



FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

BARBARA VASCONCELOS DEUS REZENDE

COVID-19 E A ODONTOPEDIATRIA: O QUE PRECISAMOS SABER?

CAMPO GRANDE-MS

2021



FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

BARBARA VASCONCELOS DEUS REZENDE

COVID-19 E A ODONTOPEDIATRIA: O QUE PRECISAMOS SABER?

Monografia apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu, FACSETE - Faculdade Sete Lagoas, unidade avançada Campo Grande, MS, como requisito parcial para conclusão do Curso de Odontopediatria. Área de concentração: Odontopediatria orientadora: Prof^a Ms. Ana Paula Pinto de Souza

CAMPO GRANDE – MS

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

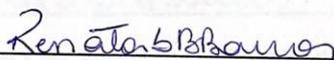
Rezende, Bárbara Vasconcelos Deus.
Covid-19 e a Odontopediatria: O que precisamos saber? / Rezende, Bárbara Vasconcelos de Deus – 2021.
34 f.
Orientador: Ana Paula Pinto de Souza
Monografia (Especialização) – Faculdade de Sete Lagoas - 2021.
1. Covid-19. 2. Odontopediatria. 3. Criança
I. Título. Covid-19 e a Odontopediatria: O que precisamos saber?
Ana Paula Pinto de Souza

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

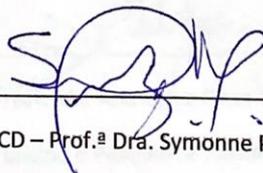
Monografia intitulada "COVID-19 E A ODONTOPEDIATRIA: O QUE PRECISAMOS SABER?" de autoria da aluna Bárbara Vasconcelos Deus Rezende, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



CD – Prof.^a Ms. Ana Paula Pinto de Souza – Orientadora
AEPC – Associação de Ensino e Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul



CD – Prof.^a Ms. Renata Santos Belchior de Barros
AEPC – Associação de Ensino e Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul



CD – Prof.^a Dra. Symonne Parizzoto
AEPC – Associação de Ensino e Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

RESUMO

A doença coronavírus, também chamada COVID-19, é a mais recente doença infecciosa a se desenvolver rapidamente no mundo todo que afeta primordialmente o sistema respiratório provocando insuficiência respiratória aguda. Os profissionais de saúde têm uma importância atuação frente à pandemia, com conseqüente maior exposição ao vírus da Covid-19 e, os cirurgiões-dentistas, devido à proximidade do contato direto com a cavidade bucal. Esse trabalho tem como objetivo esclarecer o cirurgião dentista sobre a pandemia do COVID19, e mostrar os cuidados que o mesmo deve ter para realizar um atendimento odontológico com segurança e apresentar informações sobre as sequelas do coronavírus em paciente infantil, como a Síndrome Inflamatória Multissistêmica. Desta forma por ser uma doença de alto potencial contagioso algumas medidas são essenciais para a prevenção como utilizar da Teleodontologia, segundo as normas da Resolução 226 para acompanhar e classificar os procedimentos de emergências ou urgências, minimizar a disseminação de patógenos durante assistência odontológica prestada evitando atender crianças que tenham sintomas e saber das manifestações orais da MIS-C para auxiliar o paciente no período do tratamento.

Palavras-chaves: Covid-19; Criança; Odontopediatria.

ABSTRACT

Coronavirus disease, also called COVID-19, is the latest rapidly developing infectious disease worldwide that primarily affects the respiratory system causing acute respiratory failure. Health professionals play an important role in the face of the pandemic, with consequent greater exposure to the Covid-19 virus, dentists and due to the proximity of direct contact with the oral cavity, it becomes one of the transmission routes. This work aims to clarify the dental surgeon about the COVID19 pandemic, and show the care that he/she must have to perform a dental care safely and present information about the sequelae of the coronavirus in pediatric patients, such as Multisystemic Respiratory Syndrome. Thus, as it is a disease with high contagious potential, some measures are essential for prevention, such as using Teledentistry, according to the rules of Resolution 226 to monitor and classify emergency or urgent procedures, minimize the spread of pathogens during dental care provided, avoiding attending children who have symptoms and know the oral manifestations of MIS-C to help the patient during the treatment period.

Keywords: Covid-19; Child; Pediatric Dentistry

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. PROPOSIÇÃO	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 O que é covid-19?	11
3.2 Covid-19 e Odontopediatria	14
3.3 Síndrome Inflamatória Multissistêmica Associada à Covid-19 na Criança	17
4 DISCUSSÃO	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1. INTRODUÇÃO

Atualmente o mundo tem vivenciado um surto de pneumonia causado pelo COVID-19 mais conhecido por Coronavírus. O agente infeccioso viral que deu origem a doença, identificado como SARS-Cov-2, é uma das variações do vírus que contamina seres humanos, detectado pela primeira vez em Wuhan, China. Por se tratar de uma doença de alto potencial contagioso e evolução ainda em pesquisa, sabe-se até o momento que a Covid-19 afeta primordialmente o sistema respiratório provocando insuficiência respiratória aguda (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020 A).

Diante do momento de insegurança, quanto ao comportamento e à disseminação do SARS-Cov-2, a pandemia se instaurou rapidamente entre a população mundial o que justifica o atual cenário de altos índices de mortalidade e de colapso na saúde pública. Os sintomas típicos do Covid-19 são febre, tosse seca, falta de ar, fadiga e outros sintomas atípicos, como dor muscular, confusão mental, dor de cabeça, dor de garganta, diarreia e vômito (PENG *et al.*, 2020).

A forma de transmissão se dá a partir do contato direto através de gotículas respiratória e indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas. Outra via de disseminação viral não intencional é a partir dos indivíduos assintomáticos. Estudos indicam que o maior potencial de transmissão da Covid-19 ocorre mediante a população assintomática. Pesquisas relatam sobre as dificuldades em identificar e isolar pacientes em estágio inicial do coronavírus. No Brasil e em vários países, uma das principais formas de prevenção e controle de disseminação da infecção, é por meio do isolamento social (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020 B).

Tendo em vista que os profissionais de saúde têm uma relevante atuação frente à pandemia, com consequente maior exposição ao vírus da Covid-19, os cirurgiões-dentistas estão entre as profissões que são mais infectados pelo novo Coronavírus, devido à proximidade do contato direto com a cavidade bucal, que é uma das principais vias de transmissão, juntamente com a produção de aerossóis no decorrer do atendimento odontológico (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2020).

No entanto, o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) tem sido cada vez mais rigoroso nos atendimentos odontológicos, no qual reforça a

necessidade de uma boa higiene das mãos e a importância da desinfecção completa de todas as superfícies dentro da clínica odontológica. O uso de equipamentos de proteção individual, incluindo máscaras, luvas, aventais e óculos de proteção ou face shield, é recomendado para proteger a pele e mucosa de sangue (potencialmente) infectado ou secreção (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION *et al.*, 2020).

