

Gestação e COVID-19: evolução dos casos no primeiro ano de pandemia no sul do Brasil

Pregnancy and COVID-19: evolution of cases in the first year of the pandemic in southern Brazil

Vanessa Fraga Carpes¹, Janete Vettorazzi², Sergio Hofmeister de Almeida Martins Costa³
Maria Lúcia da Rocha Oppermann⁴, José Geraldo Lopes Ramos⁵, Érika Vieira Paniz⁶
Lina Rigodanzo Marins⁷, Ana Selma Bertelli Picoloto⁸, Ana Lúcia Letti Muller⁹

RESUMO

Inicialmente, gestantes e puérperas não foram associadas a risco maior de morbimortalidade relacionada ao Sars-Cov-2. Contudo, a evolução da pandemia tem mostrado um quadro diferente com aumento do acometimento e agravamento dos casos repercutindo em crescentes complicações materno-fetais, especialmente no terceiro trimestre. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo apresentar dados preliminares de incidência na população de gestantes, atendidas em Hospital terciário do Sul do Brasil, referência no atendimento COVID, obtidos no primeiro ano de pandemia. **Resultados:** entre março de 2020 e março de 2021, 1801 gestantes foram admitidas no Centro Obstétrico. Destas, 128 (7,10%) referiram alguma queixa referente à síndrome gripal da infecção por coronavírus, sendo que 46,09% (59 gestantes) apresentaram positividade (contaminação pelo Sars-Cov-2) no teste RT-PCR, com variação sazonal. Em 2020, o pico de positividade foi em junho e julho (38,46% e 54,54% respectivamente), porém o pico mais evidente ocorreu em fevereiro (83,33%) e março de 2021 (78,9%) de positividade viral, entre as gestantes sintomáticas. No primeiro ano da pandemia, 16 gestantes internaram em centro de tratamento intensivo, correspondendo a 27,1% das sintomáticas e infectadas com Sars-Cov-2. **Conclusões:** Importante destacar a elevação significativa de casos em março de 2021 e a importância de conhecermos a evolução da

- ¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia-Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS (Médica Ginecologista-Obstetra, TEGO 2010 pela Febrasgo, especialista em Medicina Fetal e em Ciências Militares aplicadas à Medicina.)
- ² PhD (Professora do Departamento de GO da Faculdade de Medicina da UFRGS, com atuação no HCPA nas áreas de Gestação de Alto Risco e Sexologia Clínica. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: GO da FAMED-UFRGS. Atualmente, membro da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Gestação de Alto Risco da Febrasgo. Médica do Corpo Clínico Assistencial do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre com ênfase em Gestação de Alto Risco.)
- ³ Doutor (Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professor Assistente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Pesquisador e Chefe de Equipe de Gestação de Alto Risco do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.)
- ⁴ Doutora (Professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, membro do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul e Médico – Clínica Privada.)
- ⁵ Doutor (Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde é Chefe do Setor de Uroginecologia)
- ⁶ Médica (Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Médica formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ATM 2018/2. Foi bolsista do Programa Ciência sem Fronteiras na Queen Mary University of London (*Global Public Health*).
- ⁷ Médica (Residente Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre)
- ⁸ Doutora (Especialista em Ginecologia e Obstetrícia – TEGO – pela Febrasgo, 2004. Mestre em Patologia pela UFCSPA. Doutora em Medicina pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia – UFRGS. Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFRGS. Atua na área de Uroginecologia e Estática Pélvica Feminina. Membro da Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da Febrasgo – 2020-2023. Presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul – Sogirgs, desde 01/2020.)
- ⁹ Doutora (Médica Plantonista Contratada – também com atividades de preceptoria da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – do Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Especialista em Saúde – Médica Ginecologista e Obstetra – Secretária de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. Tem experiência em Medicina, na área de Ginecologia e Obstetrícia, com ênfase em Patologia Cervical, Planejamento Familiar, Gravidez de Alto Risco e Medicina Fetal, atuando principalmente nos seguintes temas: prevenção e tratamento de neoplasias de colo uterino e assistência ao pré-natal e parto de baixo e alto risco.)

