

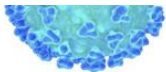
REDE
CoVida
Ciência, Informação
e Solidariedade



SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS NO CENÁRIO DA COVID-19

Junho de 2020



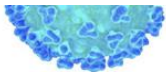


SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente relatório foi elaborado com o objetivo de sintetizar a literatura científica até o momento acerca da saúde e direitos reprodutivos no cenário da COVID-19, discorrendo sobre temas como: planejamento reprodutivo e aborto; gravidez, pré-natal, transmissão vertical e parto; e atenção pós-natal e amamentação. Nesse sentido, foi realizada uma revisão narrativa de artigos com resultados de pesquisas e documentos elaborados por organismos internacionais, como ONU, OMS, UNICEF, UNFPA e CDC ou por ONGs, que trabalham com saúde sexual e reprodutiva. Com base nesta revisão, foram formuladas sugestões e recomendações a gestores e profissionais de saúde, acerca de cuidados relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva das mulheres.

DIREITOS REPRODUTIVOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

A falta da oferta adequada de serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) pode se tornar um significativo problema de saúde pública, levando sofrimento psicológico, ao aumento das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a gravidezes não-pretendidas ou ao recurso a abortos não assistidos, e ao incremento de mortes maternas e infantis. Prevê-se um impacto na distribuição de contraceptivos em decorrência da reorganização dos serviços para atenção ao novo coronavírus, em especial em países como China e Índia, que são os principais produtores desses insumos. Serviços especializados na atenção de pessoas vivendo com HIV/Aids podem ter sua oferta restrita, impactando na diminuição da adesão ao tratamento, na piora no prognóstico e no aumento da possibilidade de transmissão do vírus. Quanto aos serviços de aborto nos casos previstos por lei, alguns países e estados, sob a justificativa de que a realização do aborto seria uma prática eletiva ou não-essencial, podem restringir seu acesso, penalizando especialmente mulheres pobres e de grupos minoritários, que não poderão acessá-la no tempo oportuno. Deve-se considerar, também, a redução dos profissionais de saúde dos serviços de SSR, por conta de sua realocação para atender à pandemia ou em função de adoecimento. Esse declínio do acesso a esses serviços de planejamento reprodutivo pode ter graves consequências, como o aumento de gravidezes não-pretendidas, a busca por abortos inseguros e o aumento da mortalidade materna. Assim, propõe-se uma maior difusão de informações sobre SSR, a disponibilização de contraceptivos sem condicioná-la a uma prescrição e a manutenção dos métodos em uso, a priorização de métodos de longa duração, a adoção do aborto medicamentoso autoinduzido (em substituição ao cirúrgico),

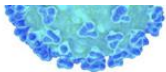


a manutenção dos serviços que atendem pessoas vivendo com HIV/Aids e outras ISTs e a oferta a consultas remotas, via telefone/computador, aplicativos ou *online*. O único serviço de saúde reprodutiva que poderia ter suas atividades postergadas, segundo instituições internacionais, é a reprodução assistida.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, TRANSMISSÃO VERTICAL E PARTO

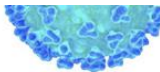
O pré-natal de qualidade deve ser mantido durante a pandemia. Contudo, estratégias de assistência remota com o profissional de saúde devem ser adotadas, reservando o atendimento presencial ou domiciliar às gestantes de risco ou com complicações. Pacientes e trabalhadores em saúde devem utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e serem rastreados para COVID-19, evitando a ocorrência de infecção cruzada. Todas as gestantes sintomáticas devem ser testadas e atendidas em locais especificamente designados, com a finalidade de isolamento. A *International Federation of Obstetrics and Gynecology* (FIGO) sugere o pré-natal rotineiro para mulheres que foram expostas à doença no início da gestação, com ênfase ao monitoramento do crescimento, da quantidade de líquido amniótico e do desenvolvimento de anatomia fetais. O rastreamento e o controle das síndromes hipertensivas da gestação, do diabetes gestacional e da obesidade devem ser particularmente realizados, pois estas são comorbidades associadas à ocorrência de casos graves da COVID-19. Estudos controlados têm mostrado que os riscos de internação, internação em UTI e ventilação mecânica invasiva entre grávidas com COVID-19 são maiores do que de mulheres não grávidas, sendo as mulheres mais vulneráveis as mais afetadas. Um levantamento sobre mortalidade materna associada à COVID-19 no Brasil contabilizou 20 óbitos maternos até 24 de maio de 2020. É necessário investigar detalhadamente a relação desses óbitos com a COVID-19, além de considerar os efeitos indiretos da pandemia na mortalidade materna, visto que o acesso aos serviços de saúde pode estar ainda mais limitado devido às medidas de contingenciamento e reestruturação da atenção à saúde. Da mesma forma, atenção especial deve ser dada às gestantes que exercem atividades em serviços essenciais, como trabalhadoras da saúde. Elas devem ser afastadas de seus locais de trabalho em qualquer fase da gestação como medida de precaução e àquelas que, pela natureza de sua atividade, puderem trabalhar remotamente, devem ser incentivadas a tal.

Em relação ao risco de transmissão vertical do SARS-CoV-2, até o momento as evidências são limitadas aos casos de exposição no terceiro trimestre e, nesses casos, a maior parte dos estudos não consegue demonstrar a infecção intrauterina. Entretanto, começam a



surgir evidências que verificam a presença da IgM no soro de alguns recém-nascidos e de RNA SARS-CoV-2 em placentas e membranas de mulheres com a COVID-19, levantando a hipótese da transmissão transplacentária. Os estudos que evidenciam a transmissão vertical, no entanto, precisam ser interpretados com cautela, pois apresentam limitações importantes, como o pequeno tamanho amostral e o fato de a maioria das pacientes terem sido expostas no terceiro trimestre de gestação. Além disso, ainda não está claro se a infecção viral pode ocorrer no feto no primeiro ou segundo trimestre de gravidez e se essa infecção traria consequências ao concepto. Pesquisadores ressaltam a necessidade de investigar os efeitos do tempo entre o início dos sintomas e o nascimento ou do tipo de parto sobre a transmissão. Adicionalmente, é necessário saber se o SARS-CoV-2 pode danificar a placenta, o que representaria um elo importante na elucidação da transmissão vertical.

No que se refere à assistência ao parto, a indicação do tipo, se vaginal ou cesáreo, não se modifica para pacientes com COVID-19. O parto vaginal não é contraindicado e a infecção por COVID-19 em si não é uma indicação para o parto imediato, a menos que seja necessário melhorar a oxigenação materna. A cesariana só deve ser praticada com justificativa médica. Deve-se respeitar a opção da gestante e as indicações obstétricas, que devem levar em consideração as condições clínicas maternas e fetais. A indicação da aceleração do parto por qualquer via pode se estabelecer em casos de sofrimento fetal, trabalho de parto prolongado ou deterioração da condição materna. Deve ser assegurado a todas as mulheres, com a COVID-19 ou não, um parto seguro, com respeito, dignidade e a presença de acompanhante, com comunicação clara por parte da equipe de saúde, estratégias de alívio da dor e a posição escolhida pela parturiente. A analgesia/anestesia epidural para o parto vaginal ou cesariana parece ser superior à técnica intradural (raquianestesia), por não penetrar e vulnerabilizar o sistema nervoso central. A anestesia geral deve ser utilizada somente em situação de emergência, pois seu uso aumenta o risco de hipotensão materna e escores de Apgar no primeiro minuto menores que 8. A possibilidade de transmissão hospitalar da COVID-19 exige a utilização de abordagens e estratégias que minimizem a contaminação entre as mulheres, seus familiares e as equipes de saúde, ao mesmo tempo em que garantam a assistência de qualidade ao parto e ao recém-nascido. Apesar de a maioria das evidências contraindicarem o clampeamento oportuno do cordão em mulheres sintomáticas ou com infecção confirmada, tal questão e o contato pele a pele devem ser discutidos com a gestante infectada e sua família, pela possibilidade de transmissão viral ao neonato.



ATENÇÃO PÓS-NATAL E AMAMENTAÇÃO NO CENÁRIO DA COVID-19

O atendimento pós-natal é fundamental para o pleno desenvolvimento do neonato. Porém, no atual cenário da COVID-19, as consultas devem ser realizadas remotamente e o atendimento presencial deve ser feito apenas nos casos em que o neonato manifestar condições específicas que exijam exame físico.

Os benefícios da amamentação superam quaisquer riscos potenciais de transmissão do SARS-CoV-2 através do leite materno, principalmente por não haver evidências, até o momento, da presença do vírus no leite de mulheres infectadas. A decisão de amamentar deve ser determinada pela mãe com COVID-19, junto a familiares e profissionais de saúde, respeitando as condições clínicas maternas, o desejo de amamentar e a higienização adequada antes e depois de qualquer contato com a criança. Se a saúde materna estiver debilitada, é possível realizar a extração do leite materno para oferecê-lo à criança em um copo e/ou colher limpos.

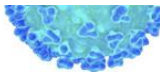
A separação temporária de um recém-nascido de sua mãe sintomática pode ser necessária e considerada prudente, mas pode interferir no vínculo precoce mãe-filho, no estabelecimento da lactação e propiciar um estresse adicional às mães e neonatos no período pós-parto. Dessa forma, tal decisão deve ser individualizada. No caso da separação, deve-se evitar o uso de fórmulas infantis artificiais, sendo apropriado extrair e administrar o leite da mãe ao recém-nascido sem que seja pasteurizado, pois esse processo reduz seu valor biológico e imunológico.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A partir do exposto, ressaltamos as incertezas e dificuldades de contornar os impactos da infecção por SARS-CoV-2 sobre os desfechos reprodutivos.

Recomendamos que:

- i)* Os serviços de SSR sejam mantidos e, quando possível, os atendimentos sejam feitos remotamente;
- ii)* Gestores e profissionais de saúde impeçam a canalização de recursos e o deslocamento de funcionários de serviços essenciais para atender as demandas criadas pela pandemia;
- iii)* Cuidados pré-natais de qualidade sejam garantidos às gestantes assintomáticas e sejam adiados por duas semanas para as sintomáticas ou infectadas;



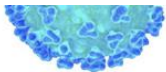
- iv) Todas as mulheres, inclusive com COVID-19, tenham uma experiência de parto segura e positiva;
- v) O acompanhamento médico pós-natal para o neonato e puérpera se dê para o pleno desenvolvimento do neonato e bem-estar físico e mental da mãe;
- vi) A proteção do neonato seja garantida, respeitando-se as medidas de higienização e de distanciamento social;
- vii) A amamentação seja apoiada e protegida, devido aos seus inúmeros benefícios e à ausência de evidências de transmissão de COVID-19 pelo leite materno.

É fundamental que gestores de saúde ampliem os programas de assistência médica remota para garantir atendimentos telefônicos, consultas online (via *WhatsApp*) ou domiciliares às mulheres de todas as idades, mantendo sessões presenciais para as gestantes e neonatos de alto risco. Às populações mais vulneráveis e marginalizadas, é importante manter equipes móveis disponíveis para sanar suas dúvidas e atender suas demandas emergenciais.

Por fim, ressaltamos a necessidade de o governo brasileiro assumir apoiar publicamente a manutenção e reforçar a importância dos serviços de SSR durante a pandemia. Essa posição foi temporariamente assumida através da NOTA TÉCNICA Nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, publicada no dia 01 de junho de 2020, mas revogada em seguida. Dessa forma, até o momento carecemos de uma posição oficial acerca do assunto.

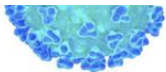
SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
DIREITOS REPRODUTIVOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	9
Planejamento reprodutivo	9
Contracepção	12
Transmissão sexual do SARS-CoV-2	13
Reprodução assistida	14
Pessoas vivendo com HIV	15
Aborto	16
PRÉ-NATAL, TRANSMISSÃO VERTICAL E PARTO	21
A assistência pré-natal	21
Possíveis efeitos adversos ao feto e transmissão vertical do SARS-CoV-2	24
Assistência ao parto	28
ATENÇÃO PÓS-NATAL E AMAMENTAÇÃO NO CENÁRIO DA COVID-19	31
Atenção pós-natal	31
Evidências acerca do leite materno de mulheres com suspeita ou infecção confirmada por COVID-19	33
Recomendações a mulheres com COVID-19 que desejam amamentar	35
Fluxo de decisão para amamentar no contexto da COVID-19	36
Alojamento conjunto em tempos de COVID-19 - Evidências e principais recomendações	37
Atenção à saúde mental das puérperas durante a COVID-19	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40



APRESENTAÇÃO

O presente relatório foi elaborado com o objetivo de sintetizar a literatura científica até o momento acerca da saúde e direitos reprodutivos no cenário da doença do coronavírus de 2019 (COVID-19), percorrendo sobre os seguintes temas: *i*) direitos reprodutivos; *ii*) gravidez, pré-natal, transmissão vertical e parto; e *iii*) atenção pós-natal e amamentação. Dentre os temas elencáveis no tópico direitos (*i*), optamos por abordar o planejamento reprodutivo, a contracepção, a transmissão sexual do vírus, a atenção a pessoas vivendo com HIV/Aids e o aborto, por considerá-los críticos em um momento de crise como o atual e por esses serviços serem diretamente afetados pela redução de recursos financeiros e humanos para a contenção da pandemia. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, utilizando os termos *contraceptives, contraception, family planning, reproductive planning, semen, abortion, pregnancy termination, miscarriage, stillbirth, prenatal, labor, birth, mother-to-child transmission, vertical transmission, vertical infectious disease transmission, low birth weight, prematurity, premature birth, preterm birth, congenital anomalies, congenital malformation, chromosomal changes, postpartum period, breastfeeding, exclusive breastfeeding, birth defects e developmental mutations*, que foram combinados com COVID-19, SARS-CoV-2, *novel coronavirus* e *coronavirus*. Essas buscas foram realizadas nos portais PubMed, MedRxiv e Google Scholar e complementadas com documentos da literatura cinzenta (elaborados por importantes instituições internacionais - ONU, OMS, UNICEF, UNFPA e CDC, associações de ginecologia e obstetrícia ou por ONGs que trabalham com temas relacionados à SSR). Foram selecionadas e incluídas no presente documento, as referências mais relevantes sobre os temas abordados, de forma que, ao final, nos fosse permitido formular sugestões e recomendações a gestores e profissionais de saúde acerca de cuidados relacionados à saúde reprodutiva das mulheres.



DIREITOS REPRODUTIVOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

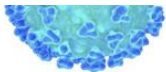
O Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), em seu escritório regional para a Ásia e o Pacífico, publicou em 6 de fevereiro de 2020 um primeiro documento, destacando que a falta da oferta adequada de serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) tem sido um significativo problema de saúde pública durante epidemias. Ressaltou, ainda, que a falta da oferta adequada de serviços de saúde reprodutiva incluindo contracepção e gerenciamento da violência de gênero e sexual, pode levar a consequências indesejadas, como sofrimento psicológico, aumento das infecções sexualmente transmissíveis, gravidezes não-pretendidas e incremento de mortes maternas e infantis (2). Em 25 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) orientou os países a identificar serviços essenciais que devem ser mantidos ativos, dentre eles os serviços relacionados à saúde reprodutiva, incluindo cuidados durante a gravidez e o parto (3). Ao lado da UNFPA e da OMS, muitas outras instituições¹ declararam que a contracepção e a assistência ao aborto seguro são essenciais em tempos de pandemia (4).

O que esses documentos têm em comum é que eles lançam luz sobre o fato que, para além de aspectos clínicos relacionados à SSR, outros serviços também serão afetados pela pandemia da COVID-19, tais como os serviços de contracepção e planejamento reprodutivo; HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); aborto, pré-natal e parto. Além disso, já existem evidências do aumento das ocorrências de violência de gênero e doméstica (5).