É de responsabilidade dos profissionais da Odontologia buscar minimizar ao máximo a disseminação de patógenos no decorrer de qualquer assistência odontológica prestada. No entanto, em virtude ao atual cenário de saúde mundial e o alto risco de contaminação dos profissionais da Odontologia pelo SARS-Cov-2, busca-se informações que reforcem as medidas protetivas no atendimento odontológico frente a esse novo problema de saúde pública (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2020).

2. PROPOSIÇÃO

Em meio a tantas mudanças no estilo de vida das pessoas durante a pandemia do coronavírus, é de fundamental importância a divulgação de informações e protocolos de segurança para os profissionais da área da saúde, em específico os cirurgiões dentistas, para evitar a infecção e conseqüentemente suas sequelas. O objetivo desse trabalho é esclarecer o cirurgião dentista sobre a pandemia do COVID19, mostrar os cuidados que o mesmo deve ter para realizar um atendimento odontológico com segurança e apresentar informações sobre as sequelas do coronavírus em paciente infantil.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O que é covid-19?

Em 31 de dezembro de 2019, vinte e sete casos de pneumonia de etiologia desconhecida foram identificados na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Wuhan é a cidade mais populosa do centro da China, com uma população superior a 11 milhões. Esses pacientes apresentaram sintomas clínicos de tosse seca, dispnéia, febre e infiltrados pulmonares bilaterais na imagem. Todos os casos estavam relacionados ao Huanan Seafood de Wuhan Mercado Atacadista, que comercializam peixes e uma variedade de animais vivos, incluindo aves, morcegos, marmotas e cobras (LU ROUJIAN; STRATTON; TANG, 2020).

Em 8 de janeiro de 2020, um novo coronavírus foi oficialmente anunciado como patógeno causador do COVID-19 pelo Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças. Assim, a epidemia da doença de coronavírus 2019 (COVID19) tornou-se um grande problema desafiador de saúde pública não apenas para China, mas também o mundo (PHELAN *et al.*, 2020).

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou que este surto constituiria um serviço de saúde pública emergencial e de preocupação internacional. O coronavírus foi nomeado inicialmente COVID19 e oficialmente como síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARSCoV-2). Em 26 de fevereiro do mesmo ano, o COVID-19 era reconhecido em 34 países, com um total de 80.239 casos confirmados em laboratório e 2.700 mortes (MAHASE, 2020).

A sua etiologia viral de acordo com as pesquisas é zoonótico, sendo a origem mais provável em morcegos-ferradura chineses (*Rhinolophus sinicus*) e pangolins como o hospedeiro intermediário. O COVID-19 é causado pelo SARS-CoV-2, um betacoronavírus sendo constituído por uma estrutura de ácido ribonucleico de fita simples (RNA) que pertence à subfamília Coronavirinae, parte da família Coronaviridae. A análise sequencial de SARS-CoV-2 mostrou uma estrutura típica de outros coronavírus, e seu genoma foi comparado a uma estirpe de coronavírus previamente identificada que causou o surto de SARS em 2003 (LU *et al.*, 2020).

Estruturalmente, o coronavírus SARS (SARS-CoV) possui uma composição bem definida que compreende 14 resíduos de ligação que diretamente interage com a enzima de conversão da angiotensina humana 2. Embora os mecanismos

fisiopatológicos subjacentes ao surgimento de SARS-CoV-2 são desconhecidos devido a ensaios, existem semelhanças genômicas com SARS-CoV o que pode ajudar explicar a resposta inflamatória resultante da infecção viral (FEHR; PERLMAN, 2015).

Guan *et al.* (2020) concluíram através de estudos recentes que a cada 100 pacientes infectados com a COVID-19, 45% apresentavam sintomas leves como febre e tosse seca e 55% desses pacientes também tiveram falta de ar, fadiga e outros sintomas atípicos, como dor muscular, confusão mental, dor de cabeça, dor de garganta, febre, diarreia e vômito. Entre os pacientes submetidos à tomografia computadorizada de tórax (TC), 53% apresentaram pneumonia bilateral, com opacidade e sombras irregulares bilaterais sendo os padrões mais comuns.

A proporção de casos graves entre todos pacientes com COVID-19 na China foi de 15% a 25%, nos quais ocorreram complicações como, síndrome do desconforto respiratório aguda, arritmia, mialgia e choque, sendo transferidos para a unidade de terapia intensiva. No geral, pessoas com a idade avançada e existência de comorbidades subjacentes como diabetes, hipertensão, doença cardiovascular, doenças respiratórias e obesidade foram associadas a pior prognóstico (CHEN *et al.*, 2020).

Embora a principal fonte de transmissão, através de gotículas respiratórias, tenha sido o paciente com sintomas do COVID-19, observações sugerem que pacientes assintomáticos, em seu período de incubação, também são portadores de SARS-CoV-2. Este tempo é estimado em 5 a 6 dias em média, mas há evidências de que pode ser de até 14 dias, sendo este o período mais comumente adotado durante as observações médica como tempo de quarentena de pessoas potencialmente expostas. (BACKER; KLINKENBERG; WALLINGA *et al.*, 2020).

O diagnóstico de COVID-19 pode ser baseado em uma combinação de informações epidemiológicas como, um relato de viagem ou residência na região afetada 14 dias antes do início dos sintomas e sinais clínicos, achados de imagem por tomografia computadorizada (TC) e exames laboratoriais tais como, testes de reação em cadeia da polimerase com transcriptase reversa [RT-PCR] em amostras do trato respiratório de acordo com os padrões da OMS (2020). Deve-se mencionar que um único RT-PCR com o resultado negativo do teste de pacientes suspeitos não exclui infecção (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020 A).

Clinicamente, os pacientes com um quadro epidemiológico, história de sintomas relacionados ao COVID-19 e / ou TC positivo para os resultados de imagem, devem receber uma atenção maior. Até o momento, não houve evidências de ensaios clínicos randomizados para recomendar qualquer tratamento anti-nCoV específico (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020 A).

A transmissão do Sars-CoV-2 de pessoa para pessoa se dá por meio da autoinoculação do vírus em membranas mucosas (nariz, olhos ou boca) e do contato com superfícies contaminadas, o que tem chamado cada vez mais atenção para a necessidade de adoção rápida e preventiva de medidas de proteção humana a fim de impedir a contaminação de pessoas (KAMPF *et al.*, 2020).

Atualmente, a abordagem do COVID-19 é controlar a fonte de infecção com medidas de prevenção para diminuir o risco de transmissão, fornecer diagnóstico precoce através dos testes rápidos, isolamento e atendimento de suporte aos pacientes afetados. Entre essas medidas o isolamento social tem sido o mais praticado em vários países, pois tem o objetivo de conter a disseminação do vírus e possível colapso dos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

Outras medidas essenciais para a prevenção e enfrentamento contra o covid-19 estão à higienização das mãos com água e sabão sempre que possível e uso de álcool em gel 70 nas situações em que o acesso à água e ao sabão não seja possível, sendo uma das medidas mais importantes para a prevenção da transmissão, de baixo custo e alta efetividade, por serem as mãos o principal veículo de contaminação cruzada. Também recomendam evitar tocar olhos, nariz e boca, e proteger as pessoas ao redor ao espirrar ou tossir, com adoção da etiqueta respiratória, pelo uso do cotovelo flexionado ou lenço descartável. Além disso, a OMS indicou a manutenção da distância social de no mínimo de um metro e meio, que se evitassem aglomerações, e a utilização de máscara em locais públicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020; KAMPF *et al.*, 2020).

