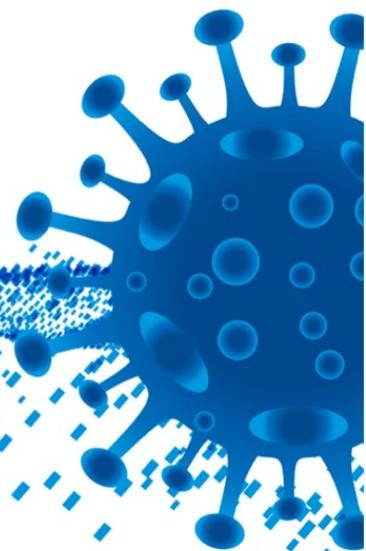


COVID-19 **MD**



# COVID-19 | Extensão Odontopediatria

Normas de Orientação Clínica Medicina Dentária

## | Atualização

Trabalho científico elaborado pelo grupo COVID-19 MD para a disseminação do conhecimento sobre o exercício clínico em medicina dentária no contexto da COVID-19.

A expressão *Normas de Orientação Clínica* reporta-se a uma metodologia científica e tipo de publicação decorrente. Consequentemente este documento não deve ser entendido como legislação ou qualquer tipo de imposição de cariz regulatório ou legal. Trata-se de uma contribuição científica para dilatação do conhecimento sobre o exercício profissional no contexto da COVID-19, servindo expectavelmente os seus destinatários.

**Os conteúdos constantes nesta extensão não substituem a leitura do documento integral<sup>[1]</sup>, mas antes a complementam de forma particular no referente ao atendimento do paciente pediátrico.**

<b>Autores</b>	<b>4</b>
<b>Autores   Extensão de Odontopediatria</b>	<b>8</b>
<b>Comissão Consultiva</b>	<b>9</b>
<b>Nota prévia</b>	<b>11</b>
<b>Introdução</b>	<b>12</b>
<b>Epidemiologia</b>	<b>12</b>
<b>Manifestações Clínicas e Formas de Apresentação da Doença em Crianças</b>	<b>12</b>
<b>Contexto da consulta de Medicina Dentária e necessidade desta Norma de Orientação Clínica</b>	<b>14</b>
<b>As Etapas da Pré-Intervenção</b>	<b>15</b>
O que está ao alcance dos cuidadores cumprir em contexto doméstico?	15
Como proceder relativamente a situações de urgência ou marcações não urgentes na consulta de odontopediatria?	15
Quais os pressupostos na ida à consulta de odontopediatria?	16
A criança também tem que usar máscara?	16
O que há a atender em ambiente clínico?	17
<b>As Etapas da Per-Intervenção</b>	<b>19</b>
Em ambiente de consulta o que ter em conta em termos de controlo comportamental e no referente a procedimentos operatórios?	19
Procedimentos a adotar em situação de emergência pediátrica em pleno cenário clínico durante o período pandémico	21
<b>Conclusão</b>	<b>22</b>
Qual o ponto de situação atual acerca da vacinação para a COVID-19 em crianças?	22
<b>Bibliografia</b>	<b>24</b>

# Autores

## Fernando Guerra

Médico Dentista

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Diretor do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0001-8780-9379>

## António Duarte Mata

Médico Dentista

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Coordenador do LIBPhys-UL Unidade de Investigação-UID/FIS/04559/2013, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa

Investigador Principal do Grupo de Investigação em Bioquímica e Biologia Oral, GIBBO FMDUL

<https://orcid.org/0000-0003-1474-2681>

## Alexandra Vinagre

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0001-6929-3807>

## Ana Luísa Costa

Médica Dentista

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigadora do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0002-4102-1719>

## Andreia Luís Vieira

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Investigadora do Grupo de Investigação em Bioquímica e Biologia Oral, GIBBO FMDUL

<https://orcid.org/0000-0002-3271-8645>

## Carlos Falcão

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

<https://orcid.org/0000-0001-8031-6176>

## Carlota Duarte de Mendonça

Médica Dentista

Investigadora do Grupo de Investigação em Bioquímica e Biologia Oral, GIBBO FMDUL

<https://orcid.org/0000-0001-6133-1995>

## Catarina Chaves

Médica

Assistente Hospitalar de Patologia Clínica

Responsável do Laboratório de Bacteriologia Geral

Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0003-0131-5728>

## David Herrera

Médico Odontólogo

Professor da Faculdade de Odontologia da Faculdade Complutense de Madrid

Vice-Decano da Faculdade de Odontologia de Madrid, Espanha

<https://orcid.org/0000-0002-5554-2777>

## Isabel Poiares Baptista

Médica Dentista

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigadora do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0003-4503-5365>

## Ivan Toro

Médico Dentista

<https://orcid.org/0000-0002-0437-4152>

## João Braga

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

<https://orcid.org/0000-0002-0895-1009>

## João Carlos Ramos

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0003-1965-1092>

## João Miguel Santos

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0002-2865-9689>

## João Miguel Silveira

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Investigador do LIBPhys-UL Unidade de Investigação-UID/FIS/04559/2013, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa

Investigador do Grupo de Investigação em Bioquímica e Biologia Oral, GIBBO FMDUL

<https://orcid.org/0000-0001-9366-0662>

## João Paulo Tondela

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0003-0787-7713>

## Paulo Palma

Médico Dentista

Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0003-4730-8072>

## Pedro Nicolau

Médico Dentista

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0001-7900-4482>

## Pedro Sousa Gomes

Médico Dentista

Professor Associado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Investigador do Centro de investigação *Bone Lab* da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

<https://orcid.org/0000-0001-5365-2123>

## Ricardo Dias

Médico Dentista

Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0002-0824-9754>

## Salomão Rocha

Médico Dentista

Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0002-5702-333X>

## Sérgio Matos

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0002-2548-4326>

Versão 1.1.1 | 20 de maio de 2021. Todos os direitos reservados.

