

## ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 018/2020  
DATA: 30/03/2020  
ATUALIZAÇÃO: 09/10/2020

---

ASSUNTO: **COVID-19**  
Gravidez e Parto

PALAVRAS-CHAVE: SARS-CoV-2; COVID-19; Gravidez; Parto; Maternidade

PARA: Serviço Nacional de Saúde

CONTACTOS: [secretariado.dsr@dgs.min-saude.pt](mailto:secretariado.dsr@dgs.min-saude.pt)

---

A COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como pandemia no dia 11 de março de 2020. Neste seguimento, várias medidas têm sido adotadas para conter a expansão da doença. Em Portugal, o estado de alerta foi declarado a 13 de março de 2020. A necessidade de reforçar a cobertura constitucional a medidas mais abrangentes para conter a expansão da doença, levou à declaração de Estado de Emergência Nacional, a 18 de março. Em 30 de abril 2020, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-A/2020 declara a situação de calamidade, no âmbito da pandemia COVID-19, sendo iniciada uma estratégia de levantamento de medidas de confinamento.

No âmbito da COVID-19, um dos aspetos que tem suscitado maiores dúvidas é o período periparto, bem como a abordagem da gravidez, mãe e recém-nascido. A evolução científica impõe uma constante atualização dos modelos de abordagem clínica, continuamente adaptados à evolução epidemiológica e às medidas de Saúde Pública implementadas.

Dado o escasso conhecimento científico, as decisões devem ter por base a avaliação clínica, o bom senso, as condições físicas e recursos humanos de cada instituição, e ainda as escolhas do casal, depois de devidamente informado pelos profissionais de saúde, visando minimizar a exposição à infeção por SARS-CoV-2 das grávidas, recém-nascidos e profissionais.

Até à data, a grávida não parece ter risco acrescido para a COVID-19, mas são conhecidas as alterações imunológicas durante a gravidez, bem como a possibilidade de desfechos desfavoráveis em situações infecciosas, principalmente no final da gravidez. Sobre a infeção por SARS-CoV-2 no decurso da gravidez, o conhecimento científico existente é escasso e baseia-se num número pequeno de casos.

Até à data, existem três relatos de IgM anti-SARS-CoV-2 detetada em recém-nascidos, o que sugere uma resposta a infeção intrauterina; dois casos de infeção placentária; e ainda alguns relatos sobre recém-nascidos com pesquisa de vírus positiva nos primeiros dias de vida, o que levanta também a hipótese de transmissão vertical. Esta, a ocorrer, será num número restrito de casos e os dados devem ser interpretados com cautela. Alguns estudos sugerem ainda a possibilidade de

prematuridade, principalmente tardia, e a ocorrência de transmissão horizontal. Novamente, salienta-se que os dados reportados são muito escassos, por vezes controversos, e o assunto carece de acompanhamento.

A Orientação 26/2020 da DGS, dirigida aos cuidados ao recém-nascido, atualiza as recomendações, nomeadamente no contacto mãe-filho após o nascimento e no aleitamento materno, nos casos de mãe infetada ou a aguardar resultados de teste laboratorial para SARS-CoV-2. Esta Orientação atualiza a Orientação 18/2020 da DGS, permitindo redimensionar os recursos disponíveis, aumentar a segurança assistencial em mulheres infetadas e conter cadeias de transmissão. Para isso, foram tidas em conta as recomendações da OMS, ECDC, CDC e a bibliografia científica disponível.

Assim, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte Orientação:

## COVID-19 na Gravidez: Critérios de Caso e Cura

1. Na gravidez, nos termos da Norma 004/2020 da DGS, considera-se:
  - a. Caso suspeito: grávida com sintomas sugestivos de COVID-19.
  - b. Caso confirmado: grávida que tem confirmação laboratorial de infeção por SARS-CoV-2, por teste laboratorial (RT-PCR ou rRT-PCR), independentemente dos sinais e sintomas, nos termos da Orientação 015/2020 da DGS.
  
