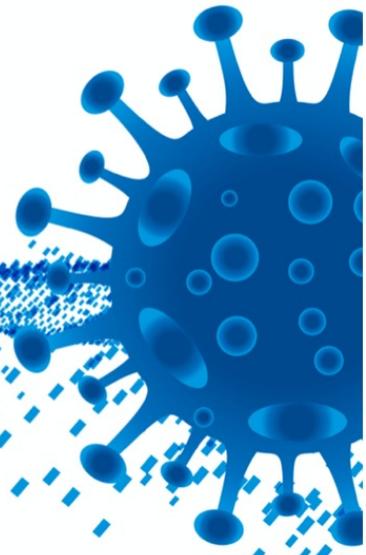


COVID-19 **MD**



COVID-19 | Extensão Odontopediatria

Normas de Orientação Clínica
Medicina Dentária

Trabalho científico elaborado pelo grupo COVID-19 MD objetivando 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. Não deve conseqüentemente este documento 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^[1], mas antes a complementam de forma particular no referente ao atendimento do paciente pediátrico.

Autores	4
Autores Extensão de Odontopediatria	8
Comissão Consultiva	9
Nota prévia	11
Objetivos	13
Relevância Científica	13
Tópico/Doença	14
Categoria	14
População-Alvo	14
Destinatários da Norma	14
Introdução	15
Epidemiologia	15
Manifestações Clínicas e Formas de Apresentação da Doença em Crianças	15
Contexto da consulta de Medicina Dentária e necessidade desta Norma de Orientação Clínica	17
As Etapas da Pré-Intervenção	19
O que está ao alcance dos cuidadores cumprir em contexto doméstico?	19
Como proceder relativamente a situações de urgência ou marcações não urgentes na consulta de odontopediatria?	19
Quais os pressupostos na ida à consulta de odontopediatria?	20
A criança também tem que usar máscara?	20
O que há a atender em ambiente clínico?	21
As Etapas da Per-Intervenção	24
Em ambiente de consulta o que ter em conta em termos de controlo comportamental e no referente a procedimentos operatórios?	24
Procedimentos a adotar em situação de emergência pediátrica em pleno cenário clínico durante o período pandémico	27
As Etapas da Pós-Intervenção	29
Conclusão	30
Bibliografia	31

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 1.0.1 | 02 de junho de 2020. 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 1.0.1 | 02 de junho de 2020. Todos os direitos reservados.

Comissão Consultiva

Doutora Ana Lúcia de Pereira Neves Messias

Assistente Convidada 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 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

Prof. Doutor José Frias Bulhosa

Representante da Associação Nacional de Médicos Dentistas do Serviço Nacional de Saúde

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^a. 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^a. 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^a. Doutora Sandra Gavinha

Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Nota prévia

Considerando que a doença COVID-19 é extremamente recente e que, conseqüentemente, existe uma lacuna natural na quantidade e qualidade da evidência científica neste tema, a elaboração de Normas de Orientação Clínica (NOC) clássicas não é possível. Neste contexto, as presentes Normas foram constituídas segundo o protocolo recentemente 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)^[2]).

Esta NOC resulta do trabalho elaborado por um comité de médicos dentistas. Não existiu consulta pública a representantes de todos os potenciais interessados sobre esta temática. O objetivo é produzir NOC que reduzam a entropia e promovam a consistência de atuação. No entanto, foi criada uma comissão consultiva com diferentes individualidades no sentido de rever a NOC e proceder à sua aferição, encontrando-se a constituição desta comissão enunciada no Apêndice I.

Promove-se a identificação das questões-chave aplicáveis aos cenários no regresso ao exercício clínico em medicina dentária.

Não foram efetuadas revisões sistemáticas da literatura. Embora se tenham constituído buscas nas bases de dados mais utilizadas, a informação principal nestas NOC deriva da utilização de documentos orientadores previamente publicados relativamente a pandemias já ocorridas.

Como seria expectável existe muito pouca literatura relativa à COVID-19, pelo que muita da base de evidência alternativa a que se recorreu reporta-se à *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV)*, *Swine Pandemic (AH1N1) Influenza A* e ao *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)*.

