Exmo. Editor,

Agradecemos a análise e revisão crítica do nosso manuscrito. Consideramos que alterações sugeridas por todos os revisores enriqueceram o nosso trabalho. Tentámos abordar todas as questões colocadas da forma que discriminámos no texto abaixo. Enviamos também uma nova versão do manuscrito com todas as revisões incluídas realçadas em cor diferente.

**EDITOR**

Comentário 1 - O resumo e o abstract deverão reflectir fielmente a estrutura do artigo, pelo que é necessário que incluam um parágrafo independente relativo à secção “Discussão".

Resposta 1- Acrescentámos a secção.

Comentário 2 - O resumo e o abstract não deverão incluir abreviaturas.

Resposta 2 - Substituímos as abreviaturas RN, UCIN e NICU.

Comentário 3 - A refª 3 deverá indicar o respectivo DOI

Resposta 3 - A refª 3 é uma publicação do site UpToDate, pelo que não possui DOI. Optámos por substituir pelos artigos originais citados pelo UpToDate

Comentário 4 - Na listagem final de referências deverão ser identificados os seis primeiros autores das obras consultadas, e só depois fazer-se uso da expressão "et al".

Resposta 4 - Acrescentámos os autores.

Comentário 5 - A refª 10 deve indicar o ano e local da publicação.

Resposta 5 - Publicação online. Acrescentámos ano e website.

Comentário 6 - A refª 11 deve indicar as páginas de início e fim do artigo consultado

Resposta 6 - Acrescentámos as páginas.

Comentário 7 - A refª 20 deve indicar a casa publicadora e o local da publicação

Resposta 7 - O abstract apenas foi publicado digitalmente no site do congresso. Acrescentámos website

Comentário 8 - As obras consultadas online deverão referir, na listagem final, o dia, mês e ano do acesso.

Resposta 8 - Acrescentámos datas de consulta.

**REVISOR A**

Comentário 1 - Os dados apresentados são descritivos, no entanto, não dão uma ideia se serão diferentes daquilo que é a prática habitual numa era pré-COVID ou
com mães com pesquisa negativa.

Resposta 1 - São diferentes na medida em que as mães da era pré-COVID bem como com as mães com pesquisa negativa não ficam internadas em isolamento com medidas de prevenção de transmissão nem com necessidade de utilização de EPIs pelos profissionais de saúde. Mas de facto tentámos oferecer os cuidados perinatais o mais semelhantes possível aos do Puerpério tradicional (pré-COVID / de mães COVID-negativas). Respeitámos os mesmos critérios clínicos para as decisões obstétricas da via de parto, admissão em UCIN ou decisão de alta hospitalar.

Acrescentámos um parágrafo em relação à realidade pré-COVID e às puérperas COVID-negativas (página 7).

Comentário 2 - Números até 10 devem ser escritos por extenso.

Resposta 2 - Aplicado em números inteiros, excluindo percentagens e datas.

Comentário 3 - Substituiria o termo “prematuro” por “pré-termo”.

Resposta 3 – Seguiu-se a sugestão do revisor.

Comentário 4 - Escrever de forma mais ativa como recomendam as normas da revista

Resposta 4 - Revisto, sobretudo em ações diretas da equipa (ex: “incluímos”), mais do que em ações a que os RN foram submetidos no contexto clínico (ex: foi realizado o rastreio metabólico).

Comentário 5 - Título: deve ser reformulado. O trabalho não faz seguimento de 77 recém-nascidos mas sim de 63. Retirar número.

Resposta 5 - Título reformulado para “Alojamento conjunto, amamentação e seguimento neonatal de recém-nascidos de mãe com COVID-19” e “Rooming-in, breastfeeding and neonatal follow-up of infants born to mothers with COVID-19”.

Comentário 6 - Resumo/ Abstract - medianas de idade gestacional 39semanas+5dias e peso à nascença 3270g” – a mediana do peso à nascença não se encontra nos resultados.

Resposta 6 – Acrescentou-se esta informação.

