

IMPACTOS DO COVID-19 NA GRAVIDEZ

IMPACTS OF COVID-19 ON PREGNANCY

Heloisa Fiorin Fulaneto¹
Angela Rafaela Berlatto²
Tailise Piaia Morandi³
Marília Pedroso Moscal⁴
Rafael Rauber⁵

RESUMO: A pandemia pelo COVID-19, foi estabelecida no mundo inteiro no ano de 2020. A doença teve seu início em 2019, na China, e com isso os quadros de síndrome respiratória aguda grave se tornaram cada vez mais prevalentes nos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 (OMS, 2021). Gestantes e seus fetos compõem uma população de alto risco durante surtos de doenças infecciosas (DASHRAATH et al, 2020). As alterações fisiológicas e anatômicas da gestação aumentam a suscetibilidade à sepse. A infecção pelo COVID-19, apresenta alterações patológicas que propiciam uma modificação no estado de hipercoagulabilidade, causando riscos a população já propensa a eventos tromboembólicos, como as grávidas por exemplo (NEGRAES et al, 2021).

Palavras-Chave: Gestação. Parto. COVID-19.

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic was established worldwide in the year 2020. The disease had its onset in 2019 in China, and with this the clinical manifestations of severe acute respiratory syndrome have become increasingly prevalent inpatients infected by SARS-CoV-2 (OMS, 2021). Pregnant women and their fetuses are a high-risk population during infectious disease outbreaks (DASHRAATH et al, 2020). The physiological and anatomical changes of pregnancy increase the susceptibility to sepsis. The COVID-19 infection presents pathological changes that lead to a change in the hypercoagulable state, causing risks to the population already prone to thromboembolic events, such as pregnant women for example (NEGRAES et al, 2021).

Keywords: Pregnant. Childbirth. COVID-19.

1-INTRODUÇÃO

No último trimestre de 2019 começaram a surgir nos hospitais de Wuhan, na China, pacientes com sintomas respiratórios graves causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 com elevada disseminação e alto índice de mortalidade, assim descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS,2021). No Brasil, até maio de 2022, cerca de 22 mil gestantes foram infectadas, causando óbito materno de 2.026 mulheres, além da necessidade de tratamento

¹Acadêmica de medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz.

²Acadêmica de medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz.

³Acadêmica de medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz.

⁴Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia FAG/FHSL.

⁵Doutor em ciências: biologia celular e molecular – UFRGS. Docente titular do Centro Universitário Assis Gurgacz.

em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para cerca de 25% dessas pacientes (PERES et al, 2022). Analisando o perfil de pacientes, gestantes assintomáticas ou com sintomas leves nota-se uma melhora significativa e sem a necessidade de maiores intervenções, já gestantes com doenças prévias, possuem desfechos desfavoráveis em sua maioria. O mesmo pode ser observado em neonatos de mães infectadas. Em vista desses impactos é evidente que a COVID-19 em gestantes consiste em uma grave questão de saúde pública. (SOUZA et al, 2020)

2-REVISÃO DE LITERATURA

Em 2019, na província de Hubei, na China, houve os primeiros casos de COVID-19, uma variante da SARS- CoV-2, um betacoronavírus. Causador de infecções do sistema respiratório, desencadeador de complicações como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) (Souza et al, 2020). A repercussão sistêmica mais prevalente decorrente da infecção pelo COVID 19, em um estudo envolvendo a população contaminada de forma geral, os eventos tromboembólicos, como acidente vascular cerebral, tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda, possuíam números expressivos. Sendo que os pacientes mais acometidos eram os internados em unidades de terapia intensiva (UTI) do que os que estavam alojados em enfermarias (PAHO, 2022). Gestantes assintomáticas ou com sintomas leves apresentam uma melhora significativa e sem a necessidade de maiores intervenções; já pacientes que apresentam piora clínica significativa, e critérios de gravidade podem necessitar de acompanhamento em UTI (REIS e RIBEIRO, 2022). Para realização do diagnóstico da infecção pelo COVID-19, o Ministério da Saúde, preconiza os testes de swab naso-faríngeo e teste RT-PCR (REIS e RIBEIRO, 2022).