As bases de dados privilegiadas foram:

1. Guias da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre COVID-19
2. Recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS)
3. NICE e SIGN
4. Cochrane collaboration
5. MEDLINE (via PubMed)
6. Sociedades científicas internacionais e nacionais
7. Procedeu-se a uma hierarquização simples da evidência disponível
 - A estratégia de busca está reproduzida no Apêndice I
 - Foi dada prioridade a revisões sistemáticas e meta-análises
 - Seguida pela busca de ensaios clínicos aleatorizados
 - Seguida por estudos observacionais
 - Em caso negativo buscou-se publicações resultantes de observações de peritos em experiências prévias
 - Nos casos em que nenhum tipo de evidência pode ser encontrada, os peritos autores desta NOC elaboraram as recomendações por discussão e consenso baseados principalmente na plausibilidade biológica.

Procedeu-se a uma avaliação crítica sumária da literatura mas não se avaliou formalmente o risco da presença de vieses com recurso a escalas específicas.

No entanto, procedeu-se sempre a uma indicação breve e simples sobre o tipo de informação subjacente às recomendações clínicas produzidas.

Objetivos

Identificar e classificar os riscos de aquisição e disseminação do SARS-CoV-2 no contexto da pré-, per-, e pós-intervenção em saúde oral.

Produzir recomendações de atuação na pré-, per-, e pós-intervenção em saúde oral para todos os elementos presentes no teatro clínico que visem minimizar o risco de aquisição e/ou disseminação do SARS-CoV-2.

Relevo Científico

Tendo em conta que:

No decorrer da pandemia de COVID-19 vigente várias fontes identificaram a atividade de medicina dentária como estando no topo da pirâmide de risco de aquisição e disseminação do vírus SARS-CoV-2 devido à enorme produção de aerossóis que a caracterizam, o governo português determinou o encerramento provisório das clínicas de medicina dentária e estomatologia.

Não existem presentemente Normas de Orientação Clínica nacionais que veiculem recomendações de atuação em todos os passos da pré-, per-, e pós-intervenção em medicina dentária visando a prevenção da aquisição e disseminação do vírus SARS-CoV-2.

Existe, conseqüentemente, a necessidade de criação desta NOC enquanto conjunto de recomendações de atuação que permitam o regresso à atividade de medicina dentária em condições de segurança dos envolvidos no teatro clínico, sejam eles profissionais, parceiros de atividade ou população de utentes em geral.

Convém salientar que uma NOC pretende dar um suporte de apoio à decisão clínica. Não se trata de um documento que substitua a decisão clínica, mas que apoie o clínico na escolha da melhor intervenção considerado a sua experiência, os interesses específicos do paciente e o teatro clínico concreto em que o exercício se enquadra. Não se trata, pois, de um documento que objetive a tiranização da evidência sobre a escolha, mas que apenas permita decidir tendo em conta a maior robustez de evidência possível.

Tópico/Doença

COVID-19 - Minimização do risco de aquisição e disseminação da doença em medicina dentária no contexto da pandemia.

Categoria

Trata-se de uma NOC de *clinical governance advice, best practice e clinical safety*.

População-Alvo

Pacientes de medicina dentária e membros da equipa de saúde oral.

Destinatários da Norma

Todas as partes interessadas, nomeadamente: médicos dentistas, médicos estomatologistas, odontologistas, farmacêuticos, enfermeiros, higienistas orais, técnicos de prótese dentária, auxiliares de apoio à clínica, rececionistas, pessoal administrativo, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de segurança e higiene no trabalho, técnicos de análises clínicas, fornecedores de material e equipamento dentário, delegados de informação médica, técnicos de manutenção, técnicos de recolha de resíduos, associações profissionais, sociedades científicas, instituições de ensino, estudantes de medicina dentária, hospitais, seguradoras e convenções, parceiros comerciais e industriais, decisores políticos, Ordem dos Médicos Dentistas, Direção-Geral da Saúde, entidades reguladoras setoriais e pacientes.

Introdução

Epidemiologia

Num curto período de tempo a COVID-19 adquiriu proporções pandémicas, estando presente em todos os continentes à exceção da Antártida. Segundo o boletim epidemiológico da Direção-Geral da Saúde a 03 de maio 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^[3].