Comentário 7 - - Apresentar números absolutos ou em percentagem (uniformizar), não colocar uns em percentagem e outros em número absoluto

Resposta 7 – Uniformizou-se esta informação.

Comentário 8 - O resumo e o abstract deverão refletir fielmente a estrutura do artigo, pelo que é necessário que incluam um parágrafo independente relativo à secção "Discussão".
Resposta 8 - Acrescentámos a secção.

Comentário 9 - “Conclusões”: “não houve quadros graves e a infeção materna não se associou a maior risco de prematuridade” – não se deve falar em associação quando não foi realizada essa análise estatística.

Resposta 9 – Corrigiu-se a terminologia.

Comentário 10 - o Abstract, em língua inglesa, deve ser revisto.

Resposta 10 – Revimos o abstract.

Comentário11 - Material e métodos: de um modo geral, a apresentação dos resultados em forma de tabelas tornaria a leitura do artigo mais agradável.

Resposta 11 – Incluíram-se tabelas

Comentário 12 - sendo um estudo prospetivo, foi feito o desenho do mesmo antes de ser aplicado? Como conseguiram um estudo prospetivo concomitante com a aplicação da política do hospital relativamente ao alojamento em conjunto e amamentação?

Resposta 12 - Sim, o estudo foi desenhado pela equipa que construiu o protocolo. Reconhecendo desde início que a abordagem que íamos adotar era diferente da que estava a ser considerada noutros centros, pensámos desde logo que seria importante recolher evidência que a suportasse. Assim, o estudo foi desenhado em paralelo com o Plano de Contingência.

Comentário 13 – deveria ser colocado o background/ desenho do estudo
Resposta 13 – Concordamos que poderia ter informação relevante, como o revisor sugere; no entanto, como ao longo do manuscripto, nomeadamente na metodologia, se encontra a maioria dessa informação, optámos por não incluir o desenho formal do estudo como apresentado à Comissão de Ética para evitar repetição de informação

Comentário 14 - Conseguiram garantir que se cumprissem todas as partes do Plano de Contingência específico para a díade mãe-RN? Se sim, como?
Resposta 14 - O plano de contingência foi articulado com o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia e divulgado no Serviço de Pediatria – apesar das dificuldades inerentes à pandemia como a gestão dos espaços, foi possível cumprir o Plano graças ao esforço das equipas médicas e de enfermagem destes Serviços.

Comentário 15 - Pág. 7 “Condição clínica compatível com a opção de alojamento conjunto” – definida como?

Resposta 15 - Estabilidade clínica do RN e da mãe, tal como em situações de mãe COVID-negativa.

Impossibilitariam o alojamento conjunto, por exemplo, a presença de SDR precoce, a prematuridade (<33 semanas) ou dificuldade alimentar mantida – que seriam critérios para admissão do RN em UCIN – da mesma maneira que condições maternas como pré-eclampsia grave ou patologia respiratória (COVID-19 ou não) com necessidade de internamento em UCI.

No fundo, a estabilidade clínica de ambos é critério essencial para o alojamento conjunto no nosso hospital assim como na maioria dos centros de referência. Caso necessitassem de admissão em unidades de cuidados intermédios/intensivos, esse alojamento conjunto não seria possível, independentemente da instabilidade clínica estar ou não relacionada com a COVID-19.

Comentário 16 - Pág. 7 “Foi excluído qualquer RN cuja mãe tivesse pesquisa de SARS-COV-2 positiva à admissão hospitalar, mas em quem não fosse assumida infeção ativa” – como assim? Com critérios de cura (COVID-19 anterior?)?

Resposta 16 - Sim – fomo-nos adaptando à evolução do protocolo de cura da DGS, mas não eram emitidas com a mesma celeridade que a evidência científica (que acabava por fundamentar a sua sucessiva evolução). Reconhecemos desde logo que poderíamos necessitar dos devidos pareceres do GCL-PPCIRA em situações dúbias. Este recurso não se verificou necessário mas estava e está previsto no Plano.