3997

Em um estudo de revisão bibliográfica a maioria das grávidas sintomáticas possuíam cerca de 32 semanas gestacionais, sendo que as infectadas durante o primeiro e segundo trimestres possuíam poucos sintomas ou eram assintomáticas na maior parte das vezes, para soberana porcentagem destas gestantes com COVID- 19 a via de parto eleita foi a cesariana, por motivos não descritos (CASTRO et al, 2020). Ao comparar mulheres não grávidas com gestantes, as grávidas possuem maiores taxas de internações em ambientes de cuidados intensivos (BILALOGLU et al, 2020).

A população grávida apresentaram as seguintes manifestações clínicas mais comumente: febre, fadiga, dispneia, mialgia e tosse. Sendo que tais sintomas foram considerados similares aos das pacientes não-grávidas (ALLOTAY et al, 2020).As gestantes

contaminadas pelo SARS- CoV- 2 têm maiores chances de evoluir com recém nascidos prematuros e mortalidade fetal, sendo esses aumentos de riscos em 17% e 0,3% respectivamente. Os casos se mostraram mais prevalentes em grávidas de alto índice de massa corporal (IMC), diabéticas, hipertensas e com idade materna avançada (BILALOGLU et al, 2020).

As principais consequências da infecção pelo COVID 19 das pacientes obstétricas foram a ruptura prematura de membrana cerca de 20,7%, parto prematuro sendo que no total das gestantes 41% tiveram o parto antes das 37 semanas e crescimento intrauterino restrito (CIUR) em 11,7 % (CASTRO et al, 2020). Segundo revisões bibliográficas, devido há poucos relatos sobre a distribuição social e demográfica que rege a conjuntura da pandemia, não é possível afirmar influências sobre o padrão de infecção pelo SARS-COV-2 em gestantes sob tais perspectivas abordadas. (ALLOTAY et al, 2020)

Abordando o quesito vacinação em gestantes em estudos com achados preliminares sobre o tema, houveram como achados significativos: do total de gestantes participantes do estudo 13,9% sofreram aborto, e 86,1% com nascidos vivos. Não houveram óbitos neonatais. As complicações mais presentes evidenciadas nos relatos foram: Parto prematuro em 9,4% e recém nascidos PIG (pequenos para idade gestacional) 3,2%. Esses resultados são semelhantes às incidências constatadas em população não vacinada, demonstrando não haver sinais de alerta quanto à segurança vacinal. (FICCA et al, 2010)

A transmissão vertical é designada quando a mãe é infectada pelo Coronavírus e há evidência de infecção neonatal por PCR positivo em: amostras de sangue de cordão umbilical; sangue venoso de recém-nascido; líquido amniótico coletado antes de ruptura de membranas. Essas amostras são válidas desde que coletadas dentro das primeiras 12 horas de nascimento. Contudo, casos de neonatos com PCR positivo logo após o nascimento são minoria (WEI et al, 2021). Em recentes análises anatomopatológicas de conteúdos placentários reportam lesões isquêmicas geradas pelo SARS-COV₂, repercutindo negativamente no desenvolvimento fetal. No entanto, há recentes vertentes que estudam a baixa expressão de receptores de enzima conversora de angiotensina 2 e serine protease TMPRSS₂ torna-se protetor para transmissão vertical.(WEI et al, 2021)

Abordando a gestação e o puerpério foram considerados fatores de risco para desfechos desfavoráveis da COVID-19, pois evidenciaram maiores incidências de óbito materno fetal e hospitalização. A vacinação contra a Covid-19 é recomendada para todas as gestantes e puérperas. Ademais, esta condição as coloca em grupos prioritários para

vacinação: Incluem-se na fase 1 da vacinação se apresentarem comorbidades, e fase 2 se forem de risco habitual. A imunização deve ser realizada independente da idade gestacional, e puérperas podem manter o aleitamento após realizar a imunização.(DEIDT, 2021)

3- METODOLOGIA

Esse estudo é de coorte retrospectivo, com base em prontuários do setor de obstetria do Hospital São Lucas (HSL) de Cascavel-PR, correspondente ao período de abril de 2020 até dezembro de 2021. Foram revisados cerca de 3000 prontuários, sendo que 24 pacientes no total foram colocadas em isolamento na unidade obstétrica, ou possuíam quadro de isolamento por contato com pessoas infectadas, no entanto, somente 15 possuíam teste PCR-COVID positivo no momento do internamento.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram determinados a partir do exame comprobatório de infecção, realizado no setor de triagem ou posteriormente no centro obstétrico onde a coleta de dados foi produzida. Pacientes admitidos com infecção pelo SARS-COV 2 anterior à data de admissão ou com sintomas característicos, porém sem exames confirmatórios durante a admissão hospitalar, foram excluídos da pesquisa. Além disso, pacientes cuja infecção pelo SARS-COV-2 foi comprovada segundo os critérios anteriores, porém foram transferidos para outras unidades hospitalares devido ao excedente de pacientes ou a pedido dos mesmos também foram retirados da análise de dados.