# Autores | Extensão de Odontopediatria

## Ana Luísa Costa

Médica Dentista

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigadora do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0002-4102-1719>

## Ana Margarida Esteves

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0001-8522-983X>

## Bárbara Cunha

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0001-9660-1393>

## Daniela Soares

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0002-6841-3990>

## Joana Leonor Pereira

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0002-4669-8999>

## Sara Rosa

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0003-3582-2808>

## Teresa Xavier

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<https://orcid.org/0000-0003-1695-5496>

Versão 1.1.1 | 20 de maio de 2021. Todos os direitos reservados.

# Comissão Consultiva

*Prof.<sup>a</sup>. Doutora Ana Lúcia de Pereira Neves Messias*

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

*Prof. Doutor Aníbal Diógenes*

Professor Associado na Universidade do Texas, *Health Center of San Antonio*, Estados Unidos da América

*Prof. Doutor António Vaz Carneiro*

Professor Catedrático de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Diretor da Cochrane Portugal

*Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro*

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

*Prof. Doutor Duarte Marques*

Representante da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária

*Prof. Doutor Gil Alcoforado*

Professor Catedrático

*Prof. Doutor Ion Zabalegui*

Professor Convidado da Universidade *Complutense* de Madrid, Espanha

*Dr. José Manuel da Costa Rodrigues de Oliveira*

Médico Dentista

*Doutor José Frias Bulhosa*

Mestrado em saúde pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Representante da Associação Portuguesa de Médicos Dentistas dos Serviços Públicos (APOMED-SP)

*Dr. Luís António Silva Ferreira*

Médico Dentista

*Prof. Doutor Luís Pires Lopes*

Diretor da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

*Prof. Doutor Manuel Gameiro*

Professor Catedrático do Departamento de Engenharia Mecânica da Universidade de Coimbra

*Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Helena Raposo Fernandes*

Professora Catedrática da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

*Prof. Doutor Mário Bernardo*

Coordenador do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

*Prof. Doutor Mariano Sanz*

Professor Catedrático da Universidade *Complutense* de Madrid, Espanha

*Prof<sup>a</sup>. Doutora Marlene Barros*

Diretora da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

*Dr. Paulo Manuel de Oliveira Nunes*

Médico Dentista

*Dr. Nuno Ventura*

Médico Dentista

*Dr. Ricardo Jorge Martins*

Médico Dentista

*Prof<sup>a</sup>. Doutora Sandra Gavinha*

Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

## Nota prévia

Apesar da convivência com a doença COVID-19 já perfazer um ano, continua a existir uma lacuna na qualidade da evidência científica que é publicada. A quantidade de informação neste âmbito é extensa, na tentativa de encontrar respostas para um vírus que ainda apresenta muitos dos seus mecanismos desconhecidos. Como tal, esta atualização seguiu a metodologia da NOC inicialmente divulgada (protocolo disponibilizado pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) inglês, nomeadamente o *Interim process and methods for developing rapid guidelines on COVID-19* ([nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)<sup>[2]</sup>).

# Introdução

## Epidemiologia

Num curto período de tempo a COVID-19 adquiriu proporções pandémicas, assistindo-se à sua galopante disseminação à escala mundial. Ainda que, em termos epidemiológicos, se assista a um comportamento da doença em diferentes populações, de diferentes países, não transversal ou totalmente previsível, vários têm sido os modelos desenvolvidos na tentativa de antecipar meios, prevenindo desfechos altamente penosos, nomeadamente no respeitante ao número de internamentos em unidades de cuidados intensivos, complicações a médio longo prazo ou até mortes, mais incomuns em crianças<sup>[3]</sup>.

A OMS, os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) europeus e americanos e diversas fontes e bases de dados mantêm um mapa epidemiológico interativo atualizado. Em Portugal, e segundo o boletim epidemiológico da Direção-Geral da Saúde, a 03 de maio de 2020, mês de redação da primeira versão deste documento, registavam-se em Portugal 411 casos de crianças até aos nove anos e 755 de jovens com idades entre os 10 e os 19 anos. Atualmente, e pouco mais de um ano volvido desde o diagnóstico do primeiro caso confirmado em Portugal, os números relatam um número de casos confirmados por grupo etário a rondar o 45.000 (0-9 anos) e 76.000 (10-19 anos)<sup>[4]</sup>.

## Manifestações Clínicas e Formas de Apresentação da Doença em Crianças

Infeções por SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 parecem afetar as crianças com menor frequência e gravidade do que é verificado em adultos, o que pode ser explicado, entre outras razões, por as crianças estarem hipoteticamente menos frequentemente expostas às principais fontes de transmissão (desproporcionalmente acentuada a via nosocomial) ou também pelo facto de, por serem menos recorrentemente sintomáticas ou apresentarem sintomas tendencialmente mais ligeiros, serem menos testadas, levando a subdiagnóstico/subcontabilização do verdadeiro número de infetados<sup>[5-8]</sup>.

As razões apontadas para esta menor evidência ou exacerbação sintomática em crianças ainda não são totalmente conhecidas; apontam-se algumas possibilidades, uma delas prende-se com o facto de estas tenderem a contrair inúmeras infeções virais, sendo possível que a exposição viral repetida apoie o sistema imunológico quando em resposta ao SARS - CoV - 2. Também é sugerido que a proteína SARS - CoV - 2 S se ligue à enzima de conversão da angiotensina (ECA) 2 e que as crianças possam estar mais protegidas contra a SARS - CoV - 2 porque essa enzima é menos “madura” em idades mais jovens, sendo que o sistema imunológico sofre mudanças substanciais desde o nascimento até a idade adulta. Outras hipóteses relacionam-se com o nível de marcadores inflamatórios ou até linfocitopenia, acreditando-se que outros mecanismos possam ainda vir a ser descritos<sup>[9-14,15]</sup>.

