



CIEVS/GVIGE/DPSV/GEAPS/GEURE/GAFIE/GRSAM/GATES/GEICS/DIAS/GCINT/GERAE/DMAC/SMSA/PBH

ASSUNTO – Recomendações para atendimento às gestantes, parturientes e puérperas em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2

Itens atualizados: 1,4,5 e Referências bibliográficas.

Considerando a Lei Federal nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, que “dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”.

Considerando a classificação pela Organização Mundial de Saúde, OMS, do dia 11 de março de 2020, como pandemia a doença causada pelo novo coronavírus.

Considerando o Decreto Municipal nº 17.298 de 17 de março de 2020, que “dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo novo coronavírus – COVID-19”.

Considerando a Portaria 454 do Ministério da Saúde de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19).

Considerando o Decreto Municipal nº 17.361 de 22 de maio de 2020, que “dispõe sobre a reabertura gradual e segura dos setores que tiveram as atividades suspensas em decorrência das medidas para enfrentamento e prevenção à epidemia causada pelo novo coronavírus.” Recomenda-se adequações nos serviços de saúde com objetivo de atender os usuários e contribuir no controle da propagação dessa doença.

Considerando a Nota Informativa nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS que visa o diagnóstico e vigilância oportunos e prevenção da mortalidade materna por COVID-19.

Considerando a Nota Técnica Nº 467/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS que trata das orientações da vacinação dos grupos de pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente e gestantes e puérperas na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19.

As recomendações contidas no presente documento são baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis e serão atualizadas constantemente conforme mudanças do cenário epidemiológico.

1. Contexto atual

A infecção pelo SARS-CoV-2 é uma emergência de saúde pública de importância internacional, cujo desfecho clínico é diverso, variando de sintomas leves à síndrome respiratória aguda grave.

Até o momento não foram desenvolvidos medicamentos com comprovada evidência científica para seu tratamento definitivo e, atualmente, o manejo clínico é voltado para suporte e controle de sintomas.



A literatura tem demonstrado desfecho materno e neonatal desfavorável na presença da Covid-19 moderada e grave. As gestantes infectadas por SARS-CoV-2 têm maior chance de hospitalização, admissão em unidade de terapia intensiva e ventilação mecânica (2).

Nas gestantes que desenvolvem a infecção por Covid-19 foram observadas elevadas taxas de parto pré-termo e cesariana (2). As taxas de prematuridade e de cesariana variam entre 30% a 80% (2, 3). A febre e a hipoxemia podem aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e comprometimento do bem-estar fetal. Supõe-se que a infecção pelo SARS-CoV-2 aumente a taxa de prematuridade iatrogênica, principalmente por indicação materna, nos casos de doença grave ou crítica (3, 4). Vale ressaltar que é maior a probabilidade de anestesia geral com intubação orotraqueal, seja pelo comprometimento respiratório materno, seja pela indicação de parto de emergência (3). A literatura também sugere maior risco de eventos tromboembólicos nas gestantes e puérperas.

A vigilância epidemiológica no Brasil tem reportado casos de óbitos maternos decorrentes de complicações cardiopulmonares ou falência múltipla dos órgãos relacionadas à Covid-19. As principais comorbidades associadas à letalidade foram obesidade, diabetes e doença cardiovascular, à semelhança da população geral.

Quanto às repercussões da Covid-19 para o feto, o aumento da prematuridade é o principal desfecho (3,4). A ocorrência de restrição de crescimento fetal é reportada entre 7% e 10% (7,8). Há relatos de óbito fetal nas séries descritas na literatura, porém sem comprovação precisa de associação do óbito com a infecção (8). A maioria dos recém-nascidos (RN) de mães infectadas é assintomático (9).

Principalmente nos países em desenvolvimento, as razões de morte materna, neste período de pandemia, mostraram-se aumentadas (Hantoushadeh et al. 2020). No momento atual, o mundo entende que as gestantes e puérperas constituem grupo de risco frente à COVID-19 (Knight et al. 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde orienta que gestantes e puérperas até 14º o 45º dia de pós-parto devem ser consideradas como parte do grupo de risco para COVID-19.