2. Na grávida, consideram-se os seguintes critérios de cura:
  - a. Grávida sem internamento: a cura é determinada por um teste laboratorial (rRT-PCR) negativo nas grávidas que apresentem resolução dos sintomas, incluindo ausência completa de febre durante 3 dias consecutivos, sendo o teste laboratorial realizado no mínimo 14 dias após o início dos sintomas.
  - b. Grávida com internamento: a cura é determinada por dois testes laboratoriais (rRT-PCR) negativos, com pelo menos 24 horas de diferença, nas grávidas que apresentem resolução dos sintomas, incluindo ausência completa de febre durante 3 dias consecutivos, sendo o teste laboratorial realizado no mínimo 14 dias após o início dos sintomas.

## Cuidados Pré-natais

### Organização dos serviços e proteção dos profissionais

1. Cada instituição poderá introduzir restrições na política de visitantes, de forma a limitar o risco de transmissão de SARS-CoV-2 entre pacientes, familiares e profissionais de saúde. O acesso de visitantes e profissionais de saúde nos espaços com grávidas, parturientes, e puérperas que sejam casos confirmados ou suspeitos poderá ser condicionado, no contexto da implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com os procedimentos de cada instituição.
2. Os espaços, os circuitos definidos e a organização das equipas, deverão visar a garantia de cuidados seguros no contexto da COVID-19. Os profissionais de saúde deverão seguir as indicações do Serviços de Saúde e Segurança no Trabalho, nos termos da Orientação 013/2020 da DGS, e da equipa local do PPCIRA, nomeadamente no que diz respeito à utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), nos termos da Norma 007/2020 da DGS.
3. As grávidas com gravidez de risco ou comorbilidades devem aconselhar-se com o seu médico assistente e com o Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho, relativamente ao risco de manter a atividade profissional.

## Vigilância da Gravidez

1. A vigilância da gravidez de baixo risco deve ser mantida de acordo com as orientações em vigor. Devem ser assegurados:
  - a. Rastreio analítico e ecográfico do primeiro trimestre;
  - b. Exames analíticos do segundo trimestre e ecografia morfológica;
  - c. Rastreio da diabetes entre as 24 e as 28 semanas;
  - d. Vacinação contra a tosse convulsa (Tdpa) entre as 20 e as 36 semanas de gestação, idealmente até às 32 semanas e sempre após a ecografia morfológica;
  - e. Profilaxia da isoimunização Rh às 28 semanas nas grávidas Rh negativas;
  - f. Rastreio para *Streptococcus* grupo B entre as 35-37 semanas;
  - g. Em função da situação epidemiológica, alguns procedimentos poderão pontualmente, numa avaliação clínica caso a caso, ser reagendados (tais como, a ecografia do terceiro trimestre nos casos de gravidez sem risco identificado).
2. A primeira consulta da gravidez e as consultas realizadas após as 35 semanas deverão ser presenciais. Algumas das outras consultas pré-natais podem ser convertidas em videoconsultas ou teleconsultas se:

- a. A grávida tiver a possibilidade de realizar adequadamente a automonitorização do peso e da tensão arterial;
  - b. Não houver fatores de risco, intercorrências ou sintomas que aconselhem a presença física;
  - c. A consulta for sobretudo para pedido/avaliação de resultados de exames e ecografias;
  - d. A grávida estiver de acordo
  - e. Existirem condições tecnológicas na unidade de saúde.
3. Tal como nas consultas presenciais, nas videoconsultas/teleconsultas devem ser registados o peso, tensão arterial, presença de movimentos fetais, ocorrência de contrações ou outras queixas que a grávida refira. As videoconsultas/teleconsultas devem ser preferencialmente alternadas ao longo da gravidez com consultas presenciais.
4. As consultas presenciais devem ser privilegiadas sempre que houver fatores de risco, intercorrências ou sintomas que o aconselhem.
5. No acesso e circulação nas instituições de saúde, as grávidas devem utilizar máscara cirúrgica, nos termos da Orientação 019/2020 da DGS:
6. Cada Serviço de Obstetrícia deve ponderar a possibilidade de criar uma linha telefónica de apoio à grávida em vigilância pré-natal de alto risco.
7. Os cuidados em saúde mental, durante a gravidez e no pós-parto, devem ser mantidos e se necessário reforçados. As videoconsultas e teleconsultas são formas alternativas de prestação desses cuidados, nos termos da Norma 011/2020 da DGS. Pelo risco acrescido de perturbações de ansiedade e humor em período pandémico, as grávidas devem ser questionadas sobre o seu estado emocional a cada contacto.
8. Apesar de poderem existir restrições e condicionalismos no funcionamento das instituições que realizam interrupções de gravidez por opção da mulher, o acesso a este serviço deve ser assegurado.
9. Cada hospital deverá avaliar as condições físicas de que dispõe, nomeadamente a garantia do distanciamento físico, de forma a permitir a presença de um acompanhante na vigilância pré-natal, quando possível. O acompanhante deverá utilizar uma máscara cirúrgica e seguir todas as indicações fornecidas pela unidade de saúde.

## Grávida com COVID-19

1. Nas grávidas com diagnóstico de COVID-19 em vigilância no domicílio, as consultas presenciais e os procedimentos pré-natais devem ser adiados, sempre que possível, desde que não haja compromisso da segurança clínica, até terminar o período de isolamento no domicílio. Os serviços devem privilegiar o recurso à teleconsulta nestas situações.
2. Os procedimentos que não possam ser adiados (ver acima), tais como o rastreio combinado do primeiro trimestre e a ecografia morfológica, devem ser agendados para a última vaga do dia. Nestas situações, os profissionais de saúde devem utilizar os EPI adequados de acordo com a Norma 007/2020 da DGS e devem ser aplicadas as recomendações de limpeza e desinfeção da Orientação 014/2020 da DGS.
3. Nas grávidas que tiveram COVID-19 e estão curadas, a vigilância subsequente da gravidez deve decorrer num hospital terciário. Cerca de 3-4 semanas após a cura deve ser realizada uma ecografia obstétrica, com avaliação do crescimento fetal, avaliação anatómica detalhada, fluxometria multivascular e, caso tenha ocorrido hipoxemia materna relevante durante a infeção, neurosonografia fetal até às 32 semanas. A avaliação do crescimento fetal deve manter monitorização individualizada.

## Cuidados Urgentes na Gravidez

### Todas as Grávidas

1. Todas as grávidas que entram numa instituição de saúde, incluindo o serviço de urgência, devem utilizar uma máscara cirúrgica, desde o momento do acesso à instituição.
2. Deve ser assegurado para todas as grávidas, um momento de triagem nos serviços de urgência, relativamente aos sintomas de COVID-19, bem como a eventuais contactos de risco com doentes com COVID-19. Estas informações devem ser transmitidas às equipas de saúde.
3. As instituições de saúde que prestem cuidados obstétricos urgentes a grávidas devem divulgar uma linha telefónica de apoio para triagem e aconselhamento telefónico. Quando necessário, o retorno de chamadas deve também ser assegurado pela mesma instituição.

### Grávida com Suspeita de COVID-19

1. As grávidas com sintomas ligeiros de COVID-19 devem permanecer no domicílio e contactar a Linha SNS 24, seguindo as instruções que forem transmitidas, nos termos da Norma 004/2020 da DGS.