Relativamente à SARS-CoV-2 acentua-se em diferentes publicações, de forma particular, esta menor probabilidade de as crianças serem sintomáticas ou desenvolverem sintomatologia grave, assim como um melhor prognóstico relativamente à ocorrência de infeção nos adultos<sup>[6,12,15-18]</sup>. Cefaleia, odinofagia, mialgias, vômitos e diarreia que, isoladamente, não definem a doença, podem ser integrados, conforme avaliação clínica, na suspeita de infeção por SARS-CoV-2. Esta consideração deve ser tida em conta particularmente em doentes pediátricos, em que rinorreia e sintomas gastrointestinais têm maior prevalência. Sendo raro, deve ser pesquisado SARS-CoV-2 perante uma síndrome inflamatória multissistémica com febre persistente, sintomas gastrointestinais, exantema, conjuntivite e/ou afeção respiratória, neurológica ou cardíaca de novo<sup>[15]</sup>.

Recentemente têm surgido relatos de casos, mais incidentes em alguns países, com manifestações de um tipo de síndrome inflamatória (*Kawasaki-like disease*), - *Síndrome Inflamatória Multissistémica Pediátrica*- em hipotética relação com a COVID-19, com manifestações de vasculite e complicações cardíacas potencialmente associadas (que podem culminar em aneurismas das artérias coronárias), entre outras. Do diagnóstico podem fazer parte febre persistente, exantema, linfadenopatia, congestão conjuntival bulbar bilateral e alterações nas mucosas e extremidades, incluindo algumas manifestações a nível oral /perioral (lábio azulado e microvasculites necrosantes particularmente em situações críticas de doença de Kawasaki)<sup>[18-26]</sup>.

Não se conhecendo neste momento os mecanismos, eventualmente imunes, subjacentes ou na origem desta ocorrência, nem sendo este achado transversal a todos os países em fase pandémica, as investigações continuam a este propósito<sup>[22]</sup>.

Não obstante, o papel das crianças na transmissão do novo coronavírus permanece incerto, e o facto de tenderem a expressar formas mais leves de COVID-19, com manifestações menos típicas e um eventual período de incubação mais longo, não poderá ser menosprezado<sup>[7,16,27,28]</sup>. Neste sentido, a deteção precoce de crianças com sintomas leves ou um estado assintomático e diagnóstico precoce de *Síndrome Inflamatória Multissistémica Pediátrica* é fundamental para a gestão da COVID-19, para a prevenção da transmissão e evolução para um estado inflamatório severo<sup>[22]</sup>.

## **Contexto da consulta de Medicina Dentária e necessidade desta Norma de Orientação Clínica**

Vivem-se dias de desafios inigualáveis a que todos, mundialmente, têm sido sujeitos na sequência deste surto pandémico. Os reflexos verificam-se de forma transversal na economia global, mas grandemente na forma de estar das populações, altamente condicionadas nos seus hábitos quotidianos e desempenho profissional. No respeitante ao desempenho clínico e ao modo organizacional da consulta de medicina dentária surge a obrigatoriedade de redefinir estratégias e práticas de forma ininterrupta e mais exigente, na dependência da evolução da doença, do nível de conhecimento sobre transmissão, imunização e terapêutica. Todas as atuais incertezas e incógnitas tornam as orientações e recomendações clínicas carentes de atualização a um ritmo que se tem vindo a revelar inédito até para a própria ciência em termos de capacidade de resposta; assim, os odontopediatras, enquanto médicos dentistas, devem basear a segurança da sua prática clínica nas recomendações mais atuais tendo em conta o padrão dinâmico das mesmas, mas também o desejável bom senso clínico, seja na preparação individual, nas mudanças físicas exigidas no cenário clínico, na relação interpessoal condicionada e no tipo de tratamento a levar a cabo<sup>[29,30]</sup>.

## As Etapas da Pré-Intervenção

### **ATUALIZAÇÃO DA BASE DE EVIDÊNCIA QUE SUPORTA A QUESTÃO, SEM ALTERAÇÃO DO NÍVEL E CLASSE DA RECOMENDAÇÃO**

---

O que está ao alcance dos cuidadores cumprir em contexto doméstico?

**Resposta:** Tendo por objetivo minimizar a ocorrência de infecção cruzada e acentuação da disseminação epidémica da COVID-19 na sequência da prestação dos cuidados na consulta de odontopediatria as recomendações para os pais devem incluir, em ambiente doméstico, não apenas o cumprimento da correta e frequente higienização das mãos e manutenção da atividade física, mas também cuidados, ainda mais reforçados, relativos a bons hábitos alimentares e higiénicos, sublinhando as boas práticas de higiene oral. O cumprimento destes pressupostos pode ajudar a evitar alguns episódios de urgência, conforme desejável na circunstância atual<sup>[31-34]</sup>. *(Nível III, Classe I)*

### **ATUALIZAÇÃO DA BASE DE EVIDÊNCIA QUE SUPORTA A QUESTÃO, SEM ALTERAÇÃO DO NÍVEL E CLASSE DA RECOMENDAÇÃO**

---

Como proceder relativamente a situações de urgência ou marcações não urgentes na consulta de odontopediatria?

**Resposta:** Durante o período pandémico as situações de urgência em odontopediatria devem ser tratadas de acordo com as diretrizes e o controlo atuais da COVID-19<sup>[32]</sup>. Assim, todos os procedimentos recomendados referentes à triagem de marcações de consulta/urgências (conforme aplicável) devem seguir as normas gerais explicitadas em 1.1-1.5 e 2.1-2.8, dando ênfase ao papel que a teleconsulta pode assumir no auxílio da gestão da agenda, minimizando risco de exposição da criança e maximizando respostas tendo em conta as condicionantes conjunturais<sup>[29,35-40, 41]</sup>.

Com base na avaliação das respostas dadas na sequência do questionário aplicado via telefónica ou digital podem ser avaliados, com o menor grau de erro possível, a gravidade da condição dentária e o enquadramento algorítmico para tratamentos de urgência, sendo tomada uma decisão que pode passar por proceder a prescrição, realização de consulta presencial ou deferimento da intervenção<sup>[38,42,43]</sup>. *(Nível IV, Classe IIb)*

Adicionalmente, a triagem de imagens fotográficas pode reduzir significativamente a necessidade de deslocações às clínicas, contribuindo para uma diminuição, quer do nível de exposição, quer do nível de ansiedade<sup>[44]</sup>.