Comentário 17 - “Seguimento telefónico durante o período neonatal – feito uma ou
duas vezes por semana” – não era bissemanal?

Resposta 17 – O seguimento foi bissemanal. Corrigiu-se o texto.

Comentário 18 - Pág. 8 “O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética” – qual? Antes de iniciar o estudo? Se o estudo começou de forma concomitante à aplicação do protocolo, conseguiram a resposta da ética atempadamente?

Resposta 18 - O estudo foi pensado em complemento e em simultâneo com a definição do protocolo de orientação clínica desenvolvido para aplicar às mães COVID positivas e seus recém-nascidos e apresentado preliminarmente à Comissão de Ética. Face à necessidade de implementar com a maior brevidade um plano de abordagem à pandemia neste contexto, o Plano de Contingência teve de entrar rapidamente em vigor e era necessário desde início monitorizar a sua segurança de imediato, donde o início simultâneo do estudo.
Os cuidados éticos descritos no pedido à Comissão em prática desde o início, mais especificamente na apresentação do consentimento verbal, em dois momentos (1º no internamento e depois no 1º contacto telefónico), acompanhado da entrega da sua versão escrita, e mereceram o acordo da Comissão de Ética.

Comentário 19 - Resultados: pág. 8 “Resultados referentes aos RN nascidos entre 1 abril e 31 dezembro 2020, com seguimento até 7 fevereiro 2021.” – se o seguimento telefónico é durante o período neonatal, fizeram até dia 7 de fevereiro de RN nascidos até 31 de dezembro?

Resposta 19 - Os RN foram seguidos durante os primeiros 28 dias, mas por decisão médica nalguns casos o seguimento prolongou-se – por exemplo, se a 1ª consulta médica estava agendada a curto-prazo. Essa opção fez com que o seguimento do último RN de 2020 se prolongasse até D39 (7 fevereiro).

Comentário a esse respeito adicionado aos resultados.

Comentário 20 - pág. 8 “destas, 16% (11/69) tinham tido sintomas entretanto resolvidos”, retirar.

Resposta 20 – Retirou-se a informação referida.

Comentário 21 - pág. 8 “Houve 2 puérperas (3%, 2/78)”, os autores querem dizer 2/77?

Resposta 21 – Sim. Corrigiu-se a informação.

Comentário 22 - Pág. 9 “O peso à nascença variou entre 2030g e 4150g, sendo a maioria dos RN adequados à idade gestacional” – não está indicada a mediana de peso

Resposta 22 – Acrescentou-se a informação referida.

Comentário 23 - Pág. 9 “Em 5% (4/77) dos casos houve necessidade de manobras de reanimação neonatal.” – os autores podiam apresentar os dados do Índice de Apgar.

Resposta 23 – Acrescentou-se a informação.

Comentário 24 - Pág. 10 “Dos 77 RN, 52% (40/77) foram exclusivamente amamentados” – amamentados com leite materno exclusivo?

Resposta 24 – Sim. Clarificou-se o texto.

Comentário 25 - Pág. 10 “A mediana de internamento foi 2 dias (mínimo 1, máximo 36)” – mínimo de 1? Teve alta com 24h de vida?

Resposta 25 - Às 36h. Nasceu às 05h38 de um dia e teve alta às 19h do dia seguinte. A duração do internamento foi calculada automaticamente (data de alta – data de nascimento), não atendendo às horas de vida aquando da alta.

Comentário 26 - Pág. 11 “Em 4 casos, correspondendo a 5% dos RN de mãe com COVID-19, obtiveram-se pesquisas de SARS-COV-2 positivas: 2 nas primeiras 24h e 2 com pesquisa inicial negativa e positiva às 48h.” – não é explícito o protocolo... RN fazem 2 testes se o primeiro for negativo?