2. Do ponto de vista obstétrico estas grávidas deverão manter a vigilância clínica pelos profissionais que as seguem habitualmente, por vídeoconsulta ou teleconsulta, sempre que clinicamente adequado e após plano individualizado de cuidados.
3. As grávidas com sintomas respiratórios moderados ou graves, ou com queixas obstétricas urgentes, devem contactar a Linha SNS24, o 112 ou dirigir-se à urgência hospitalar. Para a deslocação devem utilizar preferencialmente veículo próprio. Caso seja necessário transporte em ambulância, devem informar os técnicos de transporte pré-hospitalar sobre a suspeita de COVID-19.
4. Caso a grávida com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2 seja transportada para um serviço hospitalar, ou o profissional do transporte pré-hospitalar reconheça essa situação, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) deve informar a urgência hospitalar por forma a garantir a organização das equipas e a antecipação dos procedimentos.
5. As urgências hospitalares devem ter circuitos separados para grávidas com suspeita ou infeção por SARS-CoV2, que incluam uma área de isolamento ou uma área dedicada, com condições e equipamentos necessários à prestação dos cuidados de saúde obstétricos de urgência, bem como uma zona para os profissionais de saúde se equiparem e desequiparem com o EPI adequado.
6. Os profissionais de saúde que prestam cuidados a grávidas suspeitas ou infetadas com COVID-19 devem equipar-se com o EPI adequado, nos termos da Norma 007/2020. Estes profissionais devem ter treino regular sobre a colocação e a retirada do EPI.
7. Apenas os profissionais destacados para o atendimento da grávida devem entrar na área de isolamento ou área dedicada. Deve ser permitido à grávida manter consigo o telemóvel, no sentido de minorar os efeitos do isolamento. Enquanto se mantiver a suspeita de COVID-19, a grávida deve ser tratada em isolamento e os profissionais devem utilizar o EPI adequado.

## **Internamento Hospitalar Durante a Gravidez**

Tendo em conta que testar a grávida reduz a possibilidade de infeção intra-hospitalar, facilita a planificação dos cuidados de saúde, contribui para a compreensão da transmissão viral, e permite a utilização racional do EPI a utilizar:

1. Todas as mulheres, mesmo que assintomáticas, que necessitem de internamento hospitalar para assistência ao parto ou por complicações da gravidez ou para programação do parto

(indução do trabalho de parto ou cesariana eletiva), devem realizar teste laboratorial para SARS-CoV-2, nos termos da Orientação 015/2020 da DGS. Nos internamentos programados, os testes devem ser realizados com a antecedência necessária para que os resultados estejam disponíveis na altura do internamento, idealmente não ultrapassando as 48-72 horas de antecedência. Todos os procedimentos obstétricos eletivos devem ser adiados até haver resultado do teste SARS-CoV-2.

2. Nos procedimentos emergentes, a ausência de um teste laboratorial não deve atrasar a prestação de cuidados clínicos adequados, devendo, nestas circunstâncias, ser utilizado o EPI adequado por parte dos profissionais de saúde, nos termos da Norma 007/2020 da DGS. Pode ser considerada a utilização de “testes rápidos” de rRT-PCR, desde que devidamente validados.
3. Aplicam-se às grávidas com COVID-19 os critérios de internamento hospitalar e de admissão em unidade de cuidados intensivos definidos na Norma 004/2020 da DGS. Estas grávidas devem ser preferencialmente internadas em serviços hospitalares que disponham de todas as valências necessárias para o tratamento de doentes com COVID-19. Em todos os casos deve ser assegurado o acompanhamento, em equipa multidisciplinar, pela equipa de obstetria.
4. As grávidas com gestação superior a 24 semanas e que necessitem de internamento por sintomas respiratórios, devem ser preferencialmente internadas em unidades hospitalares dotadas de Unidades de Cuidados Intensivos para adultos, Serviço de Obstetria e Serviço de Neonatologia.
5. A abordagem destas grávidas deve ser multidisciplinar (obstetria, infeciologia, anestesiologia e neonatologia). Consoante a gravidade do quadro clínico materno, pode também ser necessário consultar outras especialidades.
6. A realização de exames imagiológicos (radiografias e tomografia computadorizada do tórax) deve seguir os critérios clínicos aplicados aos adultos com COVID-19. Nestes casos, devem ser utilizados os protocolos habituais de proteção do feto para radiações.
7. A monitorização cardiotocográfica deve ser decidida de forma individualizada, de acordo com a idade gestacional e o quadro clínico materno.