## **ATUALIZAÇÃO DA BASE DE EVIDÊNCIA QUE SUPORTA A QUESTÃO, SEM ALTERAÇÃO DO NÍVEL E CLASSE DA RECOMENDAÇÃO**

---

Quais os pressupostos na ida à consulta de odontopediatria?

**Resposta:** Conforme explicitado nos pontos 2.7 e 9.4, idealmente a criança deve ser levada à consulta por apenas um acompanhante, salvo situações excepcionais devidamente justificadas, com sequencial e metucioso cumprimento dos passos definidos em 9.1-9.8<sup>[33]</sup>. A criança deve ser antecipadamente preparada para as alterações em ambiente de consulta, nomeadamente no espaço físico, equipamentos de proteção individual, limitação de ocupantes do gabinete de consulta e áreas comuns, ausência de brinquedos e minimização de contato físico<sup>[30,34,45]</sup>.

## **REFORMULAÇÃO E ATUALIZAÇÃO QUESTÃO**

---

A criança também tem que usar máscara?

Recomendação anteriormente proposta:

- Uso obrigatório de máscara a partir dos 10 anos. Em contexto comunitário e escolar (não abrange alunos do 1.º ciclo).

**Resposta:** Uma vez que a COVID-19 nas crianças cursa, na maioria dos casos, de forma ligeira ou até assintomática, não será de descurar o potencial contributo na disseminação comunitária do vírus pelo que, também por esta razão, e não obstante outros comportamentos a cumprir/respeitar, está preconizado o uso de máscaras pelas crianças<sup>[27]</sup>.

Quanto a este ponto, as normativas variam entre diferentes organizações e até de país para país, particularmente no referente ao contexto comunitário, em ambiente escolar. A OMS preconiza que, no caso das crianças entre os 6 e os 11 anos de idade, a decisão sobre o uso da máscara deve-se basear numa abordagem que considera o risco; já o uso da máscara em crianças e adolescentes com 12 ou mais anos de idade deve seguir os mesmos princípios assumidos para os adultos<sup>[46]</sup>. O *European Centre for Disease*

*Prevention and Control* remete, na sua última atualização, para esta mesma normativa da OMS no referente a esta temática<sup>[47]</sup>. Salvaguardadas exceções, em Portugal, na indicação mais recente preconiza-se o uso obrigatório a partir do 2º ciclo (10 anos), embora não se desincentive o uso voluntário em idades inferiores, igualmente em contexto comunitário, com referência particular ao ambiente escolar<sup>[48,49]</sup>.

Salienta-se a necessidade de precaver a sua correta colocação (e remoção), sempre auxiliada pelo acompanhante (ver pontos 9.3 e 9.5).

Há ainda a ter em conta alguns outros aspetos descritos, nomeadamente o risco de asfixia, a tendência para tocar na face mais frequentemente com a máscara colocada, bem como a necessidade de ajuste correto à menor dimensão da face da criança e o receio/resistência à colocação da máscara. Para contornar esta última questão, e numa tentativa de desmistificação, poderá ser útil os cuidadores, antecipadamente, em ambiente doméstico:

- incentivarem a criança a olhar-se ao espelho com a máscara colocada, falando sobre esse facto;
- colocarem uma máscara igualmente num boneco de particular preferência da criança;
- adquirirem máscaras especificamente para uso em pediatria, mais pequenas, coloridas e atrativas;
- mostrarem à criança fotos de outras crianças com máscara colocada;
- incentivarem o uso esporádico e pontual em ambiente doméstico para facilitar habituação;
- explicarem sumariamente a razão do uso, tendo em conta a idade/maturidade/ grau de compreensão da criança, evitando tendenciais estereotipizações (usar máscara = estar doente).

Nas crianças consideradas de maior risco recomenda-se proteção com outro tipo de máscaras, de maior eficácia<sup>[50,51]</sup>. (*Nível IV, Classe IIa*)

## **ATUALIZAÇÃO DA BASE DE EVIDÊNCIA QUE SUPORTA A QUESTÃO, SEM ALTERAÇÃO DO NÍVEL E CLASSE DA RECOMENDAÇÃO**

---

O que há a atender em ambiente clínico?

**Resposta:** Para além da informação transversalmente aplicável à clínica onde decorre a consulta de odontopediatria, informação essa relativa à organização do espaço e

mobiliário (3.1-3.10), barreiras físicas e sinalética (4.1-4.3) e várias outras informações úteis relacionadas, por exemplo, com a higienização das mãos (5.1-5.4), da cavidade oral e dispositivos orais previamente à consulta (5.5), limpeza da sala de espera e instalações sanitárias (6.1-6.12), fluxo de pessoas (7.1-7.4), acesso à clínica (8.1-8.4), particularidades inerentes a pacientes e acompanhantes (9.1-9.9), recepção de prestadores de serviços à clínica (distribuidores, recolha de resíduos (10.1-12.1) e meios de proteção para uso por parte de rececionistas, administrativos e profissionais de limpeza (13.1 e 14.1), há que atender a algumas particularidades respeitantes ao paciente pediátrico. Assim, a criança deve permanecer o mínimo tempo possível na sala de espera, acedendo desejavelmente ao gabinete de consulta num breve período após a entrada na clínica. Caso haja tempo de espera, deverá permanecer com a máscara colocada, idealmente na proximidade do acompanhante, o qual será responsável pela salvaguarda do desejável cumprimento do distanciamento social de outros pacientes eventualmente presentes<sup>[29,33,40]</sup>.

A criança e, mais especificamente o seu acompanhante, devem ser instruídos para não levar para a consulta brinquedos, fonte potencial de contaminação e infeção cruzada, devendo os mesmos ser retirados da sala de espera e gabinete de consulta por estas mesmas razões<sup>[45,49,52]</sup>.

