

ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 018/2020
DATA: 30/03/2020
ATUALIZAÇÃO: 27/10/2021

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

SUMÁRIO DA ATUALIZAÇÃO

- Atualização das recomendações referentes ao acompanhante da grávida (ponto 6 e alínea b do ponto 63)

A evolução científica impõe uma constante atualização dos modelos de abordagem clínica da COVID-19, continuamente adaptados à evolução epidemiológica e às medidas de Saúde Pública implementadas.

A gravidez não aumenta o risco de infeção por SARS-CoV-2, mas aumenta o risco de progressão para doença grave (1,2). Deste modo, perante a reorganização dos recursos humanos e físicos afetos à prestação de cuidados de saúde imposta pela COVID-19 em todo o sistema de saúde, é necessário garantir o acompanhamento adequado, em qualidade e segurança, das mulheres grávidas.

As decisões devem ser fundamentadas no conhecimento científico, na avaliação clínica, nas 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 (3,4).

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 atualiza a seguinte Orientação:

Organização dos serviços

1. Os espaços, os circuitos definidos e a organização das equipas deverão visar a garantia de cuidados seguros no contexto da COVID-19 (5,6).
2. Apesar de poderem existir condicionalismos no funcionamento das instituições que realizam interrupções de gravidez por opção da mulher, o acesso a este serviço deve ser assegurado (7,8).
3. Os profissionais de saúde devem seguir as indicações dos Serviços de Saúde Ocupacional nos termos da Orientação n.º 013/2020 da DGS, e do Grupo Coordenador Local do PPCIRA,

nomeadamente quanto à utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) nos termos da Norma 007/2020 da DGS.

4. As urgências hospitalares devem ter circuitos separados para grávidas com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2, 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, nos termos da Norma n.º 007/2020 da DGS
5. Nas Unidades de Saúde as grávidas e acompanhantes devem utilizar máscara cirúrgica, nos termos da Norma n.º 007/2020 da DGS.
6. Deve ser garantido, se a grávida o desejar, a presença de um acompanhante na vigilância pré-natal (consultas e ecografias), atendimento no Serviço de Urgência, internamento e acompanhamento no parto.
7. O acesso de acompanhantes e profissionais de saúde aos espaços com grávidas, parturientes, e puérperas que sejam casos confirmados ou suspeitos de COVID-19 pode ser condicionado, no contexto da implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção, de acordo com os procedimentos de cada instituição. À política de visitantes aplicam-se os termos da Orientação n.º 038/2020 da DGS.
8. Os profissionais de saúde que prestam cuidados a grávidas suspeitas ou infetadas com COVID-19 devem utilizar EPI adequado, nos termos da Norma n.º 007/2020 da DGS. Estes profissionais devem ter treino regular sobre a colocação e a retirada do EPI.
9. Apenas os profissionais destacados para o atendimento da grávida devem entrar na área de isolamento ou área dedicada. Enquanto se mantiver a suspeita de COVID-19, a grávida deve ser tratada em isolamento.
10. 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.

Prestação de Cuidados na Gravidez durante a Pandemia

11. A vigilância da gravidez de baixo risco deve ser mantida de acordo com as orientações em vigor, devendo 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 morfológica¹;
 - 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).
12. A primeira consulta de vigilância de gravidez deve ser presencial, assim como as consultas depois das 35 semanas. As restantes podem ser alternadas entre consulta presencial e teleconsulta (esta idealmente com recurso a videochamada) (9,10).
13. Nos termos do ponto anterior, as consultas pré-natais que não tenham obrigatoriedade de ser presenciais, podem ser convertidas em 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 (clínicos ou sociais), intercorrências ou sintomas que aconselhem a avaliação em presença física;
 - c. A consulta for sobretudo para pedido/avaliação de resultados de exames;
 - d. A grávida estiver de acordo;
 - e. Existirem condições tecnológicas na unidade de saúde.
14. As consultas presenciais devem ser privilegiadas sempre que houver fatores de risco (clínicos ou sociais), intercorrências ou sintomas que o aconselhem.
15. Tal como nas consultas presenciais, nas teleconsultas devem ser registados o peso, tensão arterial, presença de movimentos fetais, ocorrência de contrações ou outras queixas que a grávida refira.
16. Os cuidados em saúde mental, durante a gravidez e no pós-parto, devem ser mantidos e, se necessário, reforçados. As teleconsultas são formas alternativas de prestação desses cuidados, nos termos da Norma n.º 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.
17. Cada Serviço de Obstetrícia deve ponderar a possibilidade de criar uma linha telefónica de apoio à grávida em vigilância pré-natal na sua consulta.