Resposta 26 - Sim. O protocolo evoluiu desde o início da pandemia e, sendo um estudo observacional, apenas descrevemos as decisões clínicas. Inicialmente, não estava estipulado se os RN deviam ser testados – seguimos as recomendações da SPN (de 19/03/2020) e fizemos uma colheita única. Com a emissão da norma da DGS (de 19/05/2020), passámos a fazer uma colheita em D1 e outra com ~ 48h, se a 1ª pesquisa for negativa.

Acrescentámos uma breve nota com essa evolução.

Comentário 27 - pág. 11 “Ficaram em alojamento conjunto com a mãe durante todo o internamento (média 2.25 dias)” – porque usaram média aqui se nos restantes dados optaram por mediana?

Resposta 27 – Considerámo-la uma boa medida da tendência central mas de facto para manter a consistência alteramos para a mediana.

Comentário 28 - pág. 11 “desenvolveu COVID-19 sintomática” – redundância, se é COVID-19, é doença, logo pressupõe sintomas.

Resposta 28 – Corrigiu-se a frase referida.

Comentário 29 - Pág. 11 “Em 3 casos, a puérpera vivia apenas com o RN” – mais correto afirmar que se tratava de uma família monoparental.

Resposta 29 – Alterámos em concordância.

Comentário 30 - pág. 12 “Não lhes foi repetida a pesquisa de SARS-COV-2, que poderia ser positiva, dada a coexistência de sintomatologia e contexto epidemiológico” – cortar, não se se afirmam juízos/ hipóteses nos resultados.

Resposta 30 – Retirou-se a informação referida.

Comentário 31 - pág. 12 “Dos 52% (33/63) que tinham tido alta sob aleitamento materno exclusivo” – não se referem a 40/77 como descrito na pág. 10?

Resposta 31 - Sim, eram 40 do total de 77 mas desses 77 só completámos o seguimento telefónico em 63 e nos 63 eram 33. Ou seja, nos 14 sem seguimento completo, houve 40-33=7 que tiveram alta sob aleitamento materno exclusivo. Esclarecemos no manuscripto

Comentário 32 - pág 13 “Globalmente as mães expressaram-se satisfeitas pela oportunidade do alojamento conjunto e com o apoio prestado ao longo do seguimento telefónico.” – não se podem colocar nos resultados dados que são subjetivos. Não realizaram um teste/ inquérito validado para concluir sobre a satisfação? Se não, cortar.

Resposta 32 - Adaptado. De facto, não o fizemos, também nos apercebemos no decorrer do estudo que seria útil.

Comentário 33 - pág 13. “num caso por noção não confirmada de dificuldade respiratória” – neste caso é responsabilidade dos CSP irem observar o doente ao domicílio? Se houver noção materna de dificuldade respiratória não deveria contactar saúde 24 que os encaminharia?

Resposta 33 – Por princípio, concordamos que nestas situações as mães podem seguir a recomendação geral de contactar o SNS24. De acordo com a DGS, pode ser decidida a “vigilância domiciliária assegurada pelos CSP, com apoio da equipa de Neonatologia”, o que fundamentou a nossa visita domiciliária; de qualquer forma, é adequada a gestão de acordo com a recomendação do SNS24.

Comentário 34 - pág. 13 “Para vigilância epidemiológica, foi feita a notificação ao SINAVE em 3 dos 4 casos” – porque não dos 4?
Resposta 34 - Por limitação da plataforma informática. No início da pandemia, não era possível notificar os RN pela ausência de documento de identificação. O problema foi entretanto resolvido.

Comentário 35 - Discussão: - pág. 14 “A implementação do Plano de Contingência e do estudo exigiu reorganização logística” – a implementação do estudo exigiu mudanças na organização?

Resposta 35 – De facto, a implementação do estudo, sendo observacional, não. Mas o Plano de Contingência sim; desde logo, implicou a gestão do espaço para as díades mãe-RN ficarem internadas. Corrigimos no manuscripto.