COVID-19 na gestação, uma vez que entre gestantes sintomáticas com testes positivos, 22% necessitaram de CTI. O comportamento viral pode ser diferente, conforme a população atendida, estes dados podem ser fundamentais no planejamento de estratégias de saúde e de atendimento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

UNITERMOS: Gestação, Sars-Cov-2, teste COVID-19, screening, pandemia

ABSTRACT

*Initially, pregnant and postpartum women were not associated with an increased risk of SARS-Cov-2-related morbidity and mortality. However, the evolution of the pandemic has shown a different picture with an increase in the number and aggravation of cases, resulting in increasing maternal-fetal complications, especially in the third trimester. **Objectives:** This study aims to present preliminary incidence data in the population of pregnant women treated at a tertiary Hospital in South Brazil, a reference in COVID care, obtained in the first year of the pandemic. **Results:** Between March 2020 and March 2021, 1801 pregnant women were admitted to the Obstetric Center. Of these, 128 (7.10%) reported some complaint regarding the flu-like syndrome of coronavirus infection, and 46.09% (59 pregnant women) were positive for Sars-Cov-2 in the RT-PCR test, with seasonal variation. In 2020 the peak of positivity was in June and July (38.46% and 54.54%, respectively), but the most evident peak of viral positivity occurred in February (83.33%) and March 2021 (78.9%) among symptomatic pregnant women. In the first year of the pandemic, 16 pregnant women were admitted to an intensive care unit, corresponding to 27.1% of symptomatic women infected with Sars-Cov-2. **Conclusions:** It is important to highlight the significant increase in cases in March 2021 and the importance of knowing the evolution of COVID-19 during pregnancy, since among symptomatic pregnant women with positive tests, 22% required ICU. Viral behavior can be different, depending on the population served, these data can be fundamental in the planning of health and care strategies for women in the pregnancy-puerperal cycle.*

KEYWORDS: Gestation, Sars-Cov-2, COVID-19 test, screening, pandemic

INTRODUÇÃO

Em 2020, o mundo foi acometido por uma nova patologia pandêmica que levou a milhões de mortos e grande morbidade populacional. A Sars-Cov-2 é a cepa de coronavírus que causa a COVID-19, doença essa que pode cursar com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (1,11).

Identificado pela primeira vez em Wuhan, na China, no final de 2019, devido à sua alta transmissibilidade, no dia 11 de março de 2020 foi decretado estado de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (1)

Até 09 de abril de 2021, somente no Brasil, houve 345.025 óbitos (fonte do Ministério da Saúde) (16) e 13.279.857 casos diagnosticados da doença (16). Foram notificados, até então, 1.098.254 casos de SRAG no Brasil até o fechamento deste artigo, sendo, destes, 10.463 casos de SRAG em gestantes, perfazendo 1% do total de casos no país (21,23).

Embora a literatura esteja começando a discutir a gestação como fator de risco para agravamento da doença, os estudos ainda permanecem heterogêneos sobre o assunto. Contudo, tendo em vista as adaptações fisiológicas da gestação que contemplam um estado de suscetibilidade imunológica e alterações do padrão ventilatório, os estudos atuais mostram um grau de agravamento maior da síndrome respiratória em gestantes quando comparadas a mulheres não gestantes em uma mesma faixa de idade (5,8,9).

Para tanto, este estudo tem como objetivo demonstrar os dados de incidência e prevalência estratificados, coleta-

dos até o presente momento, em gestantes atendidas no setor público, ao longo do primeiro ano da pandemia em hospital universitário do sul do Brasil, referência no atendimento à COVID-19.

Esses dados podem ser úteis no entendimento do comportamento da pandemia entre gestantes no sul do Brasil e auxiliar nas estratégias de acolhimento, manejo e abordagem terapêutica específicas para gestantes.

MÉTODOS

Estudo prospectivo realizado entre gestantes com idade gestacional maior ou igual a 20 semanas de gestação e com sintomas para COVID-19 que procuraram o Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA – Hospital universitário do sul do Brasil, referência no atendimento à COVID-19) entre março de 2020 e março de 2021.

