



**Comissão Nacional da Saúde Materna,
da Criança e do Adolescente**

AS GRÁVIDAS, AS CRIANÇAS E A PANDEMIA COVID-19

Novembro, 2020

Índice

Preâmbulo	3
Introdução: Não é suficiente para as crianças sobreviver à pandemia.	3
COVID-19: Implicações sociais com impactos nas crianças	5
Impacto da COVID-19 na Educação	7
Impacto na saúde mental das crianças	10
Pandemia COVID-19: Perspetiva Pedopsiquiátrica	11
Mudanças induzidas pela Pandemia para o seguimento de grávidas nos Cuidados de Saúde Primários	13
Mudanças nas práticas hospitalares que as normas COVID-19 impuseram na prática perinatal e suas consequências imediatas ou mediatas que se podem prever e mitigar	14
A pandemia e a assistência à criança nos Cuidados Primários de Saúde	17
COVID-19, crianças e hospitais - onde está o papão?	18
Síndrome inflamatório multissistêmico em crianças (SMC) na sequência de infecção por COVID-19	19
COVID-19 e doença crónica na Criança e no Adolescente	20
Considerações específicas por especialidade pediátrica	21
Nutrição e Saúde Oral	24
A Cirurgia Pediátrica e a Pandemia	26
Conclusões	28
Notas bibliográficas	30

Preâmbulo

A Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (CNSMCA), tem um papel estratégico no âmbito das matérias relativas à saúde materna, da criança e do adolescente, quer em termos de promoção da saúde como de prevenção da doença, enquanto órgão de consulta da Direção-Geral da Saúde (DGS), nos termos do Despacho n.º 8338/2012.

A pandemia COVID-19 tem, em todo o mundo, alterado o modo de vida e o atendimento sanitário, a todos os níveis, da população, incluindo alguns sectores particularmente vulneráveis como a infância, a adolescência e as gestantes.

Com este documento, elaborado com o contributo dos seus membros, é intenção da CNSMCA chamar a atenção para os efeitos, imediatos e sobretudo mediatos, que a pandemia COVID-19 e, principalmente, a resposta a essa ameaça, estão a ter, e poderão vir a ter, na saúde global das crianças e adolescentes.

Introdução: Não é suficiente para as crianças sobreviver à pandemia.

Ana Lacerda, Luís Januário

Desde março de 2020 que a pandemia COVID-19 tem constituído um desafio adicional para os sistemas de saúde e governos em todo o mundo, que procuram fazer face à crise sanitária sem descuidar os restantes cuidados nem prejudicar demasiado o dia-a-dia das populações.

Como é habitual, os mais frágeis foram os primeiros a sentir a crise. As famílias desfavorecidas viram as desigualdades socioeconómicas agravarem-se. As grávidas deixaram de poder ser acompanhadas nas consultas, exames e salas de parto. Os recém-nascidos foram separados de mães SARS-CoV-2 positivas. As crianças (temendo-se serem elas as grandes propagadoras do vírus) foram para casa – deixaram de ir à escola, à casa dos avós, ao parque, aos terapeutas, ao centro de saúde e ao hospital. Deixaram de receber refeições e atenção extra. Os parques e espaços públicos, escassos e degradados, foram encerrados. Quando hospitalizadas, tiveram os seus direitos revogados.

Mas após a fase inicial, em que o desconhecimento epidemiológico e clínico era quase total, muito se aprendeu nos últimos seis meses, o que nos permite e obriga agora a procurar um ponto de equilíbrio entre proteção e normalidade.

Em Outubro de 2020, com quase 10% da população mundial já infetada,¹ sabe-se que as crianças têm uma taxa de infeção mais baixa que os adultos (representando 1-2% dos casos).^{2,3} Quando infetadas, muitas ficam assintomáticas ou têm doença ligeira.⁴

Os internamentos e as formas graves rareiam, ocorrendo sobretudo em crianças com comorbilidades e/ou medicamente complexas.^{5,2} A taxa global de mortalidade da infeção é 0,15-0,20% (e 0,03-0,04% abaixo dos 70 anos).¹ O risco de morte por COVID-19 apresenta-se muito estratificado, com as crianças a apresentar 1000 vezes menor vulnerabilidade que os idosos institucionalizados.^{1,6} O encerramento das escolas não parece ter impacto significativo sobre a transmissão do SARS-CoV-2 na comunidade.⁷

