng Q, Zhang W, et al. Antibodies in Infants Born to Mothers With COVID-19 Pneumonia. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;E1–2.
  46. Zeng L, Xia S, Yuan W, Yan K, Xiao F, Shao J, et al. Neonatal Early-Onset Infection With SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2020;23(77):E1–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32215598>
  47. Breslin N, Baptiste C, Miller R, Fuchs K, Goffman D, Gyamfi-bannerman C, et al. COVID-19 in pregnancy: early lessons. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;(1).
  48. Wales PH. COVID-19: Guidance for infection prevention and control in healthcare settings. 2020;1–49.

49. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). 2020;1–32. Available from: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
50. World Health Organization (WHO). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Who*. 2020;2019(February):1–7.
51. Prevention C for DC and. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 19]. Available from: [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Finfection-control.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Finfection-control.html)
52. Janeiro UF do R de. Fluxo de atendimento em casos suspeitos de Coronavírus. 2020. p. 1–13.
53. Lima F, Ferraz S. Orientações para o atendimento a pacientes adultos, pediátricos, gestantes e puerpéras de casos suspeitos e confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) - IMIP. 2020. p. 1–25.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica N° 04/2020 GVIMS / GGTES/ANVISA. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que Devem Ser Adotadas Durante a Assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV). *Diário Of [da República Fed do Bras]*. 2020;1–53.
55. Oliveira MC de, Gabardo BA, Martins CC, Reese FB, Hubert FC, Cosentino MB, et al. RECOMENDAÇÕES AMIB SOBRE CONTROLE SANITÁRIO E ESTRATÉGIAS DE CONTINGENCIAMENTO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PARA ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM CORONAVÍRUS. *Assoc Med Intensiva Bras*. 2020;1–18.
56. Araujo-Filho J de AB, Sawamura MVY, Costa AN, Cerri GG, Nomura CH. Pneumonia por COVID-19: qual o papel da imagem no diagnóstico? *J Bras Pneumol*. 2020;46(2):1–2.
57. BRASIL M da S, Anvisa AN de VS. NOTA TÉCNICA N° 6/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. *Diário Of [da República Fed do Bras]*. 2020;1–4.
58. Pediatria SB de. Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada. 2020;1–8.
59. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
60. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 2017. 53 p.