A OMS, os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) americanos e bases de dados modernas mantêm um mapa epidemiológico interativo atualizado.

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^[4-6].

As razões apontadas para esta menor evidenciação 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. Não obstante, a este propósito, muito há ainda a explorar até à obtenção de respostas inequívocas^[7-11].

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^[5, 10, 12, 13].

O quadro clínico é caracterizado por febre, tosse, odinofagia, diarreia, rinorreia, fadiga, vômitos, mialgias, cefaleia, sinais de dificuldade respiratória e/ou recusa alimentar; mais raramente, pode manifestar-se por doença grave, com pneumonia associada a sépsis, choque séptico e/ou síndrome de dificuldade respiratória aguda. A maioria (50-80%) das crianças com COVID-19 tem um contacto domiciliário infetado. A morbidade e mortalidade da doença parecem estar relacionadas com a resposta imunológica/inflamatória do hospedeiro^[4, 14-18].

Recentemente têm surgido relatos de casos, mais incidentes em alguns países, com manifestações de um tipo de síndrome inflamatória (*Kawasaki-like disease*), 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. 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^[19-21].

Há ainda a referir que, e embora as crianças aparentem menor propensão para apresentar formas graves da doença, existem subpopulações consideradas suscetíveis para maior gravidade, entre as quais:

- Imunodeprimidos: imunodeficiências primárias (exceto déficit de IgA) e infeção VIH com CD4 diminuídos (<200); transplante de órgão sólido ou células hematopoéticas; asplenia (anatômica ou funcional, incluindo anemia falciforme); doentes sob imunossuppressores (azatioprina, metotrexato, micofenolato, ciclosporina, ciclofosfamida, tacrolimus, sirolimus, DMARDs biológicos ou corticoterapia diária >28 dias; não inclui hidroxicloroquina ou sulfasalazina);
- Portadores de cardiopatia: cardiopatias hemodinamicamente significativas; cardiopatias graves recentemente intervencionadas ou em lista de espera de
- transplante cardíaco;

- Portadores de patologia respiratória crónica: fibrose quística, displasia broncopulmonar, doença do interstício pulmonar, asma grave, doenças neurológicas ou metabólicas com compromisso respiratório;
- Outros: DM tipo 1 com mau controlo metabólico, insuficiência renal crónica sob diálise^[15, 22].

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 significar que se devam menosprezar as que a desenvolvem/manifestam^[6, 12, 16, 23].

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

Os médicos dentistas são, em inúmeras situações, a primeira linha de diagnóstico^[24]. Para além disso, representam a classe profissional mais exposta e com maior risco de infeção por SARS-CoV-2 uma vez que a maioria dos procedimentos por eles elaborados estão associados à produção de aerossóis^[25].

A saliva apresenta uma carga viral muito alta de SARS-CoV-2 em pacientes infetados e está provado que o mesmo pode sobreviver até 9 dias em superfícies e objetos que estiveram em contacto com fluidos orais contaminados^[25, 26].

Posto isto, 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 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, no tipo de tratamento a levar a cabo^[27].

As Etapas da Pré-Intervenção

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

Resposta: Tendo por objetivo minimizar a ocorrência de infeção cruzada e acentuação da disseminação epidémica do 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 possível, mas também cuidados, ainda mais reforçados, relativos a bons hábitos alimentares e higiénicos, neste caso, de sublinhar de forma particular as boas práticas de higiene oral. O cumprimento destes pressupostos pode ajudar a evitar alguns episódios de urgência, conforme desejável na circunstância atual^[28-30]. (*Nível III, Classe I*)

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

Resposta: Durante o período epidémico as situações de urgência em odontopediatria devem ser tratadas de acordo com as diretrizes e o controlo atuais da COVID-19^[30].

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, sublinhando-se aqui a ênfase 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^[27, 31, 32].

Com base na avaliação das respostas dadas na sequência do questionário aplicado, via telefónica ou digital, pode ser avaliada, com o menor grau de erro possível, a gravidade da condição dentária, avaliar o enquadramento especificamente balizado para tratamentos de urgência e ser tomada uma decisão, que pode passar por proceder a prescrição, realização de consulta presencial ou deferimento da intervenção^[33, 34]. (*Nível IV, Classe IIb*)

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, devendo ser sequencial e meticulosamente cumpridos os passos definidos em 9.1-9.8.