Comentário 36 - pág. 14 “Apesar do esforço, a diminuição do tempo de contacto da mãe com os profissionais pode ter condicionado menor apoio em áreas como a amamentação, contribuindo para que 45% tenha tido alta sob aleitamento misto.” – este parágrafo devia ter como base dados relativos ao mesmo hospital (pré-COVID-19) ou de outros centros (referir bibliografia). Como sabemos que 45% não é normal?

Resposta 36 – Para efeito deste artigo, comparámos com os dados publicados, os últimos dados publicados exclusivos do nosso centro são mais antigos (2003). Confirmámos que a proporção de RN com alta sob aleitamento misto (19% vs. 45%) é inferior à registada neste estudo e a proporção com alta sob LM exclusivo é superior (79% vs. 52%). Acrescentámos a referência bibliográfica do Observatório do Aleitamento Materno da DGS (relatório 2013). Os dados incluem dados do HGO. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx

Comentário 37 - pág. 14 “pela variabilidade de procedimentos ao longo do período de estudo” – que não foram referidos, logo não se podem discutir.
Resposta 37 – Na revisão, acrescentámos um exemplo de uma situação em que os procedimentos evoluíram (na testagem do RN). De qualquer forma, seguimos a sugestão, retirando a nota da discussão

Comentário 38 - pág. 15 “pele para a fisiologia do RN” – cortar “a fisiologia do”

Resposta 38 – Fez-se a alteração.

Comentário 39 - pág. 15 “Todos os recém-nascidos foram considerados e abordados como casos suspeitos de COVID-19, mas com cuidados perinatais o mais próximo
possível dos habituais.” – o que foi diferente?

Resposta 39 – Foram adoptadas as medidas de segurança definidas no Plano de Contingência: mãe e RN internados em enfermaria específica, em isolamento; berço afastado da cama da mãe; medidas de prevenção de transmissão em momentos de cuidado da mãe para com o RN; colheita de exsudado naso/orofaríngeo; RANU não realizado no internamento; rastreio metabólico antes do 3º dia de vida (com autorização do INSA).

Comentário 40 - pág. 16 “Segundo a revisão da BMJ” – British Medical Journal, como fizeram anteriormente com o New England Journal of Medicine

Resposta 40 – Fez-se a alteração.

Comentário 41 - pág. 16 “Dos RN, 40% não teve consulta médica no período neonatal, comprometendo o seguimento previsto. Menos de 1 em cada 5 RN foi observado
nas primeiras 2 semanas de vida, como preconiza o PNSIJ.” – isto são resultados. Podem-se discutir eventuais falhas, razão das falhas e proposta de melhoria.
Resposta 41 – Acrescentada proposta, que implica uma articulação e um planeamento combinado entre ACES e Hospital.

Comentário 42 - pág. 18 “A manter a testagem do RN assintomático (...) devem ser considerados o estudo anátomo-patológico da placenta e a serologia do RN.” – percebo que os autores queiram interrogar e levantar a hipótese do momento de testagem utilizado pode não ser o mais indicado, mas deviam ser mais assertivos na ideia.
Resposta 42 – Concordamos com o revisor. Mas à data, não dispomos de informação nem de recomendações estabelecidas que nos permitam ser assertivos no sentido de não testar o RN assintomático. Procurámos chamar a atenção para a questão para que se possa daqui em diante começar a fundamentar essa testagem; precisamente para que se faça uma testagem fundamentada, lembrámos também as indicações para cada tipo de teste.

Comentário 43 - pág. 19 “Para a vigilância clínica (...) com apoio da equipa de Neonatologia”, proposta na Norma de Orientação da DGS” – mas o que sugerem em relação a este aspeto do seguimento destes RN?

