

Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença — Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19)

COVID-19: Gravidez e aleitamento materno

Carina Rodrigues¹, Henrique Barros¹

¹EPIUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Porto

A doença resultante da infeção com o novo coronavírus SARS-CoV-2 e designada COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi identificada pela primeira vez em humanos em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China. Os sintomas, e até alguns aspetos do curso da infeção, foram inicialmente considerados semelhantes aos da gripe, embora pudessem evoluir para uma forma infeção respiratória aguda grave com pneumonia a exigir cuidados intensivos numa proporção entre 1 e 5%. Com o evoluir da epidemia foi possível perceber que as diferenças em relação com a gripe eram muito marcadas e o curso da infeção avaliado de forma distinta e particularizada.⁽¹⁾ A 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou o estado de Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional e no dia 11 de março foi declarada pandemia. A infeção pode ocorrer em qualquer idade, mas até agora os casos da COVID-19 identificados em crianças são proporcionalmente pouco frequentes (<1% do total de casos). A infeção que se prevê ter uma letalidade global próxima de 1%, atinge valores muito mais elevados em pessoas idosas ou com patologias crónicas pré-existentes.^(1, 2)

Embora as vias de transmissão da COVID-19 não estejam ainda absolutamente determinadas, está bem estabelecida a transmissão pessoa a pessoa. Esta transmissão pode ocorrer por gotículas espalhadas quando uma pessoa infetada tosse, espirra ou fala, podendo ser inaladas ou atingirem as mucosas da boca, nariz ou olhos das pessoas que estão próximas. A COVID-19 pode também transmitir-se através do contacto direto das mãos com superfícies ou objetos conspurcados com o SARS-CoV-2 se em seguida existir contacto com a boca, nariz ou olhos.⁽¹⁾

Desde a fase inicial da infeção e deste problema generalizado de saúde pública que se prestou uma atenção especial às grávidas e aos recém-nascidos. Há uma preocupação emergente relativamente ao risco potencial de transmissão vertical (da mãe para o feto) do vírus SARS-CoV-2 no período intrauterino com o potencial de malformações, mas também durante o parto e a amamentação; igualmente, é importante determinar os potenciais efeitos adversos da COVID-19 no decurso da gravidez.⁽³⁻⁶⁾ Em Portugal, podemos estimar que cerca de 80,000 mulheres estarão grávidas em Portugal, em diferentes idades gestacionais, o que representa um importante desafio de saúde individual e de resposta comunitária para evitar a infeção nesta população que deve ser considerada em maior risco.

1. COVID-19 e gravidez

Atualmente, não há prova de que o risco de contrair a COVID-19 seja maior numa mulher grávida do que na população em geral.^(5, 7) Também não se identificou a ocorrência de transmissão do vírus SARS-CoV-2 no período intrauterino, pelo menos quando a infeção ocorre no terceiro trimestre da gravidez.^(3, 4, 8-12) De acordo com a informação disponível, nenhum recém-nascido de mãe diagnosticada com COVID-19 apresentou resultado positivo para o vírus SARS-CoV-2^(3, 8-13) com exceção de um recém-nascido identificado como positivo 36 horas pós-parto.⁽¹⁴⁾ No entanto, não foi possível confirmar se se tratou de um caso de transmissão intrauterina uma vez que as amostras de sangue do cordão umbilical e da placenta foram negativas para SARS-CoV-2 e, pelo contrário, não se pôde excluir a possibilidade de contacto pós-natal com o agente.⁽¹⁴⁾ Em todos os casos publicados até ao momento, não foi detetado o vírus SARS-CoV-2 em amostras de líquido amniótico, placenta ou de sangue do cordão umbilical.^(3, 8, 9, 11-13)

É ainda limitada a quantidade de informação sobre o efeito da COVID-19 em mulheres grávidas. As características clínicas da COVID-19 foram semelhantes às descritas em mulheres não grávidas, sugerindo não haver pior prognóstico na mulher grávida, embora o número de casos estudados seja ainda reduzido.^(3, 8, 10) Há já no entanto um caso reportado de uma grávida com COVID-19 que necessitou de ventilação invasiva às 30 semanas de gestação, tendo sido realizada cesariana de emergência.⁽¹¹⁾ Até ao momento, não se publicaram casos de óbitos entre mulheres grávidas.⁽¹⁵⁾