O uso da máscara também reduz a transmissão do aerossol, quando nos casos de contato com pessoas suspeitas de Covid-19 e com sintomas respiratórios brandos, desde a chegada ao serviço de saúde, ao local de isolamento e durante a circulação dentro do serviço como transporte de uma área/setor para outro, devendo-se evitar ao máximo tocar a máscara, olhos, boca

e face. Essa medida pode limitar a propagação de doenças respiratórias, incluindo o novo coronavírus. No entanto, apenas o uso da máscara é insuficiente para fornecer o nível seguro de proteção isoladamente, devendo ser sempre associada às já referidas (ANVISA, 2020).

3.2 COVID-19 E ODONTOPEDIATRIA

O cirurgião dentista deve evitar atender crianças que tenham sintomas como, tosse, febre, dor de garganta, fadiga, coriza, falta de ar e até 14 dias anteriores ao aparecimento dos sintomas tenham viajado para locais afetados pelo coronavírus ou estado em contato próximo com um caso provável ou confirmado de Covid 19 (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2020).

Segundo as orientações da Associação Americana de Odontologia (2020), os atendimentos odontopediátricos começam por uma triagem telefônica, na qual recolhem todas as informações necessárias antes do atendimento presencial de urgência e emergência. Diante das informações sobre o paciente, o mesmo se enquadra na classificação de pacientes com ou sem sintomas. Nos atendimentos odontopediátricos os casos de urgências são aqueles referentes à inchaços difusos dentro ou fora da cavidade bucal acompanhado de dor, sangramento que não cessa e trauma na face que comprometa as vias aéreas. Já os casos de emergências são os traumatismos dentários, dor de dente ou maxilar intensa, inflamação com inchaço localizado acompanhado de dor, procedimentos críticos em pacientes oncológicos, remoção de sutura ou biópsia de tecido anormal e ajuste de fios de aparelho ortodôntico que estejam perfurando gengiva ou bochecha.

Estudos realizados pela Associação Latino-Americana de Odontopediatria (2020) também propuseram uma rota de atuação para o Odontopediatra definindo o que seria atendimentos emergenciais e de urgência. Neste documento os procedimentos de urgência são aqueles que podem colocar o paciente em risco de morte requerendo atendimento imediato como: sangramento descontrolado, celulite facial com edema intra e extraoral que comprometam as vias aéreas ou planos profundos e trauma dento facial que pode comprometer as vias aéreas cujo atendimento seria exclusivamente em ambiente hospitalar. Já as emergências estão associadas às situações de alívio da dor e em casos de infecções graves como: pulpite irreversível severa, pericoronarite, abscesso dento alveolar

localizado, fratura dentária dolorosa, alveolite, traumatismo dentário com avulsão ou luxação, hemorragia, biópsia ou preparação dentária prévia para procedimentos médicos. Além destas observações outras foram sugeridas as quais constam nos Anexos 1 e 2 (REVISTA DE ODONTOPEDIATRÍA LATINOAMERICANA, 2020).

O consultório odontológico por ser um ambiente de fácil disseminação de microrganismos, alguns procedimentos como restaurações em dentes sem relato de dor, raio-x, manutenção de aparelho ortodôntico, extração de dente sem dor e profilaxia devem ser evitados, pois geram aerossóis onde o coronavírus pode sobreviver por 3 horas. Em casos de atendimentos emergenciais ou urgências deve-se obedecer a todos os cuidados de higienização necessários, uso de EPI adequado e sempre que possível utilizar isolamento absoluto e sucção constante de alta potência durante os procedimentos. Nas cirurgias, optar por fios absorvíveis em suturas e por instrumentos manuais para minimizar geração de aerossóis (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS, 2020).

Neste contexto de pandemia, procedimentos não invasivos, micro e minimamente invasivos ganham espaço e grande importância dentro da Odontopediatria, pois têm como característica comum a não necessidade de caneta de alta rotação ou seringa tríplice para o controle da saúde bucal assim como no tratamento da doença cárie sem produzir aerossóis. Levando-se em consideração estes aspectos, foi proposto um fluxograma de atenção odontopediátrica a ser utilizada em dentes vitalizados sem qualquer sinal ou sintoma de patologia inflamatória pulpar irreversível e que compreendem desde lesões iniciais em esmalte até cavidades com envolvimento de múltiplas superfícies os quais estão demonstrados na Figura 1. Outro fator não menos importante é o trabalho a quatro mãos e evitar procedimentos que induzam o aumento de secreção salivar e tosse (REVISTA DE ODONTOPEDIATRÍA LATINOAMERICANA, 2020):

Nos atendimentos odontológicos em UTI pediátrica o cirurgião dentista deve realizar avaliação odontológica apenas sob parecer médico ou em pacientes com sintomatologia oral que possam ter implicações sistêmicas, como travamento mandibular, sangramento bucal, lesões em mucosa bucal e infecções agudas bucais. No entanto antes da avaliação, deve observar os parâmetros vitais, aspirar as secreções e administrar enxaguatório antimicrobiano em gaze

umedecida com peróxido de hidrogênio a 1% ou com povidona a 0,2% duas vezes ao dia (ANVISA, 2020).

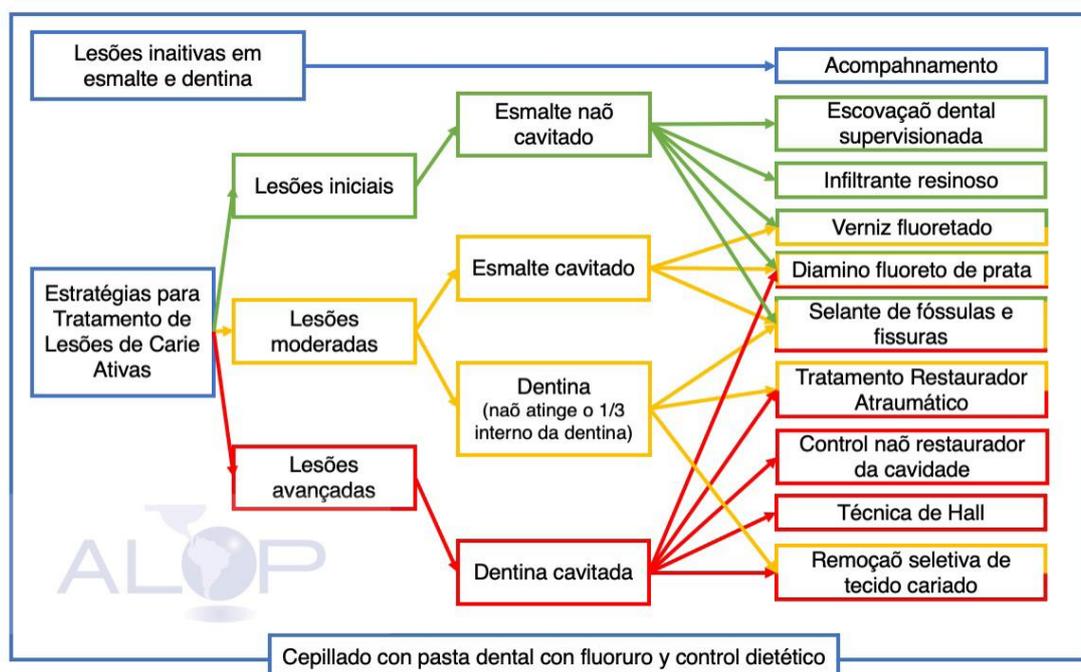


Figura 1. Tratamento da doença cárie em época de Covid-19: protocolos clínicos para o controle de aerossóis. fonte: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/191> acesso em 25 de agosto de 2021.