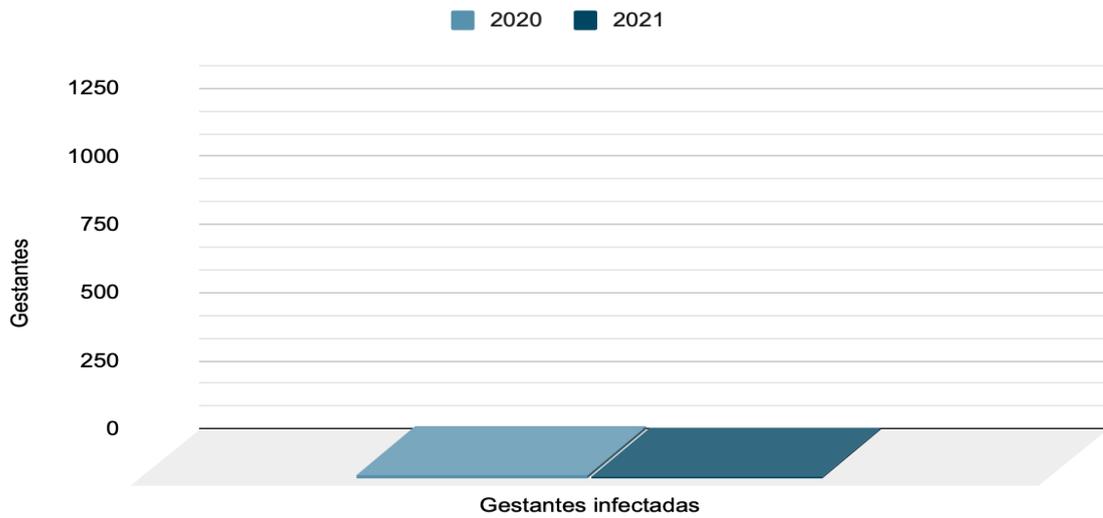
3999

Consequentemente, pacientes admitidos no puerpério com COVID-19 positivo, confirmado através de testes preconizados na pesquisa, não foram incluídos na pesquisa.

4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a pesquisa, foram observados cerca de 2600 prontuários, nesses, 15 mulheres apresentaram testes de Proteína C Reativa positivos (valor de referência: 0 a 0,5 mg/ dL), marcador de fase aguda da infecção (FILHO, et al, 2019). Sendo que no ano de 2020 , entre os meses de abril a dezembro, foram analisados 1250 prontuários, e 8 mulheres tiveram diagnóstico positivo para SARS-COV-2, enquanto em 2021, de janeiro a dezembro foram analisados 1350 prontuários, reverberando em um somatório de prontuários, apresentando 7 gestantes infectadas.

Gráfico 1- Gestantes infectadas por COVID-19

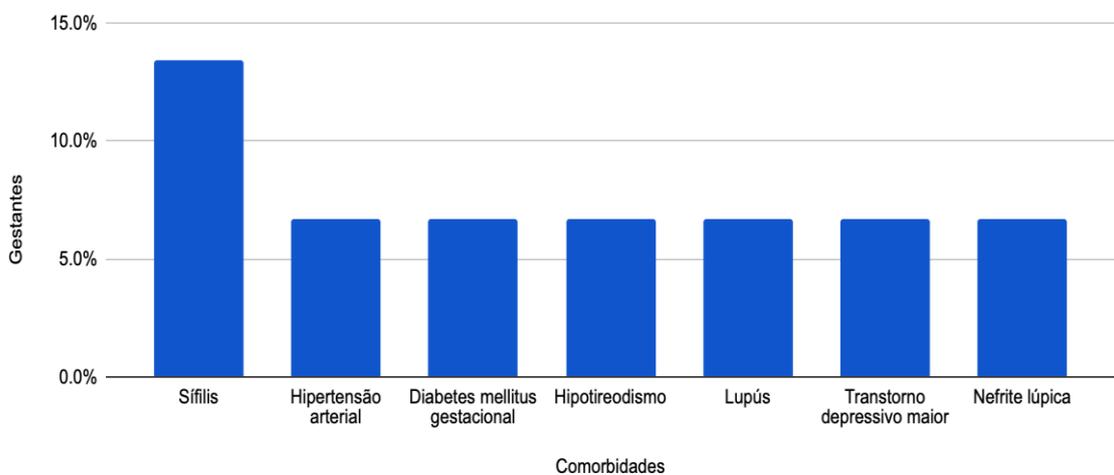


Próprio autor (2023)