Planejamento reprodutivo

Ao contrário de epidemias anteriores, ainda sabemos muito pouco sobre potenciais rotas de transmissão sexual da COVID-19. No entanto, já é previsto um impacto da pandemia nas cadeias de distribuição de contraceptivos, em especial em função da quarentena adotada em países asiáticos, os quais são os principais produtores de métodos contraceptivos do mundo. Segundo Riley e colaboradores (2020), haverá interrupção da

¹ American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG), American Medical Association (AMA), Royal College of Obstetrics and Gynecology (RCOG), International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO), Royal College of Midwives (RCM), Society of Obstetrics and Gynecology of Canada (SOGC), The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG), Society of Family Planning (SFP), National Abortion Federation (NAF), International Planned Parenthood Federation (IPPF), Marie Stopes International (MSI), British Society of Abortion Care Providers (BSACP) e Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH).

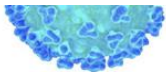


fabricação de produtos farmacêuticos componentes de métodos contraceptivos e dos próprios métodos como preservativos e DIU (6). O fechamento de fronteiras e outras restrições às movimentações impostas para conter o avanço da epidemia afetam o transporte de mercadorias e, conseqüentemente, a sua distribuição. Além disso, a suspensão de atendimentos eletivos de saúde e o desvio de recursos financeiros para conter a pandemia, poderá impactar diretamente na redução da oferta de serviços de SSR, sendo ainda mais grave em áreas de maior vulnerabilidade.

Outros fatores que prejudicam o acesso aos serviços de planejamento reprodutivo são a diminuição da renda ocasionada pela recessão econômica e o receio de contaminação em transportes públicos ou no próprio serviço de saúde (7,8). Deve-se considerar também o deslocamento dos profissionais de saúde para serviços de atendimento à pandemia da COVID-19, assim como a possibilidade de adoecimento desses (9). Durante a epidemia da H1N1, estimou-se que até 50% dos profissionais poderiam ausentar-se devido à doença (10). Foi recomendado manter somente os serviços públicos essenciais básicos, particularmente a contracepção de emergência (10).

Segundo dados da *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), até 9 de abril de 2020, 5.633 clínicas e centros de atendimento de planejamento reprodutivo haviam sido fechados em 64 países por causa da pandemia da COVID-19, o que representa 14% do total de pontos de entrega de anticoncepcionais da IPPF em 2018. Os países mais afetados foram Paquistão, El Salvador, Zâmbia, Sudão, Colômbia, Malásia, Uganda, Gana, Zimbábue, Sri Lanka e Alemanha. Além disso, entre os serviços que permaneceram abertos, houve redução de testes de HIV, de assistência contraceptiva, de combate à violência baseada em gênero e de aborto permitido por lei. Outros tantos enfrentam dificuldades em receber suprimentos, devido a atrasos na movimentação de mercadorias dentro dos países e à escassez de contraceptivos e de medicamentos para o HIV (11). Esse padrão de declínio do acesso a serviços de planejamento reprodutivo já foi observado em outras epidemias, como a de Ebola, na África Ocidental (12), e pode ter graves conseqüências, como o aumento de gravidezes não-pretendidas, a busca por abortos inseguros e o aumento da mortalidade materna.

Em trabalho realizado com dados de países de baixa e média renda, Riley e colaboradores (2020) estimaram o impacto da pandemia da COVID-19 sobre a SSR (6). Foram utilizados dados oriundos de Pesquisas Demográficas e de Saúde referentes a cobertura atual de serviços essenciais de SSR de 132 países da África, Ásia, Leste e Sul da Europa, América

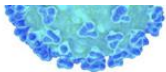


Latina e Caribe, representando 1,6 bilhão de mulheres em idade reprodutiva. Concluíram que o impacto da interrupção nos cuidados essenciais com SSR, caso aconteça um declínio de 10% no uso de contraceptivos reversíveis de ação curta e longa, seria de mais 48.558.000 mulheres com necessidade de contracepção não atendida e 15.401.000 gravidezes indesejadas adicionais.

Neste sentido, é necessário que os governos mantenham os programas de saúde reprodutiva, fortaleçam a cadeia de suprimento dos métodos contraceptivos, melhorem o acesso às informações sobre os serviços de SSR, descentralizem a distribuição dos métodos e permitam sua disponibilização sem receita médica (6). Outra questão emergente é a implementação de novos modelos de atendimento remoto, como a telemedicina, permitida no caso do Brasil, pela portaria nº 467, de 20 de março de 2020, do Ministério da Saúde. Essa estratégia contempla o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada.

Poucas informações de cunho científico têm sido encontradas sobre a situação da SSR na América Latina no período da pandemia. Em 16 de abril de 2020, uma organização de mídia jornalística da América Latina chamada ‘Gênero e Número’, divulgou um boletim com um apanhado de como alguns países da região estão vivenciando a nova realidade (13). O posicionamento dos países vai desde a instalação de serviços de atendimento por vídeo chamada e da aceleração do processo de aborto legal até a negação da pandemia. Segundo a diretora da Ipas (<https://www.ipas.org/>) da América Central e México, nesses países a legislação é conservadora, o sistema de saúde é frágil, não prioriza as mulheres e a situação foi agravada durante a pandemia. Na América do Sul, em países como Chile e Brasil, as iniciativas estão focadas na atenção à violência doméstica durante o isolamento social sem abordagem sobre os direitos reprodutivos. Na Argentina, o governo de províncias, tanto de esquerda como de direita, se mobilizou para garantir os direitos sexuais e reprodutivos às mulheres, assegurando o acesso aos anticoncepcionais e ao aborto legal. Em nível nacional, foi criada uma central telefônica gratuita para tirar as dúvidas e receber denúncias de não cumprimento do aborto legal.

No Brasil, a situação parece ser distinta. Ainda em abril de 2020, a Rede Médica pelo Direito de Decidir (14) lançou uma nota recomendando às autoridades de saúde brasileiras que mantenham em funcionamento os programas de planejamento reprodutivo no SUS. A Rede clama aos gestores e ginecologistas que organizem os serviços de modo a evitar o

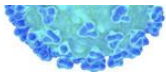


deslocamento e aglomeração das mulheres em busca de contraceptivos, e destacam que é possível realizar aconselhamento remoto. Nesse ínterim, o Ministério da Saúde brasileiro demorou a assumir uma posição oficial sobre o tema. Em Notas Técnicas, o atendimento à mulher durante a pandemia da COVID-19 era reduzido ao ciclo gravídico puerperal (1,15,16). No dia 01 de junho, foi lançada a Nota Técnica Nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, que reconheceu como essenciais os serviços de saúde sexual e reprodutiva, entre eles os de abortamento seguro para os casos previstos em Lei. Essa Nota Técnica reforçou ações já previstas na Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres e reiterou a importância da continuidade dos serviços já prestados (17). No entanto, três dias depois, o Ministério da Saúde informou que o documento foi indevidamente veiculado, que a nota não foi demandada nem apreciada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (18) e exonerou dois funcionários, coordenadores de Saúde da Mulher e de Saúde do Homem². Diversas organizações da sociedade civil, como a FEBRASGO, o Centro Feminista de Assessoria (Cfemea), juntamente com o Grupo Curumim Gestação e Parto e o Observatório de Sexualidade e Política (SPW-Abia), e o GT de Gênero da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), posicionaram-se contrárias às ações tomadas pelo governo e à retirada da nota, reforçando a importância da manutenção dos serviços de SSR e o endosso dessa manutenção pelo governo.

Contracepção

Um trabalho que revisou os *guidelines*, recomendações e consensos de diversas associações e organizações de saúde, incluindo as de ginecologia e obstetrícia, apontou que a maioria delas consideram a contracepção como um serviço de saúde essencial que deve ser mantido durante a epidemia (4). Nesse contexto, o incentivo à contracepção de alta eficácia e de longa duração é recomendado (14). Outro ponto a ser destacado é a possibilidade de dispensação de contraceptivos para um período maior de uso (6). Essa mesma revisão indica que se deve recomendar às mulheres que já utilizam anticoncepcionais hormonais combinados e pílulas de progestágenos, sua continuidade por seis a 12 meses, sem a necessidade de aferição do IMC e da pressão arterial durante a pandemia (4). Para usuárias de contraceptivos de longo prazo, recomenda-se prolongar seu uso para evitar a busca por serviços de saúde. Se utilizarem acetato de

² Pazuello exonera coordenadores de área dedicada à saúde sexual de mulheres e homens [Internet]. G1. 2020 [citado 6 de junho de 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/05/pazuello-exonera-coordenadores-de-area-dedicada-a-saude-sexual-de-mulheres-e-homens.ghtml>



medroxiprogesterona, devem trocar por pílulas de progestágeno somente. Para novas usuárias, a recomendação são as consultas via telessaúde, os serviços de planejamento reprodutivo com avaliação remota e a adoção de contracepção hormonal (pílula combinada ou progesterona apenas) ou autoinjetável, por seis a 12 meses. Existem evidências limitadas de que o DIU pode ser válido por dois anos além da data indicada. No entanto, todas as associações e instituições concordam que o DIU não deve ser removido, a menos que ocorram eventos adversos ou se a mulher quiser engravidar (4). O uso de implantes ou do DIU é indicado a quem tem intolerância aos contraceptivos orais ou necessidade de substâncias teratogênicas quando a contracepção de longa duração é recomendada (4). O acesso à contracepção deve ser feito por meio de consultas e prescrição remota, inclusive para contracepção de emergência. Deve-se evitar ao máximo o contato interpessoal (4).

Transmissão sexual do SARS-CoV-2

Embora ainda não existam evidências sobre a transmissão sexual do SARS-CoV-19, recentes estudos têm indicado a necessidade de vigilância em relação a essa possibilidade. A exemplo dos vírus Zika, Ebola e Marburg, uma revisão de literatura identificou que um total de 27 vírus podem ser encontrados no sêmen (19), podendo ocorrer devido à permeabilidade da barreira testículos/canais deferentes/epidídimos, especialmente quando há inflamação sistêmica ou local. Essa presença também pode ser decorrente da resposta imune restrita existente nos testículos (de forma a permitir a sobrevivência dos espermatozoides, que são imunogênicos), do nível da viremia da infecção, da presença de ISTs e da estabilidade estrutural do vírus. Vírus viáveis no sêmen podem incorrer em risco de transmissão sexual, infecção embrionária, doença congênita, aborto espontâneo e efeitos nos modelos epidemiológicos e de transmissão das doenças. Para o homem, a presença de vírus no trato reprodutivo pode aumentar a exposição a ISTs e reduzir a fertilidade (19).

Embora existam evidências de que um receptor utilizado pelo SARS-CoV-2 seja expresso em quantidades abundantes nos testículos (20,21), o tema da detecção do vírus no sêmen ainda suscita questionamentos. Estudo prévio, incluindo pacientes sintomáticos em sua maioria, cuja confirmação da infecção se deu por qRT-PCR em *swab* nasofaríngeo ou por detecção de imunoglobulina M (IgM) ou G (IgG) no soro, não identificou RNA viral no sêmen após o desaparecimento dos sintomas da doença (22-24). No entanto, outro estudo

realizado no Hospital Municipal de Shangqiu, na China, mostrou que dos 38 pacientes positivos para SARS-CoV-2, cuja confirmação da infecção se deu por qRT-PCR em *swab* nasofaríngeo, seis tiveram resultados positivos para SARS-CoV-2 na amostra de sêmen. Nesse mesmo estudo, dos 23 pacientes em recuperação, dois tiveram resultado positivo (8,7%), mesma situação de quatro (26,7%) dos 15 em estágio agudo da infecção (25). Embora ainda não replicado, esse achado pode indicar a possibilidade de transmissão sexual do vírus.

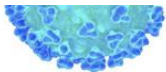
Yakass e Woodward (2020), considerando as similaridades entre o SARS-CoV-2 e o vírus influenza, questionam se, mesmo na ausência de casos registrados de contaminação viral por sêmen congelado, devemos aceitar o risco “baixo” de contaminação e manter o processo de criopreservação de amostras de sêmen, para posterior uso em reprodução assistida. Esses autores sugerem que seja adotada a máxima precaução para a criobase, com adoção de dispositivos altamente seguros e recipientes criogênicos segregados, considerando-se os potenciais riscos de contaminação associados ao envio de amostras criopreservadas entre clínicas (26). Nesse sentido, as autoridades italianas determinaram que, mesmo na ausência de evidências, todos os doadores de sêmen deveriam ser investigados para sintomas respiratórios e histórico de viagens para áreas de alto risco. Doadores com histórico de viagem deveriam aguardar duas semanas após o retorno e aqueles com sintomas respiratórios deveriam aguardar até duas semanas após o fim dos sintomas (27).

Além do RNA do SARS-CoV-2 no sêmen, outro resultado que suscita dúvidas quanto à possível transmissão sexual do vírus é o achado desse material genético em *swabs* anais, em repetidos estudos, incluindo de pacientes assintomáticos (28-31).

Assim, ainda que não haja evidência de transmissão sexual do vírus, recomendamos ser prudente considerar o uso de preservativo, mesmo em relações estáveis e exclusivas, e a postergação de gravidezes planejadas.

Reprodução assistida

No Brasil, em abril do corrente ano, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), seguindo outras entidades (ASRM, *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE), ACOG e *Fertility Society of Australia*), recomendou a suspensão de novos ciclos de tratamento de fertilização assistida. Entre eles, estão a indução de ovulação, a inseminação intrauterina (IUI), a fertilização *in vitro*

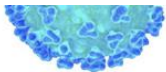


(FIV) e a preservação de gametas não urgentes, os quais têm sido adotados pela maioria das clínicas brasileiras. Recomendou-se também o encerramento de ciclos iniciados com o congelamento de embriões e óvulos (32,33), com exceção às pacientes oncológicas, com baixa reserva ovariana ou idade avançada e que pretendem preservar sua fertilidade. Segundo a ESHRE, essa recomendação pretende *i)* evitar complicações durante o tratamento de reprodução assistida e gravidez; *ii)* evitar complicações relacionadas à SARS-CoV-2 durante a gravidez; *iii)* atenuar o risco desconhecido de transmissão vertical de pacientes positivos para SARS-CoV-2; *iv)* apoiar a realocação necessária dos recursos de saúde; e *v)* respeitar as recomendações atuais do distanciamento social (34).

Contudo, deve-se considerar o sofrimento relacionado ao custo emocional e financeiro devido à interrupção ou postergação do tratamento de fertilidade. Autores de um estudo realizado nos Estados Unidos (32), já no período de pandemia por COVID-19, entrevistaram 518 pacientes (mulheres e homens) na faixa etária entre 23 e 52 anos atendidos em um hospital de Nova York para tratamento de fertilidade. Foi reportado que 49% dos entrevistados escolheram iniciar um novo ciclo. Além disso, 85% dos entrevistados relataram que ter seu ciclo de tratamento de fertilidade cancelado foi considerado ou avaliado como de moderado a extremamente perturbador, com 22% deles igualando o cancelamento do ciclo como o equivalente a perder um filho. Um diagnóstico de infertilidade está associado a fatores emocionais e significativas consequências psicológicas em homens e mulheres, e o cancelamento de um tratamento é um fator a mais a essa carga emocional. Destaca-se que pacientes com comorbidades como diabetes ou hipertensão, em uso de terapia imunossupressora ou renal, transplantadas e com doença renal, não devem iniciar tratamento de reprodução assistida (34). A suspensão do tratamento em curso ou mesmo iniciá-lo (em casos excepcionais), deve ser combinada com as pacientes, informando dos possíveis riscos relacionados à infecção por SARS-CoV-2 durante a gestação. Deve-se sempre oferecer às pacientes a possibilidade de escolha avaliando-se caso a caso e ponderando os riscos e benefícios.