Para esta análise, foram consideradas todas as gestantes que procuraram o serviço por sintomas gripais ou que apresentavam suspeita no momento da admissão hospitalar, as quais realizaram o teste RT-PCR em amostra de secreção de vias aéreas. Serão apresentados os resultados dos exames coletados, sendo feita correlação com o número de atendimentos/mês, bem como comparação com a realidade da pandemia, conforme números oficiais divulgados pelos órgãos oficiais de saúde (Secretaria Municipal e Estadual de Saúde e Ministério da Saúde do Brasil) (16-18).

O presente estudo faz parte das análises de dados do estudo REBRACO (Rede Brasileira de COVID-19 em Obs-

tetrícia) e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA-2020-0252) e Plataforma Brasil (31591720.5.0000.5404) (19).

Os autores observam os aspectos éticos conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (20).

RESULTADOS

No HCPA, entre março de 2020 e março de 2021, 1801 gestantes foram admitidas no Centro Obstétrico. Destas, 128 gestantes (7,10%) relataram alguma queixa referente à síndrome gripal da infecção por coronavírus. A totalidade deste universo de pacientes foi testada através da técnica de RT-PCR de swab de orofaringe e rinofaringe, teste considerado atualmente padrão-ouro para diagnóstico da nosologia (4).

De todos os testes realizados, foi constatada positividade (presença da contaminação pelo Sars-Cov-2) em 59 pacientes sintomáticas (46,09% das gestantes com sintomas na admissão hospitalar).

Em um ano de testagem de gestantes, foi realizada uma média mensal de 9,8 exames/mês em pacientes que apresentavam sintomas suspeitos de infecção pela COVID-19, com pico de testagem de setembro a novembro de 2020.

Nota-se o aumento vertiginoso no número de acometimentos materno viral em 2021 em relação ao ano anterior. Em março de 2020, foram realizados 04 testes de RT-PCR, em pacientes sintomáticas, com nenhum resultado positivo e, em março de 2021, foram testadas 19 pacientes com sintomas gripais e nestas, foram constatados 15 casos positivos para infecção por Sars-Cov-2, perfazendo um total de 78,94% de positividade no universo das pacientes sintomáticas atendidas neste mês.

Dezesseis pacientes (12,5% das gestantes sintomáticas para COVID-19 e 27,1% daquelas com teste positivo) necessitaram de suporte intensivo hospitalar e 05 pacientes foram internadas em enfermaria COVID-19; as demais gestantes infectadas por Sars-Cov-2 internaram para manejo de intercorrências gestacionais (Figura 2). Não ocorreu nenhum caso de morte materna na instituição em estudo. Entre janeiro e março de 2021, seis gestantes necessitaram de internação em unidade de tratamento intensivo, sendo três em março, demonstrando uma gravidade maior dos casos ocorridos no pico da pandemia, em março de 2021.

No mesmo período, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (17), analisando a população atendida nesta cidade, município-sede do HCPA, foram obtidos 134.477 resultados de testagens positivas; dessas, 69.862 eram mulheres e 69.443, homens. A faixa etária feminina mais acometida foi a de 30-39 anos, ou seja, mulheres em idade reprodutiva. Os gráficos a seguir ilustram os dados expostos (Figuras 3 e 4).

Boletim epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde em 25 de fevereiro de 2021 contabilizava que, dos

160.191 casos de SRAG hospitalizados até então, 1.188 (0,7%) foram gestantes. Do total de gestantes hospitalizadas por SRAG, 559 (47,1%) foram confirmados para COVID-19; nenhum por influenza; 8 (0,7%) por outros vírus respiratórios; 5 (0,4%) por outros agentes etiológicos; 308 (25,9%) por SRAG não especificada e 308 (25,9%) encontravam-se em investigação (21).

Entre os casos de SRAG (qualquer etiologia) em gestantes, a faixa etária com o maior número de casos notificados é a de 20 a 29 anos, com 490 (41,2%) casos, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos, com 458 (38,6%) casos. Em relação aos casos de SRAG por COVID-19 em gestantes, a faixa etária mais acometida é a de 30 a 39 anos, com 256 (45,8%) casos, seguida da faixa etária de 20 a 29 anos, com 209 (37,4%) casos (Tabela 1).