¹ Assim como a vacinação sazonal contra a gripe, de acordo com as recomendações da DGS.

18. As grávidas com comorbilidades importantes para a gravidade da infeção com SARS-CoV-2 ou atividade profissional de risco, 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.

Cuidados Urgentes na Gravidez

19. Deve ser assegurado para todas as grávidas um momento de triagem nos serviços de urgência, relativamente aos sintomas suspeitos de COVID-19, bem como a eventuais contactos de risco com doentes com COVID-19.

20. As grávidas que necessitem de internamento hospitalar por complicações da gravidez, para assistência ao parto, ou para programação do parto (indução do trabalho de parto ou cesariana eletiva). Devem realizar:

- a. Um **questionário clínico e epidemiológico**, dirigido nos termos da Norma n.º 019/2020 da DGS;
- b. Um **teste laboratorial para SARS-CoV-2**:
 - i. Na grávida com internamento programado deve ser realizado um **teste molecular** (TAAN) para SARS-CoV-2 num intervalo que não ultrapasse as **72 horas** do momento do internamento, nos termos da Norma 019/2020 da DGS.
 - ii. Na grávida que é admitida em trabalho de parto espontâneo deve ser realizado um teste laboratorial para SARS-CoV-2 nos termos da Norma n.º 019/2020 da DGS, preferencialmente um teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) rápido².
- c. Os testes laboratoriais para a identificação de SARS-CoV-2 não devem ser realizados em pessoas com história de infeção por SARS-CoV-2, confirmada laboratorialmente, nos últimos 180 dias, subsequentes ao fim do isolamento, nos termos da Norma n.º 019/2020 da DGS.
- d. 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 n.º 007/2020 da DGS.

Abordagem da Grávida com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2

21. Os critérios de suspeita ou infeção por SARS-CoV-2 cumpre o indicado na Norma n.º 004/2020 e Norma n.º 020/2020 da DGS.

² Se o teste molecular não estiver disponível ou não permitir a obtenção do resultado em tempo útil deve ser utilizado um teste rápido de antígeno (TRAg), nos termos da Norma 019/2020 da DGS.

22. As grávidas com sintomas ligeiros devem permanecer no domicílio e contactar a Linha SNS24, seguindo as instruções que forem transmitidas, nos termos da Norma n.º 004/2020 da DGS.
23. Do ponto de vista obstétrico, estas grávidas deverão manter a vigilância clínica pelos profissionais que as seguem habitualmente, por teleconsulta, sempre que clinicamente adequado e após plano individualizado de cuidados.
24. As grávidas com sintomas moderados ou graves, ou com queixas obstétricas urgentes, devem contactar o 112 e/ou dirigir-se à urgência hospitalar, nos termos da Norma n.º 004/2020 da DGS.

Vigilância pré-natal da Grávida em isolamento ou isolamento profilático

25. Nas grávidas 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 (9). Os serviços devem privilegiar o recurso à teleconsulta nestas situações.
26. Os procedimentos que não possam ser adiados, 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 n.º 007/2020 da DGS e devem ser aplicadas as medidas de limpeza e desinfeção da Orientação n.º 014/2020 da DGS.

Internamento Hospitalar

27. Aplicam-se às grávidas com COVID-19 os critérios de internamento hospitalar e de admissão em unidade de cuidados intensivos definidos na Norma n.º 004/2020 da DGS.
28. Estas grávidas devem ser preferencialmente internadas em serviços hospitalares que disponham de todas as valências necessárias para o tratamento de doentes com COVID-19.
29. 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 Obstetrícia e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
30. A abordagem terapêutica da grávida com COVID-19 cumpre os termos da Norma n.º 004/2020 da DGS.

31. A abordagem destas grávidas deve ser multidisciplinar (obstetrícia, infeccologia, anestesiologia e neonatologia). Consoante a gravidade do quadro clínico materno, pode também ser necessário consultar outras especialidades (9).
32. 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 das radiações.
33. A monitorização cardiotocográfica deve ser decidida de forma individualizada, de acordo com a idade gestacional e o quadro clínico materno.