Pessoas vivendo com HIV

Garantir às pessoas vivendo com HIV o acesso aos serviços de atendimento é uma questão importante levantada na literatura. Pacientes mantidas em atendimento têm maior adesão à terapia antirretroviral, apresentando melhor prognóstico e menor risco de transmissão (35). A continuidade dos cuidados e do tratamento, dentre outros, é

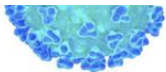


influenciada por um acompanhamento periódico por meio de consulta. Uma forma de contornar a situação seria a implementação de serviços de telemedicina. Artigo publicado no final de abril de 2020, relata a experiência da primeira clínica dedicada a promover cuidados de saúde primários e sexuais, incluindo testagem e acompanhamento para HIV, ISTs e hepatites virais, em *Rhode Island* (EUA) para a comunidade LGBTQ+ (36). A clínica foi aberta exatamente um dia após anúncio do primeiro caso da COVID-19 no estado. A maioria dos serviços foram transferidos para acompanhamento via aplicativo *Zoom for Healthcare* e, para aqueles com limitações tecnológicas, são realizadas ligações telefônicas. A implementação desse serviço garante o atendimento dos pacientes durante a pandemia e tem sido bem avaliado pelos pacientes e profissionais envolvidos, com alto nível de satisfação. Ainda, em tempos de COVID-19, é pertinente utilizar outras iniciativas para prevenir a interrupção do tratamento, como a revalidação de receitas e o envio de medicação via correio.

Aborto

Historicamente, epidemias e crises econômicas afetam desproporcionalmente mulheres, meninas e aqueles que já enfrentam barreiras de acesso aos cuidados de saúde³. Existem evidências que apontam que a demanda por serviços de abortamento seguro, incluindo a busca por informações, aumentou nos hospitais da província de Hunan, na China, após o início da pandemia da COVID-19. Isso pode estar relacionado à falta de acesso à contracepção e aos serviços de planejamento reprodutivo, e às incertezas sobre as consequências ocasionadas pelo contágio do novo coronavírus, incluindo desfechos reprodutivos e transmissão vertical (5). Mundialmente, as possíveis restrições de acesso a serviços de planejamento reprodutivo e à contracepção são fontes de preocupação e indicam a possibilidade de aumento na ocorrência de gestações não-pretendidas e, conseqüentemente, do recurso ao aborto, seja ele seguro ou não (8). Outros elementos podem resultar em maior procura por serviços de aborto, como a crise econômica agravada pelas medidas de quarentena e isolamento, que impactam no fechamento do comércio e serviços, e o aumento da violência por parceiro íntimo (37-39).

³ Blanchard K, Ngo TD. Ensure access to high-quality abortion care amid coronavirus [Internet]. Thomson Reuters Foundation News. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://news.trust.org/item/20200401101727-x6857/>



A pandemia da COVID-19 tem exposto a vulnerabilidade dos serviços de aborto no mundo. Apesar das ameaças de reversão da legalização e restrição do acesso ao aborto seguro não serem novidade (40), nem restritas ao contexto da pandemia, elas trazem maior preocupação no atual contexto em que as mulheres estão ainda mais expostas à gravidez não-pretendida. Políticos e defensores do fechamento dos serviços de aborto fundamentam sua argumentação na escassez de recursos humanos e financeiros ocasionada pela pandemia. No entanto, esses argumentos são falaciosos, uma vez que o procedimento cirúrgico demanda equipamentos mínimos e, na maioria das vezes, dispensa internação hospitalar, além da possibilidade de realização de procedimento extra-hospitalar. A manutenção da gravidez, por sua vez, também implicará o uso desses recursos, de forma a assegurar às mulheres atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Nesse cenário, a demanda por consultas face-a-face, exames, EPIs e procedimentos médicos será muito maior do que aquela envolvida na realização de um aborto medicamentoso autoinduzido (41,42).

Outro aspecto acerca da imposição de restrições à prática de aborto em países onde o aborto é legalizado em amplas situações é a compreensão de que, se não for praticado de forma terapêutica (para salvar a vida da gestante, preservar sua saúde física e/ou mental, quando a gravidez resulta em fetos com enfermidades gravíssimas ou incompatíveis com a vida), trata-se de um aborto eletivo. O termo eletivo, em geral, é usado para procedimentos em saúde que podem ser agendados e planejados com antecedência e, se necessário, postergados. Desse modo, no contexto da COVID-19, existem indicações para que procedimentos eletivos sejam adiados e realizados quando houver maior segurança. No entanto, esse não é o caso do aborto, pois seu adiamento implica em *i)* aumento da complexidade procedimental; *ii)* maiores riscos associados à saúde física e mental das mulheres; *iii)* custos mais elevados para o sistema de saúde; e *iv)* a inviabilização de sua realização, por impedimentos legais e éticos, dependendo do estado ou país considerado (41). Riley e colaboradores (2020) estimam que, em função das restrições vigentes por conta dessa pandemia, 10% dos abortos seguros no mundo serão convertidos em inseguros, resultando em um adicional de 3,3 milhões de abortos inseguros e 1.000 mortes maternas em um ano (6).

Nos Estados Unidos, estados como Alabama, Arkansas, Iowa, Louisiana, Ohio, Oklahoma, Tennessee e Texas, com posição conservadora ante o direito ao aborto, tiveram os serviços de aborto médico, cirúrgico ou ambos suspensos por seus governadores (41,43), apesar das manifestações contrárias de importantes instituições da área de ginecologia e

obstetrícia daquele país (44). Em cinco estados adicionais, Alaska, Indiana, Kentucky, Mississippi e West Virginia, também houve a sugestão de que alguns tipos de aborto fossem suspensos, mas não houve qualquer ação legal, de fato, para limitar o acesso a esses serviços (42). Atualmente, a grande maioria das interdições foram parcial ou totalmente suspensas pelos tribunais, mas a situação persiste em discussão (42,43). A mídia tem reportado restrições de acesso a serviços de aborto durante a pandemia na Itália^{4,5} e na Índia⁶.

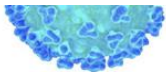
As consequências da interrupção da oferta de serviços de aborto podem ser desastrosas, a curto e longo prazos. Existem relatos no Texas de mulheres que, durante o período em que os serviços de aborto ficaram suspensos, planejavam voar ou dirigir a noite toda para acessar serviços em outros estados, se expondo ao risco de contrair a COVID-19 e sem nenhuma garantia de que as clínicas nos estados vizinhos estariam abertas ou recebendo novas pacientes. Além disso, outras mulheres tentaram sem sucesso obter pílulas abortivas, uma vez que o suprimento de companhias farmacêuticas indianas estava se tornando escasso por conta da pandemia (43). Essa proibição do acesso a serviços de aborto pode penalizar especialmente mulheres pobres e de grupos minoritários (negras, indígenas, imigrantes, latinas). Não podendo acessar os serviços no tempo oportuno, serão obrigadas a seguir com uma gravidez que, por diferentes motivos, não foi pretendida, ou recorrerão ao aborto inseguro, realizado por pessoas não-qualificadas em ambientes insalubres, contribuindo para a ocorrência de desfechos negativos, como a morbimortalidade materna. Tais situações aumentam ainda mais as iniquidades em saúde já existentes. Logo, é a partir de um viés de gênero implícito que os estados tomam essas decisões. Nesse contexto da COVID-19, as mulheres veem seus direitos reprodutivos ameaçados pela ação dos Estados, com redução das ofertas de serviços e insumos relacionados à saúde reprodutiva, sobretudo do aborto legal.

Por outro lado, organizações internacionais como o UNFPA, OMS e outras da área de SSR, reconhecem ser essencial a manutenção da assistência ao aborto em tempos de pandemia (4). De acordo com o que é preconizado por essas instituições, uma revisão narrativa da

⁴ Luca MN de. Coronavirus, “L’emergenza blocca gli aborti, diamo a casa la pillola Ru486”. La Repubblica [Internet]. 8 de abril de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: https://www.repubblica.it/cronaca/2020/04/07/news/aborto_appello_delle_ginecologhe-253414886/

⁵ Visser F. Durante l’epidemia di coronavirus abortire in Italia è ancora più difficile [Internet]. VICE. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.vice.com/it/article/akwp3g/coronavirus-aborto-in-italia>

⁶ Srivastava R. Abortion in a lockdown: India says “yes” but women wonder how. Reuters [Internet]. 16 de abril de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-india-abortion-trf-idUSKCN21Y2HO>



literatura científica mostrou que, para gravidezes até 12 semanas, é indicada a realização de aborto medicamentoso autoinduzido, sem testagens prévias, com orientações e aconselhamento fornecidos via teleconferência/telemedicina. Não existe protocolo proposto para gravidezes acima de 12 semanas. Quando o aborto cirúrgico é a única opção, deve-se evitar o máximo de contato. Nesse sentido, ações de educação e aconselhamento devem ser ofertadas via telemedicina e, no dia do procedimento, deve ser assegurada a restrição do número de pessoas presentes na sala de procedimentos, uso adequado de EPI e descontaminação do local pós-procedimento. As mulheres também devem usar máscara e desinfetar as mãos. É recomendado evitar a anestesia geral. As consultas de retorno devem ser realizadas prioritariamente por meio da telemedicina (4).

Nesse ínterim, compreendendo a importância de manter o acesso aos serviços de aborto e garantir que o procedimento seja realizado no momento oportuno para que a mulher não precise recorrer a métodos inseguros, alguns países têm permitido a realização de consultas remotas durante a pandemia, a exemplo da Inglaterra, França e Irlanda (esse último país, historicamente com leis proibitivas em relação ao aborto e onde a prática só foi legalizada após um referendo, em 2018). Já o uso doméstico de mifepristona e misoprostol foi autorizado na Escócia (7). A França, por sua vez, estendeu o período no qual é possível realizar um aborto medicamentoso, de sete para nove semanas⁷. Essa tomada de decisão em favor do aborto medicamentoso é reforçada por uma recente revisão sistemática da literatura científica publicada na Cochrane, que indicou que a autoadministração de medicamentos, se bem orientada, é tão eficaz para a completude do aborto, quanto a realização profissional do procedimento. Por outro lado, existem apenas evidências com baixo grau de certeza que indicam risco de complicações que requerem intervenção cirúrgica associadas ao abortamento medicamentoso autoinduzido (45). Há também um protocolo elaborado para orientar profissionais e gestores que propõe a dispensa da realização de exames de ultrassom e sanguíneos pré-aborto, baseado em experiências prévias, as quais não mostraram a melhora de desfechos clínicos com a realização desses exames (46). Assim, o aborto medicamentoso autoinduzido, sem testes (ultrassom ou exames sanguíneos) e acompanhado via telemedicina por um profissional (se necessário), pode ser eficaz para proteger os direitos reprodutivos e

⁷Le Monde avec AFP. Coronavirus : la Haute autorité de santé autorise l'accès à l'IVG médicamenteuse à domicile jusqu'à neuf semaines. Le Monde [Internet]. 12 de abril de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/11/la-haute-autorite-de-sante-autorise-l-acces-a-l-ivg-medicamenteuse-a-domicile-jusqu-a-neuf-semaines_6036335_3244.html

humanos das mulheres. Nesses casos, contribuiria para a redução do risco de contágio pela COVID-19, para a redução das demandas aos sistemas de saúde e da mortalidade materna (4).

Além do estabelecimento de novas modalidades de acesso ao aborto em alguns países, a pandemia também parece ter acelerado o processo de disponibilização de serviços de aborto legal na Irlanda do Norte (excluída da Lei do Aborto do Reino Unido até o ano de 2019). Assim, as mulheres não precisam se deslocar até a Inglaterra em busca desse serviço, diminuindo o risco de contágio pela COVID-19. Em março de 2020, ocorreu a descriminalização do aborto pelo parlamento neozelandês, após décadas de campanhas (47).

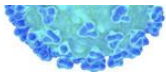
Na América Latina, a Diretora Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva da Argentina, Valeria Isla, declarou ao jornal ‘Pagina 12’ que o acesso ao aborto segue sendo prioritário e urgente naquele país durante a pandemia⁸. Na Colômbia, a ONG ‘Oriéntame’ criou um serviço de consultas via telefone e *WhatsApp* para orientar sobre a realização do aborto medicamentoso autoinduzido, dentro das situações permitidas por lei⁹.

No Brasil, onde o aborto é permitido apenas em três situações: para salvar a vida da gestante; em gravidez decorrente de estupro; ou quando o feto é anencéfalo, a principal referência de aborto legal de São Paulo, o Hospital Pérola Byington, suspendeu o serviço de interrupção da gravidez dos casos previstos por lei do dia 26 a 30 de março, para redirecionar esforços ao combate da COVID-19. Porém, os atendimentos foram retomados após intervenção do Ministério Público e da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (48). No entanto, um levantamento da ONG ‘Artigo 19’, da revista ‘Az Mina’ e do ‘Portal Gênero e Número’ indicou que, dos 76 hospitais que de fato realizavam aborto em 2019, somente 55% estavam em funcionamento durante a pandemia¹⁰. A Rede Médica pelo Direito de Decidir se posicionou de forma contrária a essa interrupção, defendendo a manutenção dos escassos serviços de aborto previstos por lei no Brasil durante a pandemia (14). Essa mesma Rede também propôs algumas medidas que poderiam ser tomadas no

⁸ Carbajal M. Anticonceptivos e ILE en tiempos de coronavirus | E... | Página12. 26 de março de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <https://www.pagina12.com.ar/255334-anticonceptivos-e-ile-en-tiempos-de-coronavirus>.

⁹ Oriéntame. Consulta virtual para aborto en casa | Oriéntame [Internet]. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.orientame.org.co/embarazo-no-deseado/consulta-virtual/>

¹⁰ Silva VR, Ferreira L. Só 55% dos hospitais que ofereciam serviço de aborto legal no Brasil seguem atendendo na pandemia [Internet]. Gênero e Número. 2020 [citado 2 de junho de 2020]. Disponível em: <http://www.generonumero.media/so-55-dos-hospitais-que-ofereciam-servico-de-aborto-legal-no-brasil-seguem-atendendo-na-pandemia/>

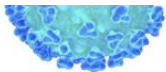


âmbito do país para minimizar os riscos para as mulheres em tempos de isolamento, como *i*) a aprovação do registro da mifepristona junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do aborto medicamentoso autoinduzido (extra-hospitalar); *ii*) a regulamentação da aspiração manual intrauterina como procedimento ambulatorial; *iii*) a regulamentação da telemedicina para os serviços de aborto legal; *iv*) a regulamentação do aborto cirúrgico no segundo trimestre (em locais onde haja especialista para tal); e *v*) a manutenção dos serviços de planejamento reprodutivo, especialmente de inserção de novos dispositivos intrauterinos (14).

Após a polêmica causada em torno do lançamento e suspensão da Nota Técnica Nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS (17,18), não houve um novo posicionamento oficial do MS quanto ao reforço e manutenção dos serviços de aborto legal durante a pandemia. A FEBRASGO, no documento intitulado “Protocolo de Atendimento ao Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da COVID-19”, traz orientações referentes aos procedimentos que devem ser adotados em caso de aborto, mas sem fazer distinção entre aborto espontâneo e provocado (49). Além disso, nesse documento, não há reforço à oferta de planejamento reprodutivo e contracepção após realização do procedimento, como preconizado por organismos internacionais.