## **Grávidas com COVID-19 e Necessidade de Cuidados Obstétricos**

1. As grávidas com sintomas respiratórios ausentes ou ligeiros e com necessidade de cuidados obstétricos devem preferencialmente ser internadas em serviços de obstetria, numa ala separada das restantes grávidas, em quartos individuais.

2. A vigilância da situação obstétrica e a monitorização fetal regem-se pelos protocolos habituais.
3. Na avaliação médica diária, deve ser dada particular atenção à identificação de critérios de gravidade da COVID-19. Dependendo do quadro clínico, recomenda-se a avaliação a cada 4 ou 8 horas dos sinais vitais (frequência respiratória, temperatura corporal, tensão arterial e frequência cardíaca) e saturação periférica de oxigénio.
4. Se a situação clínica materna for estável e estiver indicada a terminação da gravidez, a via de parto rege-se apenas por critérios obstétricos. Perante uma gravidez de termo, a decisão de terminar a gravidez deve ter em conta o agravamento expectável da situação clínica materna.
5. Se se verificar agravamento clínico materno deve ser realizada uma avaliação multidisciplinar. As grávidas com sintomas respiratórios moderados e graves devem realizar avaliação do balanço hídrico, de forma a evitar sobre-hidratação, e sobrecarga pulmonar e cardíaca.
6. Na presença de insuficiência respiratória moderada a grave, e hipoxemia com implicações maternas ou fetais, o parto deve ser antecipado por cesariana, logo após estabilização clínica da grávida. A decisão sobre a terminação da gravidez deve ter em conta o estado materno e fetal, o potencial de recuperação após o parto e a idade gestacional.
7. O conhecimento científico sobre a medicação obstétrica é ainda limitado, mas, à data, recomenda-se:
  - a) A Indometacina (para tocolise) deve ser evitada, dada a possibilidade de agravar o quadro respiratório materno, devendo ser dada preferência à Nifedipina ou Atosiban como tocolíticos; após as 28 semanas de gestação, não devem ser administrados anti-inflamatórios não esteróides (AINEs).
  - b) A utilização de corticosteroides deve ser ponderada em contexto multidisciplinar e ter em conta o estado clínico materno e a idade gestacional. Deve continuar a ser considerada a sua utilização no contexto de indução da maturação fetal até às 34 semanas.
  - c) O sulfato de magnésio pode condicionar depressão respiratória, pelo que a sua utilização requer uma monitorização apertada dos níveis circulantes do fármaco e da função respiratória, particularmente em grávidas com doença moderada/grave.
  - d) Se for necessária oxigenoterapia, deve administrar-se por dispositivo nasal sem humidificação (no caso de fluxos inferiores a 4L/min).
8. Deve ser ponderada profilaxia com heparina de baixo peso molecular (HBPM) nas grávidas internadas com suspeita ou confirmação de COVID-19, exceto se houver uma contraindicação ou se for expectável que o parto ocorra nas 12 horas seguintes. A duração da terapêutica, nas mulheres com COVID-19, não é consensual, mas pode ser considerada a sua manutenção

entre 10 dias (nas mulheres assintomáticas) e 6 semanas (nas mulheres sintomáticas) pós-parto, de acordo com a avaliação clínica caso a caso.

## Internamento para Assistência ao Parto

### Grávida sem suspeita ou confirmação de infeção COVID-19

1. A realização do parto deve decorrer nos moldes habituais, com o reforço das medidas de prevenção e controlo de infeção e a utilização de EPI adequado, nos termos da Norma 007/2020 da DGS.
2. Na assistência ao parto, desde que não haja contra-indicação, é recomendado implementar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e/ou de alívio da dor e apoiar as escolhas da grávida relativamente ao parto.

### Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

1. Toda a equipa de saúde ligada ao Bloco de Partos deve ser informada da entrada de uma parturiente com suspeita ou confirmação de COVID-19, incluindo as equipas de anestesiologia e a neonatologia.
2. A infeção COVID-19 pode cursar com trombocitopenia, pelo que se recomenda a realização de hemograma na admissão ao trabalho de parto.
3. Se a situação clínica materna for estável, a via de parto rege-se por critérios obstétricos. Na presença de dificuldade respiratória grave ou de hipoxia com implicações maternas ou fetais, o parto deve ser por cesariana.
4. O trabalho de parto, o parto vaginal ou a cesariana devem ocorrer idealmente em sala devidamente equipada com pressão negativa.
5. Deve ser realizada monitorização cardiotocográfica contínua durante todo o trabalho de parto.
6. Recomenda-se a instituição precoce de analgesia epidural no trabalho de parto, como forma de minimizar a necessidade de realizar uma anestesia geral, caso venha a ser indicada uma cesariana de emergência.
7. A equipa multidisciplinar do Bloco de Partos (obstetrícia, anestesiologia, enfermagem de saúde materna e obstétrica, neonatologia) deve ser informada do início do período expulsivo.

Perante uma parturiente assintomática ou pouco sintomática, devem estar presentes na sala apenas um obstetra e um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, ambos experientes em cuidados intraparto. À porta da sala deve estar um profissional diferenciado na assistência ao recém-nascido. Todos os profissionais presentes dentro da sala devem estar equipados com EPI adequados, de acordo com a Norma 007/2020 da DGS. A restante equipa de saúde deve estar rapidamente disponível, caso seja necessário.

8. Em situações de dificuldade respiratória materna, o limiar de decisão para realizar um parto instrumentado deve ser menor.
9. Não existe atualmente evidência segura sobre a melhor altura para clampagem do cordão umbilical, pelo que se devem manter as recomendações habituais, sempre que possível.
10. Para os cuidados ao recém-nascido deve ser seguida a Orientação 26/2020 da DGS.
11. Perante um aborto ou morte fetal em grávida com suspeita ou confirmação de COVID-19, deve ser considerada a colheita de tecido placentário para pesquisa de SARS-CoV-2.

## **Cesariana em Grávidas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19**

12. As grávidas que não vão ser submetidas a anestesia geral, devem utilizar uma máscara cirúrgica durante todo o procedimento.
13. Devem existir *kits* padronizados pré-preparados, com todos os fármacos e material necessário, para atuação clínica imediata em emergências, com antecipação das possíveis complicações e a necessidade de conversão de uma anestesia loco-regional a anestesia geral.
14. A equipa cirúrgica-anestésica deve ser constituída por profissionais com experiência casuística, utilizando o EPI adequado, de acordo com a Norma 007/2020 da DGS. Idealmente, deve ser promovido um *briefing* com toda a equipa antes do procedimento, de forma a planear as diferentes etapas.
15. Nas cesarianas sob anestesia geral, em que há maior risco de disseminação do vírus por aerossolização, ou se houver grande probabilidade de conversão para anestesia geral, o EPI de toda a equipa cirúrgica-anestésica deverá ser o de procedimentos invasivos (acresce cógula ou fato integral, a proteção de sapatos, e segundo par de luvas), nos termos da Norma 007/2020 da DGS. Deve reduzir-se o mais possível o número de pessoas dentro da sala durante os procedimentos de manipulação da via aérea, onde a possibilidade de aerossolização é superior.

16. O local do recobro pós-operatório imediato deve ser decidido em função do estado clínico da puérpera.

## Acompanhante da Grávida durante o Parto

A presença de acompanhante da mulher durante o parto é um direito legalmente reconhecido nos serviços de saúde. Contudo, no âmbito da pandemia COVID-19 foi implementado um conjunto de medidas excecionais de prevenção e controlo de infeção, com o objetivo de minimizar o risco de transmissão da infeção por SARS-CoV-2, especialmente em ambiente hospitalar. Estas medidas deverão ser adaptadas em função da evolução epidemiológica em cada momento e em cada local.