Ao observar o história patológica progressa das pacientes averiguou-se que de 15 pacientes 6 pacientes possuíam patologias anteriores ou decorrentes da gestação, sendo que diversas patologias foram discriminadas, e apenas o quadro de infecção por sífilis foi apresentado por 2 grávidas (13,4%); 1 hipertensão arterial (6,7%); 1 Diabetes mellitus gestacional (6,7%); 1 nefrite lúpica (6,7%); 1 lúpus eritematoso sistêmico (6,7%); 1 hipotireodismo (6,7%), 1 Transtorno depressivo maior (6,7%) .

4000

Gráfico 2- Comorbidades prévias

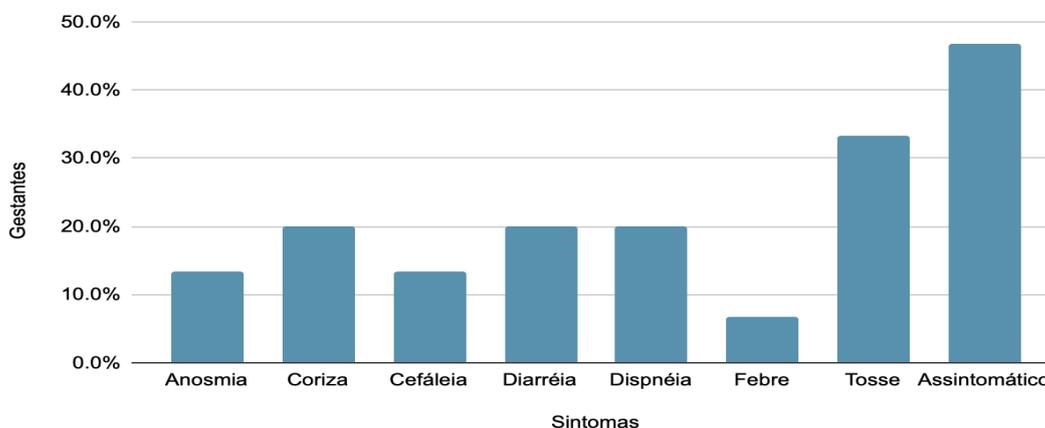


Próprio autor (2023)

Durante a análise dos dados, foi possível constatar que os sintomas apresentados pelas pacientes em sua maioria foram: 5 pacientes apresentaram tosse (33,3%), 4 com coriza (20%), 4 febre (20%), 4 dispnéia (20%), 2 cefaléia (13,3%), 2 anosmia (13,3%) e 1 diarreia

(6,6%). Sendo que 7 pacientes do total de gestantes verificadas (46,7%) não apresentaram quaisquer manifestações sintomáticas, descobrindo a infecção apenas no teste de rastreio.

Gráfico 3- Sintomas



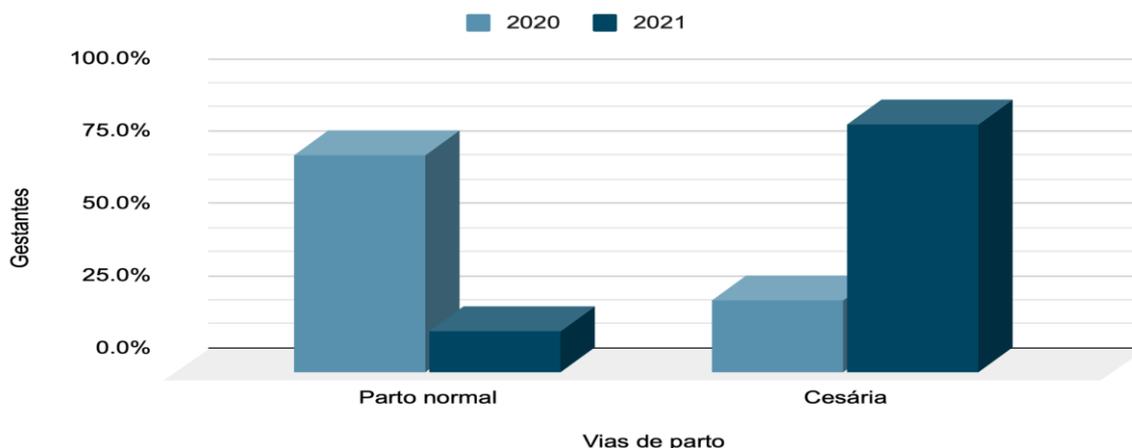
Próprio autor (2023).