Resposta 43 – À semelhança do sugerido em resposta ao comentário 41, recomendamos a articulação do Hospital com o ACES para perceber o porquê deste atraso no seguimento. As consultas dos primeiros 2 anos foram consideradas atividade essencial portanto, devem ser das consultas mantidas. Se não houver condições logísticas para o fazer no CS (porque o RN está em isolamento com a mãe e pode não haver um espaço de consulta para essa observação nem como assegurar a deslocação da mãe respeitando o isolamento devido), devem ser planeadas visitas domiciliarias. Se não houver recursos humanos ou equipamento, pode ser discutido com a equipa hospitalar a sua colaboração. Atualmente, a maioria das mães cumpre o protocolo de cura 10 dias depois do diagnóstico, que é na sua maioria à admissão hospitalar; portanto, a maioria das mães já não está em isolamento aos 10-15 dias de vida do RN, seria possível essa consulta ser feita no CS. O seguimento deve por norma ser feito nos CS e deve ser reconhecida a prioridade das consultas do RN, como foi definida aquando da recomendação da redução da atividade não essencial.

Comentário 44 - A questão do RANU ter sido realizado a 5% dos RN, é normal no hospital? Ou este número tão baixo pode ter relação com as restrições do protocolo COVID?
Resposta 44 – A maioria do RN faz o RANU antes da alta hospitalar. Neste contexto, foi decidido em articulação com o serviço de ORL convoca-los após a alta hospitalar, findado o isolamento.

Comentário 45 - Conclusão: - pág 19 “sem aumento da infeção neonatal.” – podem concluir isto, mesmo após questionarem o momento de colheita (que seria idealmente em D3-D5?). Pode haver infeções que não se conhecem pelo facto de serem
positivos posteriormente à realização do teste.

Resposta 45 - De facto, e uma vez que reconhecemos que a sensibilidade do teste seria maior com uma colheita mais tardia, faz sentido corrigirmos a afirmação para “infeção neonatal sintomática”.

Comentário 46 - pág. 20 “A nível hospitalar, persistem questões logísticas por melhorar, sobretudo na articulação entre Serviços.” – este aspecto nunca foi referido anteriormente pelo que não pode estar presente nas conclusões.

Resposta 46 – Removido.

Comentário 47 - Referências: As referências devem ser revistas segundo as normas da AMP. Referências 4, 7, 13, 14, 15, 19, 25, 26, 27 e 28 – para mais de 6 autores colocar os 6 primeiros e “et al”. Para menos de 6 autores colocar todos. Retirar meses de publicação. Falta ano na referência 10. Referência 11: ano? Volume, páginas. CAPS-LOCK na referência 16. Nas referências que remetem para websites colocar data na qual foi consultado.

Resposta 47- Revimos as referências e fizemos as alterações referidas pelo revisor.

**REVISOR B**

Comentário 1 - Resume o conteúdo de forma eficiente? poderia ser alvo de melhoria.

Resposta 1 – Revimos o texto e tentámos melhorar o resumo.

Comentário 2 - Há falhas metodológicas? falhas não, mas o método utilizado não conseguiu cumprir o objetivo numa população algo escassa.

Resposta 2- Reconhecemos nas limitações do estudo que o tamanho da amostra restringe a sua validação externa. De facto, um estudo semelhante mas multicêntrico poderia ser uma melhoria metodológica a ser considerada a nível nacional.

Comentário 3- Conclusão: as conclusões são relevantes? penso que não devido à dimensão da amostra e porque a ausência de orientações face aos casos em estudo não permitiu uma abordagem especifica.

Resposta 3 - Reconhecemos que a dimensão da amostra reduz a sua generalização mas as conclusões parecem-nos relevantes no contexto institucional e nacional.

Os casos em estudo eram todos os RN de mãe com COVID-19 e não apenas RN com COVID-19. Na nossa amostra, só quatro RN tiveram COVID-19, o que de facto não permitiu obter conclusões em relação a esse subgrupo – sobretudo face à limitação de recomendações específicas. Mas em relação à globalidade de RN de mãe com COVID-19, estes resultados fundamentam a adoção do alojamento conjunto e do aleitamento materno nesta população (o que ainda não é transversal no nosso país), mesmo que seja necessário um estudo nacional multicêntrico com a devida validação externa.

Comentário 4 - Seguem o estilo da AMP? algumas das referências não- são testemunhos

Resposta 4 - Considerámo-los importantes por representarem o impacto social e emocional da abordagem alternativa – de separação mãe-filho.