Assim,

1. As unidades hospitalares **devem assegurar as condições necessárias para garantir a presença de um acompanhante durante o parto**. Para tal, o acompanhante:
  - a. Não deve ter qualquer sintoma sugestivo de COVID-19 ou contacto com doentes com infeção por SARS-CoV-2 (quer sintomáticos quer assintomáticos), nos últimos 14 dias;
  - b. Será apenas um, sem troca de acompanhantes;
  - c. Deve cumprir as regras de higienização de mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico, utilização de máscara cirúrgica, bata descartável e protetor de calçado, e as demais regras da unidade hospitalar e orientações dos profissionais de saúde;
  - d. Deve evitar o contato com todos os outros utentes internados.
2. As pessoas sob confinamento obrigatório, por serem doentes com infeção por SARS-CoV-2 ou por estarem em vigilância ativa por determinação das autoridades de saúde (por exemplo, os coabitantes de casos confirmados), não podem ser consideradas acompanhantes da mulher grávida.
3. De forma a diminuir a possibilidade de transmissão da infeção, recomenda-se que haja limitação às entradas e saídas do acompanhante. Assim, deve ser discutido com a parturiente o período que considera mais relevante para ter a presença do acompanhante.
4. Quando a presença de acompanhantes não puder ser assegurada de forma segura, podem ser consideradas medidas excecionais de restrição de acompanhantes, desde que sejam proporcionadas e fundamentadas no risco de infeção por SARS-CoV-2. Estas situações devem ser devidamente explicadas aos acompanhantes.
5. No caso das mulheres grávidas com COVID-19 pode ser considerada a restrição da presença de acompanhante, sempre que as condições existentes não assegurem a diminuição da

propagação da infeção por SARS-CoV-2 a pessoas que possam vir a estar envolvidas nos cuidados ao recém-nascido no seio familiar.

6. Nas cesarianas sob anestesia geral não deve estar presente nenhum acompanhante.
7. Para estratificação do risco pode ser considerada a realização de teste laboratorial (rRT-PCR) ao acompanhante, o mais próximo possível do parto. A realização de testes laboratoriais deve ser equacionada com base no princípio de que o seu resultado altera a conduta clínica, e tendo em conta que um teste negativo, sobretudo quando realizado dias antes do parto, não exclui definitivamente a possibilidade de infeção por SARS-CoV-2, pelo que os profissionais de saúde devem manter todas as medidas de prevenção e controlo de infeção adequadas no contexto da pandemia COVID-19.



Graça Freitas  
Diretora-Geral da Saúde

## GRUPO DE ELABORAÇÃO DA ORIENTAÇÃO

Ana Campos, Ana Leça, Diogo Ayres de Campos, Filipa Lança, Maria do Céu Almeida, Marina Moucho, Paula Pinheiro, Sara Tavares, Teresa Ventura.

Foi auscultado o Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos. Foi auscultada a mesa do Colégio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros.

## Referências Bibliográficas

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Versions 1-9. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy, maio 2020. Acedido em 23.5.20  
<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/>.
2. E Mullins, D Evans, RM Viner, P O'Brien, E Morris. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review and expert consensus. <https://doi.org/10.1101/2020.03.06.20032144>. medRxiv. The copyright holder for this preprint (not peer-reviewed), It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license.
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): Checklist for Hospitals preparing for the reception and care of coronavirus patients
4. Huang et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, Lancet, 24 janeiro 2020
5. Wang et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA, doi:10.1001/jama.2020.1585, 7 fev 2020
6. Jie Qiao. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online February 12, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2)
7. Jianhui Wang et al. A contingency plan for the management of the 2019 novel coronavirus outbreak in neonatal intensive care units. Lancet Child Adolesc Health 2020, Published Online, February 7, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30040-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30040-7)
8. Zhang J et al. Clinical strategies for the treatment of 2019 novel coronavirus disease in fever clinics in Wuhan, China. Lancet Respir Med 2020; published online Feb 13.
9. Zhang et al. Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus disease in fever clinics. Lancet Respir Med 2020 Published Online February 13, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30071-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30071-0)
10. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal (SPOMMF), 2020 [https://congressos.mundiconvenius.pt/Ficheiros/Secretariado%20SPOMMF/SPOMMF\\_coronav%C3%ADrus\\_vf\\_12deMar%C3%A7o.pdf](https://congressos.mundiconvenius.pt/Ficheiros/Secretariado%20SPOMMF/SPOMMF_coronav%C3%ADrus_vf_12deMar%C3%A7o.pdf)
11. WHO Coronavirus disease 2019 (COVID-19)  
<https://www.who.int-20200312-sitrep-52-COVID-19>
12. College National des Gynecologues et Obstetriciens Français. Recommendations pour les IVG en periode de COVID 19. 17/03/2020
13. Rupsa C. Boelig, et al. Expert Review Labor and Delivery Guidance for COVID-19. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM 25/03/2020
14. Stephens et al. General Guidelines in the Management of an Obstetrical Patient on the Labor and Delivery Unit during the COVID-19 Pandemic. American Journal of Perinatology. Published online April 11. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710308>. ISSN 0735-1631.