A idade gestacional mais frequente, tanto entre os casos de SRAG, como os de SRAG confirmado para COVID-19, é o 3º trimestre, com 672 (56,6%) e 315 (56,4%) casos, respectivamente (Tabela 1).

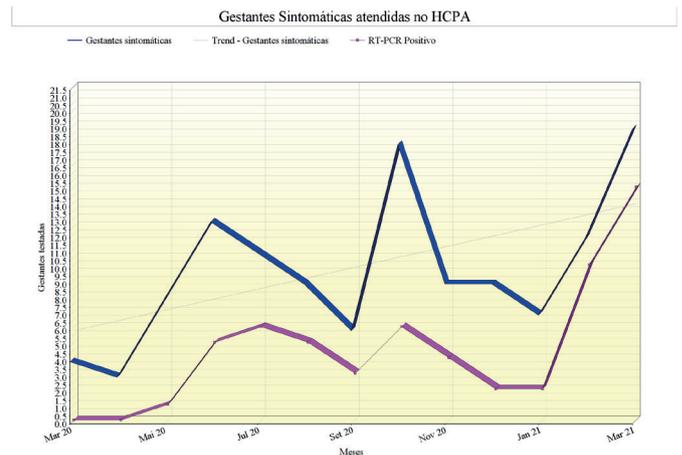


Figura 1- Gestantes sintomáticas para Sars-Cov-2 admitidas no primeiro ano de pandemia COVID no HCPA

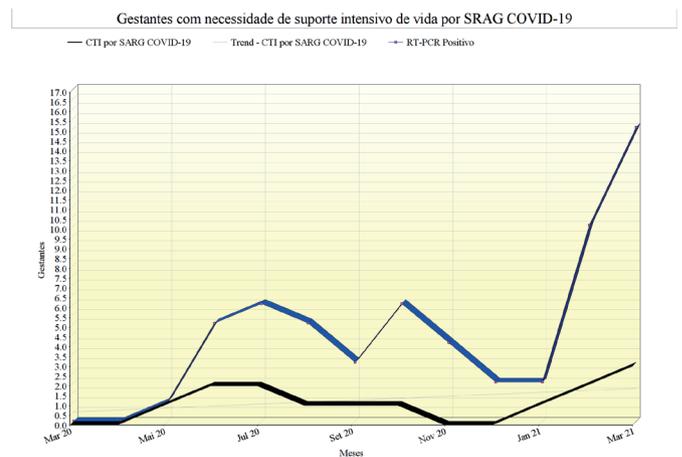


Figura 2 - Gestantes que necessitaram UTI por Síndrome Respiratória Aguda Grave

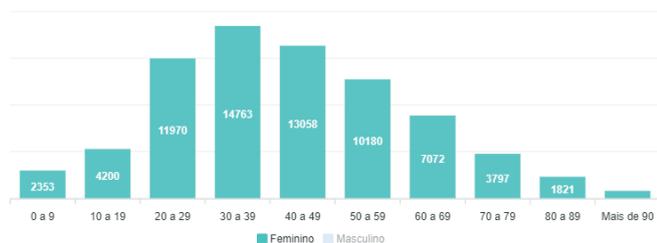


Figura 3 - Número de mulheres acometidas por faixa de idade em Porto Alegre

Fonte: <https://infografico-covid.procempa.com.br/>

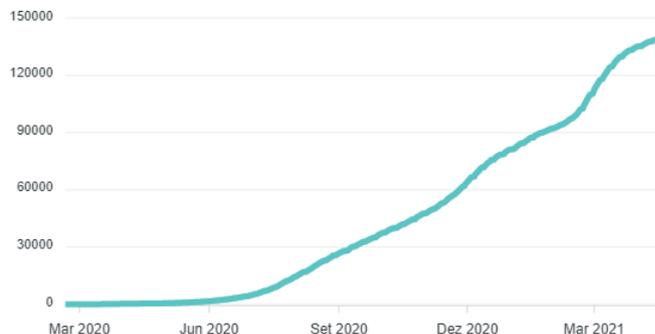


Figura 4 - Número de casos COVID-19 positivo acumulados em um ano na cidade de Porto Alegre