A via de parto preconizada durante os anos observados, obteve resultados similares no final da análise, enquanto o parto vaginal correspondeu a 46,6% de todos os partos e a cesárea 53,4 %. Sendo que em 2020, o parto vaginal representou 75% das vias de parto das gestantes infectadas pelo SARS-COV-2, enquanto em 2021, representou apenas 14,2%. A cesária contemplou em 2020 25% do método de escolha para desfecho da gestação de mulheres com COVID-19 e em 2021, possuiu uma elegibilidade de 85,8%.

4001

As gestantes contaminadas pelo COV

Gráfico 4- Via de parto



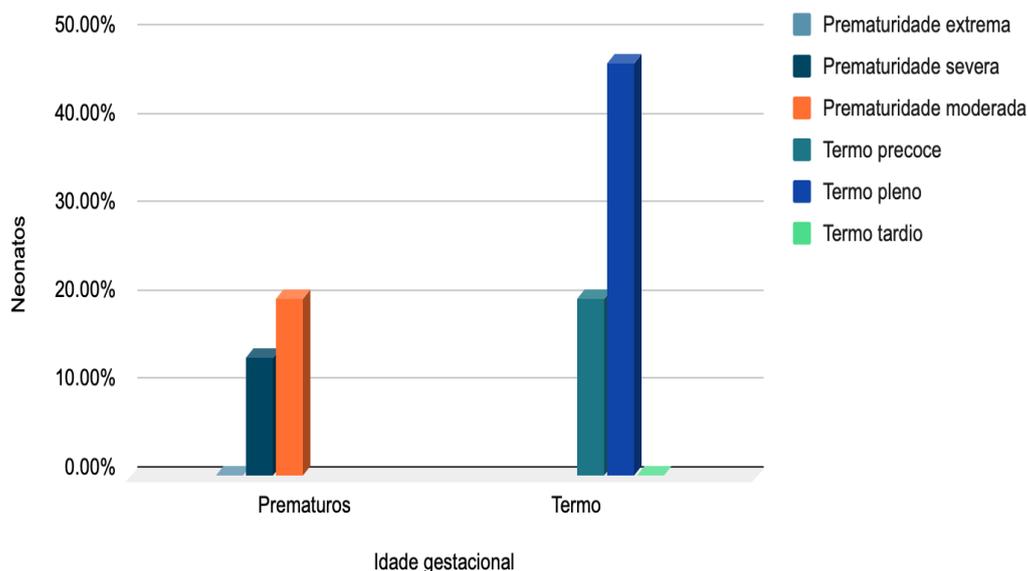
Próprio autor (2023).

ID-19 tinham uma idade gestacional calculada através de ecografia, sendo que essas estavam no terceiro trimestre de gestação. Contudo, foi possível constatar que do total

grávidas pesquisadas, 33,3% tiveram partos prematuros, sendo que deste total, não houveram nascidos com prematuridade extrema (< 28 semanas), 13,3% foram classificados prematuridade severa (28 a 31 semanas e 6 dias) e 20% dos neonatos enquadraram-se em prematuridade moderada a tardia (32 semanas a 36 semanas e 6 dias) (MARTINELLI, et al, 2020).

As gestações a termo correspondem a 66,6% do total de grávidas admitidas no serviço hospitalar durante o período analisado, sendo que desses 20% dos recém-nascidos foram classificados como termo precoce (37 e 38 semanas e 6 dias), 46,6% termo pleno (39 a 40 semanas e 6 dias) e não houve nascimentos de neonatos termos tardio (41 a 42 semanas). Durante os anos de 2020 e 2021 não houve nenhum parto pós termo realizado pacientes com COVID-19, positivo no centro obstétrico analisado (DEIDT, 2021).