Sendo a morbimortalidade pediátrica relacionada com o SARS-CoV-2 pouco expressiva, ainda assim o impacto sobre as crianças tem sido grande. As medidas de contenção impostas nos primeiros meses trouxeram-lhes perturbações sociais, económicas e educativas cujos efeitos sobre a sua vida futura poderemos nunca conseguir esbater.^{8,9} A alteração das rotinas e a incapacidade de compreender os acontecimentos e as suas causas continuam a afrontar a sua saúde mental e a ser possível fonte de ansiedade, frustração e comportamentos desafiantes.¹⁰

Em Portugal, as escolas encerraram a 13 de março. As creches e infantários reabriram a 18 de maio. Mas o novo ano escolar (com aulas presenciais, como defendido nomeadamente pela Sociedade Portuguesa de Pediatria) começou apenas entre 14 e 17 de setembro. Este regresso ocorreu somente após a constatação generalizada dos riscos e malefícios decorrentes do isolamento no desenvolvimento e aprendizagem (restrição das atividades físicas e dos contactos sociais, maior dependência de equipamentos eletrónicos e de aplicações informáticas, explosão de comportamentos de ansiedade, fobia social, depressão), agravados nas crianças de famílias desfavorecidas ou com necessidades especiais, pela limitação de apoios e terapias.

As medidas para limitação da pandemia têm de ser equilibradas com medidas de proteção e de promoção dos direitos dos grupos vulneráveis, como são as grávidas, os recém-nascidos e as crianças. As crianças com necessidades especiais, doenças crónicas e/ou medicamente complexas requerem uma vigilância própria. Mas o rastreio e isolamento injustificado de crianças de baixo risco não pode ser aplicado de forma a pôr em causa o objetivo fundamental de regresso às escolas com aulas presenciais, ao convívio dos pares, à prática desportiva e às atividades extracurriculares.

Da mesma forma, as crianças hospitalizadas e sem fatores de risco merecem uma revisão prudente das atuais normas hospitalares de isolamento.

Em qualquer contexto, a aplicação universal de estratégias de mitigação (lavagem de mãos, distanciamento físico, proteção com máscara, desinfeção de superfícies) é essencial, bem como a investigação urgente de aspetos epidemiológicos ainda obscuros.

As normas devem por isto estar atentas à evolução do conhecimento sobre infeção e transmissão, sendo que muitas vezes os dados ainda se apresentam insuficientes, ambíguos ou obtidos em condições de confinamento que já não se verificam. Mas devem interpretá-los segundo a perspectiva da **Proteção Focada**, que preconiza

medidas diferentes para grupos de diferente vulnerabilidade. E, acima de tudo, colocando os interesses da grávida, feto e criança no centro das diretivas.^{11, 12}

COVID-19: Implicações sociais com impactos nas crianças

Maria João Valente Rosa

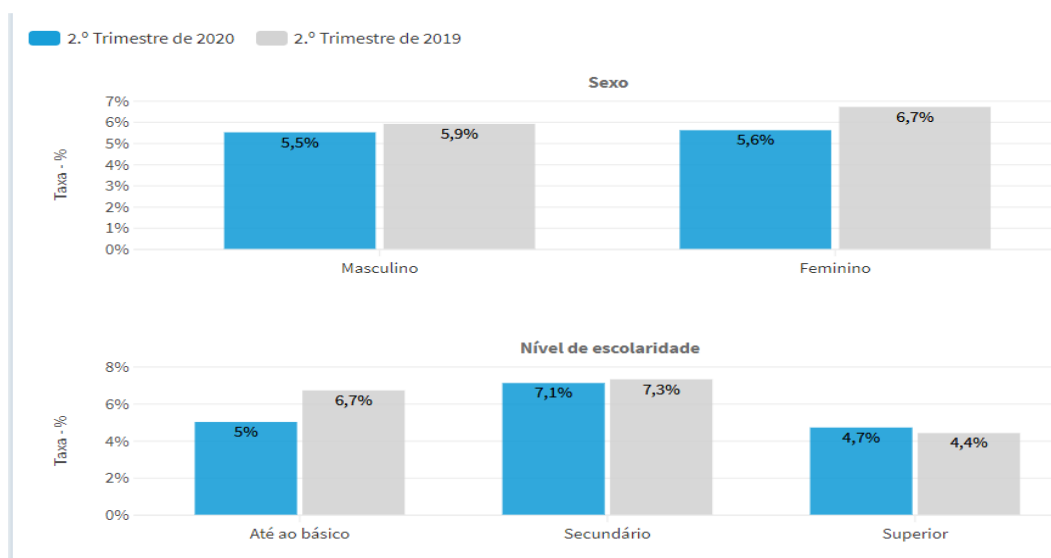
As marcas da COVID-19 extravasam os limites mais directos da doença. Por exemplo, considerando o período de 1 de Março a 30 de Setembro, 2020 foi, desde 2009, o ano com mais óbitos. E a COVID-19 justifica unicamente 2,2% dos óbitos ocorridos em 2020, ano que registou, de Março a Setembro, cerca de mais 7.300 óbitos que os observados, em média, entre os anos de 2015 a 2019. Acresce ainda que, no âmbito do SNS em 2020 (Janeiro a Junho) - por comparação ao período homólogo do ano anterior -, o número de cirurgias teve um decréscimo de 28% e, no caso dos internamentos e ambulatorios, a diminuição foi de 53%. Estes dados ilustram os impactos indirectos da pandemia, com implicações não unicamente no estado físico, mas igualmente no estado mental e social, não só dos cidadãos em geral, como das mães e das crianças em particular.