Fonte: <https://infografico-covid.procempa.com.br/>

DISCUSSÃO

O diagnóstico de COVID-19 pode ser feito com base nos sintomas e na exposição conhecida, ou simplesmente de um teste positivo para SARS-CoV-2, mesmo na ausência

de quaisquer sintomas. COVID-19 pode, portanto, ser sintomática ou assintomática.

Tabela 1 – Gestantes acometidas no Brasil por COVID-19 estratificadas por faixa etária e trimestre gestacional.

Faixa Etária, Raça e Idade Gestacional	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Gestante						Total
	covid-19	influenza	Outros vírus respiratórios	Outros agentes etiológicos	Não especificado	Em investigação	
Faixa Etária (em anos)							
De 10 a 19	33	0	3	1	49	42	128
De 20 a 29	209	0	3	1	144	133	490
De 30 a 39	256	0	2	3	89	108	458
De 40 a 49	36	0	0	0	16	21	73
De 50 a 59	21	0	0	0	10	4	35
Sem Informação	4	0	0	0	0	0	4
Raça/Cor							
Bianca	210	0	4	1	101	99	415
Preta	34	0	0	1	21	22	78
Anarela	4	0	0	0	5	5	14
Parda	250	0	2	2	147	139	540
Indígena	2	0	0	0	1	1	4
Ignorado/Em Branco	59	0	2	1	33	42	137
Idade Gestacional							
1º Trimestre	69	0	1	0	48	37	155
2º Trimestre	150	0	2	1	86	72	311
3º Trimestre	315	0	5	4	166	182	672
Idade Gestacional Ignorada	25	0	0	0	8	17	50
Total	559	0	8	5	308	308	1.188

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. Dados atualizados em 22 de fevereiro de 2021 às 12h, sujeitos a revisões.

Fonte: Ministério da Saúde- disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/fevereiro/25/boletim_epidemiologico_covid_51_reduzido2.pdf>

A maioria dos casos globais de COVID-19 apresenta evidências de transmissão de pessoa para pessoa. Este vírus pode ser facilmente isolado de gotículas ou secreções respiratórias, fezes e fômites (2,3). A transmissão é conhecida por ocorrer mais frequentemente através do contato próximo com uma pessoa infectada ou contato com superfícies contaminadas (4). Com relação à transmissão vertical (transmissão da mulher para o bebê no período gestacional ou intraparto), as evidências agora sugerem que, se ocorrer, ela é incomum (11). Ao longo deste primeiro ano de pandemia, observou-se somente um caso com possibilidade de transmissão vertical, em nosso estudo, onde os exames ainda estão sendo analisados. De qualquer forma, vale lembrar a importância de se evitar a exposição das gestantes em qualquer trimestre gestacional, minimizando o risco da doença e sua gravidade. Nas gestantes positivas com desfecho de nascimento no período da infecção, é importante destacar as medidas protetivas do recém-nascido para evitar sua contaminação no puerpério.

Em um estudo publicado em 19 de março de 2021, Shu Qin Wei e cols. relataram, em sua meta-análise, associação da infecção por Sars-Cov-2 na gravidez com aumento das taxas de pré-eclâmpsia, natimortos e partos prematuros, quando comparadas às gestantes não infectadas. COVID-19 sintomático foi associado a um risco aumentado de cesariana, parto vaginal e nascimento prematuro em comparação com COVID-19 assintomático (24). Desta forma, já temos evidências científicas sólidas para entender que a nova doença pandêmica aumenta sobremaneira a morbidade no ciclo gravídico-puerperal. O referido estudo também evidenciou que COVID-19 sintomático ou grave está associado a um risco considerável de pré-eclâmpsia, parto prematuro e baixo peso ao nascer, risco que aumenta quanto maior a gravidade do caso, e isso parece dever-se ao fato que o Sars-Cov-2 pode levar à disfunção do sistema renina-angiotensina-aldosterona e vasoconstrição por ligação aos receptores da enzima conversora de angiotensina-2 (25). Já existem evidências que a infecção por Sars-Cov-2 também está relacionada a um aumento sistêmico de respostas inflamatórias envolvidas na patogênese de nascimentos prematuros ou de um ambiente subótimo para o crescimento e desenvolvimento fetal intraútero. Todos estes achados explicam o grande risco que as gestantes infectadas têm e justificam medidas específicas de controle, prevenção e suporte que este grupo singular necessita.