Comentário 5 - Todas as abreviaturas e acrónimos estão definidos nas notas de rodapé? Não.

Resposta 5 - Todos os acrónimos e abreviaturas estão definidos ao longo do texto, entre parenteses a seguir à primeira vez que são utilizados, por extenso. Acrescentados também em nota de rodapé.

Comentário 6- Apresentação: o manuscrito é apresentado de uma forma clara e lógica? pode ser melhorado. Se não, pode ser melhorado? Como? o resumo pode ser melhorado assim como a descrição dos resultados relativamente ao seguimento dos RN

Resposta 6- Revimos o resumo e seguimos as sugestões dos revisores para melhoria do manuscrito, nomeadamente quando à descrição dos resultados.

**REVISOR C**

Comentário 1 - O título foca no alojamento conjunto; falta a amamentação.

Resposta 1 - Título revisto para «Alojamento conjunto, amamentação e seguimento neonatal de recém-nascidos de mãe com COVID-19 / Rooming-in, breastfeeding and neonatal follow-up of infants born to mothers with COVID-19»

Comentário 2 - Julgo que as regras da AMP não permitem o uso de siglas mas em todo o caso estas não estão definidas no resumo (RN e UCIN). O resumo poderá ser ajustado num ou outro aspeto conforme comentários abaixo.

Resposta 2 - Removemos as siglas.

Comentário 3 - Introdução: Um dos pontos menos claros prende-se com o objetivo – “avaliar a segurança”… - na ref. [13] é claramente identificado o que se entende por segurança.

Resposta 3 – No estudo da referência 13, definiram como objetivo avaliar o risco de transmissão pós-natal do SARS-COV-2. No nosso caso, definimos como objetivo avaliar a segurança através da avaliação do risco de infeção neonatal grave.

Comentário 4 – Métodos: Nos métodos também há aspetos pouco esclarecidos: por exemplo, todos os RN foram seguidos por um igual período? Novamente, na ref [13] isto é muito claro e foi igual para todos os RN. Neste manuscrito, na pag. 13 tanto se fala em 2 meses como em 5 meses. O período de observação não deveria ter sido definido a priori e igual para todos? ‘Período neonatal’ não me parece suficientemente esclarecedor. Também não é claro o porquê da data 7 de fevereiro para concluir as observações (pelo menos para este estudo).

Resposta 4 – Os RN foram seguidos durante os primeiros 28 dias como previsto no Plano de Contingência mas por decisão médica nalguns casos o seguimento prolongou-se – por exemplo, se a 1ª consulta médica estava agendada a curto-prazo. Essa opção fez com que o seguimento do último RN de 2020 se prolongasse até D39 (7 fevereiro).

Comentário a esse respeito adicionado aos resultados.

Em relação aos resultados referidos na pág 13/14, referem-se apenas ao RANU. O seguimento telefónico foi feito pela equipa durante o período neonatal prolongando-se em casos selecionados pelo início do 2º mês de vida. Não houve seguimento até aos 2 ou 5 meses de vida, mas no sentido de avaliar o cumprimento dos rastreios neonatais, informámo-nos a nível hospitalar sobre a realização do RANU (feita, como referido nesse parágrafo, até aos 2 meses de vida em todos os RN exceto 1 – em que foi aos 5 meses).

Comentário 5 - Esclarecer o que é alojamento conjunto;

Resposta 5 – Acrescentada a informação nos Métodos – “(…), com a promoção do alojamento conjunto (o internamento da mãe e do RN no mesmo espaço físico, com o berço junto à cama da mãe), (..)”.

Comentário 6 - Durante o internamento foram permitidas visitas?

Resposta 6 – Não foram permitidas visitas. Informação acrescentada nos Métodos.

Comentário 7 - O que significa “Condição clínica compatível com a opção de alojamento conjunto”? (na ref. [13] tal é claramente definido)

Resposta 7 – Informação acrescentada no manuscripto.