Contudo, é importante ter em conta que durante a gravidez ocorrem alterações imunológicas e fisiológicas maternas, como alterações da imunidade mediada por células ou alterações da função pulmonar que afetam tanto a suscetibilidade quanto a gravidade clínica das pneumonias. Assim, é fundamental a prevenção da COVID-19 como de outra qualquer infeção respiratória viral, que pressupõem sempre risco acrescido para a grávida e para a própria gravidez.^(5, 16, 17)

O conhecimento sobre o efeito da infeção por SARS-CoV-2 no feto e no desfecho da gravidez é ainda muito limitado.^(3, 5, 13) Até o momento não há nenhuma informação sobre o vírus SARS-CoV-2 estar associado a algum tipo de malformações congénitas no feto e, considerando que não há evidência de infeção fetal intrauterina, parece pouco provável a sua ocorrência.⁽⁷⁾ No entanto, a informação já recolhida mostra que as grávidas com COVID-19 parecem ter maior risco de sofrimento fetal e de parto pré-termo.^(3, 8, 10, 11)

Importa salientar o conhecimento resultante das duas epidemias de maior gravidade relacionadas com coronavírus.^(5, 18-31) A primeira surgiu também na China, em 2002-03, e caracterizou-se por graves infeções respiratórias causadas pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus* (SARS-CoV). A segunda ocorreu em 2012, inicialmente no Médio Oriente e foi denominada *Middle East Respiratory Syndrome – Coronavirus* (MERS-CoV).^(5, 18) Estas epidemias demonstraram ter capacidade de causar graves complicações durante a gravidez^(32, 33), observando-se prior prognóstico nas mulheres grávidas quando comparadas com mulheres não grávidas.^(19, 34)

Na epidemia de 2002, 12 mulheres grávidas foram infetadas com SARS-CoV, sendo que quatro das sete grávidas no primeiro trimestre tiveram abortamento espontâneo.⁽³²⁾ Do segundo ao terceiro trimestre, duas das cinco grávidas apresentaram restrição de crescimento fetal e em quatro das cinco mulheres ocorreu parto pré-termo (um espontâneo; três induzidos pela condição materna); 25% das grávidas morreram durante a gravidez.⁽³²⁾ Numa revisão sobre os desfechos da gravidez de 11 mulheres infetadas com MERS-CoV, sete grávidas necessitaram de internamento em unidade de cuidados intensivos e três morreram, sendo que destas apenas uma apresentava uma comorbilidade (asma); ocorreram duas mortes fetais e três de nove recém-nascidos eram pré-termo.⁽³³⁾

Considerando que o SARS-CoV-2 apresenta homologia genética e algumas semelhanças clínicas ao SARS-CoV e MERS-CoV, importa prestar particular atenção ao acompanhamento das grávidas com COVID-19, pois embora ainda não documentados os desfechos adversos na mulher grávida e na gravidez são potencialmente relevantes.^(5, 18) É assim de extrema importância que as mulheres grávidas adotem ações preventivas para a COVID-19 com grande intensidade.⁽⁷⁾

Atualmente, os cuidados de prevenção da COVID-19 em grávidas devem ser os mesmos definidos para a população em geral, isto é, devem reforçar as medidas de higiene e etiqueta respiratória (tossir ou espirrar tapando o nariz e a boca com o braço ou prega do cotovelo, ou, no caso da utilização de um lenço de papel, descartar de imediato o papel no lixo); lavar as mãos com água e sabão várias vezes ao dia, ou desinfetar com solução asséptica de base alcoólica; e evitar sobretudo contactos próximos com pessoas que apresentem sintomas.^(7, 16)

Para o caso de grávidas com suspeita ou com infeção por SARS-CoV-2, estão já publicadas recomendações direcionadas aos profissionais e serviços de saúde.^(7, 15, 16, 35, 36) Considerando o aparecimento recente da COVID-19, importa salientar que estas recomendações são dinâmicas, evoluindo à medida que se obtém mais evidência.⁽¹⁵⁾