Em um ano de evolução da pandemia por coronavírus, percebeu-se a variação sazonal da infecção, fato especialmente presente na região sul e parte do sudeste do país, que costumam ter bem marcadas as estações do ano e adentram a estação fria nos meses de junho e julho (época em que, previamente, costumamos ver um aumento de afecções respiratórias).

Notou-se um aumento substancial do acometimento em nossa região nos meses de inverno (Figura 1); contudo, o maior pico da pandemia na Região Sul ocorreu em fevereiro e março de 2021 (Figura 1 e Figura 3). Esse fato

observado na população geral correspondeu ao achado na população de gestantes, que também apresentou picos de incidência e morbidade nestes meses em questão.

O fato do aumento da incidência em fevereiro a março de 2021 se deve provavelmente ao relaxamento das medidas de prevenção e ao maior número de aglomerações, principalmente após os grandes feriados de fevereiro. O número de casos entre gestantes acompanhou o aumento ocorrido em Porto Alegre, na população em geral, no mesmo período.

Os resultados observados neste primeiro ano de pandemia pela COVID-19 demonstraram que a maioria das mulheres grávidas que se mostrava sintomática no momento da admissão hospitalar apresentava positividade para a infecção por coronavírus.

No universo das pacientes sintomáticas, a maioria apresenta apenas sintomas leves ou moderados de resfriado/gripe (12). Nesta análise inicial, não foram estudados os desfechos gestacionais nem fetais, mas sim a incidência e a prevalência de acometimento da doença nas gestantes. Entretanto, o que se constatou foi um agravamento dos casos com o evoluir da pandemia, fato evidenciado pelo número de internações de gestantes por SRAG em unidades de terapia intensiva (Figura 2). Entretanto, este estudo prossegue analisando os dados colhidos em sua fase 2 e, em breve, haverá mais dados para analisar.

A incidência de Sars-Cov-2 em mulheres grávidas está de acordo com outros estudos realizados no mundo. Uma pequena parcela de gestantes pode desenvolver quadros graves, mais proeminentes no terceiro trimestre gestacional, conforme mostra a literatura vigente (6,7,10). No Brasil, este fato foi vislumbrado de acordo com dados do Ministério da Saúde em seu boletim epidemiológico, o qual mostra que 56,35% dos casos de SRAG por COVID-19 em gestantes ocorreram no terceiro trimestre gestacional (Tabela 1).

Em comparação com mulheres não grávidas com COVID-19, mulheres grávidas com a doença apresentam maiores taxas de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) (22); isso pode refletir um menor limiar para admissão em UTI, em vez de doença mais grave. Nesta análise preliminar, constatamos que 27,1% das gestantes sintomáticas, com teste positivo, necessitaram de suporte intensivo de vida.

Outra comparação com mulheres grávidas sem COVID-19 mostrou que gestantes com infecção sintomática que necessitaram de hospitalização tiveram uma piora geral dos desfechos maternos, incluindo aumento do risco de morte, embora esse risco permaneça muito baixo (a taxa de mortalidade materna no Reino Unido de COVID-19 é de 2,2 por 100.000 nascimentos) (22). Ainda neste estudo realizado no Reino Unido, foi constatado que 10% de todas as mulheres grávidas admitidas no hospital foram diagnosticadas com COVID-19. Os dados coletados no presente estudo mostraram um percentual um pouco menor: 7,82% da totalidade de gestantes apresentaram testes positivos.