PRÉ-NATAL, TRANSMISSÃO VERTICAL E PARTO

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2, com a ocorrência da COVID-19, impôs de modo único nos últimos 100 anos a necessidade de radicalizar o distanciamento social. Gerou a sobrecarga generalizada dos serviços de saúde, principalmente àqueles relacionados à atenção hospitalar e aos cuidados críticos, e aos da atenção primária, trazendo à tona questões relacionadas aos cuidados com as mulheres em seu momento reprodutivo. O acesso à atenção pré-natal, a possibilidade de comparecer às consultas e exames, sob risco de contaminação, quando o recomendável é ficar em casa, requer novas estratégias da atenção primária, até hoje nunca utilizadas. Realizar os partos de mulheres não contaminadas exige instalações hospitalares e equipes exclusivas, com sistemas de proteção às mulheres e seus recém-nascidos. Deparar-se com mulheres grávidas com infecção confirmada por COVID-19, muitas delas nas últimas semanas da gestação, requer equipes cientes dos protocolos e dispostas a enfrentar o desafio de tratar mãe, feto e neonato visando o melhor desfecho obstétrico e perinatal.

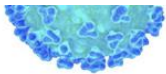


A assistência pré-natal

A OMS recomenda a manutenção dos cuidados pré-natais de qualidade durante o período da pandemia (50). O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sugere, neste momento, modos alternativos da assistência pré-natal, com consultas por telefone, quando possível e presenciais, quando necessário, de modo a proteger a gestante e a equipe de saúde de contaminação, mas levando em conta as condições de risco gestacional avaliado individualmente. No Brasil, as recomendações incluem o atendimento presencial garantido a todas as gestantes assintomáticas e sem risco epidemiológico, o adiamento de duas semanas da consulta de mulheres sintomáticas, se possível, ou atendimento em local especial, caso a necessidade se imponha. A Atenção Primária deve monitorar todas as grávidas com síndrome gripal, viabilizando a comunicação e orientação rápida em caso de agravamento dos sintomas. Essas recomendações sugerem ainda, alternativamente, a utilização de consultas domiciliares ou em locais especiais para gestantes assintomáticas (51). O Ministério da Saúde (MS) incluiu as gestantes e puérperas nos grupos de risco para a COVID-19, por analogia ao que aconteceu na pandemia de Influenza A - H1N1, ressalvando não haver estudo específico conclusivo (52). Nesse sentido, o MS recomenda que o protocolo de diagnóstico à COVID-19, em gestantes, siga as mesmas orientações utilizadas para a população adulta geral (53).

A assistência pré-natal deve ser realizada rotineiramente sob a premissa do cuidado individual em local protegido de contaminação. Recomenda-se que instituições médicas que prestam cuidados às gestantes durante o período da pandemia estabeleçam canais “livres de doença”. Com o intuito de reduzir a infecção cruzada, programas de assistência médica remota, com atendimentos telefônicos, *online* ou domiciliares devem ser estimulados, incluindo consultas e orientações para as gestantes. Sessões presenciais para as gestantes de alto risco ou com complicações devem ser mantidas. Nesse sentido, alguns países adaptaram normas e mudaram regulações para permitir a realização de consultas via telessaúde (54-58).

À medida que a pandemia se desenrola rapidamente, é fundamental que as equipes de saúde que trabalham em serviços dedicados ao atendimento de gestantes com a COVID-19 se mantenham atualizadas. Contudo, estudo realizado com 714 centros de atenção materno-infantil em 81 países, mostrou que existem lacunas significativas de

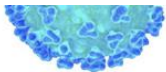


conhecimento dessas equipes sobre as estratégias de preparo e adaptação do cuidado às gestantes com ou sem COVID-19 (59).

No que se refere à condução clínica do pré-natal, a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), através do seu *Global Interim Guidance on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During Pregnancy and Puerperium*, sugere o pré-natal rotineiro com ênfase no monitoramento do crescimento fetal, quantidade de líquido amniótico e anatomia fetal para mulheres que apresentaram quadro da COVID-19 nos primeiros trimestres de gestação (60). Monitorar a ocorrência de desordens hipertensivas da gravidez e diabetes gestacional, que são consideradas comorbidades associadas aos quadros mais graves da COVID-19, é de particular importância. Torna-se imprescindível, portanto, identificar mulheres sob risco de desenvolver tais condições - mulheres previamente diabéticas ou hipertensas, obesas ou que apresentam ganho ponderal rápido e acentuado, mulheres tratadas por fertilização in vitro (FIV), dentre outras (61,62). Recomenda-se, nas últimas semanas de gravidez, o monitoramento frequente dos batimentos cardíacos fetais e a realização de exames ultrassonográficos para avaliar as condições fetais (63,64).

Importante observar também a ocorrência de desordens de humor nas gestantes, principalmente em nulíparas, habitualmente receosas com o processo do parto (62). Durante a COVID-19, lidar com as preocupações referentes à transmissão do SARS-CoV-2 durante a gravidez e pós-parto e com as dificuldades típicas do último trimestre de gestação, associadas à redução da oferta de trabalhadores de saúde, contribuem para um sentimento de forte apreensão, principalmente para quem está nas últimas semanas da gravidez (62).

No contexto da pandemia, racionalizar a utilização da ultrassonografia permite a melhor alocação deste recurso propedêutico e assegura que o cuidado continue a ser oferecido com segurança a mulheres que apresentam risco de complicações precoces da gravidez. Por isso, a Sociedade Internacional de Ultrassom em Obstetrícia e Ginecologia (ISUOG), considerando a inevitável diminuição da capacidade de atendimento e visando estabelecer prioridades e organizar a oferta do serviço, sugere classificar as pacientes em uma das três situações: *i*) exames que precisam ser feitos sem demora; *ii*) exames que podem ser atrasados sem afetar o cuidado clínico; e *iii*) exames que podem ser evitados durante a pandemia (65).



Nas pandemias da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), da Influenza A (H1N1) e nos surtos de Zika Vírus e do Ebola, desfechos maternos e fetais negativos foram registrados. As principais adversidades registradas foram abortamentos espontâneos, partos prematuros, natimortalidade, crescimento intrauterino retardado (SARS) (66), defeitos congênitos (Zika Vírus) (67) e aumento da mortalidade materna e fetal (SARS, MERS, H1N1 e Ebola) (68,69). No entanto, os riscos de resultados adversos da gravidez, tais como abortos espontâneos, restrições de crescimento intrauterino, natimortos, anomalias congênitas e nascimentos prematuros, entre mulheres grávidas infectadas e não infectadas por SARS-CoV-2 não estão esclarecidos (64,70,71). Este conjunto de informações e perguntas, sobre um tema ainda pouco estudado, recomenda o princípio da precaução, que deve reger as ações de proteção às gestantes, nas quais todos os recursos disponíveis para prevenir a contaminação pelo SARS-CoV-2 devem ser utilizados.

Apesar de inúmeros estudos indicarem que o quadro da COVID-19 durante a gravidez não parece ser mais grave do que na população geral (72,73), estudos controlados têm mostrado o contrário (12,74). Quando comparadas a mulheres não grávidas, gestantes e puérperas precoces têm RR de 5,4 (IC95% 2,9-10,1) de precisar de UTI e 4,0 (IC95% 1,7-9,1) de ventilação mecânica invasiva (74). Da mesma forma, grávidas negras e pertencentes a outras minorias com COVID-19 tiveram mais chance (OR 4,49; IC95% 3,7-6,0) de serem internadas por SARS-CoV-2 que outras mulheres (75).

Atenção especial deve ser dada às gestantes que exercem atividades nos serviços essenciais em tempos de pandemia, principalmente às trabalhadoras da saúde. Todas deveriam ser afastadas de seus locais de trabalho em qualquer fase da gestação. Àquelas que, pela natureza de sua atividade, puderem trabalhar em seu domicílio, devem ser encorajadas, pois os surtos anteriores mostraram como os efeitos do atraso à proteção das mulheres grávidas podem ser prejudiciais (66,76). As trabalhadoras de saúde estão particularmente expostas. Na Itália, primeiro país ocidental severamente afetado pela pandemia, até o dia 16 de abril de 2020, 16.991 trabalhadores de saúde tinham testado positivo, dos quais, 68% eram mulheres. Dados desagregados por categoria, disponíveis para 16.179 membros de equipes de saúde, mostraram que enfermeiras e parteiras foram as categorias mais afetadas, somando 43,2% entre todos os trabalhadores infectados (59,66,76). No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem reportou, até 30 de maio de 2020, 17.686 casos e 165 óbitos por COVID-19 entre os enfermeiros responsáveis, técnicos ou coordenadores atuantes no setor saúde. Desses profissionais, 84,8% dos casos e 63,0%

dos óbitos eram do sexo feminino (77). Estes números mostram que proteger as trabalhadoras de saúde torna-se uma das principais prioridades no gerenciamento dos cuidados à saúde na pandemia da COVID-19.

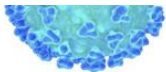
Possíveis efeitos adversos ao feto e transmissão vertical do SARS-CoV-2

Apesar de não completamente conhecida, a imunologia da mulher grávida é modificada com imunossupressão para facilitar a tolerância aos antígenos fetais (78). Em decorrência disso, torna-se mais vulnerável a alguns tipos de infecção. Quando isso acontece, os efeitos no conceito podem variar de acordo com o estágio da gravidez em que a infecção ocorre.

É muito cedo para saber se a infecção por SARS-CoV-2 tem efeitos teratogênicos, como alterações estruturais do cérebro ou do coração, visto que os relatos de casos se baseiam em gravidezes cuja infecção ocorreu em estágios mais avançados. Outros coronavírus não demonstraram causar efeitos teratogênicos e especialistas não consideram esse um risco relevante (79). Contudo, é importante o monitoramento cuidadoso, para não perdermos efeitos mais sutis. A síndrome do Zika Vírus, por exemplo, só foi detectada devido ao grande número de recém-nascidos gravemente afetados.

Quando as infecções ocorrem durante o primeiro trimestre da gestação, os efeitos podem ser mais deletérios, ocasionando comprometimento no desenvolvimento fetal, resultando em "síndromes de infecção congênita". Por exemplo, a infecção pelo vírus Zika pode resultar em microcefalia, e aquela por rubéola, afetar os olhos, ouvidos e coração (80,81). Infecções graves podem inclusive estar associadas a um risco maior de aborto espontâneo (82).

Nos estágios mais avançados da gravidez, a maior parte dos órgãos fetais já está completamente formada e a ocorrência de defeitos estruturais ou teratogênicos é improvável. Entretanto, uma infecção grave no segundo ou no terceiro trimestre, pode ocasionar retardo do crescimento fetal, prematuridade ou, mais raramente, natimortalidade. A infecção por influenza na gravidez, por exemplo, é uma causa evitável de nascimento prematuro e natimortalidade (83). Dados emergentes demonstram aumento do risco de parto prematuro em casos de infecção por COVID-19 durante a gravidez (72). Apesar do relato de diversos casos de natimortalidade, até o momento não existem evidências do aumento do risco em mulheres infectadas por SARS-CoV-2 quando comparadas a mulheres não afetadas, mas recomenda-se vigilância.



Do mesmo modo, não existem evidências robustas acerca da transmissão vertical da COVID-19. Entretanto, é plausível supor que, caso uma mulher grávida apresente sintomas da COVID-19 próximo ao momento do parto, o risco de transmissão vertical estará presente, pois a mãe pode ainda não ter desenvolvido anticorpos, especialmente a imunoglobulina G (IgG) de forma a transmitir essa proteção ao neonato. Além disso, o feto também pode estar em risco de infecção no útero e/ou durante o parto.

No Quadro 1, estão sintetizados os resultados de 16 séries de casos que avaliaram a transmissão vertical por COVID-19. Os estudos na sua maioria foram realizados na China e o número de indivíduos testados variou de 3 a 243. Com relação às amostras analisadas, a maioria consistiu em esfregaço de garganta do neonato, mas amostras de leite materno, líquido amniótico, sangue do cordão umbilical, secreção vaginal, tecido placentário e sangue dos recém-nascidos também foram avaliados. Embora vários pequenos estudos chineses não tenham encontrado indícios (84-88), dois artigos sintetizados abaixo indicaram a possibilidade de transmissão vertical do SARS-CoV-2.

Em um estudo realizado em Wuhan, China, anticorpos específicos para o novo coronavírus foram detectados em amostras de soro de seis neonatos. Cinco recém-nascidos apresentaram concentrações de IgG superiores ao normal e dois deles apresentaram concentrações elevadas de IgM (89). A IgG é transferida passivamente através da placenta da mãe para o feto, começando no final do segundo trimestre e atinge altos níveis no momento do nascimento (90). No entanto, a IgM geralmente não é transferida da mãe para o feto devido à sua estrutura macromolecular que dificulta a passagem pela barreira placentária. Já foram descritos níveis elevados de IgM no sangue do cordão umbilical de três recém-nascidos, sugerindo a produção fetal desta imunoglobulina em resposta ao contato com o vírus, indicando a possibilidade de que o vírus tenha atravessado a placenta (89). Outra publicação mostrou que 3 de 33 recém-nascidos, filhos de mulheres infectadas pelo SARS-CoV-2, tiveram resultados de RT-PCR positivos para o vírus, mas todos apresentaram sintomas leves e, assim como suas mães, sobreviveram, embora tenham sido internados em hospitais infantis em Wuhan e Xangai. O neonato que estava em situação mais grave também era prematuro e seus problemas respiratórios podem ter ocorrido devido à prematuridade (91). Autores ingleses que avaliaram 246 partos, verificaram que 2% dos neonatos tinham evidências da presença do RNA-SARS-CoV-2 em amostras colhidas nas primeiras 12 horas do nascimento, sugerindo que a transmissão vertical pode ter ocorrido (75).

Alguns outros estudos sugerem a possibilidade de patologia placentária induzida por COVID-19 (89,92-94). Um caso de aborto espontâneo durante o segundo trimestre (19 semanas de gestação) foi relatado em uma mulher com COVID-19 e pareceu estar relacionado à infecção placentária por SARS-CoV-2, o que foi apoiado por exames virológicos positivos na placenta e no cordão umbilical (92). Um grupo de pesquisadores franceses reportaram RT-PCR positivos em dois recém-nascidos e em suas respectivas mães e placentas (94). Diante desses achados, investigações sobre a possibilidade de o SARS-CoV-2 atravessar a barreira placentária merecem ser aprofundadas (95).

Os resultados dos estudos que avaliaram transmissão vertical precisam ser interpretados com cautela, uma vez que apresentam limitações importantes. Em sua maioria, apresentam tamanho amostral pequeno e quase todas as pacientes analisadas estavam no terceiro trimestre de gestação. O efeito da infecção por SARS-CoV-2 no feto no primeiro ou segundo trimestre de gravidez ainda precisa ser esclarecido. Pesquisadores ressaltam a necessidade de investigar os efeitos do tempo entre o início dos sintomas e o nascimento ou do tipo de parto sobre a transmissão. Além disso, é necessário saber se o SARS-CoV-2 pode danificar a placenta, o que representaria um elo importante na elucidação da transmissão vertical. (84).

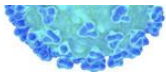
Quadro 1. Síntese de séries de casos sobre a transmissão vertical do SARS-CoV2.