2. Orientações gerais

É altamente recomendável que as equipes de saúde, seja da atenção primária ou secundária (Pré-Natal de Alto Risco - PNDAR), se organizem para garantir que as gestantes permaneçam o mínimo de tempo necessário para a realização das consultas de rotina de pré-natal, evitando aglomerações em salas de esperas.

As recomendações para adequações das atividades dos serviços de saúde devem-se aplicar para gestantes e puérperas. Sendo identificada como caso suspeito deverá seguir as mesmas orientações para atendimento seguro disponíveis nas Notas Técnicas COVID-19 nº007/2020, nº008/2020 e nº010/2020, disponíveis no link <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/coronavirus>. Os serviços de nível terciário devem observar as orientações e protocolos específicos do próprio serviço.



É imprescindível o reforço das orientações sobre as medidas de prevenção e controle como:

- evitar tocar olhos, nariz e boca. Ao tocar, lave sempre as mãos;
- se tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com cotovelo flexionado ou lenço de papel;
- utilizar lenço descartável para higiene nasal e descartar imediatamente após o uso, realizar a higiene das mãos;
- realizar a higiene das mãos frequentemente com água e sabonete líquido ou álcool gel 70%;
- manter os ambientes ventilados e uma distância mínima de 01 metro, preferencialmente 02 de metros, entre as pessoas;
- higienizar com frequência o celular e objetos de uso frequente;
- não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos;
- orientar o usuário quanto a importância do isolamento domiciliar como medida de prevenção da transmissão quadros gripais.

3. Definição de casos suspeitos

A definição de casos suspeitos segue orientações conforme Nota Técnica COVID-19 nº006/2020 – Orientações para a Vigilância Epidemiológica do COVID-19 no município de Belo Horizonte, atualizada.

4. Assistência às gestantes, parturientes e puérperas

A consulta de pré-natal deve ser compreendida como uma oportunidade para reforçar medidas de prevenção à infecção pelo SARS-CoV-2 e o estímulo de medidas de isolamento domiciliar, conforme destacado abaixo.

- O acompanhamento do pré-natal das gestantes com suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2 deverá ser mantido no nível assistencial em que a gestante já estava sendo atendida anteriormente, ou seja, as gestantes de risco habitual continuarão na Atenção Primária à Saúde (APS) e as de alto risco, deverão manter o atendimento no nível secundário no PNAR.
- As gestantes que ainda não tiverem iniciado o pré-natal devem ser orientadas a procurar a APS o quanto antes para agendamento da primeira consulta.
- Gestantes e puérperas com quadro moderado a grave de COVID-19, em internação hospitalar têm recomendação para uso de anticoagulação profilática, considerando o impacto dos fenômenos tromboembólicos na morbimortalidade materna, gestantes e puérperas. Em caso de uso de enoxaparina, o tempo ideal entre a última dose e o procedimento anestésico/obstétrico é de 12 horas. No caso da heparina não fracionada, pode ser utilizada a protamina antes do procedimento anestésico/obstétrico. A heparina não fracionada ou a enoxaparina poderão ser mantidas após a alta para as gestantes e puérperas que apresentaram quadro moderado ou grave. A duração da profilaxia após a alta deverá ser



individualizada para cada caso. Como se trata de uso profilático, não há necessidade de controle do tempo de coagulação (11).

Acompanhamento das gestantes pós-internação por COVID-19

Se a gestante ou puérpera foi internada, por ocasião da alta, deverá agendar consulta de pré-natal no intervalo entre 10 e 14 dias. Durante esse ínterim, é recomendado monitorar a paciente a cada 24h por ligação telefônica ou outro meio de comunicação virtual.