A criança também tem que usar máscara?

Resposta: Uma vez que a COVID-19 nas crianças parece cursar habitualmente de forma ligeira ou até assintomática, não será de descuidar o seu 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 máscara pelas crianças^[16].

Quanto a este ponto, as normativas variam de país para país: enquanto nos Estados Unidos o CDC preconiza o uso a partir dos 2 anos de idade em contexto de contato comunitário, salvaguardadas exceções; em Portugal a indicação é mais recente, constante de decreto, preconizando-se o uso obrigatório a partir dos 6 anos, igualmente em contexto comunitário, com referência particular ao ambiente escolar^[35-38].

Sublinha-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: risco de asfixia; tendência para tocar na face mais frequentemente com a máscara colocada; necessidade de ajuste correto à menor dimensão da face da criança; 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 suscetíveis para maior gravidade supramencionadas recomenda-se proteção com outro tipo de máscara, de maior eficácia^[15, 36]. (*Nível IV, Classe IIa*)

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 a organização do espaço e mobiliário (3.1-3.10), barreiras físicas e sinalética (4.1-4.3), outras informações úteis relativas, por exemplo, à higienização das mãos (5.1-5.4), 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), receção 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 alguns pormenores respeitantes ao paciente pediátrico:

A criança deve permanecer o mínimo tempo possível na sala de espera, devendo desejavelmente entrar para o gabinete de consulta assim que entra na clínica. Caso haja período 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 relativamente a outros eventuais pacientes presentes^[27].

A criança e, mais particularmente 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^[39, 40].

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

Pontos-Chave

- 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 possível, mas também cuidados, ainda mais reforçados, relativos a bons hábitos alimentares e higiênicos; neste caso, de sublinhar de forma particular as boas práticas de higiene oral. *(Nível III, Classe I)*
- Durante o período epidémico as situações de urgência em odontopediatria devem ser tratadas de acordo com as diretrizes e o controlo atuais da COVID-19. *(Nível IV, Classe IIb)*
- Idealmente a criança deve ser levada à consulta por apenas um acompanhante. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Uma vez que a COVID-19 nas crianças parece cursar habitualmente de forma ligeira ou até assintomática, não será de descurar o seu 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 máscara pelas crianças. *(Nível IV, Classe IIa)*
- A criança deve permanecer o mínimo tempo possível na sala de espera, devendo desejavelmente entrar para o gabinete de consulta assim que chega à clínica. Caso haja período 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 relativamente a outros eventuais pacientes presentes.
- A criança e, mais particularmente o seu acompanhante, devem ser instruídos para não levar para a consulta brinquedos, objetos facilmente contamináveis, mas também potencialmente contaminantes, de uso corrente em crianças pequenas (chupeta, biberão, ...). *(Nível IIb, Classe I)*

As Etapas da Per-Intervenção

Para além da informação transversalmente aplicável relativa à definição de risco do procedimento (15.1-15.4), preparação do gabinete e proteção individual (16.1-16.11), equipamento de proteção individual (17.1-17.7), instrumentos rotatórios (19.1-19.2) há que atender a alguns pormenores respeitantes ao paciente pediátrico:

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)*

A porta do gabinete de consulta deve permanecer fechada enquanto decorrem os tratamentos^[27].

Sempre que possível a planificação da consulta deve contemplar a execução do maior número possível de tratamentos minimizando as deslocações à clínica^[27].

Durante o surto de COVID-19 a obrigatoriedade de confinamento, com conseqüente redução das atividades ao ar livre e da interação social, parece poder associar-se a um aumento dos níveis de ansiedade e patologia depressiva também na criança^[41-43].

As atitudes e emoções dos pais podem afetar adversamente o decurso da consulta e influenciar negativamente a perceção da criança sobre o evento^[44].

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 que 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^[45].

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^[46-48].

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^[49, 50].

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^[27].