A decisão sobre o tipo de parto em grávidas com suspeita de infeção ou com COVID-19, como ocorreu em relação com a infeção por SARS-CoV, deverá ter em conta as características clínicas maternas e fetais, como em qualquer outra situação de gravidez, e não o facto de haver infeção, podendo ser ponderada a realização de parto vaginal ou cesariana, excepto se a situação respiratória da grávida implicar uma decisão emergente.⁽⁷⁾ Esta atitude é a mais prevalente, embora inicialmente houvesse orientações no sentido de internar prontamente a grávida como um caso de patologia muito grave.⁽¹⁵⁾ Com a experiência acumulada a atitude passou a ser proporcional à gravidade da situação médica e não dependente do diagnóstico da COVID-19.

Os profissionais de saúde, pela natureza da sua atividade, estão naturalmente em maior risco de contrair infeções, mas também há provas claras de a utilização adequada de medidas de proteção e o respeito escrupuloso das regras de prevenção serem extraordinariamente eficazes, como o tem demonstrado o decurso da atual epidemia da COVID-19: onde essas regras são respeitadas não se verificam casos em profissionais de saúde.

Assim, não há evidência que justifique a evicção laboral de grávidas profissionais de saúde, mas deve haver o cuidado de seguir os protocolos atualmente indicados, particularmente aquando de contacto com um caso suspeito ou de doença. Nessas circunstâncias, as profissionais de saúde grávidas devem ter uma avaliação de risco e seguir as indicações protocoladas. O respeito pelas recomendações para a prevenção e as práticas de controlo são fundamentais para a proteção de qualquer profissional de saúde em ambiente clínico.⁽³⁶⁾

2. COVID-19 e aleitamento materno

O conhecimento científico atualmente disponível, pontual e circunscrito, não permite estabelecer indicações ou recomendações específicas quanto ao aleitamento materno, obrigando a decidir por analogia com circunstâncias anteriores e numa interpretação dos custos e dos benefícios previsíveis.

As informações publicadas de que dispomos, no entanto, mostraram que todas as amostras de leite materno testadas foram negativas para o vírus SARS-CoV2, numa série de nove mulheres diagnosticadas com COVID-19 no Hospital Universitário de Wuhan.⁽³⁾ O mesmo resultado foi observado em outros dois estudos de caso: uma mulher com uma

gestação de 35 semanas, com parto por cesariana, realizado em sala com pressão negativa e cujo recém-nascido foi negativo; e um outro em que o recém-nascido infetou, mas o leite materno era negativo para SARS-CoV2.^(12, 14) No entanto, não há evidência científica suficiente para podermos afirmar inequivocamente que não existe possibilidade de as mães com COVID-19 poderem transmitir o vírus através do leite materno.⁽¹⁶⁾ No entanto, o aleitamento materno, pelos inúmeros benefícios que proporciona tanto para a mãe como para o recém-nascido, é reconhecido como a melhor forma de alimentação da criança (salvo raras exceções), protegendo-a contra várias doenças, inclusive infecções gastrointestinais e respiratórias.⁽³⁷⁾

Assim, considerando os benefícios da amamentação e o facto de a transmissão de outros vírus respiratórios ser insignificante através do leite materno, não há indicação para suspender a amamentação nesta fase da pandemia. Recomenda-se que sejam sempre tomadas as devidas precauções durante o período de amamentação para evitar uma possível exposição e transmissão do vírus que pode ocorrer, principalmente, através de gotículas ou secreções respiratórias.⁽³⁸⁾

Nos casos em que as mães estão infetadas com COVID-19 ou sob investigação, a amamentação pode ser mantida desde que as condições clínicas o permitam, de acordo com as recomendações da OMS/UNICEF⁽³⁸⁾ e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos.⁽¹⁶⁾ O CDC indica que a decisão de iniciar ou continuar a amamentação deve ser determinada pela mãe com COVID-19, em conjunto com os familiares e profissionais de saúde.⁽¹⁶⁾