O mesmo será análogo ao uso de objetos facilmente contamináveis, mas também potencialmente contaminantes, de uso corrente em crianças pequenas (chupeta, biberão, ...).# *(Nível IIb, Classe I)*

## As Etapas da Per-Intervenção

### **ATUALIZAÇÃO DA BASE DE EVIDÊNCIA QUE SUPORTA A QUESTÃO, SEM ALTERAÇÃO DO NÍVEL E CLASSE DA RECOMENDAÇÃO**

---

Em ambiente de consulta o que ter em conta em termos de controlo comportamental e no referente a procedimentos operatórios?

**Resposta:** (*Nível Ib, Classe IIa*)

As atitudes e emoções dos pais podem afetar adversamente o decurso da consulta e influenciar negativamente a perceção da criança sobre o evento<sup>[53]</sup>.

Assim, o acompanhante (pai/mãe/outro) assumirá, ainda mais do que habitual, um papel determinante na aceitação dos constrangimentos acrescidos inerentes à consulta em época pandémica, nomeadamente, por exemplo, no que concerne à rigidez de protocolos de controlo da infeção, à limitação de contato de proximidade com maior impessoalidade no trato habitual, aos apetrechos e complexidade dos equipamentos de proteção individual. Poderá haver vantagem em que criança seja preparada previamente, em casa, sem alarme, explicando-se-lhe a razão pela qual o ambiente e decurso da consulta serão transitoriamente diferentes daqueles que lhe são familiares, excetuando naturalmente situações de primeiras consultas. A visualização de imagens exemplificativas do “novo” contexto clínico é uma das hipóteses a considerar<sup>[34,54,55]</sup>.

Ainda relativamente a este aspeto é relevante acrescentar que o tipo de uniforme usado pelo clínico, assim como a sua aparência no geral e capacidade de comunicação, verbal e não verbal, parece exercer influência no comportamento da criança na consulta<sup>[56-59]</sup>.

Habitualmente o pai/mãe/ acompanhante da criança permanece no consultório durante a primeira consulta; dependendo do caso, a presença deste pode ser necessária, essencial ou desaconselhada, devendo por essa razão ser analisada e devidamente explicada<sup>[59,60]</sup>. Não obstante, idealmente, e sempre que praticável sem transtorno colaborativo, a criança deve entrar sozinha no gabinete de consulta. Caso se verifique imprescindível a presença do acompanhante, este deve permanecer no gabinete de consulta respeitando os requisitos explicitados em 9.5-9.8.

Perante a necessidade de a criança ser tratada ao colo do acompanhante, este deve estar, no mínimo, com a máscara colocada (ou EPI definido) e ter sido previamente rastreado, tal como a criança, conforme indicado em 9.1-9.3<sup>[29,34]</sup>.

Relativamente aos procedimentos operatórios, algumas ressalvas:

- Não assumir marcação preferencial para consultas dedicadas a tratamentos “de rotina” durante este período pandémico<sup>[34,61]</sup>;
- Considerar atendimento odontopediátrico urgente: presença de edema oral significativo que possa comprometer a deglutição e/ou respiração, culminar em trismus, extensão ocular significativa, com eventual pirexia associada; episódios traumáticos complexos na dentição permanente (avulsão, luxação severa, fratura coronária complicada, fratura radicular) e temporária (exposição pulpar ou luxação grave); hemorragia não controlada sem resposta a medidas de autocuidado; dor dentária severa (pulpite irreversível) que não responde a medicação, afetando alimentação e sono, suspeita de cancro oral. Deve ser dada prioridade a crianças com condições médicas subjacentes que as colocam em maior risco de complicações ou que impliquem cuidados especiais de abordagem comportamental (ex. autismo) em que a dor possa estar a condicionar acentuadamente a criança/família, com evidência de comportamentos adversos como autoagressão<sup>[37,40,61-63]</sup>;
- Trabalhar a 4 mãos<sup>[33,64]</sup>;
- Visando minimizar a produção de aerossóis (19.1-19.2), ponderar a adoção de estratégias alternativas compatíveis com abordagens menos invasivas e, em algumas situações, até a contemporização da evolução das lesões. Poderão ser exemplos destas abordagens a remoção de cárie com recurso a instrumentos manuais, químico-manuais, aplicação de agentes cariostáticos, remineralizantes, materiais de restauração libertadores de flúor, entre outros<sup>[29,30,31,34,39,40,65,66]</sup>;
- Priorizar o uso de dique de borracha em todos os procedimentos em que este seja possível e adequado (consulta complementar de 18.3)<sup>[29,33,37,67,68]</sup>;
- Considerar indicar à criança que efetue bochecho/lhe seja alternativamente aplicada sob forma tópica (ex: gaze embebida) solução antimicrobiana conforme mencionado nos pontos 18.1 e 18.2, uma vez que o coronavírus parece ser vulnerável aos processos de oxidação por agentes químicos do tipo do peróxido de hidrogénio, álcool, iodopovidona e cloreto de cetilpiridínio. Há que ponderar, contudo, o risco de recusa (sabor), de deglutição, intolerância, assim como inexistência de indicação e efetividade comprovada em idade pediátrica especificamente no tocante a este vírus já que algumas destas

soluções são utilizadas na cavidade oral da criança mas maioritariamente visando o controlo da flora cariogénica, inflamação gengival ou até pós amigdalectomias, em diferentes formulações e concentrações<sup>[33,34,41,69-77]</sup>;

- Optar por paracetamol, em doses habituais, quando necessária prescrição no referente ao controlo da dor (e febre) num paciente com suspeita ou confirmação de COVID-9<sup>[78]</sup>.
- Ter em atenção a possibilidade de, na sequência da ocorrência de Síndrome Inflamatória Multissistémica Pediátrica, existir envolvimento cardíaco, podendo verificar-se necessária profilaxia antibiótica em determinados procedimentos<sup>[23]</sup>, embora esta indicação possa ainda carecer de robustez de evidência.