Relativamente aos procedimentos operatórios, algumas ressalvas:

- Não assumir marcação preferencial para consultas dedicadas a tratamentos “de rotina” durante este período^[51];
- 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. 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^[51, 52];

- Definir/redefinir um plano de tratamento tendo em conta as contingências circunstanciais, cumprindo-o de forma o mais rigorosa possível, possibilitando uma melhor gestão das eventuais consultas seguintes; #
- Trabalhar a 4 mãos^[29];
- 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^[27, 28, 53];
- Priorizar o uso de dique de borracha em todos os procedimentos em que este seja possível e adequado (consulta complementar de 18.3)^[27, 54, 55];
- Considerar indicar à criança que efetue bochecho/lhe seja alternativamente aplicada sob forma tópica 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 relativamente a este vírus;
- Algumas destas soluções são utilizadas na cavidade oral da criança, mas maioritariamente visando o controlo da flora cariogénica, inflamação gengival, pós amigdalectomias, em diferentes formulações e concentrações^[29, 56-64];
- Dar preferência a tubos descartáveis/esterilizáveis em caso de utilização de equipamento para sedação com protóxido de azoto^[27];
- 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. A evidência não é, a esta altura, clara relativamente à possibilidade do ibuprofeno agravar o curso da doença; um risco teórico está a ser investigado pelo que o seu uso parece não estar contraindicado, ainda que esta questão continue a ser levantada na literatura. Deve ser, porém, evitado na insuficiência renal/desidratação^[14-17];

- Evitar procedimentos que possam ser indutores de tosse e/ou engasgamento; nestes incluem-se os procedimentos imagiológicos intraorais que, apesar de mais comuns, podem ser indutores deste tipo de reflexos, a par de constituírem estímulo para produção salivar acrescida. Por estas razões os meios imagiológicos extraorais têm vindo a ser apontados com preferenciais nesta fase e sempre que a situação clínica o permita^[14, 53, 65, 66];
- Ponderar, em conjunto com o médico assistente, o risco-benefício da consulta de odontopediatria, no atual contexto da pandemia, em crianças e jovens imunocomprometidos^[27].

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*^[67].

Quando clinicamente necessária (crise de asma, por exemplo) a terapêutica inalatória deve ser administrada por inalador pressurizado (MDI) +/- câmara expansora ou inaladores de pó seco, recomendando-se o uso individual de inaladores e câmaras, de preferência do próprio doente (recomendar que leve para a consulta de odontopediatria)^[15, 68-70]. (*Nível IV, Classe IIa*)

Pontos-Chave

- A porta do gabinete de consulta deve permanecer fechada enquanto decorrem os tratamentos. *(Nível Ib, Classe IIa)*
- Sempre que possível a planificação da consulta deve contemplar a execução do maior número possível de tratamentos minimizando as deslocações à clínica. *(Nível Ib, Classe IIa)*
- Durante o surto de COVID-19 a obrigatoriedade de confinamento, com conseqüente redução das atividades ao ar livre e da interação social, parece poder associar-se a um aumento dos níveis de ansiedade e patologia depressiva também na criança. *(Nível Ib, Classe IIa)*
- Visando minimizar a produção de aerossóis, 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. *(Nível Ib, Classe IIa)*
- Priorizar o uso de dique de borracha em todos os procedimentos em que este seja possível e adequado. *(Nível Ib, Classe IIa)*

As Etapas da Pós-Intervenção

No respeitante a este item, e pela transversalidade das recomendações, remete-se para a leitura de: final da consulta e desinfeção do gabinete clínico (20.1-20.22), materiais e dispositivos a enviar para o laboratório de prótese (21.1-21.4), a remoção do EPI (22.1-22.12), o acompanhamento do paciente (23.1-23.4), o regresso do paciente à receção (24.1-24.4), os meios de pagamento (25.1), normas de limpeza, desinfeção e esterilização do material (26.1-26.7) e como proceder em caso de exposição acidental (27.1-27.2).

Conclusão

Para informação complementar consultar documento integral intitulado COVID-19. Normas de Orientação Clínica - Medicina Dentária^[1].