Com o objetivo de avaliar o efeito da pandemia de Covid-19 nos atendimentos odontopediátricos nas visitas de emergências e não emergenciais, foi realizado um estudo retrospectivo, através de análise em prontuários eletrônicos (1454), comparando-se o período de março a junho de 2019 com março a junho de 2020, cuja faixa etária ficou entre 1 a 14 anos de idade sendo a média de idade 7,75 anos. Após verificação dos dados observou-se uma diminuição drástica de ambos os atendimentos. Mas, além desta diminuição os autores chamam a atenção para a situação pós-pandêmica, pois, com a suspensão dos atendimentos odontológicos de rotina poderá aumentar as complicações relacionadas à saúde bucal e necessidade de tratamento. Assim, um planejamento meticuloso para o futuro se faz necessário tanto no serviço público quanto privado (ÜSTÜN; AKGÖL; BAYRAM, 2021).

A utilização da teleodontologia também foi motivo de pesquisa para Patel *et al.* (2021) cujo objetivo da pesquisa foi descrever o atendimento de emergência prestado pela equipe do Departamento de Odontopediatria do Hospital São Thomas (Londres) durante o primeiro bloqueio. Foi realizada uma avaliação

prospectiva do serviço de emergência odontológica pediátrica entre 25 de março a 29 de maio de 2020. Neste período 464 pacientes acessaram o serviço por telefone. Destes, 192 (41%) apresentaram dor de dente, 121 (26%) dor e edema de origem dentária e 89 (19%) trauma. Os autores salientaram que as consultas remotas por telefone e fotografias digitais enviadas pelos pais foram úteis para triagem de pacientes odontológicos pediátricos de emergência, mas a falta de consultas presenciais com avaliação radiográfica e acesso a serviços de anestesia geral foram os principais fatores limitantes concluindo-se que o uso de teleodontologia provavelmente será mais amplamente adotada, mas não deve ser considerada uma substituta para uma consulta odontológica completa, avaliação radiográfica e planejamento de tratamento.

3.3 SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA ASSOCIADA À COVID-19 NA CRIANÇA

O COVID-19 se espalhou no mundo todo e levantou graves preocupações devido à síndrome respiratória aguda grave causada pelo novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2. A OMS elevou o risco de propagação para nível muito alto, pois tem provocado impactos em todos os setores da sociedade, principalmente nos sistemas de saúde, devido à sua rápida disseminação por todos os continentes, sua capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, além do insuficiente conhecimento científico sobre o vírus, patogenia e tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020).

Recentemente, estudos envolvendo a população pediátrica estão revelando o perfil de acometimento do coronavírus em crianças e adolescentes. Embora muitas crianças apresentem casos de Covid-19 de forma assintomática, algumas desenvolvem casos graves da doença, necessitando de internação hospitalar e cuidados intensivos para tratamento. Nos últimos meses, uma série de relatos de casos foram publicadas no mundo, especialmente na Ásia, Europa, América do Norte e América Latina, incluindo o Brasil, descrevendo uma forma mais grave da Covid-19 em crianças e adolescentes: a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Associada à Covid-19 na Criança (MIS-C) (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020).

Tal fato sugere que a MIS-C é principalmente um quadro pós-infeccioso, estando presente geralmente 2 a 6 semanas após o contato com o vírus. Os

quadros descritos pelos especialistas ao redor do mundo apresentam semelhanças e diferenças com a apresentação clínica de outras doenças já descritas na população pediátrica, como a Doença de Kawasaki, Síndrome do Choque da Doença de Kawasaki e Síndrome do Choque Tóxico. Essas patologias também são inflamações multissistêmicas. Entretanto, ainda não há evidências científicas comprovando uma semelhança fisiopatológica consistente entre as doenças (JONES *et al.*,2020).

O Centro de Controle de Doenças Norte-americano (CDC) e Organização Mundial de Saúde (OMS), através da análise de casos registrados, definiram seus critérios de diagnósticos internacionalmente aceitos para MIS-C que são eles; idade entre 0 a 19 anos, febre por mais de três dias e apresentar pelo menos dois sinais clínicos como: erupção cutânea, conjuntivite não purulenta bilateral ou sinais de inflamação cutânea, hipotensão ou choque, disfunção cardíaca, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias incluindo achados ecocardiográficos ou elevação de troponina, evidência de coagulopatia (TP ou TTPA prolongado ou elevado), sintomas gastrointestinais agudos (diarreia, vômitos ou dor abdominal), marcadores elevados de inflamação (proteína C reativa elevada, velocidade de hemossedimentação ou procalcitonina), nenhuma outra causa de infecção, incluindo sepse bacteriana e síndrome de choque tóxico e evidência de infecção por SARS-CoV-2 (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020).

A epidemiologia dos pacientes que apresentaram MIS-C ainda não é bem definida. Pode-se considerar, então, que a idade média de acometimento da MIS-C é entre 7 e 9 anos. Apesar de grande parte dos pacientes referentes aos estudos apresentarem ascendência africana ou hispânica, não há como afirmar que essa etnia tem influência sobre os quadros clínicos apresentados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION *et al.*, 2020).

Whittaker *et al.* (2020), relataram que, em relação ao contato com o SarsCoV-2, dos 58 pacientes analisados com uma faixa etária entre 6 a 11 anos, 3 tiveram resultados positivos para RT-PCR para o coronavírus. Em relação ao exame sorológico, 40 pacientes apresentaram imunidade com Anticorpo IgG. Portanto, a maioria dos pacientes do estudo tiveram comprovação de infecção atual ou anterior pelo coronavírus, sugerindo ainda mais a associação da síndrome inflamatória em estudo com a Covid-19.

A correlação entre fatores genéticos com a complicação causada pelo coronavírus descrita como MIS-C ainda não está esclarecida. Entretanto, especula-se que pode haver forte relação com os genes dos pacientes e visto que, até então, não foi descrito nenhum caso de MIS-C na China, local de origem da Covid-19. A patologia ainda é uma descoberta recente para os pesquisadores e ainda há muito a ser explorado. Dessa forma, o perfil epidemiológico estudado reflete apenas uma parcela da população acometida. O mecanismo fisiopatológico da MIS-C e os fatores que levam à sua manifestação na criança ainda é motivo de estudo. O caráter pós infeccioso, mais do que uma lesão causada pela replicação viral, é reforçada pelo fato de que grande parte das crianças apresentam teste molecular negativo e sorologia positiva para Covid- 19 no momento do diagnóstico (JIANG *et al.*, 2020).