Embora não exista evidência científica sobre a possibilidade de as mães com COVID-19 poderem transmitir o vírus através do leite materno, sabe-se que este pode ser transmitido uma vez que a criança estará numa distância muito próxima da mãe durante a amamentação. Assim, uma mãe sob investigação ou com COVID-19 pode manter a amamentação, desde que as suas condições clínicas o permitam, devendo, para isso, tomar todas as precauções para evitar a transmissão do vírus à criança: lavar as mãos frequentemente com água e sabão durante, pelo menos, 20 segundos, antes e depois de cada mamada; usar uma máscara facial durante a amamentação; evitar tocar na boca, nariz e olhos da criança; limpar e desinfetar os objetos e superfícies usados frequentemente.^(16, 38) Se a mãe optar por expressar o leite com uma bomba manual ou elétrica, deve lavar as mãos com água e sabão antes de tocar em qualquer parte da bomba ou do biberão e seguir as recomendações para uma adequada limpeza e desinfecção da bomba após cada utilização.⁽¹⁶⁾ Sempre que a mãe esteja muito doente, esta deve ser incentivada a expressar o leite (e não dar diretamente à mama).⁽³⁸⁾

Não existe, atualmente, nenhum antiviral comprovadamente eficaz para tratar a COVID-19. O Remdesivir, desenvolvido para tratar a Ébola, que tem vindo a mostrar uma boa eficácia e está em ensaio clínico de fase III^(15, 39) carece de estudos sobre o efeito no leite materno⁽³⁹⁾, mas há relato de um recém-nascido com Ébola tratado com Remdesivir que não apresentou efeitos adversos.⁽⁴⁰⁾

3. Conclusão

As grávidas e os recém-nascidos devem ser consideradas populações particularmente vulneráveis no que respeita às estratégias de prevenção e gestão da COVID-19, pelo que é essencial informação, aconselhamento e acompanhamento adequados.^(5, 41)

Nota: Atualizaremos este capítulo sempre que a quantidade e importância da nova informação o justifique.

Referências

1. Caldas J. & Tavares, M (2020). Epidemiologia da COVID-19. Disponível em (15 março 2020): <http://asset.youoncdn.com/ab296ab30c207ac641882479782c6c34/070b44658f5569888804a14826ae273c.pdf>
2. Russell TW, Hellewell J, Jarvis CI, van-Zandvoort K, Abbott S, Ratnayake R, et al. Estimating the infection and case fatality ratio for COVID-19 using age-adjusted data from the outbreak on the Diamond Princess cruise ship. *MedRxiv*. 2020: 2020.03.05.20031773.
3. 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*. 2020; 395(10226):809-815.
4. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet*. 2020; 395(10226):760-762.
5. 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*. 2020; pii: S0002-9378(20)30197-6.
6. Favre G, Pomar L, Musso D, Baud D. 2019-nCoV epidemic: what about pregnancies? *Lancet*. 2020; 395(10224):e40.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England and Health Protection Scotland (2020). Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy: Information for healthcare professionals (Version 2). Disponível em (15 março 2020): <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v2-20-03-13.pdf>
8. 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;9(1):51-60.
9. Zhang L, Jiang Y, Wei M, Cheng BH, Zhou XC, Li J, et al. Analysis of the pregnancy outcomes in pregnant women with COVID-19 in Hubei Province. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2020; 55(0):E009.
10. Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infect*. 2020; pii: S0163-4453(20)30109-2.
11. Wang X, Zhou Z, Zhang J, Zhu F, Tang Y, Shen X. A case of 2019 Novel Coronavirus in a pregnant woman with preterm delivery. *Clin Infect Dis*. 2020; pii: ciaa200.
12. Li Y, Zhao R, Zheng S, Chen X, Wang J, Sheng X, et al. Lack of Vertical Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, China. *Emerg Infect Dis*. 2020; 26(6).
13. 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*. 2020; 49(0):E005.
14. Wang S, Guo L, Chen L, Liu W, Cao Y, Zhang J, et al. A case report of neonatal COVID-19 infection in China. *Clin Infect Dis*. 2020; pii: ciaa225.
15. Liang H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020.
16. Centers for Disease Control and Prevention (2020). Pregnancy & Breastfeeding: Information about Coronavirus Disease 2019. Disponível em (15 março 2020): <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.html>
17. Yang H, Wang C, Poon LC. Novel coronavirus infection and pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020.
18. Schwartz DA, Graham AL. Potential Maternal and Infant Outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses*. 2020; 12(2).
19. Maxwell C, McGeer A, Tai KFY, Sermer M. No. 225-Management Guidelines for Obstetric Patients and Neonates Born to Mothers With Suspected or Probable Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39(8):e130-e137.
20. 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*. 2016; 16:105.