O impacto da COVID-19 na sociedade é profundo. Entre as dimensões afectadas, relevam-se três pelos seus efeitos multifacetados e amplos.

1. A perda de rendimentos e a pobreza, com tudo o que lhe está associado em termos de condições de vida, situações que atingem especialmente as mulheres e os grupos sociais mais vulneráveis, como é o caso dos menos escolarizados.

Sabemos que a principal fonte de rendimento da população em idade adulta, parte dela com crianças pequenas, é o trabalho. Com a pandemia, para além do significativo aumento de trabalhadores em situação de *lay-off*, as taxas de desemprego têm aumentado, em especial no caso das mulheres e dos menos instruídos. Os impactos desta situação nos rendimentos e conseqüentemente nas condições de vida e bem-estar das famílias, são óbvios. (Fig.1)

Figura 1: Taxa de desemprego, por sexo e nível de escolaridade (Portugal).



Fonte: Pordata /INE (dados extraídos a 28 setembro)

O aumento da população em situação de pobreza é também uma consequência expectável da pandemia, sendo que a taxa de risco de pobreza após transferências sociais é significativamente mais elevada no caso dos adultos que vivem sós com crianças (foi de 34% em 2018, quando a média global se cifrou em 17%, segundo a Pordata/INE). Relativamente a esta situação de agregados monoparentais, é de referir que as mães representam a esmagadora maioria dos núcleos familiares que integram apenas um dos progenitores.

2. É ainda expectável que o inicial encerramento das escolas durante o ano lectivo de 2019/20, e a posterior reabertura das escolas no início do ano lectivo 2020/21 com regras de funcionamento muito controladas, se traduza por um **agravamento das desigualdades de sucesso escolar** e por um **retrocesso à já baixa mobilidade social** em Portugal (*A broken social elevator?*, OCDE 2018). Entre os factores que contribuem criticamente para tal, está o desigual acesso à Internet, tanto em casa como na escola, ferramenta que se tornou muito importante para as aprendizagens nesta fase pandémica, substituindo frequentemente as aulas presenciais ou a falta de professores. Por outro lado, o facto de as crianças passarem a contar mais com o apoio dos pais nos seus processos de aprendizagem, retira à escola parte da sua capacidade de corrector das desigualdades sociais de origem. Com efeito, se as origens socioeconómicas ou o nível de capital humano dos pais (e muito especialmente das mães) já determinavam fortemente as oportunidades de sucesso escolar das crianças e dos jovens (as quais não deixam de ter implicações sobre os níveis de saúde e bem-estar, de ocupação profissional e de rendimentos na vida futura) neste quadro de pandemia, passarão a determinar ainda mais.

3. Aumento da **distância física e do medo em relação ao “outro”**, podem ter desfechos preocupantes na forma de regressarmos a uma vida plena em sociedade, arriscando a coesão social e geracional no futuro. É real o reforço de

vivências/experiências circunscritas e limitadas, onde o “outro”, por ser diferente ou por ter mais idade, representa uma ameaça social a evitar. Servem de exemplo ilustrativo a este propósito, o uso sistemático do termo ‘distanciamento social’ na comunicação institucional, em vez de ‘distanciamento físico’ (pois é disso que se trata); o retirar à escola uma parte significativa do seu importante papel no processo de socialização secundária (nomeadamente evitando-se os espaços comuns de partilha de tempos para conviver); ou o desencorajar o contacto dos mais novos com os mais velhos, muitos deles avós.