## **ATUALIZAÇÃO DA BASE DE EVIDÊNCIA QUE SUPORTA A QUESTÃO, SEM ALTERAÇÃO DO NÍVEL E CLASSE DA RECOMENDAÇÃO**

Procedimentos a adotar em situação de emergência pediátrica em pleno cenário clínico durante o período pandémico

**Resposta:** As respostas perante uma situação de emergência neste contexto, seja no respeitante a manobras de suporte básico de vida pediátrico, resposta a hipotéticos episódios de engasgamento, entre outras, sofreram readaptação durante este período pelo que se aconselha a leitura cuidada de: *European Resuscitation Council COVID-19 Guidelines; Paediatric Basic and Advanced Life Support*<sup>[78,79]</sup>. (Nível IV, Classe IIa)

## Conclusão

Para informação complementar consultar documento integral intitulado COVID-19. Normas de Orientação Clínica - Medicina Dentária e respetivas atualizações<sup>[1,41]</sup>.

---

Qual o ponto de situação atual acerca da vacinação para a COVID-19 em crianças?

A Academia Americana de Pediatria recomenda que qualquer indivíduo a partir dos 16 anos de idade que atenda aos critérios definidos receba a vacina para a COVID-19<sup>[80]</sup>.

Os ensaios de diferentes vacinas estão em andamento e estima-se que algumas destas possam ser administradas a crianças até ao final deste ano, com os estudos preliminares a indicarem bons resultados no que concerne à ocorrência de efeitos secundários, tendo por base particularmente investigações levadas a cabo em Israel<sup>[81]</sup>.

Os estudos atuais incluem crianças a partir dos 12 anos de idade, sendo importante que os pacientes pediátricos de todas as idades sejam incluídos nos ensaios o mais rapidamente possível. Evidências de segurança e eficácia em crianças, mesmo em termos de resposta imune, urgem para consubstanciar a indicação de idade para estas vacinas<sup>[80]</sup>.

As baixas taxas de doença grave e morte associadas à infeção por SARS-CoV-2, a par de dados limitados no respeitante à segurança em crianças e jovens poderão ser um dos fatores que poderão ter contribuído para que não tivessem sido priorizados para vacinação em fases precoces<sup>[82]</sup>.

Não obstante, grupos de risco específicos em idade pediátrica (ex: determinados tipos de patologia respiratória) poderão beneficiar da imunização mais precocemente, ainda que possa ser prudente recomendar inicialmente vacinação para crianças mais velhas (por exemplo,  $\geq 12$  anos de idade), que aparentemente poderão estar mais em risco de doença grave do que crianças mais novas<sup>[82-84]</sup>.

Se todas as crianças serão vacinadas ou não, dependerá de vários fatores, incluindo o papel das mesmas na transmissão, bem como a segurança, eficácia e duração de proteção conferida pelas vacinas disponíveis. Mais importante ainda, vai depender se tais vacinas interrompem a transmissão, induzindo assim proteção de grupo para a população<sup>[82]</sup>.



## Bibliografia

1. Guerra, F., et al., COVID-19. Normas de Orientação Clínica - Medicina Dentária. Universidade de Coimbra, 2020. ISBN: 978-989-26-1985-9. DOI: 10.14195/978-26-1985-9.
2. National Institute for Health and care Excellence, Interim process and methods for developing rapid guidelines on COVID-19. Published date: 20 March 2020. <https://www.nice.org.uk/process/pmg35/chapter/scoping> (acedido a 11 de março de 2021).
3. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 in children and the role of school settings in transmission - first update. Stockholm, 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-schools> (acedido a 19 abril de 2021).
4. DGS, Ponto de Situação Atual em Portugal. <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/> (acedido a 19 abril de 2021).
5. Lu, X., et al., SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med*, 2020. 382(17): 1663-1665. DOI: 10.1056/NEJMc2005073.
6. Wu, Z. and McGoogan, J.M., Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 2020. 323(13):1239-1242. DOI: 10.1001/jama.2020.2648.
7. Zimmermann, P. and Curtis, N., Coronavirus Infections in Children Including COVID-19: An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *Pediatr Infect Dis J*, 2020. 39(5):355-368. DOI: 10.1097/INF.0000000000002660.
8. Davies NG, et al., Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med*, 2020. 26(8):1205-1211. DOI: 10.1038/s41591-020-0962-9.
9. Simon, AK, et al. Evolution of the immune system in humans from infancy to old age. *Proc Biol Sci*, 2015. 282(1821):20143085. DOI: 10.1098/rspb.2014.3085.
10. Cristiani, L, et al., Will children reveal their secret? The coronavirus dilemma. *Eur Respir J*, 2020. 55(4).DOI: 10.1183/13993003.00749-2020 [*Epub ahead of print*].
11. Henry, BM, et al., Laboratory abnormalities in children with novel coronavirus disease 2019. *Clin Chem Lab Med*, 2020. 58(7):1135-1138. DOI: 10.1515/cclm-2020-0272.

12. Ludvigsson, JF, Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr*, 2020. 109(6):1088-1095. DOI: 10.1111/apa.15270.
13. Wrapp, D., et al., Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science*, 2020. 367(6483): p. 1260-1263. DOI: 10.1126/science.abb2507.
14. Williams PCM, et al., SARS-CoV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings. *Pathology*. 2020. 52(7):801-808. DOI: 10.1016/j.pathol.2020.08.001.
15. Norma 004/2020: COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. Data: 23/03/2020. Atualizada a 19/04/2021. ([https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma\\_004\\_2020\\_act\\_19\\_04\\_2021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma_004_2020_act_19_04_2021.pdf)).
16. Brodin, P., Why is COVID-19 so mild in children? *Acta Paediatr*, 2020. 109(6): 1082-1083. DOI: 10.1111/apa.15271.
17. Bi, Q., et al., Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 2020. 20(8):911-919. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30287-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30287-5).
18. Teo JTR, Abidin NH, Cheah FC. Severe acute respiratory syndrome-Coronavirus-2 infection: A review of the clinical-pathological correlations of Coronavirus disease-19 in children. *Malays J Pathol*. 2020. 42(3):349-361. PMID: 33361715.
19. Dietz, SM., et al., Dissecting Kawasaki disease: a state-of-the-art review. *Eur J Pediatr*, 2017. 176(8):995-1009. DOI: 10.1007/s00431-017-2937-5.
20. McCrindle, BW., et al., Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. *Circulation*, 2017. 135(17):e927-e999. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000484.
21. Verdoni, L., et al., An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *The Lancet*, 2020. 395(10239):1771-1778. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31103-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31103-X).
22. Yasuhara J, et al., Clinical characteristics of COVID-19 in children: A systematic review. *Pediatr Pulmonol*. 2020. 55(10):2565-2575. DOI: 10.1002/ppul.24991.
23. Riad A, et al., Pediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with SARS-COV-2: Oral manifestations and implications. *Int J Paediatr Dent*. 2021. 31(1): 35-36. DOI: 10.1111/ipd.12694.