Gráfico 5- Idade gestacional

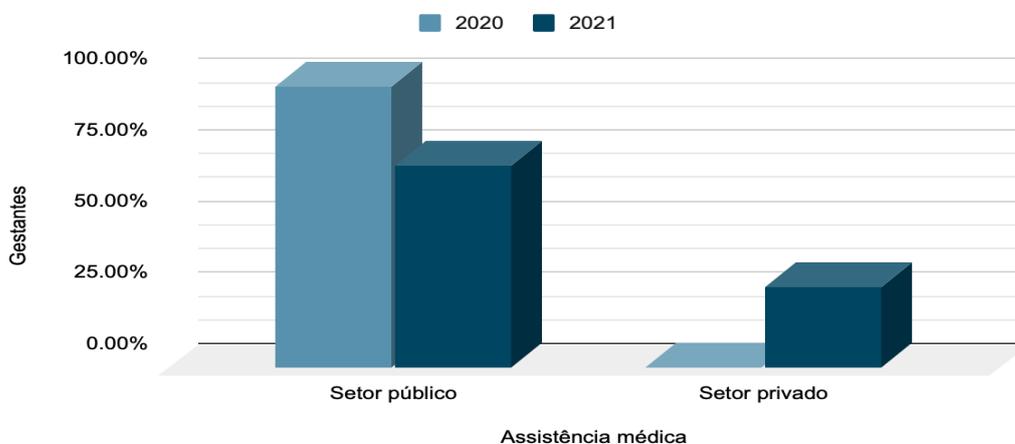


Próprio autor (2023)

O fator socioeconômico foi mensurado na pesquisa através do plano de saúde utilizado pelas pacientes ao dar entrada no setor obstétrico da unidade de saúde estudada. Foi possível observar que apenas 2 gestantes (13,3%) possuíam planos de saúde privado e estavam com COVID-19 concomitantemente no momento do parto. Já as demais pacientes, 13 no total eram usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), representando um total de 86,7% das gestantes analisadas. Diante disso, foi constatado que no ano de 2020, todas as gestantes analisadas (100%) eram usuárias do Sistema Único de Saúde e em 2021, 28,6%

possuíam algum plano de saúde de caráter privado, enquanto 71,3% utilizavam o serviço público.

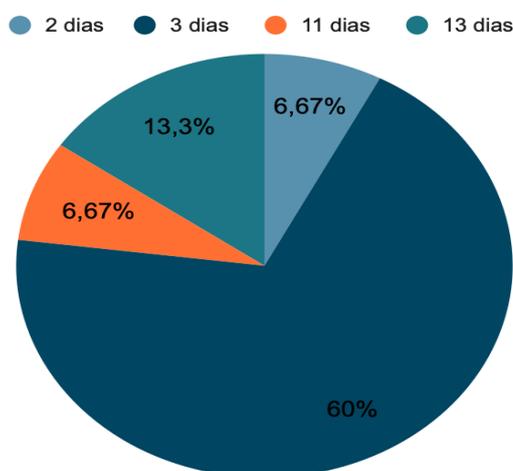
Gráfico 6- Assistência médica



Próprio autor (2023).

O tempo de internamento de cada gestante, foi variável conforme a complicação do parto e seu setor de internamento. Cerca de 60% das gestantes permaneceram três dias em ambiente hospitalar em vigilância materno fetal em leitos de enfermaria pós natal. Já 13,3 % das grávidas analisadas, permaneceram 13 dias em observação hospitalar, sendo que 8 desses dias foram em unidade de terapia intensiva (UTI). Além disso, 6,6% das pacientes permaneceram 11 dias no centro obstétrico, sendo que destes 9 foram em UTI, e 6,6% das gestantes permaneceram apenas 2 dias no hospital analisado, em leito hospitalar no setor de enfermaria.