Impacto da COVID-19 na Educação

Isabel Alçada

A declaração pela OMS de que a COVID-19 originara uma pandemiaⁱ levou o Governo português a decretar o encerramento dos estabelecimentos de ensino de todos os níveis educativos, do pré-escolar ao superior, a partir de 16 de março de 2020ⁱⁱ.

Inicialmente decretada para 15 dias, a medida veio a prolongar-se por todo o terceiro período escolar, reduzindo em cerca de 30% o número de dias de aulas previsto no calendário escolar de 2019/20 (total: 183 dias; redução: 51 dias). Embora bem aceite pela comunidade educativa e pelas famílias e pela generalidade da população como forma de evitar a transmissão da COVID-19, o encerramento gerou uma alteração sem precedentes na escola e na sociedade portuguesa.

O Secretário-geral das Nações Unidas, António Guterres, afirmou que os efeitos nefastos do encerramento das escolas no desenvolvimento das crianças poderão representar uma **catástrofe geracional**, exacerbar desigualdades sociais, reduzir o potencial humano e comprometer décadas de progresso.

No que diz respeito à sociedade portuguesa, o encerramento de escolas teve impactos imediatos na vida das crianças, dos jovens e das famílias, na atividade das escolas, na atividade dos docentes e de todos os elementos das equipas educativas. Haverá seguramente impactos significativos a médio e longo prazo, que ainda não se conseguem avaliar. Importa, contudo, estudá-los e monitorizá-los para que se possam organizar formas de compensação que abranjam sobretudo crianças e jovens dos grupos mais vulneráveis e que tenham sido particularmente afetados.

ⁱDeclaração Diretor Geral da OMS de 11 de março de 2020.

ⁱⁱDecreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março. O encerramento de escolas de todos os níveis educativos, inicialmente decretado para 15 dias, foi sucessivamente prolongado durante todo o terceiro período do ano letivo 2020-2021, com a exceção dos alunos com exames de ensino secundário que receberam aulas presenciais a partir de 18 de maio de 2020, a par da introdução nas escolas de medidas destinadas a garantir a segurança sanitária da comunidade educativa.

1. Impactos no desenvolvimento de crianças e jovens

A interrupção da frequência da escola e do ensino presencial durante o final do 2º período e a totalidade do 3º período letivo teve impactos negativos na aprendizagem de todos, reduzindo-a e tornando-a pouco consistente, o que não pode ser avaliado pelos docentes com os instrumentos usuais, nem compensado com acompanhamento individualizado.

Muitas crianças e jovens com necessidades educativas especiais não beneficiaram de qualquer aprendizagem escolar ou de estímulo para o seu desenvolvimento.

Os alunos pertencentes aos grupos mais frágeis da população, a grupos de migrantes ou de refugiados foram particularmente afetados porque não dispunham dos equipamentos indispensáveis para a comunicação com os docentes e de acesso aos recursos educativos disponibilizados através de meios digitais.

O confinamento das crianças nas suas casas durante meses, sem contacto direto com os colegas e amigos, impediu o convívio e a socialização, bem como as atividades de exploração e brincadeira ao ar livre, essenciais no desenvolvimento individual. A clausura afetou mais profundamente as crianças e jovens de grupos mais frágeis, de famílias com menos recursos culturais, com piores condições de habitação.

O facto de as atividades propostas pelas escolas aos alunos serem realizadas em simultâneo com o teletrabalho dos adultos, com as outras atividades da família e no mesmo espaço, contribuiu para aumentar os níveis de ansiedade nas famílias, gerando ou agravando tensões, que se refletiram na aprendizagem, no desenvolvimento, no equilíbrio emocional de crianças, jovens e adultos. Crianças vítimas de disfunções familiares graves viram-se entretanto privadas da vigilância, proteção e apoio dos professores e da escola.

A médio/longo prazo as situações vividas neste período poderão afetar o progresso educativo de todos os portugueses. Salientam-se os prejuízos nas crianças com menos de 5 anos que foram impedidas de beneficiar de educação pré-escolar numa etapa crucial do desenvolvimento. Nas crianças e jovens em idade escolar a interrupção letiva poderá agravar o insucesso, traduzido nas taxas de retenção e desistência (em Portugal muito mais elevadas do que nos outros países da UE) e prejudicar mais profundamente as crianças e jovens de meios desfavorecidos, impedindo que a escola exerça o seu efeito positivo na redução de desigualdades sociais e económicas.