Bibliografia

1. Guerra, F., et al., COVID-19. Normas de Orientação Clínica - Medicina Dentária. 2020.
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 16 de Abril de 2020).
3. DGS, Ponto de Situação Atual em Portugal. <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/> (acedido a 3 maio de 2020).
4. Lu, X., et al., SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med*, 2020. **382**(17): p. 1663-1665.
5. 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.
6. 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): p. 355-368.
7. Simon, A.K., et al., Evolution of the immune system in humans from infancy to old age. *Proc Biol Sci*, 2015. **282**(1821): p. 20143085.
8. Cristiani, L., et al., Will children reveal their secret? The coronavirus dilemma. *Eur Respir J*, 2020. **55**(4).
9. Henry, B.M., et al., Laboratory abnormalities in children with novel coronavirus disease 2019. *Clin Chem Lab Med*, 2020.
10. Ludvigsson, J.F., Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr*, 2020. **109**(6): p. 1088-1095.
11. Wrapp, D., et al., Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science*, 2020. **367**(6483): p. 1260-1263.
12. Brodin, P., Why is COVID-19 so mild in children? *Acta Paediatr*, 2020. **109**(6): p. 1082-1083.
13. 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.
14. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected. <https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe->

acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected. (acedido a 20 de abril de 2020).

15. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Abordagem do doente pediátrico com COVID-19. 2020.

16. 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.

17. Tagarro, A., et al., Screening and Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children in Madrid, Spain. JAMA Pediatr, 2020.

18. Xia, W., et al., Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. Pediatr Pulmonol, 2020. **55**(5): p. 1169-1174.

19. Dietz, S.M., et al., Dissecting Kawasaki disease: a state-of-the-art review. Eur J Pediatr, 2017. **176**(8): p. 995-1009.

20. McCrindle, B.W., 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): p. e927-e999.

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.

22. Cruz, A.T. and Zeichner, S.L., COVID-19 in Children: Initial Characterization of the Pediatric Disease. Pediatrics, 2020.

23. She, J., et al., COVID-19 epidemic: Disease characteristics in children. J Med Virol, 2020.

24. Xu, J., et al., 2019 novel Coronavirus outbreak: a quiz or final exam? Front Med, 2020.

25. Spagnuolo, G., et al., COVID-19 Outbreak: An Overview on Dentistry. Int J Environ Res Public Health, 2020. **17**(6).

26. Amodio, E., et al., Outbreak of Novel Coronavirus (SARS-Cov-2): First Evidences From International Scientific Literature and Pending Questions. Healthcare (Basel), 2020. **8**(1).

27. America's Pediatric Dentists. Re-emergence Pediatric Dentistry - Practice Checklist. 2020.

28. 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): p. 245-250.

29. Luzzi, V., et al., COVID-19: Pediatric Oral Health During and After the Pandemics. For peer review, 2020.
30. 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): p. 151-154.
31. Maret, D., et al., Integration of telemedicine into the public health response to COVID-19 must include dentists. *Int Endod J*, 2020. **53**(6): p. 880-881.
32. Rockwell, K.L. and Gilroy, A.S., Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care*, 2020. **26**(4): p. 147-148.
33. Ather, A., et al., Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. *J Endod*, 2020. **46**(5): p. 584-595.
34. Dave, M., et al., Urgent dental care for patients during the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 2020. **395**(10232): p. 1257.
35. Diário da República, 1ª série, N.º85-A. Decreto Lei n.º 20/2020 (1 de maio). 2020.
36. 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.
37. Centers for Disease Control and Prevention, Use of Cloth Face Coverings to Help Slow the Spread of COVID-19. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/diy-cloth-face-coverings.html>. 2020.
38. Caron, C., Should Young Children Wear Masks? <https://www.nytimes.com/2020/04/09/parenting/coronavirus-kids-masks.html>. The New York Times, 2020.
39. Held, M., et al., Stuffed Animals in the Operating Room: A Reservoir of Bacteria With a Simple Solution. *J Pediatr Orthop*, 2015. **35**(8): p. e110-2.
40. Hardy, A., et al., More than just teddy bears: Unconventional transmission agents in the operating room. *Arch Pediatr*, 2018. **25**(7): p. 416-420.
41. Brooks, S.K., et al., The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 2020.
42. Wang, G., et al., Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*, 2020. **395**(10228): p. 945-947.
43. Xie, X., et al., Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr*, 2020.