Embora esta seja uma patogênese ainda em estudo, evidências mostraram que há uma resposta imune inata desregulada, seguida por uma tempestade de citocinas e lesão endotelial que podem ser diretamente responsáveis por desempenhar um papel na manifestação clínica de casos graves da Covid-19 em adultos através de uma lesão pulmonar aguda responsável pela Síndrome da Insuficiência Respiratória Aguda (SARA), além de uma falência múltipla de órgãos (WALKER, PATRICHK *et al.*, 2020)

Os mecanismos complexos envolvidos na MIS-C ainda são incompreendidos. A análise mais provável é que há uma ativação desenfreada do sistema imune inato e adaptativo do hospedeiro. Essa ativação produz imunocomplexos responsáveis pela ativação da cascata do complemento promovendo uma secreção de citocinas pós-infecciosas, a exemplo da IL-1, IL-2, IL-6, IL-8, TNF-alfa. A principal consequência dessa atuação exacerbada do sistema imune é uma hiperpermeabilidade vascular, através de uma disfunção e dano endotelial. Além da disfunção endotelial, essa tempestade de citocinas é capaz de gerar uma diminuição da resistência vascular periférica, disfunção e dano miocárdica, enteropatia exsudativa, isquemia intestinal associada a fenômenos pró-coagulante e vasculite, níveis reduzidos de C3 e C4, hipoalbuminemia e hiponatremia, danos a múltiplos órgãos e choque. Esse conjunto de reações provoca uma série de inflamações pelo organismo, acometendo diferentes órgãos simultaneamente, verificando o caráter multissistêmico da MIS-C (LI *et al.*, 2020).

Por se caracterizar como uma síndrome inflamatória multissistêmica, os sintomas de MIS-C podem ser muito inespecíficos quando se pensa em um certo diagnóstico. São sinais e sintomas sistêmicos compatíveis com qualquer quadro inflamatório, dificultando um diagnóstico precoce. A febre em torno de 38 graus é o sintoma mais prevalente nesta síndrome e está presente em 100% dos casos descritos na literatura. As manifestações gastrointestinais como dor abdominal, náuseas, vômito e diarreia, também são muito frequentes, estando presentes em 90% dos casos relatados (TULLIE *et al.*, 2020).

Segundo Mahasee (2020) é muito frequente também a presença de manifestações cutâneas e mucosas, assemelhando os casos de MIS-C com a Doença de Kawasaki. Em 30-60% dos pacientes há o aparecimento de erupções cutâneas, conjuntivite bilateral não purulenta, alterações na mucosa oral com manchas hiperpigmentadas ou esbranquiçadas e queilite.

Pacientes com MIS-C necessitam de uma avaliação laboratorial ampla. A Sociedade Brasileira de Pediatria relata estudos nos quais todos os pacientes com diagnóstico de MIS-C apresentam parâmetros laboratoriais compatíveis com resposta inflamatória grave e lesão de órgãos. Recomenda-se, então, uma série de exames laboratoriais para obter uma avaliação completa do paciente com MIS-C. Esses exames incluem hemograma com plaquetas, urina tipo 1, eletrólitos e bioquímica completa, coagulograma completo com fibrinogênio, D-dímero, triglicérides, ferritina, troponina, pró-BNP, CK, sorologias, hemocultura, urocultura, coprocultura, cultura da orofaringe e painel viral respiratório, com pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR e sorologias (SÁFADI; SILVA, 2020).

O atendimento inicial do paciente com MIS-C visa sua estabilização hemodinâmica. É indispensável um exame físico minucioso e completa avaliação dos sinais vitais. Pacientes hipotensos e que apresentarem sinais de choque devem receber expansão volêmica vigorosa necessitando de uma monitorização contínua (LICCIARD *et al.*,2020).

Até o momento, não há diretrizes específicas para o manejo da MIS-C. Várias organizações têm adotado protocolos próprios para o atendimento desses pacientes com base em protocolos já existentes para manejo de sintomas específicos da Doença de Kawasaki e até mesmo protocolos estabelecidos para tratamento da Covid-19 em adultos. A Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020, publicou uma nota de alerta orientando os médicos brasileiros a estarem

capacitados para atuar no diagnóstico precoce e direcionamento quanto às possibilidades terapêuticas que podem ser adotadas. O atendimento inicial, manutenção da estabilidade hemodinâmica do paciente e o uso de imunoglobulinas são as principais recomendações da Sociedade (CIENTIFICO; FONSECA, 2019).

A MIS-C é uma doença mediada por uma resposta inflamatória exacerbada e descontrolada. Dessa forma, drogas que atenuem essa inflamação sistêmica tem um importante papel no tratamento desses pacientes, juntamente com um suporte clínico intensivo. A escolha em qual medicamento a ser utilizado está baseada na disponibilidade do serviço ou no painel de citocinas apresentado pelo paciente. Ensaios clínicos randomizados estão sendo desenvolvidos ao redor do mundo para buscar estabelecer um consenso quanto à essas medicações (JIANG *et al.*, 2020).

A população pediátrica acometida com MIS-C requer, frequentemente, cuidados intensivos e tratamentos agressivos. Entretanto, a maioria dos pacientes apresentam um desfecho positivo e com melhora clínica. Após estabilização clínica com a ausência de febre e hipotensão, diminuição dos marcadores inflamatórios e respiração sem auxílio de oxigênio suplementar, o paciente pode receber alta e fazer um acompanhamento ambulatorial precoce com avaliação conjunta de pediatras especialistas em infectologia, reumatologia e cardiologia (SÁFADI, SILVA, 2020).

De acordo com Jiang *et al.* (2020) o desfecho da MIS-C ainda não está esclarecido. Não se sabe ao certo se os pacientes podem apresentar sequelas após recuperação do quadro clínico. Mais uma vez, é necessário estudos prospectivos para identificar as sequelas dos pacientes portadores de MIS-C.

4 DISCUSSÃO

No final de 2019 a população mundial se viu diante de uma ameaça à saúde da qual não se sabia ainda como prevenir e tratar. Isto fez com que toda a área científica voltasse seu olhar para uma situação que viria a ceifar vidas e cujos tratamentos iniciais estavam em observação.

Pacientes infectados com o COVID-19 apresentam sintomas leves como febre, tosse seca, falta de ar, fadiga e sintomas atípicos como dor muscular, de cabeça e garganta, diarreia e vômito, mas em casos com complicações pode ocorrer a síndrome do desconforto respiratório agudo, arritmia, mialgia e choque necessitando de terapia intensiva sendo o pior diagnóstico para indivíduos com comorbidades (CHEN *et al.*, 2020; GUAN *et al.*, 2020).