24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with Coronavirus Disease. 2019.
25. Scardina GA, et al., Oral necrotizing microvasculitis in a patient affected by Kawasaki disease. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007. 12(8):E560-4. PMID: 18059239.
26. Williams PCM, et al., SARS-CoV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings. *Pathology*. 2020. 52(7):801-808. DOI: 10.1016/j.pathol.2020.08.001.
27. CDC COVID-19 Response Team, Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2020. **69**(14): p. 422-426.
28. She, J., et al., COVID-19 epidemic: Disease characteristics in children. *J Med Virol*, 2020. 92(7):747-754. DOI: 10.1002/jmv.25807.
29. America's Pediatric Dentists. Re-emergence Pediatric Dentistry - Practice Checklist. 2020.
30. Sales SC, et al., The clinical practice of Pediatric Dentistry post-COVID-19: The current evidences. *Pediatr Dent J*. 2021 31(1):25-32. DOI: 10.1016/j.pdj.2021.01.002.
31. Mallineni, S.K., et al., Coronavirus disease (COVID-19): Characteristics in children and considerations for dentists providing their care. *Int J Paediatr Dent*, 2020. 30(3): 245-250. DOI: 10.1111/ipd.12653.
32. Wang, Y., et al., [Oral Health Management of Children during the Epidemic Period of Coronavirus Disease 2019]. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 2020. 51(2):151-154. DOI: 10.12182/20200360101.
33. Luzzi V, et al., Paediatric Oral Health during and after the COVID-19 Pandemic. *Int J Paediatr Dent*. 2021. 31(1):20-26. DOI:10.1111/ipd.12737.
34. Amorim, LM, et al., New Post-COVID-19 Biosafety Protocols in Pediatric Dentistry. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 2020. 20(1):e0117. DOI: <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.117>.
35. Maret, D., et al., Integration of telemedicine into the public health response to COVID-19 must include dentists. *Int Endod J*, 2020. 53(6):880-881. DOI: 10.1111/iej.13312.
36. Rockwell, KL and Gilroy, AS, Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care*, 2020. 26(4):147-148. DOI: 10.37765/ajmc.2020.42784.

37. Kumar Mallineni S, et al., Dentistry for children during and post COVID-19 pandemic outbreak. *Child Youth Serv Rev.* 2021. 120:105734. DOI: 10.1016/j.chilgyouth.2020.105734.
38. Yang F, et al., Online consultation and emergency management in paediatric dentistry during the COVID-19 epidemic in Wuhan: A retrospective study. *Int J Paediatr Dent.* 2021. 31(1):5-11. DOI: 10.1111/ipd.12722.
39. Rathore K. What Pediatric Dentists Need to Know about Coronavirus Disease (COVID-19). *J Dent (Shiraz).* 2020. 21(4):263-274. DOI: 10.30476/DENTJODS.2020.87278.1249. PMID: 33344676; PMCID: PMC7737919
40. Luo W, et al., Paediatric dental care during and post-COVID-19 era: Changes and challenges ahead. *Pediatr Dent J.* 2021. 31(1):33-42. DOI: 10.1016/j.pdj.2021.01.003.
41. Guerra, F., et al., COVID-19. Normas de Orientação Clínica - Medicina Dentária. Universidade de Coimbra, 2021. *In press.*
42. Ather, A., et al., Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. *J Endod,* 2020. 46(5):584-595. DOI: 10.1016/j.joen.2020.03.008
43. Dave, M., et al., Urgent dental care for patients during the COVID-19 pandemic. *Lancet,* 2020. 395(10232):1257. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30806-0
44. Davies A, et al., Implementation of photographic triage in a paediatric dental, orthodontic, and maxillofacial department during COVID-19. *Int J Paediatr Dent,* 2020. 28. DOI: 10.1111/ipd.12773.
45. Shah S. COVID-19 and paediatric dentistry- traversing the challenges. A narrative review. *Ann Med Surg (Lond),* 2020. 58:22-33. DOI: 10.1016/j.amsu.2020.08.007.
46. World Health Organization. (2020). Mask use in the context of COVID-19: interim guidance, 1 December 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
47. European Centre for Disease Prevention and Control. Using face masks in the community: first update. 15 February 2021. ECDC: Stockholm; 2021
48. Diário da República, 1ª série, N.º85-A. Decreto Lei n.º 20/2020 (1 de maio). 2020.
49. DGEstE. Direção Geral da Educação. Direção-Geral da Saúde. ORIENTAÇÕES. Ano letivo 2020/2021
50. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Abordagem do doente pediátrico com COVID-19. 2020.
51. American Academy of Pediatrics. Cloth Face Coverings for Children During COVID-19. <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/chest-lungs/>