2. Impactos na vida das famílias

A totalidade das famílias com crianças e jovens em idade escolar foram forçadas a mantê-los em casa e a acompanhar os processos de aprendizagem exigidos pela escola, alguns muito ambiciosos e consumidores de tempo, o que agravou a inquietação gerada pela pandemia e fez eclodir conflitos familiares.

Tornou-se mais evidente a clivagem social entre famílias: com mais ou menos recursos culturais; com ou sem acesso a equipamentos digitais e à Internet; com ou sem condições de habitação, com ou sem formação que permitisse de acompanhar/apoiar o processo de aprendizagem dos filhos; com ou sem facilidade em comunicar com a escola, com os professores; com ou sem necessidade de recorrer ao serviço de refeições em *take away* organizado pelos refeitórios escolares.

A insegurança no trabalho, o *lay-off*, a perda de emprego e o aumento do número de famílias em situação de pobreza tem aprofundado a desigualdade social e económica, afetando ainda mais profundamente as crianças de grupos carenciadas.

3. Impacto na vida das escolas e dos docentes

As escolas mobilizaram-se para seguir o *Plano de Ensino à Distância*, solução de emergência definido pelo Ministério da Educação, assente em três modalidades de comunicação, que não se equivaliam quanto à qualidade da resposta: 1) plataformas e recursos digitais acedidos através de *tablets* ou computadores; 2) emissão de programas televisivos para a Educação Pré-Escolar e para o Ensino Básico (#Estudo em Casa); 3) recurso a outros canais de comunicação como telefones ou envios postais de propostas de trabalho para orientar as aprendizagens.

A adoção de uma ou outra das modalidades tornou patente a desigualdade entre escolas, entre zonas do país, entre famílias, em particular no que respeita à disponibilidade de equipamentos digitais e ao acesso à Internet.

Os esforços do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, das direções das escolas, dos docentes, dos pais e dos alunos foram diversas e obtiveram efeitos variáveis, não sendo possível efetuar um balanço com rigor. Como pontos positivos destaca-se: 1) a prossecução da aprendizagem escolar, embora certamente com menor consistência; 2) a tentativa de manter a ligação dos alunos à escola, embora à distância; 3) a comunicação entre muitos alunos e os respetivos docentes, embora menos interativa e menos frequente; 4) a comunicação entre a escola e a família, entre docentes e encarregados de educação; 5) o reforço da atenção dos pais às aprendizagens dos filhos; 6) a experimentação das potencialidades dos recursos digitais e da comunicação à distância, por parte dos docentes.

No entanto, para muitos docentes o ensino à distância representou um acréscimo substancial de trabalho e esforço e um agravamento do *stress* profissional ocasionado pela urgência em seguirem orientações novas, de recorrerem a instrumentos digitais de que nem todos dispunham, de utilizarem novas metodologias de trabalho, de encontrar respostas em situação de emergência e sobretudo devido à consciência de que não conseguiam acompanhar devidamente a aprendizagem dos seus alunos.

A recente reabertura das escolas, a partir de 17 de setembro de 2020, foi preparada com base em orientações dos Ministérios da Educação e da Saúde, bem acolhidas e executadas pelas direções das escolas e pelas equipas educativas, conscientes de que 2020/21 irá ser um ano letivo atípico. O regresso às salas de aula, embora muito desejado por todos, tem sido motivo de inquietação sobretudo das famílias, devido a

dúvidas acerca das medidas de proteção e distanciamento exigidas a alunos, docentes e equipas educativas, mas sobretudo devido aos riscos de contágio e de surgimento de novos surtos, uma vez que Portugal segue a tendência verificada na Europa de aumento do número de infeções diárias.

Impacto na saúde mental das crianças

Natacha Gonçalves

Ainda que os estudos recentes apontem para um número significativamente pequeno de crianças infetadas pelo SARS-CoV-2, e sobretudo que a maioria das crianças infetadas sofram apenas de sintomas ligeiros, elas continuam a ser alvo de medidas idênticas às preconizadas para os adultos, prevendo-se que estas venham a ter um forte impacto no seu bem-estar emocional e desenvolvimental. Se atualmente vivemos a segunda vaga COVID-19, é expectável que em breve assistamos à terceira vaga, a da “infeção” da Saúde Mental na população em geral e do contágio do sofrimento à criança em particular.