Necessidade de Cuidados Obstétricos em regime de Internamento a Grávidas com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2

34. As grávidas com COVID-19 assintomáticas ou com sintomas ligeiros, e com necessidade de cuidados obstétricos, devem ser internadas em serviços de obstetrícia, numa ala separada das restantes grávidas ou em quartos individuais.
35. A vigilância da situação obstétrica e a monitorização fetal regem-se pelos protocolos habituais.
36. Na avaliação médica diária, deve ser dada particular atenção à identificação de critérios de gravidade da COVID-19, nos termos da Norma n.º 004/2020 da DGS. 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.
37. Se a situação clínica materna for estável e estiver indicada a terminação da gravidez, a via de parto rege-se apenas por critérios obstétricos. A decisão de terminar a gravidez deve ter em conta a situação clínica materna.
38. 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, sobrecarga pulmonar e cardíaca.
39. Na presença de hipoxemia materna persistente com implicações fetais, o parto deve ser antecipado por cesariana. 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.
40. Relativamente à terapêutica dirigida à grávida(11–13):

- a. Deve ser utilizado o Atosibano como tocolítico (a Indometacina, para tocolise, deve ser evitada dada a possibilidade de agravar o quadro respiratório materno);
 - b. A utilização de corticosteroides deve continuar a ser considerada no contexto de indução da maturação fetal;
 - 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).
41. Está indicada a anticoagulação profilática com heparina não fracionada ou com heparina de baixo peso molecular nas grávidas internadas com COVID-19 grave, exceto se houver uma contra-indicação ou se for expectável que o parto ocorra nas 12 horas seguintes. Nas grávidas com infeção COVID-19 assintomática ou com sintomas ligeiros a moderados, a instituição da anticoagulação profilática deve ser decidida de acordo com a avaliação do risco individual e a duração da terapêutica deve ser considerada de acordo com a avaliação clínica individualizada (11,14).

Assistência ao Parto em Grávidas com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2

42. Toda a equipa de saúde ligada ao Bloco de Partos deve ser informada da entrada de uma parturiente com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2, incluindo as equipas de anestesiologia e neonatologia.
43. Deve ser realizada monitorização cardiotocográfica contínua durante todo o trabalho de parto.
44. A COVID-19 pode cursar com trombocitopenia, pelo que se recomenda a realização de hemograma na admissão ao trabalho de parto.
45. O trabalho de parto, o parto vaginal ou a cesariana devem ocorrer idealmente em sala devidamente equipada com pressão negativa, nos termos da Norma n.º 014/2020 da DGS.
46. Toda a equipa multidisciplinar do Bloco de Partos (obstetrícia, anestesiologia, enfermagem de saúde materna e obstétrica, neonatologia) deve ser informada do início do período expulsivo, devendo estar presentes na sala os elementos estritamente necessários, de acordo com a situação clínica materna, e idealmente os mais experientes.
47. Deve ser aconselhada a instituição precoce de analgesia epidural no trabalho de parto, como forma de minimizar a necessidade de realização de anestesia geral, caso venha a ser indicada uma cesariana.

48. As grávidas que vão ser submetidas a anestesia loco-regional, devem utilizar uma máscara cirúrgica durante todo o procedimento.
49. Se a situação clínica materna for estável, a via de parto rege-se por critérios obstétricos.
50. Em situações de dificuldade respiratória materna, o limiar de decisão para realizar um parto instrumentado deve ser menor.
51. Na presença de dificuldade respiratória grave ou de hipoxia com implicações maternas ou fetais, o parto deve ser por cesariana.
52. Mantêm-se as recomendações habituais sobre a clampagem do cordão umbilical.
53. Para os cuidados ao recém-nascido deve ser seguida a Orientação 26/2020 da DGS.
54. Nas mulheres que optem pelo alojamento conjunto após o nascimento, deve ser recomendado o contacto pele-a-pele imediatamente após parto, após verificação do uso correto da máscara cirúrgica e desinfeção das mãos.
55. Deve ser considerada a colheita de tecido placentário para pesquisa de SARS-CoV-2.

Cesariana em Grávidas com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2

56. 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 em anestesia geral.
57. A equipa cirúrgica-anestésica deve ser constituída por profissionais com experiência clínica, utilizando o EPI adequado, de acordo com a Norma n.º 007/2020 da DGS. Idealmente, deve ser promovido um *briefing* com toda a equipa antes do procedimento, de forma a planear as diferentes etapas.
58. 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 n.º 007/2020 da DGS.
59. 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.

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

Critérios de Fim das Medidas de Isolamento

61. O fim das medidas de isolamento da grávida/puérpera com infeção por SARS-CoV-2 **deve cumprir a Norma n.º 004/2020** da DGS.