Estabilidade clínica do RN e da mãe, tal como em situações de mãe COVID-negativa.

Impossibilitariam o alojamento conjunto, por exemplo, a presença de SDR precoce, a prematuridade (<33 semanas) ou dificuldade alimentar mantida – que seriam critérios para admissão do RN em UCIN. De modo similar, condições maternas como pré-eclampsia grave ou patologia respiratória (COVID-19 ou não) com necessidade de internamento em UCI, também impediram o alojamento conjunto.

No fundo, a estabilidade clínica de ambos é critério essencial para o alojamento conjunto. Caso necessitassem de admissão em unidades de cuidados intermédios/intensivos, esse alojamento conjunto não seria possível, independentemente da instabilidade clínica estar ou não relacionada com a COVID-19.

Comentário 8 - Que comissão de ética aprovou o estudo? Como foi obtido o consentimento informado – por escrito?

Resposta 8 – Foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta. O consentimento foi obtido verbalmente em 2 momentos (internamento e 1º contacto telefónico), acompanhado da entrega da sua versão escrita.

Comentário 9 - Em termos de análise estatística, tratando-se de um estudo descritivo não há falhas a apontar. No entanto, não é claro porque surge a comparação com as mães sem COVID apenas na questão dos RN prematuros? E se é importante a comparação então sugere-se a análise das diferenças.

Resposta 9 – O aumento da prematuridade foi dos parâmetros mais referidos nos estudos iniciais sobre o tema e um dos principais indicadores de saúde perinatal, daí a pertinência da referência à taxa de incidência de prematuridade na população geral no mesmo hospital. A prematuridade é um evento multifatorial e que necessitaria de um estudo aprofundado sobre as diferenças entre duas amostras, o que nos parece um bom alvo para um estudo diferente do nosso. Aqui, dada a informação que veicula continuadamente sobre o tema, salientamos novamente a importância de referir que na nossa amostra não houve aumento da prematuridade nas gestações de mães COVID-19.

Comentário 10 - O hospital não é identificado nos métodos mas depois surge nos agradecimentos, sem contar com as afiliações institucionais. Julgo que não faz sentido manter o hospital anónimo nos métodos.

Resposta 10 – Uniformizámos conforme sugerido.

Comentário 11 - Discussão: Os autores mencionam no resumo e na discussão a vigilância de saúde após a alta conforme preconiza o PNSIJ – mas o que tem isto a ver com o alojamento conjunto/mães COVID? Não terá acontecido o mesmo com os outros RN dada a quebra da atividade assistencial nos CSP? Nas limitações mencionar a ausência de um grupo de controlo. Também o facto da amamentação estar a ser investigada como um risco de transmissão da SARS-COV-2 mas não será de excluir ter funcionado como fator protetor.

Resposta 11 - Não tem diretamente a ver com o alojamento conjunto, mas caracterizar esse seguimento era em si um dos objetivos secundários do estudo.

Mencionámos a limitação da ausência de um grupo de controlo de RN de mãe sem COVID-19. Em relação à falha no seguimento, admitimos causas diretamente ligadas a serem filhos de mãe COVID por limitações impostas pelo isolamento, bem como causas relacionadas com o impacto da pandemia na atividade assistencial – o que poderá ser estudado com a existência do grupo de controlo acima mencionado.

Acrescentámos um comentário na Discussão sobre o possível efeito protetor da amamentação.

Comentário 12 - Conclusão: As conclusões devem ser moderadas tendo em conta as limitações do estudo (mais uma vez noto que no estudo da ref. [13] os RN foram testados em 3 momentos diferentes – embora também não tenha sido verificada a transmissibilidade vertical). E há que ter em conta as condições de proteção no alojamento conjunto.

Resposta 12 - Lembramos na conclusão a dimensão da nossa amostra e isso é limitativo da sua validade externa. Acrescentámos uma nota a reforçar essa limitação e outra a destacar a importância das medidas de proteção.