44. Soxman, J., Parenting the parents of pediatric patients. *Compend Contin Educ Dent*, 2006. **27**(11): p. 630-4.
45. American Academy of Pediatric Dentistry. *Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient*. 2020.
46. Greenbaum, P.E., et al., Dentist's reassuring touch: effects on children's behavior. *Pediatr Dent*, 1993. **15**(1): p. 20-4.
47. Panda, A., I. Garg, and A.P. Bhoje, Children's perspective on the dentist's attire. *Int J Paediatr Dent*, 2014. **24**(2): p. 98-103.
48. Ravikumar, D., D. Gurunathan, and A.K. Shanmugaavel, Children's perception towards pediatric dentist attire: An observation study. *International Journal of Pedodontic Rehabilitation*, 2016.
49. Laki, K., et al., [Child dental care: what's about parental presence?]. *Arch Pediatr*, 2010. **17**(11): p. 1617-24.
50. Cox, I.C., et al., Influence of parental presence on the child's perception of, and behaviour, during dental treatment. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2011. **12**(4): p. 200-4.
51. 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.
52. Meyer, B.D., et al., Jr., An Algorithm for Managing Emergent Dental Conditions for Children. *J Clin Pediatr Dent*, 2019. **43**(3): p. 201-206.
53. Alharbi, A., et al., Guidelines for dental care provision during the COVID-19 pandemic. *Saudi Dent J*, 2020.
54. Samaranayake, L.P., et al., The efficacy of rubber dam isolation in reducing atmospheric bacterial contamination. *ASDC J Dent Child*, 1989. **56**(6): p. 442-4.
55. El-Din, A.M.T. and Ghoname, N.A.E.H., Efficacy of rubber dam isolation as an infection control procedure in paediatric dentistry. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1997. **3**.
56. Marshall, M.V., et al., Hydrogen peroxide: a review of its use in dentistry. *J Periodontol*, 1995. **66**(9): p. 786-96.
57. Centers for Disease Control and Prevention, *Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003. **52**.
58. Amin, M.S., et al., Effect of povidone-iodine on *Streptococcus mutans* in children with extensive dental caries. *Pediatr Dent*, 2004. **26**(1): p. 5-10.

59. Chacra, Z.A., et al., Hydrogen peroxide mouth rinse: an analgesic post-tonsillectomy. *J Otolaryngol*, 2005. **34**(3): p. 178-82.
60. Zhan, L., et al., Antibacterial treatment needed for severe early childhood caries. *J Public Health Dent*, 2006. **66**(3): p. 174-9.
61. 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): p. 233-8.
62. 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): p. 249-259.
63. Keefe, K.R., et al., Treating pediatric post-tonsillectomy pain and nausea with complementary and alternative medicine. *Laryngoscope*, 2018. **128**(11): p. 2625-2634.
64. 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.
65. Vandenberghe, B., et al., Modern dental imaging: a review of the current technology and clinical applications in dental practice. *Eur Radiol*, 2010. **20**(11): p. 2637-55.
66. Al-Sehaibany, F.S., Middle East respiratory syndrome in children. *Dental considerations. Saudi Med J*, 2017. **38**(4): p. 339-343.
67. European Resuscitation Council. European Resuscitation Council COVID-19 Guidelines. 2020.
68. British Paediatric Allergy Immunity & Infection Group Position Statement: Sars-CoV-2 Treatment Guidance. Position Statement: Management of novel coronavirus (SARS-CoV-2) infection in paediatric patients in the UK and Ireland. https://www.georgespicu.org.uk/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2020/04/COVID-BPAIIG-Treatment-Guideline-v1.2_0-2.pdf (accedido a 3 maio de 2020). 2020.
69. Documento de manejo clinico del paciente pediátrico con infeccion por SARS-CoV-2. Extracto del Documento de Manejo Clínico del Ministerio de Sanidad. 2020.
70. Royal College of Paediatrics and Child Health, COVID-19 - clinical management of children admitted to hospital with suspected COVID-19. <https://www.rcpch.ac.uk/resources/covid-19-clinical-management-children-admitted-hospital-suspected-covid-19> (accedido a 3 maio de 2020). 2020.