Salienta-se a importância do adequado isolamento e do monitoramento das condições de saúde da paciente e de seus familiares. O controle da vitalidade após 24 semanas pode ser realizado por meio do mobilograma, em que a paciente deve sentir seis salvas de movimentação em uma hora. Em razão do risco aumentado de restrição de crescimento fetal nas pacientes que foram infectadas, após 24 semanas de gestação, orienta-se controle ultrassonográfico mensal, que deve ser pedido sob regulação. Somente se indicará maior número de exames se for identificada alguma alteração. Quando não disponível, ressaltar a importância da medida manual seriada do fundo uterino.

Após o desaparecimento dos sintomas, a periodicidade das consultas deve voltar à rotina já referida, devendo a gestante ser orientada a continuar com as medidas de distanciamento social, higiene e uso de máscaras, pois, até o momento, não há comprovação de imunidade em todos os doentes após a infecção por Covid-19. Durante as consultas, deve-se dar atenção aos aspectos emocionais que advêm da doença, como estresse pós-traumático e ansiedade, em relação às complicações para si própria e a seu concepto.

- Pacientes com internação recente por infecção pelo SARS-CoV-2 devem retornar ao segmento de pré-natal de origem, após a alta hospitalar. **A situação de internação não altera a estratificação do risco gestacional.**
- Embora seja protegido por lei a presença de acompanhante no atendimento obstétrico, é importante discutir com o casal a possibilidade de apenas a gestante comparecer às consultas e aos exames de pré-natal para evitar aglomerações, neste período de epidemia.

4.1. Assistência às gestantes, parturientes e puérperas na Atenção Primária à Saúde

- A consulta de pré-natal **será mantida sem nenhuma redução de atendimentos.**
- O acompanhamento de pré-natal deve ser mantido conforme protocolo vigente. Recomenda-se intercalar atendimentos de pré-natal de rotina (de risco habitual) no formato presencial com atendimentos no formato on-line, conforme disponibilidade da mulher para essa oferta, até 34 semanas de gravidez, com o objetivo de reduzir exposição à COVID-19. Após 34 semanas de idade gestacional, manter consultas presenciais conforme cronograma habitual de pré-natal. Essas recomendações encontram-se também na Nota Técnica COVID-19 Nº 07/2020.



- Toda gestante e puérpera deve ser triada para sintomas gripais e ter sua temperatura aferida antes do atendimento.
- O RT-PCR deve ser solicitado a toda gestante e puérpera conforme os critérios estabelecidos na Nota Técnica COVID-19 nº 033/2020. Para as **gestantes assintomáticas**, o exame deve ser solicitado entre 37ª a 38ª semanas (de acordo com a Nota Informativa nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS).
- Gestantes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser tratadas com terapias de suporte, de acordo com o grau de comprometimento sistêmico e levando em consideração as adaptações fisiológicas da gravidez.
- O acompanhamento das gestantes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2 deve incluir a participação do ginecologista (médico de apoio) nas decisões clínicas.
- Na falta do ginecologista (médico de apoio) no centro de saúde, o gerente direcionará a gestante para atendimento com ginecologista conforme pactuação com a Gerência de Assistência e Epidemiologia e Regulação (GAERE), seguindo rotina já estabelecida mesmo sem epidemia.
- Não será interrompida a coleta de exames necessários para o adequado acompanhamento do pré-natal.
- O agendamento de ultrassom obstétrico será realizado sob regulação. Portanto, é fundamental que o profissional de saúde solicitante descreva em detalhes o motivo do exame.
- É importante manter o agendamento da consulta puerperal, conforme já estabelecido no **Protocolo de Pré-Natal e Puerpério** da SMSA/PBH, publicado em agosto de 2019, disponibilizado no link: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-pre-natal-perperio-31-05-2019.pdf>.
- O acesso aos métodos contraceptivos deve ser garantido, com ações de incentivo ao uso de métodos de longa duração, podendo ser iniciados imediatamente após o parto.