21. Assiri A, Abedi GR, Al Masri M, Bin Saeed A, Gerber SI, Watson JT. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection During Pregnancy: A Report of 5 Cases From Saudi Arabia. *Clin Infect Dis*. 2016; 63(7):951-3.
22. Haines CJ, Chu YW, Chung TK. The effect of Severe Acute Respiratory Syndrome on a hospital obstetrics and gynaecology service. *BJOG*. 2003; 110(7):643-5.
23. Jeong SY, Sung SI, Sung JH, Ahn SY, Kang ES, Chang YS, et al. MERS-CoV Infection in a Pregnant Woman in Korea. *J Korean Med Sci*. 2017; 32(10):1717-20.
24. Jiang X, Gao X, Zheng H, Yan M, Liang W, Shao Z, et al. Specific immunoglobulin g antibody detected in umbilical blood and amniotic fluid from a pregnant woman infected by the coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *Clin Diagn Lab Immunol*. 2004; 11(6):1182-4.
25. Malik A, El Masry KM, Ravi M, Sayed F. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus during Pregnancy, Abu Dhabi, United Arab Emirates, 2013. *Emerg Infect Dis*. 2016; 22(3):515-7.
26. Owolabi T, Kwolek S. Managing obstetrical patients during severe acute respiratory syndrome outbreak. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004; 26(1):35-41.
27. Payne DC, Iblan I, Alqasrawi S, Al Nsour M, Rha B, Tohme RA, et al. Stillbirth during infection with Middle East respiratory syndrome coronavirus. *J Infect Dis*. 2014; 209(12):1870-2.
28. Robertson CA, Lowther SA, Birch T, Tan C, Sorhage F, Stockman L, et al. SARS and pregnancy: a case report. *Emerg Infect Dis*. 2004; 10(2):345-8.
29. Shek CC, Ng PC, Fung GP, Cheng FW, Chan PK, Peiris MJ, et al. Infants born to mothers with severe acute respiratory syndrome. *Pediatrics*. 2003; 112(4):e254.
30. Stockman LJ, Lowther SA, Coy K, Saw J, Parashar UD. SARS during pregnancy, United States. *Emerg Infect Dis*. 2004; 10(9):1689-90.
31. Yudin MH, Steele DM, Sgro MD, Read SE, Kopplin P, Gough KA. Severe acute respiratory syndrome in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2005; 105(1):124-7.
32. Wong SF, Chow KM, Leung TN, Ng WF, Ng TK, Shek CC, et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 191(1):292-7.
33. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: Report of two cases & review of the literature. *J Microbiol Immunol Infect*. 2019; 52(3):501-503.
34. Lam CM, Wong SF, Leung TN, Chow KM, Yu WC, Wong TY, et al. A case-controlled study comparing clinical course and outcomes of pregnant and non-pregnant women with severe acute respiratory syndrome. *BJOG*. 2004; 111(8):771-4.
35. 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*. 2020; pii: S1473-3099(20)30157-2.
36. 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*. 2020.
37. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017):475-90.
38. UNICEF/World Health Organization (2020). Coronavirus disease (COVID-19): What parents should know. Disponível em (15 março 2020): <https://www.unicef.org/stories/novel-coronavirus-outbreak-what-parents-should-know>.
39. Anderson PO. Breastfeeding and Respiratory Antivirals: Coronavirus and Influenza. *Breastfeed Med*. 2020; 15(3):128.
40. Dörnemann J, Burzio C, Ronsse A, Sprecher A, De Clerck H, Van Herp M, et al. First Newborn Baby to Receive Experimental Therapies Survives Ebola Virus Disease. *J Infect Dis*. 2017; 215(2):171-174.
41. World Health Organization (2020). 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan. Disponível em (15 março 2020): https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf?sfvrsn=7ff55ec0_4&download=true