Autor	Local	nº de indivíduos testados	Amostras/análises	Resultados positivos para SARS-CoV-2
Breslin et al., 2020 (88)	Nova York	18 recém-nascidos	swab nasofaríngeo	0
Chen, H. et al., 2020 (84)	China	6 recém-nascidos	líquido amniótico, sangue do cordão umbilical e amostras de esfregaço de garganta neonatal, amostras de leite	0
Chen L. et al., 2020 (85)	China	8 recém-nascidos 3 amostras de leite materno	esfregaços de garganta neonatal, leite materno	0
Chen et al., 2020 (96)	Wuhan, China	3 recém-nascidos	swab de garganta	0
Chen S et al., 2020 (97)	Província de Hubei	5 recém-nascidos	RT-PCR quantitativa de SARS-CoV-2 neonatal	0
Chen et al., 2020 (98)	China	3 nascidos vivos 3 mulheres	swab nasofaríngeo de recém-nascido, tecidos da placenta (vilosidades, membranas fetais e cordão umbilical)	0
Liu, Y et al., 2020 (99)	Hospitais fora de Wuhan (Hejiang,	10 nascidos vivos	análises clínica e sorológica	0

	ciudades de Hubei, Fujian, Shanxi, Pequim, Guangdong, Jiangxi, Heilongjiang e Anhui)			
Liu et al., 2020 (87)	Wuhan	19 neonatos 10 amostras de leite	swab de garganta neonatal, sangue, urina, fezes. Amostras de líquido amniótico e sangue do cordão umbilical e leite materno.	0
Liu et al., 2020 (100)	Wuhan, China	51 recém-nascido	swab faríngeos, sangue periférico	0
Wu et al., 2020 (101)	Wuhan, China	21 nascidos vivos	análise clínica e swab nasofaríngeo	0
Yan et al., 2020 (86)	25 hospitais 201 dentro e fora da província de Hubei	86 amostras de swab da faringe de neonatos 10 amostras de líquido amniótico e sangue do cordão umbilical 12 amostras de leite materno 6 amostras de secreção vaginal	líquido amniótico, sangue do cordão umbilical, amostras de swab de faringe neonatal, leite materno e secreção vaginal	0
Zeng et al., 2020 (89)	Wuhan, China	6 recém-nascidos	amostras da garganta e soro neonatais	6
Zeng et al., 2020 (91)	Wuhan, China	33 recém-nascidos	swab anal e nasofaríngeo	3
Zhu et al., 2020 (102)	China	9 recém-nascidos	swab da garganta	0
Knight et al. et al. 2020 https://doi.org/10.1101/2020.05.08.20089268	Reino Unido	243 recém-nascidos	RNA-SARS-CoV-2	5
Patanè L et al. 2020 10.1016/j.ajogmf.2020.100145	França	22 recém-nascidos	Swab nasofaríngeo (RT-PCR) e placentas (hibridização in situ)	2

Assistência ao Parto

A OMS recomenda a todas as mulheres, inclusive àquelas com COVID-19, que seja garantida uma experiência segura e digna de parto, que inclui respeito à parturiente e à posição de parto pretendida/escolhida, presença de acompanhante, comunicação clara da equipe de saúde e estratégias de alívio das dores do parto. Reitera que a indicação do tipo de parto não se modifica em pacientes com a COVID-19. Deve-se considerar a escolha



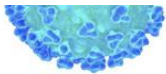
da gestante e as indicações obstétricas, porém a cesariana só deve ser praticada com justificativa médica (50).

Apesar disso, em Wuhan incluiu-se a COVID-19 na lista de indicações de cesáreas, o que resultou em 89% de partos cirúrgicos, com partos vaginais apenas em pacientes que foram admitidas com dilatação completa e nenhum comprometimento respiratório. Além disso, 42% dos partos foram prematuros (70,103). No Reino Unido, 59% dos partos em mulheres hospitalizadas pela COVID-19 foram cesáreos, contra 29% do grupo controle, este último constituído por todas as mulheres que deram à luz no mesmo período do estudo (01/03 a 14/04/2020) (75).

A COVID-19 em si não é uma indicação para o parto imediato, a menos que seja necessário melhorar a oxigenação materna. O momento e o modo do parto devem ser individualizados, dependendo principalmente das condições clínicas maternas e fetais. Não há contraindicação para o parto vaginal em mulheres com suspeita ou confirmação da COVID-19. A indicação da aceleração do parto, por qualquer via, pode se estabelecer quando há sofrimento fetal, trabalho de parto prolongado ou deterioração da condição materna (104). No estudo prospectivo conduzido no Reino Unido, 27% das cesáreas foram indicadas por comprometimento materno ou fetal provocado pela infecção por SARS-CoV-2 (75).

O grande número de partos prematuros é um aspecto que necessita ser avaliado. Gestantes internadas com a COVID-19 também manifestaram outras complicações obstétricas, como pré-eclâmpsia, ruptura prematura de membrana, contrações irregulares e histórico de natimortalidade, o que pode justificar a indicação de intervenções precoces. Para saber, no entanto, se essas complicações tiveram relação causal com a COVID-19 e, por sua vez, levaram a partos prematuros, é preciso investigar (104). O estudo inglês, mais uma vez, traz informações relevantes neste aspecto. Dos 243 partos em mulheres infectadas pelo SARS-CoV-2, 26% foram prematuros, dos quais 79% por motivos iatrogênicos, 46% por comprometimento materno, 14% por comprometimentos fetais e 19% por outras condições obstétricas (75).

Em relação à analgesia, o uso da anestesia epidural para o parto ou para a cesariana parece ser superior à técnica intradural (raquianestesia), justamente por não penetrar no sistema nervoso central. A anestesia geral deve ser utilizada somente em situação de emergência, pois o seu uso aumenta o risco de hipotensão materna e escores de Apgar menores que 8 no primeiro minuto (105). No entanto, as parturientes com SARS-CoV-2

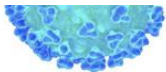


tiveram quase três vezes mais indicação de anestesia geral do que as parturientes livres de doença (20% contra 7%) (75).

Mulheres grávidas com COVID-19 são mais suscetíveis a cesarianas e a complicações obstétricas, como aborto, pré-eclâmpsia, morte intrauterina e perinatal. Essas intercorrências podem ser atribuídas à hipóxia devido ao quadro respiratório da infecção viral (73,75,99,104,106,107). Dentre as complicações, foi também relatada a ocorrência de óbito materno devido a infecção por COVID-19 (75,108). Um *estudo* da revista *American Journal of Obstetrics and Gynecology* relatou um total de nove óbitos em mulheres grávidas diagnosticadas com COVID-19, sendo duas no Irã, duas no México e cinco no Brasil. Todos os óbitos ocorreram no pós-parto. Três delas não tinham comorbidades associadas, duas apresentavam obesidade, hipertensão ou diabetes gestacional, e quatro não tinham informação sobre comorbidades (108).

No Brasil, um levantamento recente sobre mortalidade materna associada à COVID-19 realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Santos Dummont, contabilizou 20 óbitos maternos até 24 de maio de 2020 (109). Diante dos dados apresentados, é necessário investigar detalhadamente a relação desses óbitos com a COVID-19, considerando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, mais frequentes entre as mulheres dos grupos mais vulneráveis da população. Além disso, é necessário observar os efeitos indiretos da pandemia na mortalidade materna, visto que o acesso aos serviços de saúde pode estar ainda mais escasso devido às medidas de contingenciamento e reestruturação da atenção à saúde. Estudo sueco projetou que a desestruturação dos sistemas de saúde pode levar indiretamente a mais de 12 mil mortes maternas em decorrência da pandemia por COVID-19 (110).

A transmissão hospitalar da COVID-19 se constitui em uma ameaça séria e concreta para os serviços de saúde. Uma série de 138 casos de pacientes admitidos com pneumonia em um hospital de Wuhan mostrou que houve a suspeita de transmissão hospitalar de pessoa-pessoa em 41% dos casos (111). Neste contexto, em unidades de atenção ao parto torna-se necessária a utilização de abordagens e estratégias que minimizem a contaminação e a transmissão da COVID-19 entre as mulheres, familiares e equipes de saúde, ao mesmo tempo em que garantam a assistência de qualidade ao parto e ao recém-nascido. Alguns serviços passaram a oferecer, via *website* específico, avaliações pré-anestésicas *online* para mulheres grávidas para evitar o deslocamento dessas gestantes ao serviço. Recomenda-se, em caso de admissão hospitalar planejada para parto induzido ou



cesariana eletiva, entrevista telefônica com a gestante e seu acompanhante para perguntar sobre a presença de sintomas da COVID-19 (54).

Num momento em que a necessidade de atendimento a parturientes infectadas com o SARS-CoV-2 se impõe às equipes obstétricas ainda desarmadas de protocolos ou consensos definidos, a Colaboração Cochrane realizou uma pesquisa pedindo a dois revisores independentes de cada um dos 19 países com mais de 10.000 casos da doença, que fizessem extrações de recomendações clínicas nacionais específicas para o atendimento de gestantes com a COVID-19. Solicitaram que fossem coletadas informações sobre 14 questões consideradas relevantes e exploraram o nível de consenso das recomendações que foi fixado em 80%. Os consensos identificados foram: *a)* indicação da máscara cirúrgica ou N95 com respirador para todas as parturientes (sejam elas assintomáticas, suspeitas, casos confirmados, com status ignorado em relação à COVID-19 ou sem contato com pessoas doentes); *b)* o parto vaginal não é contraindicado para nenhuma dessas mulheres; *c)* a analgesia epidural também não é contraindicada para elas; *d)* o clameamento oportuno do cordão só é indicado para as mulheres assintomáticas e sem testes positivos para a COVID-19; *e)* acompanhantes são permitidos para parturientes assintomáticas, desde que não tenham tido contato próximo com pessoas com COVID-19; e *f)* não houve consenso sobre nenhuma outra questão. Os autores ressaltam que este estudo não foi desenhado para fazer recomendações (112).

No contexto da pandemia, diversas matérias jornalísticas relatam o número crescente de mulheres que buscam o parto domiciliar como alternativa ao medo de contágio e de hospitais lotados. Com a previsão do colapso do sistema de saúde e da impossibilidade de hospitais exclusivos para a maternidade, além da restrição à presença de acompanhantes, muitos casais do Brasil e dos Estados Unidos vêm considerando a possibilidade do parto domiciliar, mesmo quando essa não era a primeira opção. As equipes de enfermeiras obstetras e parteiras ressaltam que o parto domiciliar não é indicado a todas as mulheres, mas sim às gestantes saudáveis e de baixo risco. Nesse sentido, uma matéria veiculada no site da Universidade Federal de Minas Gerais, refere que a pandemia resultou num bom momento para obstetras repensarem o parto normal em blocos cirúrgicos, dando preferência a quartos individuais. Referem também que o parto domiciliar é uma opção segura, quando planejado e com retaguarda hospitalar, conforme as Diretrizes Nacionais de Atenção ao Parto (113).

Questões como o clampeamento oportuno do cordão, o contato pele a pele, a amamentação e o alojamento conjunto devem ser discutidas com a gestante e sua família, para elucidar os prós e contras das decisões tomadas, assim como a possibilidade de transmissão viral se as medidas preventivas não forem respeitadas (104,114,115).

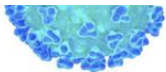
ATENÇÃO PÓS-NATAL E AMAMENTAÇÃO NO CENÁRIO DA COVID-19

Atenção pós-natal

O atendimento pós-natal é fundamental, tanto para o acompanhamento da saúde e do pleno desenvolvimento do neonato, quanto por ser uma oportunidade para aconselhamento, orientações e implementação de medidas contraceptivas no pós-parto. Porém, no atual cenário da COVID-19, as mães têm dúvidas e receios em realizar as consultas, pelo fato de poderem contrair a doença durante o deslocamento até o hospital, consultório ou clínica. Diante disso, o CDC dos Estados Unidos publicou uma nota (116) visando o bem-estar da mãe e neonato, com recomendações para os devidos cuidados no período pós-parto. CDC (EUA) e FIGO recomendam que as consultas pós-natais sejam realizadas mesmo durante a pandemia. Preconizam que, de preferência, estas sejam conduzidas remotamente e o atendimento presencial seja feito apenas nos casos em que o neonato apresentar preocupações específicas que exijam exame físico (60,116). No Brasil, na Atenção Primária à Saúde, é sugerida a manutenção das consultas de seguimento eletivas, ponderada a oportunidade terapêutica por imunização de rotina, vigilância do crescimento e desenvolvimento e orientações à família (15).

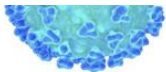
O neonato pode contrair COVID-19 de outras pessoas, incluindo os próprios pais, por isso, para seu bem-estar, é fundamental que os pais adotem as medidas preventivas recomendadas e cumpram o distanciamento social. Caso precisem se expor a ambientes externos ao domicílio, é imprescindível praticar adequadamente as medidas de higiene, como lavagem frequente das mãos e/ou uso de álcool em gel ou líquido 70°, e o uso de máscaras de tecido (116).

O UNICEF recomenda que caso a mãe seja diagnosticada com COVID-19, além de seguir as recomendações básicas de higienização e cuidado, as superfícies em que ela tocar sejam higienizadas e/ou desinfetadas para proteção do neonato (117). A *Italian Society of Neonatology* (SIN), endossada pela *Union of European Neonatal & Perinatal Societies* (UENPS), e a FIGO preconizam que neonatos de mães com infecção confirmada por COVID-



19 sejam testados e, mesmo apresentando resultado negativo, sejam mantidos internados por uma semana para vigilância. Cumprido esse período, um novo teste é feito para a confirmação do diagnóstico negativo, somente então o neonato recebe alta. O monitoramento do neonato se dá aos 14 e 28 dias após a alta, com realização de novo *check up* (118,119). No Brasil, o Ministério da Saúde não indica a triagem laboratorial para investigação de SARS-CoV-2 em recém-nascidos assintomáticos cujas mães tenham diagnóstico suspeito ou confirmado da COVID-19 (15).

Por fim, o CDC é contrário ao uso de máscaras ou protetores faciais por crianças menores de dois anos, pois elas podem deslocar o protetor com facilidade, bloqueando a boca e o nariz. Tais equipamentos de segurança podem contribuir para a ocorrência da síndrome de morte súbita do recém-nascido (SIDS), de asfixia ou estrangulamento acidental pela alça (116).



Evidências acerca do leite materno de mulheres com suspeita ou infecção confirmada por COVID-19

O conhecimento científico limitado disponível até o momento dificulta o desenvolvimento de recomendações específicas sobre a amamentação de mães infectadas com o vírus SARS-CoV-2 (84,102,120). Por não haver evidências científicas suficientes para afirmar inequivocamente que as mães com COVID-19 não transmitem o vírus através do leite materno, as recomendações devem se basear nos dados disponíveis (84,93,121-125), na analogia com circunstâncias passadas (126) e na previsão dos custos e benefícios (127).

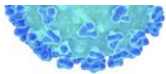
A amamentação é reconhecida como a melhor forma de alimentação infantil, devido aos inúmeros benefícios a curto e longo prazos à mãe, ao recém-nascido e à sociedade (128). Práticas adequadas de amamentação protegem contra a morbimortalidade infantil e, conseqüentemente, contra internações hospitalares devido a infecções gastrointestinais e respiratórias (129). Isso porque existem inúmeros constituintes vivos no leite humano (imunoglobulinas, fatores antivirais, citocinas e leucócitos) que ajudam a destruir patógenos prejudiciais e impulsionam o sistema imunológico do recém-nascido (130). Períodos mais longos de amamentação estão associados a um incremento no quociente de inteligência, na escolaridade alcançada e na renda na vida adulta, além de uma menor chance de desenvolver doenças crônicas (excesso de peso ou obesidade e diabetes tipo 2). As principais vantagens para a mãe em amamentar, especialmente de forma exclusiva, são a amenorreia lactacional e a proteção contra cânceres de mama e ovário, diabetes tipo 2 e osteoporose (129). Dessa forma, a amamentação melhora o capital humano dos países, contribui para a redução de leitos hospitalares e é ambientalmente sustentável (128,129).