4.2. Assistência às gestantes na Atenção Secundária à Saúde

- Não haverá redução na oferta das especialidades de **Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) e Medicina Fetal**.
- Gestante com suspeita ou diagnóstico de infecção pelo SARS-CoV-2, **não** deverá ser direcionada ao PNAR por causa da infecção pelo SARS-CoV-2.
- A estratificação de risco, com indicação para o PNAR, encontra-se disponível no **Protocolo de Pré-Natal e Puerpério** da SMSA/PBH, citado acima.
- O agendamento para o PNAR será realizado, neste período de pandemia, exclusivamente sob regulação. Portanto, é de fundamental importância que o profissional de saúde solicitante descreva em detalhes o motivo do encaminhamento.



4.3. Assistência às gestantes, parturientes e puérperas na Atenção Terciária à Saúde

Somente casos descritos abaixo deverão ser direcionados, preferencialmente, para a Maternidade do Hospital Júlia Kubitschek, **após cadastro na Central de Internação (CINT)**.

- Gestante, com SRAG, com necessidade de cuidados intensivos, ou seja, que necessitam de internação em Unidade de Terapia Intensiva.
- Gestante em trabalho de parto ou com necessidade de interrupção da gestação, por indução ou cesariana, com quadro de SG e SRAG.

Se as gestantes e puérperas procurarem a maternidade espontaneamente com sinais de síndrome gripal deve seguir as orientações descritas abaixo.

- **Sem sinais de gravidade:** devem ser orientadas sobre isolamento social, conforme Nota Técnica COVID-19 nº006/2020, com acompanhamento da sua equipe de saúde da família (eSF) informando por telefone ou por meio de familiar sua atual condição de saúde. Recomenda-se fornecer relatório médico direcionado ao centro de saúde.
- **Com necessidade de observação clínica por tempo maior:** devem permanecer no mesmo hospital de atendimento, sob sua guarda, com isolamento.
 - No caso de piora do quadro clínico com necessidade de cuidados intensivos, a Maternidade do Hospital Júlia Kubitschek poderá ser referenciada, **após cadastro da mesma na Central de Internação (CINT)**.
 - No caso de melhora do quadro clínico as usuárias devem ser orientadas sobre isolamento social, conforme Nota Técnica COVID-19 nº006/2020.

ATENÇÃO: O Código Internacional de Doenças (CID) a ser registrado nas documentações e registro do atendimento dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, são:

1. Gestante com Síndrome Gripal (SG), sem necessidade de internação, o **CID 10** a ser utilizado será o **J00 a J22**;
2. Necessidade de internação clínica de gestantes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) o **CID 10 principal** será o **B34.2** (Infecção por coronavírus de localização não especificada), o **CID 10 secundário** será o **O98.5** (Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério) e o **código do procedimento** será **03.03.01.022-3** (Tratamento de infecção pelo coronavírus). Esse código de procedimento não deve ser registrado com outros CID de doenças respiratórias que não o **B34.2**;
3. Internação de gestantes em trabalho de parto, indução ao trabalho de parto, cesariana (eletiva ou de urgência) ou aborto, o **CID 10 principal** será o **O80** (Parto Normal) ou **O82** (Cesariana) ou **O06** (aborto) e o **CID 10 secundário** será **B34.2** (Infecção por coronavírus de localização não especificada) ou **J00 a J22** (Síndrome Gripal).