62. Nas grávidas recuperadas da infeção por COVID-19, a vigilância subsequente da gravidez **deve ser realizada em contexto hospitalar**. Cerca de 3-4 semanas após o fim do isolamento deve ser realizada uma ecografia obstétrica, com avaliação do crescimento fetal, avaliação anatómica detalhada, fluxometria e, caso tenha ocorrido hipoxemia materna relevante durante a infeção, neurosonografia fetal até às 32 semanas.

Acompanhante da Grávida durante o Parto

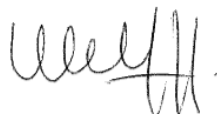
63. As unidades hospitalares devem assegurar as condições necessárias para garantir a presença de um acompanhante **durante o trabalho de parto** (15–17). Para tal, o acompanhante:

- a. Deve realizar um questionário clínico e epidemiológico dirigido nos termos da Norma n.º 019/2020 da DGS;
- b. Com esquema vacinal completo, nos termos da Norma n.º 002/2021 da DGS, há mais de 14 dias, fica isento da realização de testes de rastreio para SARS-CoV-2 nos termos da Norma n.º 019/2020 da DGS;
- c. Deve ser apenas um, sem possibilidade de troca;
- d. Deve cumprir as regras de higienização de mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico, utilização de máscara cirúrgica, e as demais regras da unidade hospitalar e orientações dos profissionais de saúde;
- e. Deve evitar o contacto com todos os outros utentes internados;
- f. Deve ter limites às entradas e saídas, de forma a diminuir a possibilidade de transmissão da infeção.

64. Quando a presença de acompanhantes não puder ser garantida 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.

65. 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.



Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

GRUPO DE ELABORAÇÃO DA ORIENTAÇÃO

Primeira Versão e atualizações anteriores

Ana Campos, Ana Leça, Diogo Ayres de Campos, Filipa Lança, João Furtado, 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.

Presente atualização

Ana Campos, Ana Luísa Gomes, Cristina Guerreiro, Dina Oliveira, Diogo Ayres de Campos, Filipa Lança, Maria do Céu Almeida, Marina Moucho, Paula Pinheiro, Sara Tavares.

Referências Bibliográficas

1. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, et al. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 6 de Novembro de 2020;69(44):1641-7.
2. CDC. People with Certain Medical Conditions [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 2 de Fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html#pregnancy>
3. Reingold RB, Barbosa I, Mishori R. Respectful maternity care in the context of COVID-19: A human rights perspective. *Int J Gynecol Obstet.* 2020;151(3):319-21.
4. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Julho de 2020;99(7):823-9.
5. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 [Internet]. [citado 2 de Fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
6. Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2020 [citado 2 de Fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/checklist-hospitals-preparing-reception-and-care-coronavirus-2019-covid-19>
7. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour - Note de cadrage [Internet]. Haute Autorité de Santé. [citado 2 de Fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour-note-de-cadrage
8. Romanis EC, Parsons JA. Legal and policy responses to the delivery of abortion care during COVID-19. *Int J Gynecol Obstet.* 2020;151(3):479-86.
9. 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.* Junho de 2020;149(3):273-86.
10. Fryer K, Delgado A, Foti T, Reid CN, Marshall J. Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. *Matern Child Health J.* Setembro de 2020;24(9):1104-10.
11. Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy [Internet]. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. [citado 2 de Fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/>
12. Boelig RC, Manuck T, Oliver EA, Mascio DD, Saccone G, Bellussi F, et al. Labor and delivery guidance for COVID-19. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 1 de Maio de 2020 [citado 2 de Fevereiro de 2021];2(2). Disponível em: [https://www.ajogmfm.org/article/S2589-9333\(20\)30040-9/abstract](https://www.ajogmfm.org/article/S2589-9333(20)30040-9/abstract)
13. Trapani Júnior A, Vanhoni LR, Silveira SK, Marcolin AC, Trapani Júnior A, Vanhoni LR, et al. Childbirth, Puerperium and Abortion Care Protocol during the COVID-19 Pandemic. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia.* Junho de 2020;42(6):349-55.
14. Di Renzo GC, Giardina I. Coronavirus disease 2019 in pregnancy: consider thromboembolic disorders and thromboprophylaxis. *Am J Obstet Gynecol.* Julho de 2020;223(1):135.

15. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 de Março de 2019;3:CD012449.
16. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 6 de Julho de 2017;7:CD003766.
17. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* Julho de 2018;125(8):932–42.