Segundo o UNICEF, os benefícios da amamentação superam quaisquer riscos potenciais de transmissão do vírus SARS-CoV-2 através do leite materno (130,131). Por isso, e considerando que, até a produção deste relatório, *i*) a amamentação é particularmente eficaz contra doenças infecciosas (132); *ii*) a transmissão de outros coronavírus não foi demonstrada através do leite materno, a exemplo do vírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e do vírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) (126,133); *iii*) semelhante à epidemia de SARS-CoV (134), pode-se especular que anticorpos específicos para SARS-CoV-2 passam pelo leite materno da mãe para a criança dentro de alguns dias após o início da amamentação, possivelmente modulando a expressão clínica da infecção infantil (119); e *iv*) até o momento não há evidências de

transmissão do SARS-CoV-2 pelo leite materno de mulheres com suspeita ou infecção confirmada por COVID-19 (64,84,123-125,135,136), algumas instituições nacionais e internacionais¹¹ se pronunciaram a favor do início e/ou manutenção da amamentação, desde que tal decisão seja determinada pela mãe com COVID-19, junto aos familiares e profissionais de saúde, respeitando-se as condições clínicas maternas e o desejo de amamentar (1,116,119,131,133,137-139).

Até o momento, apenas dois estudos relevantes contraindicam a amamentação por mulheres com COVID-19 como forma de precaução (140,141). E, apesar de a compatibilidade do aleitamento materno com medicamentos eventualmente administrados a uma mãe com COVID-19 precisar ser avaliada caso a caso (119), isso não foi usado como justificativa por nenhum dos autores. Os autores chineses, que lidaram recentemente com COVID-19, simplesmente não consideram a opção de amamentar, nem de oferecer o leite materno extraído aos recém-nascidos (141). Porém, é preciso considerar que o estudo foi publicado no início de fevereiro, quando ainda não haviam evidências sobre a inocuidade do leite de mães com infecção confirmada por COVID-19. Já o estudo realizado na Suíça (140), sugere evitar a amamentação direta, alegando que a sucção na mama pode aumentar o risco de transmissão de SARS-CoV-2 via aerossol pelo contato íntimo entre mãe-filho durante as mamadas. Todavia, ignoram a importância da higienização e demais cautelas que precisam ser adotadas durante as mamadas, a depender das condições clínicas da mãe, assim como o potencial impacto dos anticorpos da mãe na modulação da resposta imune do recém-nascido. E, apesar de também sugerirem o oferecimento de fórmulas infantis em substituição ao leite materno, parecem não se opor à alimentação da criança com leite materno extraído. Os autores de ambos estudos não apresentam evidências sólidas para a contraindicação da amamentação e ignoram claramente os benefícios do aleitamento materno (142). Assim, como a principal preocupação é que o vírus seja transmitido pelas gotículas respiratórias das mães infectadas aos filhos e não através do leite materno em si, é fundamental que a amamentação esteja atrelada a medidas de higienização e de cuidado adequados (138,143).

¹¹ Ministério da Saúde (MS) do Brasil, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), Organização Mundial da Saúde (OMS), UNICEF, CDC (EUA), *International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* (ISUOG), *Royal College of Obstetricians & Gynecologists* (RCOG) – Londres, *Academy of Breastfeeding Medicine* (ABM), *Union of European Neonatal & Perinatal Societies* (UENPS), *Italian National Institute of Health* (ISS) e *Italian Society on Neonatology* (SIN)



Recomendações a mulheres com COVID-19 que desejam amamentar

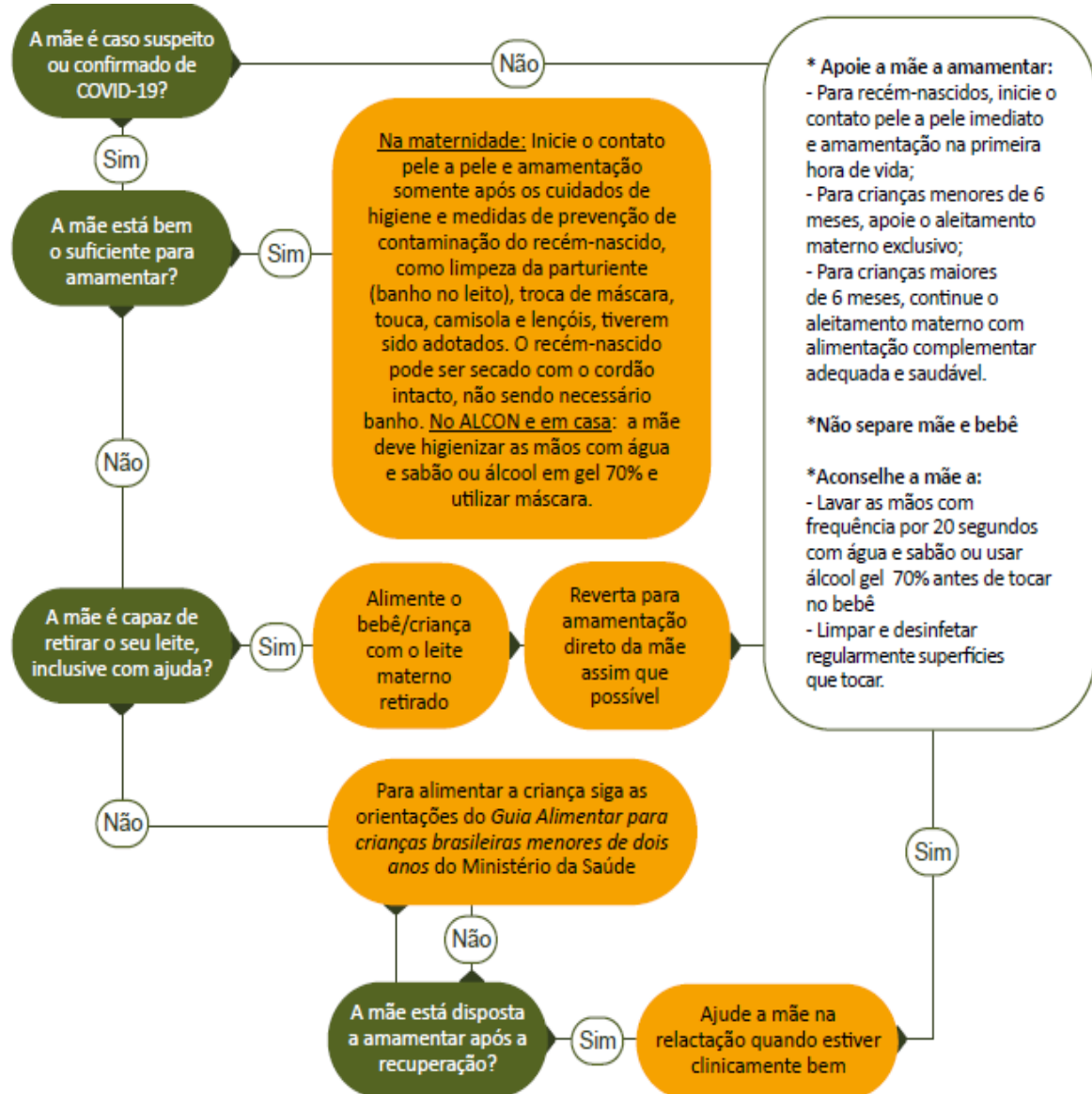
Mulheres com suspeita ou confirmação de COVID-19 devem adotar algumas precauções importantes para impedir a transmissão da infecção viral através de gotículas respiratórias ao(s) seu(s) filho(s) (116,130,138,144,145): *i*) lavar bem as mãos com água e sabão por pelo menos 20 segundos antes e depois de qualquer contato com a criança (130,138,145,146); *ii*) evitar tocar nos próprios olhos, nariz e boca e evitar falar, tossir ou espirrar durante a amamentação para proteger a criança de suas secreções respiratórias (116,130); *iii*) usar máscara facial, de preferência cirúrgica com tripla camada, durante as mamadas ou cuidados com a criança (130,138,145) - as máscaras caseiras de tecido devem ser de uso pessoal e lavadas após o seu uso (para orientações sobre como confeccionar, utilizar e higienizar as máscaras de tecido, acesse: https://covid19br.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/06/Guia-das-Mascaras_final.pdf); *iv*) substituir imediatamente as máscaras assim que ficarem úmidas, ou em casos de tosse, espirro e a cada nova mamada (1) - as máscaras do tipo cirúrgicas devem ser descartadas após o uso e não devem ser reutilizadas (147); *v*) higienizar regularmente as superfícies da casa com as quais esteve em contato frequente com água e sabão e/ou com desinfetantes (atentando para a diluição correta) (130,133,138,145); *vi*) suspender visitas e praticar o distanciamento físico de outras pessoas (pelo menos 1,5 m) (116,144).

As mães precisam se sentir seguras em amamentar seus filhos enquanto estiverem com COVID-19 (116,144). Porém, caso a mulher não se sinta segura, ou sua saúde esteja debilitada, ou ainda em situações em que outras complicações de saúde a impeçam de cuidar da criança ou de continuar a amamentação direta, mãe e família devem ser incentivadas e apoiadas a retirar o leite materno, manualmente ou com auxílio de bombas extratoras de leite materno (manuais ou elétricas), para oferecê-lo com segurança à criança (1,146). Em caso de opção pela extração do leite, devem ser observadas as orientações disponíveis na 'Cartilha para a Mulher Trabalhadora que Amamenta' (148). Assim, é necessário adotar medidas de higiene adequadas, tais como lavar bem as mãos antes de iniciar o procedimento, usar máscaras cirúrgicas durante a extração do leite e seguir rigorosamente as instruções para limpeza das peças usadas e da bomba após cada uso (1,116,120,138,146). Nos casos em que a mãe estiver bastante sintomática e ainda assim desejar amamentar, deve-se considerar a possibilidade de solicitar assistência de alguém que esteja saudável e more no mesmo domicílio para bombear o leite materno

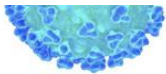
(inclusive para continuar estimulando a produção e apojadura do leite) e para oferecer o leite extraído à criança usando um copinho, xícara ou colher limpos (116,144,145).

Fluxo de decisão para amamentar no contexto da COVID-19

Adaptado de OMS, 2020



*Este fluxograma foi adaptado da OMS/2020 e elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Instituto de Saúde de São Paulo (IS-SP), Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (Abenfo), Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar/Internacional Baby Food Action Network (Ibfan) e outros especialistas em aleitamento materno no Brasil, com base nos documentos oficiais do Ministério da Saúde que orientam as ações de saúde da criança e aleitamento materno durante a pandemia de COVID-19.

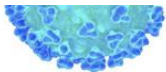


Alojamento conjunto em tempos de COVID-19 - Evidências e principais recomendações

A separação temporária de um recém-nascido de sua mãe sintomática pode ser necessária e considerada prudente pelo agravamento das condições de saúde maternas ou pela necessidade de fornecer terapias ao recém-nascido (131,137,139,149), mas pode interferir na relação precoce mãe-filho e no estabelecimento da lactação (132,150), além de favorecer o desenvolvimento de estresse adicional às mães no período pós-parto e também aos recém-nascidos (138,151). Logo, tal decisão deve ser individualizada, levando em consideração o grau de sintomatologia materno, bem como o consentimento informado da mãe, a logística do hospital e possivelmente a situação epidemiológica local da atual pandemia da COVID-19 (119).

Se a criança permanecer no hospital com a mãe em regime de alojamento conjunto, algumas orientações devem ser adotadas para evitar possível transmissão do SARS-CoV-2 ao recém-nascido, tais como: *i)* a mãe deve lavar cuidadosamente as mãos e usar máscara cirúrgica durante a amamentação e contato íntimo com o recém-nascido; *ii)* a sala deve estar isolada, sugerindo-se a suspensão de visitas como medida de redução da aglomeração e proteção à mãe e recém-nascido internados; *iii)* o berço do recém-nascido deve ser colocado a uma distância de pelo menos 2 metros do leito da mãe; e *iv)* o uso de uma barreira física, como um divisor de quarto ou uma cortina, entre a mãe e o recém-nascido pode ser apropriado (119,137,152).

No caso da separação do binômio mãe-filho, deve-se evitar o uso rotineiro de fórmulas infantis artificiais para substituir o leite materno, sendo apropriado extrair, transportar e administrar o leite da mãe ao recém-nascido (119,149). É importante destacar que o leite materno extraído não deve ser pasteurizado, pois esse processo reduz o valor biológico e imunológico do leite humano (119,146), além de não se acreditar que seja um veículo de infecção (mesmo que contenha SARS-CoV-2). Ressalta-se, ainda, que a indicação sobre a separação de mães e recém-nascidos geralmente não se baseia em uma análise do impacto que isso pode ter no aleitamento materno, nem na probabilidade de que essa opção possa resultar em alimentação artificial. Portanto, os riscos e benefícios dessa separação, e as informações sobre as consequências de não iniciar, manter ou suspender a amamentação devem ser compartilhados com a mãe, a família e com os profissionais de saúde (137). Por isso, sempre que possível, o manejo conjunto da mãe e do recém-nascido é preferível, a fim de facilitar a interação e o início da amamentação.



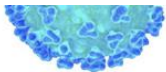
Um estudo recente realizado com 2.143 crianças na China mostrou que, entre os 379 bebês avaliados, apenas 22,7% testaram positivo para COVID-19. Embora 10,6% desses terem sido referidos como graves, os autores observaram que maior severidade foi também encontrada, para todas as idades, em crianças não diagnosticadas com COVID-19, possivelmente devido a diferentes agentes etiológicos (153). Essas informações devem ser cuidadosamente consideradas em contextos em que políticas estão sendo instituídas para exigir a separação materna e impedir a amamentação ou o oferecimento do leite materno extraído por se acreditar que a transmissão da doença se dê por tais contatos, agravando a saúde da criança. Sendo que, na verdade, a separação mãe-filho e a interrupção da amamentação podem expor os bebês a um maior risco de infecção por outros patógenos com maior probabilidade de causar doenças graves (119).

Atenção à saúde mental das puérperas durante a COVID-19

Durante a gravidez e puerpério as mulheres estão suscetíveis a desenvolver diversos problemas de saúde mental (154), os quais podem ser agravados durante a pandemia pela COVID-19. Experiências clínicas e psicossociais positivas na gravidez e parto estão relacionadas à saúde física e bem-estar da mãe, do neonato e da família como um todo a curto e longo prazos (155-157). Embora estudos nessa perspectiva sejam importantes para conhecer os efeitos psicossociais da atual pandemia nesses estágios, ainda há poucas evidências científicas que mostram como a saúde mental dessas mulheres está sendo afetada nesse momento (157).

A iminência de uma possível separação entre a mãe diagnosticada com o vírus SARS-CoV-2 e o neonato é um fator adicional de estresse e ansiedade, devido aos prejuízos que podem causar no desenvolvimento do vínculo precoce mãe-filho e no estabelecimento da lactação (60). Contudo, grávidas e mulheres não infectadas pelo vírus também estão sujeitas aos fatores adversos que inevitavelmente aumentam o estresse e a ansiedade nesse período. Como exemplo, a preocupação excessiva com o bem-estar do feto e com as medidas preventivas de higiene e distanciamento social, e as restrições financeiras que vem ocorrendo entre muitas famílias, causam apreensão e dúvidas quanto à necessidade da assistência médica para si e para o recém-nascido (158).

Diante disso, a FIGO e a OMS recomendam que seja prestada assistência psicológica e, a depender do caso, psiquiátrica, às grávidas e puérperas para acompanhamento e avaliação de sua saúde mental (incluindo o padrão de sono e traços de ansiedade e



depressão) (60,155,156). Dessa forma, é indicado que ferramentas remotas para suporte psicológico sejam adotadas visando mitigar o estresse e gerenciar os distúrbios perinatais da saúde mental durante a pandemia (158).