A principal fonte de transmissão são as gotículas respiratórias sendo que pacientes assintomáticos, no período de incubação também podem transmitir. Este período de incubação são de 5 a 6 dias em média, porém 14 dias é o tempo adotado para observação médica (BACKER, KLINKENBERG, WALLINGA *et al.*, 2020). Salienta-se que a transmissão se dá por autoinoculação do vírus em membranas mucosas e em contato com superfícies contaminadas (KAMPJ *et al.*, 2020).

Já o diagnóstico, leva em consideração uma combinação de informações sendo elas: relato de viagem ou residência em região afetada 14 dias antes do início dos sintomas, achados de imagem de tomografia computadorizada e exames laboratoriais de acordo com os padrões da OMS (2020) e, um único exame de RT-PCR negativo não exclui a infecção (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020).

Quanto ao controle da transmissão as medidas preventivas vão desde a higienização das mãos com água e sabão ou uso de álcool gel a 70%, manutenção da etiqueta respiratória ao espirrar e tossir, evitar tocar os olhos, nariz e boca, manutenção de uma distância social de 1 metro e meio, evitar aglomeração e uso de máscara em locais públicos. Também fazem parte deste contexto a realização de diagnóstico precoce pela realização de testes rápidos, isolamento e atendimento de suporte aos pacientes afetados e isolamento social por 14 dias. É importante salientar que apenas o uso de máscara é insuficiente para proteção havendo a necessidade de adotar todas as medidas de proteção

em conjunto (BRASIL, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020; KAMP *et al.*, 2020; ANVISA, 2020).

Assim como houve uma movimentação geral para a adequação das rotinas diárias do ser humano, também a Odontologia passou por uma série de dificuldades e ajustes para que a população odontopediátrica não ficasse desassistida durante o período mais grave da pandemia momento em que o tratamento eletivo foi suspenso e apenas os atendimentos de urgência e emergência foram realizados.

Um dos principais ajustes na Odontopediatria para que se pudesse atender com segurança buscando evitar a transmissão cruzada do COVID-19 foi na triagem telefônica na qual se verifica a condição de saúde do paciente odontopediátrico antes do atendimento presencial de urgência ou emergência. Se a criança apresenta tosse, febre, dor de garganta, fadiga, coriza, falta de ar, se viajou até 14 dias antes de aparecer os sintomas e, mediante as respostas este poderia comparecer ao consultório odontológico para atendimento. Isto veio de encontro com a declaração da Organização Mundial da Saúde (2020), que classificou como pandemia a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), e as orientações emanadas pelo Ministério da Saúde de estabelecer medidas de proteção para o enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente da (COVID-19) (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2020; AMERICAN DENTAL ASSOCIATION *et al.*, 2020).

Neste momento, de dúvidas e adequações de protocolos a Teleodontologia foi utilizada como um sistema de rastreamento do que realmente era emergência, pois em alguns países chegou-se a realizar o lockdown. As avaliações foram realizadas via ligação telefônica e fotografias digitais enviadas pelos pais, entretanto a falta de consultas presenciais com a avaliação radiográfica e acesso à anestesia geral foram fatores limitantes chegando-se à conclusão que a teleodontologia não deve ser uma substituta para a consulta odontológica presencial e completa. Outro fator importante é que os casos de dor de dente não emergenciais foram gerenciados exclusivamente com três princípios: aconselhamento, analgesia e antimicrobianos quando apropriado recebendo a prescrição do antibiótico e acompanhamento telefônico para revisões no terceiro e quinto dia após o atendimento online. Além disto, com a suspensão dos

atendimentos eletivos poderá ocorrer um aumento de necessidades odontológicas acumuladas que necessitará de um planejamento tanto em serviço público quanto privado (PATEL *et al.*, 2021; ÜSTÜN; AKGÖL; BAYRAM, 2021).

No Brasil considerando a necessidade de manter a autonomia do paciente na escolha do Cirurgião-Dentista que melhor lhe atenda, a Resolução 226 (CFO,2020) demonstra a legalidade e a vedação para realização de consultas mediante correspondência, rádio, televisão ou meios semelhantes. Assim os acompanhamentos a distância dos pacientes que estejam em tratamento, no intervalo entre consultas, devendo ser registrada no prontuário toda e qualquer atuação realizada nestes termos. A resolução traz também que enquanto durar o estado de calamidade pública declarado pelo Governo Federal, a teleorientação realizada pelo profissional terá objetivo único e exclusivo de identificar, através da realização de questionário pré-clínico, o melhor momento para a realização do atendimento presencial (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2020).

Em casos de atendimentos emergenciais ou urgência deve-se obedecer a todos os cuidados de higienização, uso de EPIs adequados e sempre que possível utilizar isolamento absoluto e sucção constante de alta potência durante os procedimentos (SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2020).

Um dos principais desafios que a teleodontologia vem enfrentando é com adaptação do serviço de triagem digital. Como as consultas presenciais tiveram que ser reduzidas ao mínimo, fotografias foram usadas para complementar a história tirada por telefone para fazer um diagnóstico e, posteriormente, determinar um tratamento mais adequado. A proteção de dados e a confidencialidade do paciente tem que possuir um controle seguro o tempo todo, especialmente ao usar fotos para o processo de triagem. As consultas por telefone eram principalmente com os pais ou tutores das crianças, e não com as próprias crianças. Isso pode indiscutivelmente afetar a confiabilidade do histórico de apresentação de queixas (LURIE; CARR, 2018).

Um fator positivo, durante este período de pandemia, foi a atenção voltada para os procedimentos não invasivos, micro e minimamente invasivos na Odontopediatria, pois não necessitam, obrigatoriamente, da caneta de alta rotação ou seringa tríplice diminuindo assim a produção de aerossóis situação esta favorável ao atendimento odontológico para situações que foram sugeridas pela

ALOP conforme a Fig.1 (REVISTA DE ODONTOPEDIATRÍA LATINOAMERICANA, 2021).

Outro fator não menos importante e que vale ser comentado refere-se ao quadro epidemiológico na faixa etária de 0-19 anos de idade que no Brasil, foram notificados 388.901 casos de SRAG devidos à COVID-19 entre a 1ª e a 38ª Semanas Epidemiológicas de 2020. As hospitalizações por esse agravo entre crianças e adolescentes (0 a 19 anos) totalizaram 9.483 casos no mesmo período. As idades de 1 a 4 e 15 a 19 anos somaram a maior parte das hospitalizações, com 27,5%. Sobre a distribuição proporcional dos óbitos, foram identificadas proporções semelhantes entre crianças menores de 1 ano foi de 28,9% e adolescentes de 15 a 19 anos foi 28,4% (CORONAVIRUS IN KIDS, 2020).

Já para SÁFADI e Silva (2020) esta mesma população (0 a 19 anos de idade), em sua maioria apresentaram formas leves ou assintomáticas e rara ocorrência de Síndrome Inflamatória Multicêntrica e, em sua análise, comparando-se o ano de 2020 e 2021, no ano de 2020 houve um total de hospitalizações de 2,46% e 0,62% de mortes e, em 2021 até 1 de março, o percentual de hospitalizações e mortes foi respectivamente de 1,79% e 0,39%, com taxa de letalidade de 8,2% em 2020 e 5,8% em 2021.