4.3.1. Gestantes, parturientes ou puérperas com sinais de Síndrome Gripal (SG)

- Devem ser mantidas em sala com isolamento respiratório individualmente, quando não for possível é aceitável a manutenção de mais de uma parturiente/puérpera com os mesmos sintomas, preservando preferencialmente o distanciamento mínimo de 01 metro, preferencialmente de 02 metros, entre elas.
- Parturiente/puérpera sintomáticas devem manter uso contínuo de máscara cirúrgica.
- A equipe assistencial deve realizar atendimento com equipamentos de proteção individual (EPI) conforme normas técnicas municipais vigentes, observando os protocolos específicos de cada serviço (Comissão de Controle de Infecção - CCIH).
- Durante a internação manter o monitoramento de saturação de O₂ materno (referência $\geq 95\%$).
- Durante o trabalho de parto considerar o monitoramento rigoroso da frequência cardíaca fetal, se intermitente, os intervalos não devem ser superiores à 15 minutos, se disponível utilizar cardiocotografia (CTG).
- Recém-nascido (RN) hígido deve ser mantido com a puérpera.
- O parto de gestante, com SG e SRAG, deve ser realizado preferencialmente em sala de isolamento.
- Nos casos de SG o uso oseltamivir nas gestantes e puérperas se mantém como conduta recomendada, além de manter o telemonitoramento a cada 24 horas até pelo menos o 10º dia do início dos sintomas. O RT-PCR deve ser ofertado a toda gestante e puérpera com SG, entre o 3º e 7º dia do início dos sintomas.
- Avaliar alta precoce responsável garantindo a segurança materna e neonatal.

4.3.2. Gestante, parturientes ou puérperas com sinais de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

- Gestantes com sinais e sintomas de gravidade/SRAG devem, preferencialmente, ser atendidas na maternidade de referência (conforme já estabelecido acima) com UTI adulto disponível, após cadastro da mesma na Central de Internação (CINT).
- Avaliar risco de realização de radiografia e/ou tomografia de tórax. No caso de indicação, a gestante deve ser orientada sobre os riscos e benefícios do exame. Usar protetor abdominal durante a realização exame, sempre que possível.
- Devem ser mantidas preferencialmente em sala com isolamento respiratório individual, quando não for possível, é aceitável a manutenção de mais de uma parturiente/puérpera com os mesmos sintomas, preservando preferencialmente o distanciamento de 2 metros entre elas, e no mínimo de 1 metro (isolamento de coorte).
- Caso a parturiente/puérpera não esteja intubada ou com máscara facial de Venturi, manter máscara cirúrgica durante toda a internação.



- A equipe assistencial deve realizar atendimento com EPI conforme normas técnicas municipais vigentes.
- Priorizar manutenção da gestante/parturiente em decúbito lateral esquerdo mesmo se intubada.
- O tratamento com antibacteriano deverá seguir protocolo da comissão de controle de infecção local com atenção ao perfil de segurança fetal dos antibacterianos.
- Não existe tratamento antiviral específico para SARS–CoV-2, deste modo, tratamento com antivirais deve ser discutido entre a equipe, com atenção ao perfil de segurança fetal. Outros antivirais poderão ser utilizados à critério clínico.
- Nos casos de SRAG o uso oseltamivir nas gestantes se mantém como conduta recomendada.
- Gestantes e puérperas com quadro moderado e grave de COVID-19 devem receber anticoagulação profilática.
- Terapêuticas em investigação só devem ser utilizadas em instituições com protocolos bem estabelecidos e após adequadas orientações sobre riscos, benefícios e momento experimental da terapêutica.
- Durante a internação manter monitoramento de saturação de O₂ materno (referência ≥ 95%).
- Preferencialmente, o parto dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS–CoV-2, deve ser realizado em sala de isolamento.
- Neste momento da epidemia o distanciamento social deve ser mantido, sem, contudo, restringir a presença de acompanhante que é garantido por lei.

4.3.3. Gestantes estáveis e parto pré-termo

- A infecção pelo SARS–CoV-2 em si não é uma indicação para o parto, a menos que haja uma necessidade de melhorar a oxigenação materna ou coloque em risco a saúde materna ou fetal.
- O monitoramento fetal com ultrassom com doppler arterial fetal, avaliação do crescimento fetal e líquido amniótico deve ser realizado a critério médico-obstétrico.
- O uso de corticoterapia antenatal deve ser avaliado com cautela analisando caso a caso os riscos e benefícios potenciais. A melhor evidência científica atual demonstra que corticosteroides para o tratamento de complicações da infecção pelo SARS–CoV-2 não são indicados. Embora tenham sido amplamente utilizados no tratamento da síndrome respiratória aguda grave, não há boas evidências de benefício de seu uso, e seu uso tem sido associado a um risco aumentado de mortalidade em pacientes com influenza e diminuição da taxa de depuração viral.