15. Baud et al. Second-Trimester Miscarriage in a Pregnant Woman with SARS-CoV-2 Infection. JAMA Published online April 30, 20. doi:10.1001/jama.2020.7233
16. Dong L, Tian J, He S, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. JAMA 2020 doi: 10.1001/jama.2020.4621
17. Zeng H, Xu C, Fan J, et al. Antibodies in Infants Born to Mothers With COVID-19 Pneumonia. JAMA 2020 doi: 10.1001/jama.2020.4861
18. Hosier et al. First case of placental infection with SARS-CoV-2. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.30.20083907>
19. Di Renzo et Giardina. COVID-19 in Pregnancy: Consider Thromboembolic Disorders and Thromboprophylaxis. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2020) doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.017>
20. Mullins E, Evans D, Viner R, et al. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology (In press) doi: 10.1002/uog.22014
21. Boelig RC, Tracy Manuck, Emily A. Oliver, Daniele Di Mascio, Gabriele Saccone, Federica Bellussi, Vincenzo Berghella. Labor and delivery guidance for COVID-19. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, 2020, 100110, <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100110>.
22. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, et al. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019(3) doi: 10.1002/14651858
23. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. (2017). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
24. Dashraath P, Wong LJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, Choolani M, Mattar C, Su LL. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2020 Mar 23. pii: S0002-9378(20)30343-4. doi: 10.1016/j.ajog.2020.03.021. [Epub ahead of print]
25. DGS (2020). COVID-19: Fase de mitigação – Gravidez e Parto. Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020
26. Liang H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Apr;99(4):439-442. doi: 10.1111/aogs.13836. Epub 2020 Mar 5.
27. Luo Y; Yin, K (2020) Management of pregnant women infected with COVID-19. Lancet, March 24, 2020. DOI:[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30191-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30191-2)
28. Poon LC2, Yang H, Kapur A, Melamed N, Dao B, Divakar H, McIntyre HD, Kihara AB, Ayres-de-Campos D, Ferrazzi EM, Di Renzo GC, Hod M. Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: Information for healthcare professionals. Int J Gynaecol Obstet. 2020 Apr 4. doi: 10.1002/ijgo.13156. [Epub ahead of print]
29. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. Am J Obstet Gynecol. 2020 May;222(5):415-426. doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.017. Epub 2020 Feb 24.
30. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) and Royal College of Midwives (2020). Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy - Information for healthcare professionals, Version 9: Published Saturday 13 May 2020 [consultado em linha, a 13.05.2020, disponível em <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-05-13-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>

31. Schwartz, DA An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. Arch Pathol Lab Med. 2020 Mar 17. doi: 10.5858/arpa.2020-0901-SA. [Epub ahead of print]
32. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, et al. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG 2018;125(8):932-42. doi: 10.1111/1471-0528.15015
33. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Apr 7. doi: 10.1111/aogs.13867. [Epub ahead of print]