- Pages/Cloth-Face-Coverings-for-Children-During-COVID-19.aspx (acedido a 3 maio de 2020). 2020
52. Hardy, A., et al., More than just teddy bears: Unconventional transmission agents in the operating room. *Arch Pediatr*, 2018. 25(7):416-420. DOI: 10.1016/j.arcped.2018.08.003
  53. Soxman, J., Parenting the parents of pediatric patients. *Compend Contin Educ Dent*, 2006. 27(11): p. 630-4. PMID: 17133933
  54. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. 2020.
  55. Bahramian H, et al., COVID-19 Considerations in Pediatric Dentistry. *JDR Clin Trans Res*, 2020. 5(4):307-311. DOI: 10.1177/2380084420941503.
  56. Greenbaum, PE, et al., Dentist's reassuring touch: effects on children's behavior. *Pediatr Dent*, 1993. 15(1): p. 20-4. PMID: 8233987.
  57. Panda, A, et al., Children's perspective on the dentist's attire. *Int J Paediatr Dent*, 2014. 24(2): p. 98-103. DOI: 10.1111/ipd.12032.
  58. Ravikumar, D, et al., Children's perception towards pediatric dentist attire: An observation study. *International Journal of Pedodontic Rehabilitation*, 2016. 1(2):49. DOI: 10.4103/2468-8932.196479.
  59. Naga Sailaja DSV. Child-friendly PPE. *Br Dent J*, 2020. 228(12):901-902. DOI: 10.1038/s41415-020-1797-y.
  60. Laki, K., et al., [Child dental care: what's about parental presence?]. *Arch Pediatr*, 2010. 17(11):1617-24. DOI: 10.1016/j.arcped.2010.07.016
  61. Cox, IC, et al., Influence of parental presence on the child's perception of, and behaviour, during dental treatment. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2011. 12(4):200-4. DOI: 10.1007/BF03262807.
  62. Stevens, C. and Rodd, H., Recommendations for Paediatric Dentistry during COVID-19 pandemic. <https://www.rcseng.ac.uk/dental-faculties/fds/coronavirus/> (acedido a 3 maio de 2020). 2020.
  63. Meyer, BD., et al., An Algorithm for Managing Emergent Dental Conditions for Children. *J Clin Pediatr Dent*, 2019. 43(3): p. 201-206. DOI: 10.17796/1053-4625-43.3.10.
  64. Ilyas N, et al., COVID-19 pandemic: the first wave - an audit and guidance for paediatric dentistry. *Br Dent J*, 2020. 228(12):927-931. doi: 10.1038/s41415-020-1702-8.
  65. Luzzi, V., et al., COVID-19: Pediatric Oral Health During and After the Pandemics. *Int J Paediatr Dent*, 2021. 31(1):20-26. DOI: 10.1111/ipd.12737.

66. Alharbi, A., et al., Guidelines for dental care provision during the COVID-19 pandemic. *Saudi Dent J*, 2020. 30(4):181-86. DOI: 10.1016/j.sdentj.2020.04.001
67. Cagetti MG, Angelino E. Could SARS-CoV-2 burst the use of Non-Invasive and Minimally Invasive treatments in paediatric dentistry? *Int J Paediatr Dent*, 2021. 31(1): 27-30. DOI: 10.1111/ipd.12679.
68. Samaranayake, LP, et al., The efficacy of rubber dam isolation in reducing atmospheric bacterial contamination. *ASDC J Dent Child*, 1989. 56(6): p. 442-4. PMID: 2681303
69. El-Din, AMT. and Ghoname, NAEH, Efficacy of rubber dam isolation as an infection control procedure in paediatric dentistry. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1997. 3.
70. Marshall, M.V., et al., Hydrogen peroxide: a review of its use in dentistry. *J Periodontol*, 1995. 66(9):786-96. DOI: 10.1902/jop.1995.66.9.786.
71. Centers for Disease Control and Prevention, Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003. 52.
72. Amin, MS, et al., Effect of povidone-iodine on *Streptococcus mutans* in children with extensive dental caries. *Pediatr Dent*, 2004. 26(1):5-10. PMID: 15080351.
73. Chacra, ZA, et al., Hydrogen peroxide mouth rinse: an analgesic post-tonsillectomy. *J Otolaryngol*, 2005. 34(3):178-82. DOI: 10.2310/7070.2005.04060.
74. Zhan, L., et al., Antibacterial treatment needed for severe early childhood caries. *J Public Health Dent*, 2006. 66(3):174-9. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2006.tb02576.x.
75. Simratvir, M., et al., Efficacy of 10% Povidone Iodine in children affected with early childhood caries: an in vivo study. *J Clin Pediatr Dent*, 2010. 34(3):233-8. DOI: 10.17796/jcpd.34.3.l552816527xtv122.
76. Eggers, M., et al., In Vitro Bactericidal and Virucidal Efficacy of Povidone-Iodine Gargle/Mouthwash Against Respiratory and Oral Tract Pathogens. *Infect Dis Ther*, 2018. 7(2):249-259. DOI: 10.1007/s40121-018-0200-7.
77. Keefe, K.R., et al., Treating pediatric post-tonsillectomy pain and nausea with complementary and alternative medicine. *Laryngoscope*, 2018. 128(11):2625-2634. DOI: 10.1002/lary.27231.
78. Marui, V.C., et al., Efficacy of preprocedural mouthrinses in the reduction of microorganisms in aerosol: A systematic review. *J Am Dent Assoc*, 2019. 150(12): p. 1015-1026 e1.
79. European Resuscitation Council. European Resuscitation Council COVID-19 Guidelines. 2020. <https://www.erc.edu/sites/5714e77d5e615861f00f7d18/>

[content\\_entry5ea884fa4c84867335e4d1ff/5f2d0b6e4c84866fd4e4d24c/files/Covid19\\_PBL\\_def.pdf?1596789276](https://content.entry5ea884fa4c84867335e4d1ff/5f2d0b6e4c84866fd4e4d24c/files/Covid19_PBL_def.pdf?1596789276).

80. <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/interim-guidance>. (acedido a 16 de abril de 2021)
81. Mahase, E. Covid vaccine could be rolled out to children by autumn. *BMJ* 2021;372:n723 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n723>
82. Wong BLH, Ramsay ME, Ladhani SN. Should children be vaccinated against COVID-19 now? *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 05 January 2021. doi: 10.1136/archdischild-2020-321225
83. Ladhani SN, Amin-Chowdhury Z, Davies HG, et al. COVID-19 in children: analysis of the first pandemic peak in England. *Arch Dis Child* 2020;105:1180–5.
84. Swann OV, Holden KA, Turtle L, et al. Clinical characteristics of children and young people admitted to hospital with covid-19 in United Kingdom: prospective multicentre observational cohort study. *BMJ* 2020;370:m3249