- A antecipação do parto pode ser indicada nos casos críticos, que comprometam a segurança da mãe e do feto.

4.3.4. Interrupção terapêutica da gravidez

- Nos casos de gravidade extrema, com comprometimento da viabilidade fetal/saúde materna, o aborto terapêutico poderá ser considerado como uma opção para salvar a vida da mulher, seguindo, para tanto, as diretrizes e legislação vigente, com a devida atenção aos aspectos éticos inerentes à situação.

4.3.5. Via de parto

- É preferível nos casos de gestantes estáveis, sem restrição respiratória, sem comprometimento da saturação de O₂ e feto com vitalidade preservada, a via de parto vaginal.
- Deve-se evitar o parto na água e suas variantes.
- Nos casos críticos, com necessidade de antecipação do parto, por condições maternas desfavoráveis, é preferível a realização de cesariana.
- Procedimentos relacionados a anestesia deverão ser discutidos com a equipe. Deve-se considerar analgesia em parturientes estáveis.

4.3.6. Presença de acompanhantes

- 4.3.6.1. É garantido à mulher o direito a presença de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme previsto em lei.
- 4.3.6.2. Faz-se obrigatório o uso de máscara durante todo o período de permanência do acompanhante junto à gestante nas dependências do estabelecimento de saúde.

5. Amamentação

- A amamentação deve ser mantida no caso de puérperas estáveis, mesmo na vigência de sinais e sintomas gripais leves.
- A equipe deve orientar a lactante sobre os cuidados relacionados a higienização, uso de EPI e etiqueta respiratória.
- As mamadas devem ser precedidas de higienização das mãos e o uso da máscara cirúrgica deve ser mantida durante a amamentação.
- Se a lactante estiver na fase aguda da doença e a equipe sentir-se insegura de liberar o contato direto, o leite pode ser ordenhado e ofertado ao neonato.
- Os riscos e benefícios da separação temporária da mãe e do bebê devem ser discutidos com a mãe pela equipe de saúde.



- Nas pacientes com doença grave, parece razoável suspender durante o período clínico crítico a amamentação, mantendo-se, entretanto, todas as medidas para preservar a lactação.
- Puérperas e lactantes vacinadas contra a COVID-19 podem manter o aleitamento materno, conforme NT COVID -19 Nº 41/2020 atualizada dia 06/05/2021
- A doação de leite de lactantes vacinadas contra a COVID-19 pode ser realizada, conforme NT COVID -19 Nº 41/2020 atualizada dia 06/05/2021

6. Notificação dos casos

Seguir fluxo estabelecido na Nota Técnica COVID-19 nº 006/2020, disponível no site da PBH/Coronavírus, item “Notas Técnicas e Fluxo”, link <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/coronavirus>.

As recomendações aqui contidas poderão ser modificadas à medida que novos dados forem publicados.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
2. Ellington S, Strid P, Tong VT, et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69: 769–775. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6925a1>.
3. Knight Marian, Bunch Kathryn, Vousden Nicola, Morris Edward, Simpson Nigel, Gale Chris et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study *BMJ* 2020. 369 :m2107
4. Pierce-Williams RAM, Burd J, Felder L, et al. Clinical course of severe and critical COVID-19 in hospitalized pregnancies: a US cohort study [published online ahead of print, 2020 May 8]. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020.100134. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100134
5. Dashraath P, Wong JLJ, 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. 222(6): 521-531. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>
6. Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, et al. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150(1):47-52. doi:10.1002/ijgo.13182
7. Zeng L, Xia S, Yuan W, et al. Neonatal Early-Onset Infection With SARSCoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan, China [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. *JAMA Pediatr*. 2020.174(7):722-725. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0878