Esta pequena discrepância pode-se dever ao menor acesso das gestantes a serviços terciários de atendimento, ou até mesmo à subnotificação de casos, pois no início da pandemia apenas as pacientes com sintomatologia proeminente eram testadas. No transcorrer do surto, foi instituído, então, o rastreamento global das gestantes admitidas no hospital.

Segundo dados do Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr COVID-19), 73% de todas as mulheres grávidas são assintomáticas para a infecção de COVID-19, e a prevalência de infecção por Coronavírus em mulheres grávidas admitidas nos hospitais parece ser bem similar ou menor do que a população geral. Apesar disso, tem sido observado um aumento significativo da mortalidade materna. O aumento de mortes neste grupo ficou muito acima do registrado na população em geral. Uma média de 10,5 gestantes e puérperas morreu por semana em 2020, chegando a um total de 453 mortes no ano passado. Já em 2021, a média de óbitos por semana chegou, até 10 de abril, a 25,8 neste grupo, totalizando 362 óbitos nesse ano durante estes primeiros meses (23). Esse dado, por si só, justifica o rastreamento universal de gestantes e o investimento em prevenção e estrutura de acolhimento e manejo da gestante grave.

Uma meta-análise identificou infecção grave por COVID-19 em 10% de todas as grávidas suspeitas ou confirmadas de COVID-19, perfazendo uma média de 4% de casos graves em gestantes e evidenciando uma necessidade maior de suporte intensivo em grávidas quando comparadas com mulheres não grávidas em idade reprodutiva (22). Na presente análise, não foram incluídas pacientes com suspeita de infecção que não realizaram o teste de RT-PCR, ou que realizaram outro teste, como o de antígeno ou teste rápido, fato este que pode ter contribuído para um número menor de pacientes relatadas com gravidade pela doença (13-15).

É muito importante analisar dados de incidência e prevalência em uma população com características específicas, em nossa realidade local, e comparar com os resultados dos estudos mais abrangentes brasileiros e com os estudos internacionais, com a finalidade de analisarmos progressão, agravamento e desfechos materno-fetais da COVID-19 em diferentes realidades socioeconômicas e de acesso à saúde.

CONCLUSÃO

Baseados nos achados preliminares deste estudo e da literatura médica atual que versa sobre o assunto, podemos observar um risco emergente de doença grave na população de grávidas e puérperas. Esses achados devem estimular a realização de estudos focados neste grupo e promover medidas sanitárias mais eficazes de prevenção e de logística, visando à estruturação de serviços especializados no atendimento à gestante grave.

O cuidado com as gestantes e puérperas é extremamente necessário, principalmente porque esse público tem di-