Entretanto, mesmo que a manifestação da MIS-C seja rara ela traz à população pediátrica a necessidade de internação hospitalar e cuidados intensivos apresentando como critérios de diagnóstico a faixa etária de 0-19 anos, sendo a média entre 7-11 anos, manifestações clínicas semelhantes às encontradas na Doença de Kawasaki como erupções cutâneas, conjuntivite bilateral não purulenta, alterações na mucosa oral com manchas hiperpigmentadas ou esbranquiçadas e queilite e que apresente febre por mais de três dias. Quanto as alterações labiais e orais estas incluem: eritema, ressecamento, fissuras e sangramento labial, podendo estar presente também hiperemia difusa de mucosa orofaríngea e “língua em framboesa ou morango” (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION *et al.*, 2020; MAHASE, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2020).

Os estudos para tratamento sobre MIS-C ainda não estão esclarecidos, algumas organizações têm adotado protocolos próprios para o atendimento desses pacientes com base em protocolos já existentes para manejo de sintomas específicos de outras doenças com sintomas semelhantes e até mesmo

protocolos estabelecidos para tratamento da Covid-19 em adultos. No entanto a maioria dos pacientes apresenta um desfecho positivo e com melhora clínica bem significativa (NHS, 2020).

Assim, é de importância fundamental que o cirurgião dentista tenha acesso a todos os tipos de protocolos de segurança antes, durante e após os atendimentos odontológicos para evitar a propagação do COVID-19 durante as consultas. Saber lidar com as novas ferramentas para auxiliar nos atendimentos a distancias e presencias, durante o período de pandemia, são imprescindíveis para manter o cuidado com a saúde bucal das crianças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de uma doença de alto potencial contagioso, com altos índices de mortalidade e de colapso na saúde pública é fundamental que:

- As medidas essenciais para a prevenção e enfrentamento contra o covid-19 sejam realizadas;

- Utilizar da Teleodontologia na Odontopediatria, segundo as normas da Resolução 226 para acompanhar e classificar os procedimentos de emergências ou urgências orientando, quando possível, os procedimentos possíveis de serem realizados pelo responsável do paciente;

- É dever da Odontopediatria buscar minimizar ao máximo a disseminação de patógenos no decorrer de qualquer assistência odontológica prestada evitando atender crianças que tenham sintomas como, tosse, febre, dor de garganta, fadiga, coriza, falta de ar e até 14 dias anteriores ao aparecimento dos sintomas;

- Utilizar da Odontologia de Mínima Intervenção dentro das evidências científicas;

- Ter conhecimento das manifestações orais da MIS-C para auxiliar o paciente infantil na sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION et al. What constitutes a dental emergency. **American Dental Association**, v. 1, 2020. Disponível em: https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA_COVID19_Dental_Emergency_DDS.pdf?utm_source=adaorg&utm_medium=covid-resources-lp&utm_content=cv-pm-emergdef&utm_campaign=covid-19&ga=2.21057403.1123261038.1585146874-1878091575.1585146874

ANVISA. (2020). Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo coronavírus (sars-cov-2). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Acesso 01 de Maio de 2020, em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Recomendações AMIB para atendimento odontológico COVID- 19: **Comitê de Odontologia**. São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/22/RECOMENDACAO_ES_ODONTOLOGIA_COVID-19_AMIB_-_2020_pdf_1.pdf

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS. Covid-19 – Recomendação de prevenção para Cirurgiões-Dentistas. 2020. Disponível em: <http://www.apcd.org.br/index.php/noticias/1532/emfoco/04-03-2020/covid-19-recomendacao-de-prevencao-para-cirurgioes-dentistas>

BACKER, Jantien A.; KLINKENBERG, Don; WALLINGA, Jacco. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. **Eurosurveillance**, v. 25, n. 5, p. 2000062, 2020. Disponível em: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062;jsessionid>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Boletim Epidemiológico Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) – Semana Epidemiológica 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION et al. Centers for Disease Control and Prevention Coronavirus disease 2019 (COVID-19) 2020. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019ncov/hcp/dentalsettings.html#EngineeringControls_2020

CIENTÍFICO, Conselho; FONSECA, Adriana Rodrigues. Doença de Kawasaki.]. Rio de Janeiro (RJ): **SBP**; 2019; Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22196c-DocCient_-_Doenca_de_Kawasaki.pdf [acesso em: 20 de junho de 2020].

CHEN, Nanshan et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 507-513, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. (2020). Recomendações para atendimentos odontológicos em tempos de Covid-19. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Acesso 01 de Maio de 2020, em <http://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Material-CDs-Coronavi%CC%81rusCFO-1.pdf>.

CORONAVIRUS IN KIDS – COVKID. Tracking and education project [Internet]. [S.I.]: COVKID; 2020 [cited 2020 Jul 20]. Disponível em: <https://www.covkidproject.org/>. Acesso em: 29 de junho de 2021.

FEHR, Anthony R.; PERLMAN, Stanley. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. **Coronaviruses**, p. 1-23, 2015.

GUAN, Wei-jie et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. **MedRxiv**, 2020.

JIANG, Li et al. COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents. **The Lancet Infectious Diseases**, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30651-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30651-4)

JONES, Veena G. et al. COVID-19 and Kawasaki disease: novel virus and novel case. **Hospital pediatrics**, v. 10, n. 6, p. 537-540, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-0123>

KAMPF, Günter et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **Journal of hospital infection**, v. 104, n. 3, p. 246-251, 2020.

LICCIARDI, Francesco et al. SARS-CoV-2–induced Kawasaki-like hyperinflammatory syndrome: a novel COVID phenotype in children. **Pediatrics**, v. 146, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1711>

LI, Hui et al. SARS-CoV-2 and viral sepsis: observations and hypotheses. **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1517-1520, 2020.

LU, Hongzhou; STRATTON, Charles W.; TANG, Yi-Wei. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. **Journal of medical virology**, v. 92, n. 4, p. 401, 2020.

LU, Roujian et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 565-574, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)

LURIE, Nicole; CARR, Brendan G. The role of telehealth in the medical response to disasters. **JAMA internal medicine**, v. 178, n. 6, p. 745-746, 2018.

MAHASE, Elisabeth. Coronavírus da China: a OMS declara emergência internacional já que o número de mortos excede 200. **BMJ: British Medical Journal (Online)**, v. 368, 2020.

MAHASE, Elisabeth. Covid-19: Surgem casos de síndrome inflamatória em crianças após alerta urgente. **BMJ**. 2020; 369: 1990

NHS South East. Urgent Dental Care in the South East. 2020. Available from: <https://www.england.nhs.uk/south-east/2020/04/17/urgent-dental-care-in-the-south-east/> [cited 2020 Jul 31]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. Doença por coronavírus 2019 (COVID-19): relatório de situação, 94. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200816-covid-19-sitrep-209.pdf?sfvrsn=5dde1ca2>

PATEL, N. et al. Serviço odontológico pediátrico A&E durante a pandemia COVID-19 na área metropolitana de Londres. **Arquivos europeus de odontologia pediátrica**, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7778697/> Acesso em: 29 jun. 2021

PENG, Xian et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. **International journal of oral science**, v. 12, n. 1, p. 1-6, 2020.