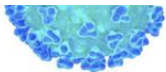
Considerações finais e recomendações

Tendo em vista o exposto, recomendamos que gestores e profissionais de saúde definam o cuidado à SSR como essencial e promovam o planejamento reprodutivo, a contracepção (inclusive de emergência), o aborto legal e os cuidados maternos e neo/pós-natais. Uma agenda de políticas de SSR deve estar no centro da resposta à COVID-19, para garantir a alocação de recursos humanos e materiais necessários para manter tais serviços em pleno funcionamento, mesmo durante a pandemia.

Contudo, o contexto brasileiro impõe enormes desafios ao cumprimento dessas recomendações. O país apresenta grande e crescente desigualdade social, com um enorme contingente de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza, em situação de grande vulnerabilidade. O desemprego ascende a níveis alarmantes e tende a se tornar um problema ainda mais grave após a pandemia. Além disso, a Emenda Constitucional nº 95 agravou os mecanismos de financiamento do SUS, contribuindo para a desarticulação e desestruturação dos serviços de atenção primária à saúde, dificultando a implementação de medidas que podem mitigar os efeitos dessa pandemia.

Torna-se essencial ressaltar, portanto:

- i)* a necessidade de ampliar o uso da telessaúde para contemplar o acesso das mulheres em idade reprodutiva a serviços primários essenciais, levando em consideração os desafios postos pela dimensão continental do país, com níveis extremamente desiguais de acesso à internet;
- ii)* a importância em ofertar linhas telefônicas gratuitas, acessíveis por meio de telefonia móvel. Ainda, para as populações mais vulneráveis e marginalizadas, cujo acesso via internet e telefone é inviável, reforçamos a importância da manutenção de equipes móveis para favorecimento desse atendimento, além da inclusão de campanhas na televisão aberta; e
- iii)* a necessidade do esforço conjunto entre gestores, profissionais de saúde e da população brasileira para a manutenção dos serviços de qualidade, adequados à crise sanitária.



Elaboração

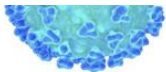
Aline dos Santos Rocha; Emanuelle Góes; Enny Paixão; Flávia Bulegon Pilecco; Flávia Jôse Oliveira Alves; Greice Menezes; Lígia Gabrielli; Maria da Conceição Chagas de Almeida; Naiá Ortelan; Qeren Hapuk Rodrigues Ferreira Fernandes

Colaboração do Grupo de Síntese de Evidências:

Camila Teixeira, Carolina Gomes Coelho, Daiane Borges Machado, Estela ML Aquino, Julia M. Pescarini, Maurício Lima Barreto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Nota Técnica No 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200415_N_notatecnica92020COSMUCGCIVIDAPESSAPSMS_8781753489806424666.pdf
2. UNFPA Asia Pacific Regional Office. Coronavírus (2019-nCoV) guidance document [Internet]. 2020. Disponível em: <https://china.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/APRO%20Coronavirus%202019-nCoV%20Guidance%20Note-%20final%20%2806%20Feb%202020%29.pdf>
3. World Health Organization. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>
4. Tolu LB, Feyissa GT. Guidelines and best practice recommendations on contraception and safe abortion care service provision amid COVID-19 pandemic: Scoping review. [Internet]. In Review; 2020 abr [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-25326/v1>
5. Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B. Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID- 19) outbreak. *Reprod Health*. dezembro de 2020;17(1):59.
6. Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2020;46:73-6.
7. Todd-Gher J, Shah PK. Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative. *Sex Reprod Health Matters*. 19 de abril de 2020;1-4.
8. Ahmed Z, Sonfield A. The COVID-19 Outbreak: Potential Fallout for Sexual and Reproductive Health and Rights [Internet]. Guttmacher Institute. 2020 [citado 18 de



maio de 2020]. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/article/2020/03/covid-19-outbreak-potential-fallout-sexual-and-reproductive-health-and-rights>

9. Hussein J. COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sex Reprod Health Matters*. 1º de janeiro de 2020;28(1):1746065.

10. Stephens I. Pandemic flu: implications for sexual and reproductive health services. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 1º de outubro de 2009;35(4):215-6.

11. International Planned Parenthood Federation. COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world [Internet]. IPPF. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>

12. Bietsch K, Williamson J, Reeves M. Family Planning During and After the West African Ebola Crisis. *Stud Fam Plann*. março de 2020;51(1):71-86.

13. Bruno MM. Como vão os direitos reprodutivos na América Latina durante a pandemia do coronavírus [Internet]. *Gênero e Número*. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www.generonumero.media/como-estao-os-direitos-reprodutivos-na-america-latina-em-tempos-de-coronavirus/>

14. Rede Médica pelo Direito de Decidir. Nota Oficial: Pela manutenção dos programas de planejamento reprodutivo frente a pandemia da COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: https://assets-institucional-ippg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2020/04/RedeMedicapeloDireitodeDecidir_NotaPelaManutencaoProgramasPlanejamentoReprodutivo.pdf

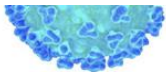
15. Brasil. Nota Técnica No 10/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200415_N_notatecnica102020COSMUCGCIVIDAPESSAPSMS_1287575329029070378.pdf

16. Brasil. Nota Técnica Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_N_12_2020_COSMU_CGCIVI_DAPES_SAPS_MS.pdf

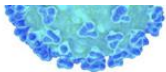
17. Brasil. Nota Técnica No 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020.

18. Brasil. Ministério da Saúde esclarece nota técnica [Internet]. Ministério da Saúde. 2020 [citado 6 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47009-ministerio-da-saude-esclarece-nota-tecnica>

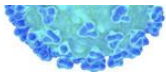
19. Salam AP, Horby PW. The Breadth of Viruses in Human Semen. *Emerg Infect Dis*. novembro de 2017;23(11):1922-4.



20. Wang Z, Xu X. scRNA-seq Profiling of Human Testes Reveals the Presence of the ACE2 Receptor, A Target for SARS-CoV-2 Infection in Spermatogonia, Leydig and Sertoli Cells. *Cells*. 9 de abril de 2020;9(4):920.
21. Fan C, Li K, Ding Y, Lu WL, Wang J. ACE2 Expression in Kidney and Testis May Cause Kidney and Testis Damage After 2019-nCoV Infection [Internet]. *Urology*; 2020 fev [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.02.12.20022418>
22. Paoli D, Pallotti F, Colangelo S, Basilico F, Mazzuti L, Turriziani O, et al. Study of SARS-CoV-2 in semen and urine samples of a volunteer with positive naso-pharyngeal swab. *J Endocrinol Invest* [Internet]. 23 de abril de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s40618-020-01261-1>
23. Pan F, Xiao X, Guo J, Song Y, Li H, Patel DP, et al. No evidence of SARS-CoV-2 in semen of males recovering from COVID-19. *Fertil Steril*. abril de 2020;S0015028220303848.
24. Song C, Wang Y, Li W, Hu B, Chen G, Xia P, et al. Detection of 2019 novel coronavirus in semen and testicular biopsy specimen of COVID-19 patients [Internet]. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2020 abr [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.03.31.20042333>
25. Li D, Jin M, Bao P, Zhao W, Zhang S. Clinical Characteristics and Results of Semen Tests Among Men With Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 7 de maio de 2020;3(5):e208292.
26. Yakass MB, Woodward B. COVID-19: should we continue to cryopreserve sperm during the pandemic? *Reprod Biomed Online*. abril de 2020;S1472648320301838.
27. La Marca A, Niederberger C, Pellicer A, Nelson SM. COVID-19: lessons from the Italian reproductive medical experience. *Fertil Steril*. maio de 2020;113(5):920-2.
28. Huang R, Zhao H, Wang J, Yan X, Shao H, Wu C. A family cluster of COVID-19 involving an asymptomatic case with persistently positive SARS-CoV-2 in anal swabs. *Travel Med Infect Dis*. maio de 2020;101745.
29. Liu J, Xiao Y, Shen Y, Shi C, Chen Y, Shi P, et al. Detection of SARS-CoV-2 by RT-PCR in anal from patients who have recovered from coronavirus disease 2019. *J Med Virol* [Internet]. 14 de abril de 2020 [citado 20 de maio de 2020]; Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/jmv.25875>
30. Hu Y, Shen L, Yao Y, Xu Z, Zhou J, Zhou H. A report of three COVID-19 cases with prolonged viral RNA detection in anal swabs. *Clin Microbiol Infect*. abril de 2020;S1198743X20302159.
31. Peng L, Liu J, Xu W, Luo Q, Chen D, Lei Z, et al. SARS-CoV-2 can be detected in urine, blood, anal swabs, and oropharyngeal swabs specimens. *J Med Virol*. 30 de abril de 2020;jmv.25936.



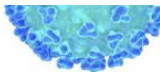
32. Turocy JM, Robles A, Hercz D, D'Alton M, Forman EJ, Williams Z. THE EMOTIONAL IMPACT OF THE ASRM GUIDELINES ON FERTILITY PATIENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC [Internet]. Obstetrics and Gynecology; 2020 abr [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.03.29.20046631>
33. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Perguntas e respostas sobre Reprodução Humana [Internet]. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1004-perguntas-e-respostas-sobre-reproducao-humana>
34. European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE News and Statements [Internet]. ESHRE. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News>
35. Ridgway JP, Schmitt J, Friedman E, Taylor M, Devlin S, McNulty M, et al. HIV Care Continuum and COVID-19 Outcomes Among People Living with HIV During the COVID-19 Pandemic, Chicago, IL. AIDS Behav. 7 de maio de 2020;s10461-020-02905-2.
36. Rogers BG, Coats CS, Adams E, Murphy M, Stewart C, Arnold T, et al. Development of Telemedicine Infrastructure at an LGBTQ+ Clinic to Support HIV Prevention and Care in Response to COVID-19, Providence, RI. AIDS Behav. 29 de abril de 2020;s10461-020-02895-1.
37. van Gelder N, Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. EClinicalMedicine. abril de 2020;21:100348.
38. Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. Forensic Sci Int Rep. dezembro de 2020;2:100089.
39. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. J Clin Nurs. 22 de abril de 2020;jocn.15296.
40. Berer M, Hoggart L. Progress toward Decriminalization of Abortion and Universal Access to Safe Abortions: National Trends and Strategies. Health Hum Rights. 2019;21(2):79-83.
41. Bayefsky MJ, Bartz D, Watson KL. Abortion during the Covid-19 Pandemic – Ensuring Access to an Essential Health Service. N Engl J Med. 7 de maio de 2020;382(19):e47.
42. Donley G, Chen B, Borrero S. The Legal and Medical Necessity of Abortion Care Amid the COVID-19 Pandemic [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2020 abr [citado 18 de maio de 2020]. Report No.: ID 3584728. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/abstract=3584728>
43. Tanne JH. Coronavirus pandemic stirs fight over abortion rights in US. Br Med J. 30 de abril de 2020;m1733.



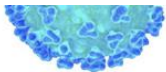
44. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Joint Statement on Abortion Access During the COVID-19 Outbreak [Internet]. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.acog.org/en/News/News Releases/2020/03/Joint Statement on Abortion Access During the COVID 19 Outbreak>
45. Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion. Cochrane Fertility Regulation Group, organizador. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 9 de março de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013181.pub2>
46. Raymond EG, Grossman D, Mark A, Upadhyay UD, Dean G, Creinin MD, et al. Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. Contraception. junho de 2020;101(6):361-6.
47. Baird B, Millar E. Abortion at the edges: Politics, practices, performances. Womens Stud Int Forum. maio de 2020;80:102372.
48. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Após atuação da Defensoria e do MP, Hospital Pérola Byington, referência no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, retoma atividades na área [Internet]. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Conteudos/Noticias/NoticiaMostra.aspx?idItem=88614&idPagina=3086>
49. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID-19 [Internet]. CNE de Assistência ao Parto, Puerpério e Aborto da FEBRASGO; 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>
50. UNA-SUS. OMS - perguntas e respostas sobre COVID-19, gravidez, parto e amamentação [Internet]. UNA-SUS. 2020 [citado 22 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/oms-perguntas-e-respostas-sobre-covid-19-gravidez-parto-e-amamentacao>
51. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Gravidez durante a pandemia da Covid-19 [Internet]. Fundo das Nações Unidas para a Infância. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/gravidez-durante-pandemia-da-covid-19>
52. Brasil. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>
53. Brasil. Nota Técnica No 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnicagestantes72020CO-CAMCGCIVIDAPESSAPSMS03abr2020COVID-19.pdf>

54. Morau E, Bouvet L, Keita H, Vial F, Bonnet MP, Bonnin M, et al. Anaesthesia and intensive care in obstetrics during the COVID-19 pandemic. *Anaesth Crit Care Pain Med*. maio de 2020;S2352556820300898.
55. Aziz A, Zork N, Aubey JJ, Baptiste CD, D'Alton ME, Emeruwa UN, et al. Telehealth for High-Risk Pregnancies in the Setting of the COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol*. 12 de maio de 2020;s-0040-1712121.
56. Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. *The Lancet*. abril de 2020;395(10231):1180-1.
57. Nittas V, von Wyl V. COVID-19 and telehealth: a window of opportunity and its challenges. *Swiss Med Wkly [Internet]*. 4 de maio de 2020 [citado 22 de maio de 2020]; Disponível em: <https://doi.emh.ch/smw.2020.20284>
58. Ekong I, Chukwu E, Chukwu M. COVID-19 Mobile Positioning Data Contact Tracing and Patient Privacy Regulations: Exploratory Search of Global Response Strategies and the Use of Digital Tools in Nigeria. *JMIR MHealth UHealth*. 27 de abril de 2020;8(4):e19139.
59. Semaan AT, Audet C, Huysmans E, Afolabi BB, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic [Internet]. *Sexual and Reproductive Health*; 2020 maio [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.05.08.20093393>
60. Poon LC, Yang H, Kapur A, Melamed N, Dao B, Divakar H, et al. Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: Information for healthcare professionals. *Int J Gynecol Obstet*. 28 de abril de 2020;ijgo.13156.
61. Gajbhiye R, Modi D, Mahale S. Pregnancy outcomes, Newborn complications and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2 in women with COVID-19: A systematic review of 441 cases [Internet]. *Obstetrics and Gynecology*; 2020 abr [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.04.11.20062356>
62. Mirzadeh M, Khedmat L. Pregnant women in the exposure to COVID-19 infection outbreak: the unseen risk factors and preventive healthcare patterns. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 7 de abril de 2020;1-2.
63. Wang S, Zhou X, Lin X, Liu Y, Wu J, Sharifu LM, et al. Experience of Clinical Management for Pregnant Women and Newborns with Novel Coronavirus Pneumonia in Tongji Hospital, China. *Curr Med Sci*. abril de 2020;40(2):285-9.
64. Rasmussen SA, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: Responding to a Rapidly Evolving Situation. *Obstet Gynecol*. maio de 2020;135(5):999-1002.