ficuldades de acesso a um pré-natal adequado e, com isso, diagnóstico e seguimentos precoces. É imprescindível a obtenção desses dados para que se possa avaliar os fatores prognósticos e, assim, atuar na modificação de desfechos desfavoráveis. Ainda são necessários mais dados para avaliar de forma robusta o acometimento materno-fetal. Considerando o pouco tempo de existência desta doença, faz-se necessário manter o acompanhamento dinâmico destas gestantes infectadas, para que se possa, através da descrição dos achados, replicar os estudos atualizados e entender as análises propostas na literatura para trazermos à nossa prática médica protocolos eficientes e estabelecer as melhores condutas que garantam desfechos favoráveis para o binômio materno-fetal.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situations reports 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/> Accessed 2021 Apr 9.
- 2 Reale SC, Lumbreras-Marquez MI, King CH, et al. Patient characteristics associated with SARS-CoV-2 infection in parturients admitted for labour and delivery in Massachusetts during the spring 2020 surge: A prospective cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2021;35:24-33.
- 3 Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020;99(7):823-829.
- 4 Jering KS, Claggett BL, Cunningham JW, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized Women Giving Birth With and Without COVID-19. *JAMA Intern Med* 2021;e209241.
- 5 Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ* 2020;369:m2107.
- 6 National Institute of Health and Care Excellence. COVID-19 Rapid Guideline: Managing the Long-Term Effects of COVID-19. NICE guideline [NG188]. NICE; December 2020
- 7 Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020;370:m3320.
- 8 Croveto F, Crispi F, Llubra E, Figueras F, Gómez-Roig MD, Gratacós E. Seroprevalence and presentation of SARS-CoV-2 in pregnancy. *Lancet*. 2020; 396(10250): 530-531. doi:10.1016/S0140-6736(20)31714-1 2. Sutton D, Fuchs K, Dalton M, Goffman D.
- 9 Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. *N Engl J Med*. 2020; 382(22): 2163-2164. doi:10.1056/NEJMc2009316 3. Fassett MJ, Lurvey LD, Yasumura L, Nguyen M, Colli JJ, Volodarskiy M, et al. Universal SARS-Cov-2 Screening in Women Admitted for Delivery in a Large Managed Care Organization. *Am J Perinatol*. 2020; 37(11): 1110-1114. doi:10.1055/s-0040-1714060
- 10 Lumbreras-Marquez MI, Campos-Zamora M, Lizaola-Diaz de Leon H, Farber MK. Maternal mortality from COVID-19 in Mexico. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;150:266-267
- 11 Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020; 370: m3320. doi:10.1136/bmj.m3320
- 12 Pollán M, Pérez-Gómez B, Pastor-Barriuso R, Oteo J, Hernán MA, Pérez-Olmeda M, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *Lancet*. 2020; 396(10250): 535-544. doi:10.1016/S0140-6736(20)31483-5
- 13 Metcalf CJE, Farrar J, Cutts FT, Basta NE, Graham AL, Lessler J, et al. Use of serological surveys to generate key insights into

- the changing global landscape of infectious disease. *Lancet*. 2016; 388(10045): 728-730. doi:10.1016/S0140-6736(16)30164-7
- 14 Pierce-Williams RAM, Burd J, Felder L, Khoury R, Bernstein PS, Avila K, et al. Clinical course of severe and critical COVID-19 in hospitalized pregnancies: a US cohort study. *Am J Obstet Gynecol* MFM. 2020; 2(3): 100134. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100134
- 15 Nakamura-Pereira M, Knobel R, Menezes MO, Andreucci CB, Takemoto ML. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal mortality in Brazil: 523 maternal deaths by acute respiratory distress syndrome potentially associated with SARS-CoV-2. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;00:1-2. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13643>
- 16 BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://covid.saude.gov.br>
- 17 PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Dados da Secretaria Extraordinária de Enfrentamento ao Coronavírus (SECOVID). Disponível em prefeitura.poa.br
- 18 GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Painel Coronavírus RS. Disponível em ti.saude.rs.gov.br
- 19 Plataforma Brasil. COVID - Estratégia Unificada de prontuários eletrônicos para acompanhamento da Covid na Gestação. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM. CAAE 31783020.1.0000.5404.
- 20 SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 21, supl. 1, p.253-256, fev.2021. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292021000100253&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 abr. 2021. Epub 24-Fev-2021. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100014>.
- 21 BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3> > Acesso em: 23 abr. 2021.> <http://bit.ly/1mTMIS3>
- 22 Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis *BMJ* 2020; 370 :m3320 doi:10.1136/bmj.m3320
- 23 Observatório obstétrico brasileiro. Disponível em <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/> Acessado em 21 abr 2021.
- 24 Shu Qin Wei MD PhD, Marianne Bilodeau-Bertrand MSc, Shiliang Liu MB PhD, Nathalie Auger MD MSc. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2021 : doi: 10.1503/cmaj.202604; early-released March 19, 2021
- 25 Gheblawi M, Wang K, Viveiros A, et al. Angiotensin-converting enzyme 2: SARSCoV-2 receptor and regulator of the renin-angiotensin system. *Circ Res* 2020;126:1456-74

✉ Endereço para correspondência

Vanessa Fraga Carpes

Rua Fernando Cortez, 151/1001

91.350-270 – Porto Alegre/RS – Brasil

☎ (51) 3336-3991

✉ vanecarpes@gmail.com

Recebido: 27/4/2021 – Aprovado: 31/5/2021