PHELAN, Alexandra L.; KATZ, Rebecca; GOSTIN, Lawrence O. The novel coronavirus originating in Wuhan, China: challenges for global health governance. **Jama**, v. 323, n. 8, p. 709-710, 2020.

REVISTA DE ODONTOPEDIATRÍA LATINOAMERICANA, E. de trabajo multidisciplinario de la. Ruta de atención para procedimientos de Odontología Pediátrica durante la etapa de confinamiento o cuarentena de la pandemia COVID-19. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, [S. l.], v. 10, n. 2, 2021. DOI: 10.47990/alop.v10i2.190. Disponível em: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/190/21> . Acesso em: 29 jun. 2021.

REVISTA DE ODONTOPEDIATRÍA LATINOAMERICANA. Tratamiento de caries en época de COVID-19: Protocolos clínicos para el control de generación de aerosoles. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, [S. l.], v. 10, n. 2, 2021. DOI: 10.47990/alop.v10i2.191. Disponível em: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/191> Acesso em: 29 jun. 2021.

SÁFADI, Marco.; SILVA, Clóvis. Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal. **Departamentos Científicos de Infectologia (2019-2021) e de Reumatologia (2019-2021), Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 20, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22532d-NA_Sindr_Inflamat_Multissistemica_associada_COVID19.pdf

SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME. Management of acute dental problems during COVID-19 pandemic. 2020. Disponível em: <https://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/SDCEP-MADP-COVID-19-guide-300320.pdf> [cited 2020 Jun 4].

TULLIE, Lucinda et al. Características gastrointestinais em crianças com COVID-19: uma observação de apresentação variada em oito crianças. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 4, n. 7, pág. e19-e20, 2020.

ÜSTÜN, Nilüfer; AKGÖL, Beyza Ballı; BAYRAM, Merve. Influence of COVID-19 pandemic on paediatric dental attendance. **Clinical Oral Investigations**, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-021-03917-5> Acesso em 29 jun. 2021.

WALKER, Patrick et al. WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling, MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Abdul Latif Jameel Institute for Disease and Emergency Analytics. **The global impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression**. Imperial College London, 2020.

WHITTAKER, Elizabeth et al. Clinical characteristics of 58 children with a pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2. **Jama**, v. 324, n. 3, p. 259-269, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.10369>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance. In: **Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim guidance**. 2020. p. 21-21. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) accessed: 2020 Feb 26.

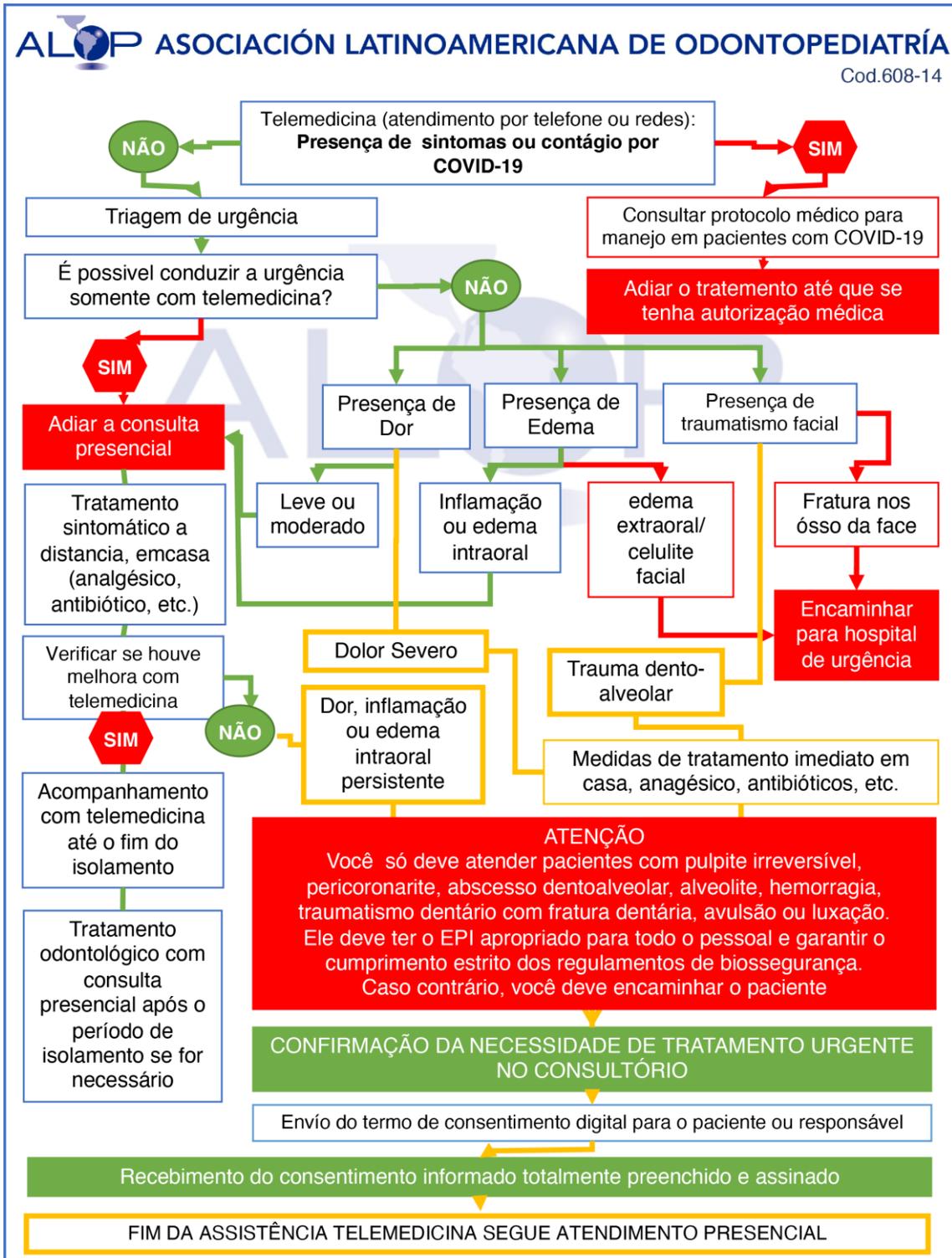
WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 73. 2020. [accessed 2020 Feb 26]. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200225-sitrep-36-covid19.pdf?sfvrsn=2791b4e0_2

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2020C. Questions and answers on coronaviruses [accessed 2020 Feb 26]. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Novel Coronavirus (2019-nCoV) advice for the public. 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Coronavirus disease (COVID-19). 2020 A. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336034/nCoV-weekly-sitrep11Oct20-eng.pdf> Acesso em: 20 de junho de 2021.

ANEXO 1



ANEXO 2