Gráfico 7- Dias de hospitalização

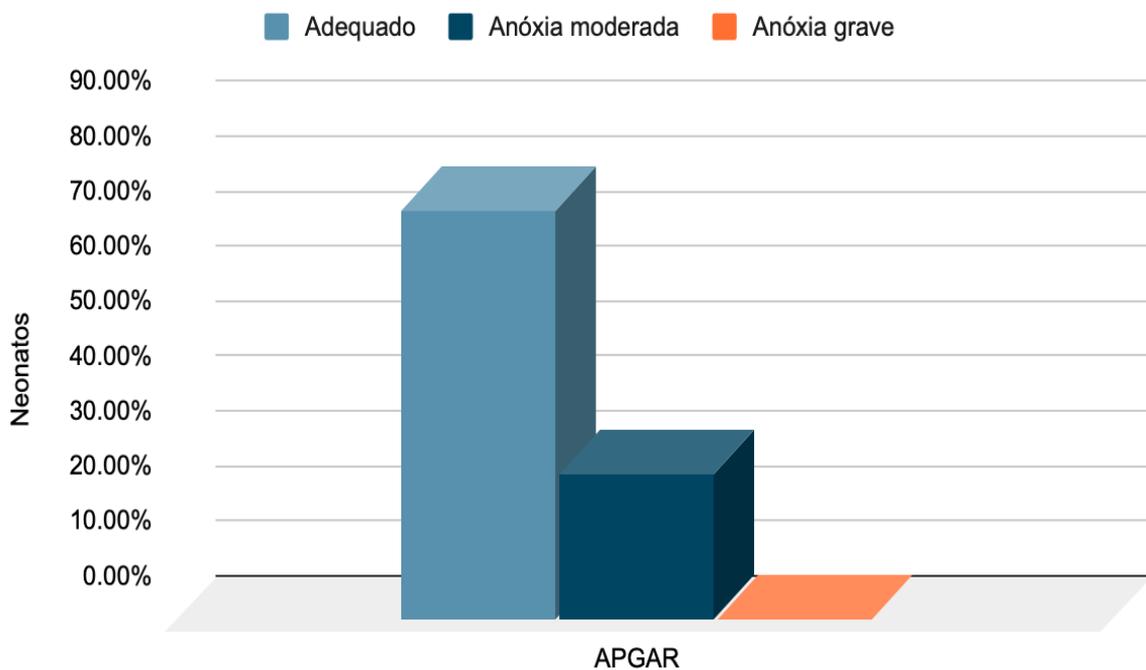


Próprio autor (2023).

Diante dos dados coletados, o APGAR dos neonatos foi o índice utilizado na pesquisa para avaliar clinicamente se a infecção materna foi fator impulsionador de debilidade na

vitalidade destes, tal escala leva em consideração fatores como: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, coloração da pele e irritabilidade reflexa. Neonatos com APGAR entre 8 e 10 encontram-se na faixa considerada adequada, valores entre 4 e 7 são considerados anóxia moderada, e a pontuação entre 0 e 3 é vista como sinal de anóxia grave (SANTOS et al, 2009). No estudo, 26,7% de recém-nascidos enquadravam-se anóxia moderada, 73,32% em aspecto adequado e nenhum em anóxia grave. Ademais, poucas complicações fetais analisadas no decorrer do estudo foram analisadas, 20% recém nascidos careceram de vigilância em UTI neonatal, sendo que todos os nascidos vivos obtiveram alta do serviço hospitalar e tiveram um desfecho favorável, e 13,3% foram considerados pequenos para idade gestacional (PIG).

Gráfico 8- Avaliação do recém-nascido

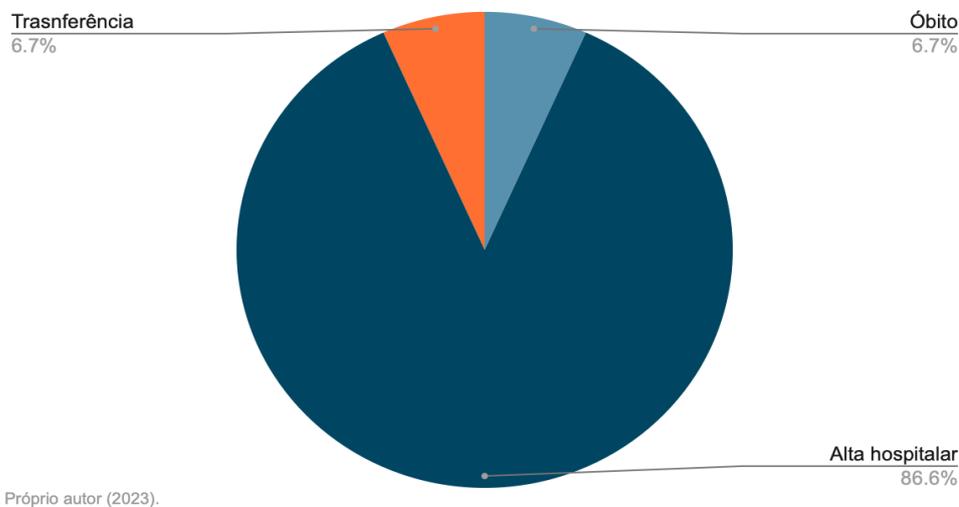


Próprio autor (2023).