65. Bourne T, Kyriacou C, Coomarasamy A, Al-Memar M, Leonardi M, Kirk E, et al. ISUOG Consensus Statement on rationalization of early-pregnancy care and provision of ultrasonography in context of SARS-CoV-2: ISUOG Consensus Statement on rationalization of early-pregnancy care and provision of ultrasonography in context of SARS-CoV-2. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 8 de abril de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/uog.22046>
66. 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.* agosto de 2017;39(8):e130-7.
67. Mlakar J, Korva M, Tul N, Popović M, Poljšak-Prijatelj M, Mraz J, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med.* 10 de março de 2016;374(10):951-8.
68. The Lancet. Appropriate care for pregnant women in Ebola outbreaks. *The Lancet.* fevereiro de 2020;395(10223):468.
69. Mosby LG, Rasmussen SA, Jamieson DJ. 2009 pandemic influenza A (H1N1) in pregnancy: a systematic review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* julho de 2011;205(1):10-8.
70. Mullins E, Evans D, Viner RM, O'Brien P, Morris E. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* maio de 2020;55(5):586-92.
71. Brickley EB, Paixão ES. Covid-19: The time to shield all pregnant frontline workers is now [Internet]. *The BMJ.* 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/04/28/covid-19-the-time-to-shield-all-pregnant-frontline-workers-is-now/>
72. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 20 de abril de 2020;aogs.13867.
73. Liu D, Li L, Wu X, Zheng D, Wang J, Yang L, et al. Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. *Am J Roentgenol.* 18 de março de 2020;1-6.
74. Westgren M, Pettersson K, Hagberg H, Acharya G. Severe maternal morbidity and mortality associated with COVID-19: The risk should not be down-played. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 9 de maio de 2020;aogs.13900.
75. Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women hospitalised with confirmed SARS-CoV-2 infection in the UK: a national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS) [Internet]. *Obstetrics and Gynecology*; 2020 maio [citado 22 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.05.08.20089268>
76. Lapolla P, Mingoli A, Lee R. Deaths from COVID-19 in healthcare workers in Italy - what can we learn? *Infect Control Hosp Epidemiol.* 15 de maio de 2020;1-4.



77. Conselho Federal de Enfermagem. Observatório da Enfermagem [Internet]. Conselho Federal de Enfermagem. 2020 [citado 6 de junho de 2020]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>
78. Pereira AC, Jesús NR de, Lage LV, Levy RA. Imunidade na gestação normal e na paciente com lúpus eritematoso sistêmico (LES). Rev Bras Reumatol [Internet]. junho de 2005 [citado 22 de maio de 2020];45(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042005000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
79. Shek CC, Ng PC, Fung GPG, Cheng FWT, Chan PKS, Peiris MJS, et al. Infants Born to Mothers With Severe Acute Respiratory Syndrome. PEDIATRICS. 1º de outubro de 2003;112(4):e254-e254.
80. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika Virus and Birth Defects – Reviewing the Evidence for Causality. N Engl J Med. 19 de maio de 2016;374(20):1981-7.
81. Karthikeyan K, Venkatesh C, Soundararajan P. Congenital rubella syndrome: a continuing conundrum. The Lancet. maio de 2012;379(9830):2022.
82. Bowkalow S, Brauer M, Groß W, Schleußner E. Severe H1N1-infection during pregnancy. Arch Gynecol Obstet. novembro de 2011;284(5):1133.
83. Pierce M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P, Knight M, on behalf of UKOSS. Perinatal outcomes after maternal 2009/H1N1 infection: national cohort study. BMJ. 14 de junho de 2011;342(jun14 2):d3214-d3214.
84. 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. The Lancet. março de 2020;395(10226):809-15.
85. Chen L, Li Q, Zheng D, Jiang H, Wei Y, Zou L, et al. Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. N Engl J Med. 17 de abril de 2020;NEJMc2009226.
86. Yan J, Guo J, Fan C, Juan J, Yu X, Li J, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnant women: A report based on 116 cases. Am J Obstet Gynecol. abril de 2020;S0002937820304622.
87. Liu W, Wang J, Li W, Zhou Z, Liu S, Rong Z. Clinical characteristics of 19 neonates born to mothers with COVID-19. Front Med. abril de 2020;14(2):193-8.
88. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, Miller R, Martinez R, Bernstein K, et al. Coronavirus disease 2019 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. Am J Obstet Gynecol MFM. abril de 2020;100118.

89. 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* [Internet]. 26 de março de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763854>
90. Kohler PF, Farr RS. Elevation of Cord over Maternal IgG Immunoglobulin: Evidence for an Active Placental IgG Transport. *Nature*. junho de 1966;210(5040):1070-1.
91. 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]. 26 de março de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2763787>
92. Baud D, Greub G, Favre G, Gengler C, Jatton K, Dubruc E, et al. Second-Trimester Miscarriage in a Pregnant Woman With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA* [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765616>
93. 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* [Internet]. 26 de março de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763853>
94. Patanè L, Morotti D, Giunta MR, Sigismondi C, Piccoli MG, Frigerio L, et al. Vertical transmission of COVID-19: SARS-CoV-2 RNA on the fetal side of the placenta in pregnancies with COVID-19 positive mothers and neonates at birth. *Am J Obstet Gynecol* MFM. maio de 2020;100145.
95. Kimberlin DW, Stagno S. Can SARS-CoV-2 Infection Be Acquired In Utero?: More Definitive Evidence Is Needed. *JAMA* [Internet]. 26 de março de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763851>
96. Chen Y, Peng H, Wang L, Zhao Y, Zeng L, Gao H, et al. Infants Born to Mothers With a New Coronavirus (COVID-19). *Front Pediatr*. 16 de março de 2020;8:104.
97. Chen S, Liao E, Cao D, Gao Y, Sun G, Shao Y. Clinical analysis of pregnant women with 2019 novel coronavirus pneumonia. *J Med Virol* [Internet]. 10 de abril de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/jmv.25789>
98. Chen S, Huang B, Luo DJ, Li X, Yang F, Zhao Y, et al. [Pregnancy with new coronavirus infection: clinical characteristics and placental pathological analysis of three cases]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 8 de maio de 2020;49(5):418-23.
99. Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infect*. março de 2020;S0163445320301092.
100. Liu P, Zheng J, Yang P, Wang X, Wei C, Zhang S, et al. The immunologic status of newborns born to SARS-CoV2-infected mothers in Wuhan, China. *J Allergy Clin Immunol*. maio de 2020;S0091674920306400.

101. Wu X, Sun R, Chen J, Xie Y, Zhang S, Wang X. Radiological findings and clinical characteristics of pregnant women with COVID-19 pneumonia. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 8 de abril de 2020 [citado 18 de maio de 2020]; Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijgo.13165>
102. 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.* fevereiro de 2020;9(1):51-60.
103. Li N, Han L, Peng M, Lv Y, Ouyang Y, Liu K, et al. Maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 pneumonia: a case-control study. *Clin Infect Dis.* 30 de março de 2020;ciaa352.
104. Liu H, Wang L-L, Zhao S-J, Kwak-Kim J, Mor G, Liao A-H. Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. *J Reprod Immunol.* junho de 2020;139:103122.
105. Zhang Y, Chen R, Wang J, Gong Y, Zhou Q, Cheng H, et al. Anaesthetic management and clinical outcomes of parturients with COVID-19: a multicentre, retrospective, propensity score matched cohort study [Internet]. *Anesthesia*; 2020 mar [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.03.24.20042176>
106. 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.* 10 de fevereiro de 2020;12(2):194.
107. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* março de 2020;100107.
108. Amorim MMR, Soligo Takemoto ML, Fonseca EB da. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Am J Obstet Gynecol.* abril de 2020;S0002937820304713.
109. Moura R. Brasil tem mais mortes maternas associadas à Covid-19 do que 8 países juntos [Internet]. Instituto Santos Dumont. 2020 [citado 6 de junho de 2020]. Disponível em: <http://www.institutosantosdumont.org.br/2020/05/28/brasil-tem-mais-mortes-maternas-associadas-a-covid-19-do-que-8-paises-juntos/>
110. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health.* maio de 2020;S2214109X20302291.
111. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 17 de março de 2020;323(11):1061.

112. Cochrane Pregnancy & Childbirth. COVID-19 review of national clinical practice guidelines for key questions relating to the care of pregnant women and their babies [Internet]. Cochrane Pregnancy & Childbirth. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: [/news/covid-19-review-national-clinical-practice-guidelines-key-questions-relating-care-pregnant](#)

113. Universidade Federal de Minas Gerais. Covid-19 reforça necessidade do direito ao parto seguro [Internet]. Universidade Federal de Minas Gerais. 2020 [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/sentidos-do-nascer-e-entidades-parceiras-defendem-direito-ao-parto-seguro-em-tempos-de-covid-19>

114. Alzamora MC, Paredes T, Caceres D, Webb CM, Valdez LM, La Rosa M. Severe COVID-19 during Pregnancy and Possible Vertical Transmission. Am J Perinatol. 18 de abril de 2020;s-0040-1710050.

115. Chandrasekharan P, Vento M, Trevisanuto D, Partridge E, Underwood MA, Wiedeman J, et al. Neonatal Resuscitation and Postresuscitation Care of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed SARS-CoV-2 Infection. Am J Perinatol. 8 de abril de 2020;s-0040-1709688.

116. Center for Disease Control and Prevention. If you are pregnant, breastfeeding, or caring for young children, protect yourself and your family from COVID-19 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 19 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>

117. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Coronavírus (Covid-19): O que você precisa saber [Internet]. Fundo das Nações Unidas para a Infância. 2020 [citado 20 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/coronavirus-o-que-voce-precisa-saber>

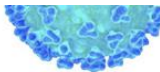
118. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Safe Motherhood and COVID-19 [Internet]. International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2020 [citado 20 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.igo.org/safe-motherhood-and-covid-19>

119. Davanzo R. Breast feeding at the time of COVID-19: do not forget expressed mother's milk, please. Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed. 6 de abril de 2020;fetalneonatal-2020-319149.

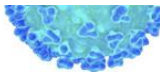
120. Center for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease (COVID-19) and Breastfeeding [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 19 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/covid-19-and-breastfeeding.html>

121. Kalafat E, Yaprak E, Cinar G, Varli B, Ozisik S, Uzun C, et al. Lung ultrasound and computed tomographic findings in pregnant woman with COVID -19. Ultrasound Obstet Gynecol. 5 de maio de 2020;uog.22034.

122. Gidlöf S, Savchenko J, Brune T, Josefsson H. COVID-19 in pregnancy with comorbidities: More liberal testing strategy is needed. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2020; Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85083552094&doi=10.1111%2faogs.13862&partnerID=40&md5=9a8f4bde3fbced24fe37ec1aba7402b1>
123. 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* [Internet]. junho de 2020 [citado 19 de maio de 2020];26(6). Disponível em: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/6/20-0287_article.htm
124. Wang S, Guo L, Chen L, Liu W, Cao Y, Zhang J, et al. A Case Report of Neonatal 2019 Coronavirus Disease in China. *Clin Infect Dis*. 12 de março de 2020;ciaa225.
125. Fan C, Lei D, Fang C, Li C, Wang M, Liu Y, et al. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? *Clin Infect Dis*. 17 de março de 2020;ciaa226.
126. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*. fevereiro de 2020;395(10224):565-74.
127. Rodrigues C, Baia I, Domingues R, Barros H. Pregnancy and breastfeeding during COVID-19 pandemic: A systematic review of published pregnancy cases [Internet]. *Obstetrics and Gynecology*; 2020 abr [citado 18 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.04.25.20079509>
128. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. janeiro de 2016;387(10017):491-504.
129. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. janeiro de 2016;387(10017):475-90.
130. United Nations Children's Fund. Statements on supporting infant feeding during the Covid-19 outbreak [Internet]. Baby Friendly Initiative. 2020 [citado 19 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/infant-feeding-during-the-covid-19-outbreak/>
131. United Nations Children's Fund. Coronavirus disease (COVID-19): What parents should know [Internet]. United Nations Children's Fund. 2020 [citado 19 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.unicef.org/stories/novel-coronavirus-outbreak-what-parents-should-know>
132. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017 [citado 19 de maio de 2020]. 120 p. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK487819/>



133. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected [Internet]. World Health Organization; 2020 [citado 19 de maio de 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
134. Robertson CA, Lowther SA, Birch T, Tan C, Sorhage F, Stockman L, et al. SARS and Pregnancy: A Case Report. *Emerg Infect Dis.* fevereiro de 2004;10(2):345-8.
135. Kam K, Yung CF, Cui L, Tzer Pin Lin R, Mak TM, Maiwald M, et al. A Well Infant With Coronavirus Disease 2019 With High Viral Load. *Clin Infect Dis.* 28 de fevereiro de 2020;ciaa201.
136. Yang N, Che S, Zhang J, Wang X, Tang Y, Wang J, et al. Breastfeeding of Infants Born to Mothers with COVID-19: A Rapid Review [Internet]. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS);* 2020 abr [citado 19 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.04.13.20064378>
137. Center for Disease Control and Prevention. Considerations for Inpatient Obstetric Healthcare Settings [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 19 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
138. 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.* maio de 2020;55(5):700-8.
139. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, The Royal College of Midwives. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy [Internet]. 2020 [citado 20 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-05-13-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>
140. 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.* março de 2020;S1473309920301572.
141. on behalf of the Working Committee on Perinatal, and Neonatal Management for the Prevention and Control of the 2019 Novel Coronavirus Infection, Wang L, Shi Y, Xiao T, Fu J, Feng X, et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). *Ann Transl Med.* fevereiro de 2020;8(3):47-47.
142. Binns C, Lee M, Low WY. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health.* janeiro de 2016;28(1):7-14.
143. Center for Disease Control and Prevention. Interim Considerations for Infection Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Inpatient Obstetric Healthcare Settings [Internet]. Center for Disease Control and Prevention; 2020 [citado



20 de maio de 2020]. Disponível em:

https://rbhl.fiocruz.br/sites/rbhl.fiocruz.br/files/usuario/77/interim_considerations_for_infection_prevention_and_control_of_coronavirus_disease_2019_covid-19_in_inpatient_obstetric_healthcare_settings_cdc.pdf

144. World Health Organization Regional Office for Esatern Mediterranean.

Breastfeeding advice during the COVID-19 outbreak [Internet]. World Health Organisation. 2020 [citado 19 de maio de 2020]. Disponível em:

<http://www.emro.who.int/nutrition/nutrition-infocus/breastfeeding-advice-during-covid-19-outbreak.html>

145. United Nations Children's Fund, Global Nutrition Cluster, Global Technical Assistance Mechanism for Nutrition. Infant and Young Child Feeding in the Context of COVID-19. United Nations Children's Fund; 2020.

146. Goris JM. COVID-19: Pregnancy and Breastfeeding. Pac J Med Sci [Internet]. abril de 2020;2(20). Disponível em:

https://www.pacjmedsci.com/JM%20Goris%20Pac%20J%20Med%20Sci_Vol%2020%20No%202%20April%202020%20pp%2017-20.pdf

147. Ministério da Saúde. Perguntas Frequentes: Amamentação e Covid-19 [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; [citado 9 de junho de 2020]. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Perguntas_frequentes_amamentacao_COVID_19.pdf

148. Brasil. Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta [Internet]. 2º ed.

Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; 2015. 28 p. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta.pdf

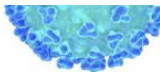
149. Berveiller P, Guerby P, Garabedian C. COVID19 and Breastfeeding: Not That Simple. J Hum Lact. 1º de abril de 2020;089033442091710.

150. Chua M, Lee J, Sulaiman S, Tan H. From the frontline of COVID-19 - how prepared are we as obstetricians? A commentary. BJOG Int J Obstet Gynaecol. junho de 2020;127(7):786-8.

151. Stuebe A. Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm. Breastfeed Med. 1º de maio de 2020;15(5):351-2.

152. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Novel Coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2020 [citado 20 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/03/novel-coronavirus-2019>

153. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. Pediatrics. 16 de março de 2020;e20200702.



154. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 [citado 20 de maio de 2020]. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553127/>

155. World Health Organization, Department of Maternal N Child and Adolescent Health. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. 2013 [citado 20 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190086/>

156. World Health Organization, organizador. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. 152 p.

157. Topalidou A, Thomson G, Downe S. COVID-19 and maternal mental health: Are we getting the balance right? [Internet]. Public and Global Health; 2020 abr [citado 20 de maio de 2020]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.03.30.20047969>

158. Thapa SB, Mainali A, Schwank SE, Acharya G. Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. Acta Obstet Gynecol Scand. 6 de maio de 2020; aogs.13894.