Quanto ao quesito materno apenas 6,6% das gestantes assistidas pelo centro obstétrico referido evoluíram para óbito materno, 6,6% das gestantes foram transferidas para outra unidade hospitalar e com isso não foi possível dar seguimento a resolutive do quadro

clínico e 86,6% das gestantes tiveram alta hospitalar. Além disso, nenhuma gestante analisada no estudo possuía qualquer dose de vacina contra o COVID.

Gráfico 9- Desfecho materno



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a população analisada em um hospital do oeste paranaense, obtivemos como resultado final que a taxa de infecção pelo coronavírus 19 na população gravídica foi de 0,009%. Também observou-se que a maioria das gestantes infectadas pelo COVID-19, tiveram um aumento do índice de prematuridade, quando comparados aos dados de gestantes sem infecção. Segundo material coletado, o fator social é pouco determinante quando se trata de alterar o curso da doença em gestantes e suas comorbidades. No âmbito dos principais sintomas relatados na acolhimento das gestantes, a tosse foi a queixa clínica mais relatada pelas pacientes. No entanto, quase metade das pacientes abordadas neste estudo foram assintomáticas, diferindo de resultados encontrados em outras literaturas .

Constatou-se pouca discrepância em relação à escolha da via de parto quando comparada à literatura, sendo que a cesárea, no estudo, demonstrou ser o principal método elegível. Abordando os desfechos materno-fetais, na pluralidade dos casos abordados observou-se resultado satisfatório, sendo que todos os neonatos admitidos no estudo apresentaram bom prognóstico.

Verificando o fator socioeconômico, constatou-se que havia preponderância de pacientes infectadas pelo SARS-COV-2 usuárias do SUS, quando comparado a pacientes de sistemas privados. Quanto dias de internamento das gestantes, o maior contingente de pacientes permaneceu um tempo médio estimado de 48 horas pós parto, sendo que pela

análise feita, às gestantes que possuíam comorbidades progressa e estavam infectadas pelo COVID-19 tiveram um tempo de internamento prolongado, quando comparado às grávidas que gozavam de boa saúde anteriormente.

No estudo não foi possível fazer a análise da relevância do fator imunizante, caracterizado pela vacina, visto que nenhuma gestante abordada neste foi vacinada com nenhuma dose.

REFERÊNCIAS

ALLOTAY J, et al. **For the PregCOV-19 Living Systematic Review Consortium. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis.** BMJ. 2020. p.370.

BILALOGLU S, et al. **Thrombosis in hospitalized patients with COVID-19 in a New York City health system.** JAMA. 2020.p.799-801.

CASTRO P. et al. **Covid-19 e gravidez: Uma visão geral.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro - RJ. 2020. p.420-426.

DASHRAATH, P. et al. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy.** Am J Obstet Gynecol. 2020. p.521-531

DEIDT N. Nota técnica n. 467/2021-cgpn/dei- dt/svs/ms I. 2021.p.1-5.

4006

FICCA G, et al. **Naps, cognition and performance.** Sleep Med Rev [Internet]. 2010. p.249-58.

FILHO F.M, et al . **Gravidez Prolongada.** Tratado de Obstetrícia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. p. 324- 326.

MARTINELLI K.G. et al. **Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.** Rev. bras. estud. popul.2021.p.1-15.

NEGRAES B.A. et al. **Coagulopatias em gestantes com COVID-19: revisão de literatura.** Rev. Remecs. São Paulo, 2021; p.69-74.

PAHO, Pan American Health Organization. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/en>. Acesso em: 24 de Abril de 2022

PERES G.P. et al. **Perfil epidemiológico das gestantes infectadas pela COVID-19.** The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2022. p.156.

REIS A.G.F, RIBEIRO K.S.C. **Desfechos da gestação frente à contaminação por COVID-19: uma revisão sistemática.** Health Residencies Journal - HRJ ,2022, 3(15), 414-430. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i15.459>;

SANTOS L.M et al. **A importância do Índice de Apagar.** Rev Enferm UNISA. 2009. p.39-43.

SOUZA H.C.C. et al . **COVID-19 e gestação: manifestações clínicas, alterações laboratoriais e desfechos maternos, uma revisão sistemática de literatura.** Braz. J. Hea.

WEI S.Q. et al. **The impact of Covid-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis.** CMAJ. 2021.p.1-9.

WHO Coronavírus (COVID-19) Dashboard. WHO, 2022. Disponível em : <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 27/02/2022.