O clima de medo e incerteza é contagioso, limitante e paralisador. A criança é dependente do estado emocional dos adultos que representam a sua fonte de segurança e de bem-estar emocional. A sua resposta às situações de crise depende em primeiro lugar da que observa nas suas figuras de referência (família, escola) e em segundo da sua experiência prévia em situações similares, das características da sua saúde física e psicológica, do seu enquadramento sociofamiliar.

As situações de crise exigem dos indivíduos a mobilização de estratégias para lidar com o stress de forma adaptativa, dependentes de três necessidades psicológicas básicas e universais. A saber: vinculação/relação; competência/controlo; autonomia/tomada de decisão.

No contexto atual, vemos estas necessidades abaladas. As relações estão suspensas, limitadas, proibidas. A perceção de ameaça e de imprevisibilidade limita a competência para agir e toda a tomada de decisão. A pandemia que vivemos hoje, tem criado uma vivência de incerteza generalizada, quer pelas consequências diretas quer pelo desconhecido do presente e do futuro, deixando muitas famílias desamparadas a nível relacional, emocional, financeiro. A vivência prolongada de situações de stress extremo, aumenta o risco da mobilização de estratégias mal adaptativas como a negação, o evitamento ou o pensamento mágico como fuga ao ambiente contingente, ou em escalada, ao desânimo, catastrofização, depressão.

Se o confinamento trouxe vantagens, nomeadamente para o bem-estar das crianças, que assim se viram libertas de jornadas de 10 a 12 horas de atividades estruturadas, iguais ou superiores às dos adultos, dando lugar à possibilidade de atenção focalizada por parte da família, diminuição de tarefas e de dispersão por inúmeras atividades, devolvendo-lhes a essência da relação, a posterior entrada da escola e do trabalho no lar, sem regras nem limites, ameaçou a tranquilidade inicial. O caos acrescentou ao

stress da pandemia o stress de novas vivências quotidianas. Numa tentativa de retoma da normalidade, fomos desconfinando e voltando às atividades laborais e à escola. No entanto, perante o perigo do vírus, as medidas de proteção não podem ser aliviadas e levam a novas formas de estar e agir. As necessidades psicológicas básicas continuam ameaçadas e o pilar da vivência humana – a relação – é alvo de ataques vários.

Perante tamanha desregulação a criança, sensível barómetro do ambiente, expressa o seu mal-estar, de formas muitas vezes interpretadas pelos adultos como maus comportamentos, birras e desafios. As crianças pequenas, em idade pré-escolar e início da escolaridade, apresentam frequentemente, como reação ao stress, maior agitação, dificuldade em iniciar ou focar no brincar/tarefas, comportamentos mais regressivos e maior agressividade/desregulação, podendo demonstrar dificuldades no sono, na alimentação ou na autonomia. As crianças na pré-adolescência e adolescência estão a evidenciar níveis maiores de frustração, revolta, tristeza, desconexão e desvitalização.

Por outro lado, as crianças com necessidades especiais e/ou doença mental prévia, para além de apresentarem uma maior vulnerabilidade à situação vigente – alteração de rotinas, reforço da patologia pela vivência stressante a nível global, como por exemplo o aumento da ansiedade, vêm-se ainda privadas do normal acompanhamento terapêutico e pedagógico.

A vitalidade, curiosidade, motivação para a descoberta característica da infância está seriamente ameaçada pelas medidas atuais que as mantêm quietas, fechadas e isoladas na “bolha” de suposta proteção.

Torna-se imprescindível, dar luz aos estudos sobre os efeitos e o impacto do novo Coronavírus na população infantil, para que as medidas de proteção possam ser adaptadas de forma consonante.

Seria igualmente importante lançar campanhas de sensibilização da importância efetiva da infância, tantas vezes apregoada mas tão pouco protegida, bem como de informação sobre o significado dos seus comportamentos nos diferentes contextos. É ainda absolutamente necessários que sejam retomadas e incrementadas todas as atividades terapêuticas e de apoio psicopedagógico às crianças e famílias (Equipas de Intervenção Terapêutica, SNIPI, Saúde Escolar)

Pandemia COVID-19: Perspetiva Pedopsiquiátrica

Maria Laureano

A pandemia COVID-19 provocou vários desafios à saúde mental das crianças e adolescentes, colocando em maior risco as crianças na primeira infância e as que apresentavam dificuldades prévias a este contexto epidemiológico. O principal perigo resultou da suspensão temporária de atividades que contribuem para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo, e de terapêuticas imprescindíveis para

crianças com quadros clínicos do neurodesenvolvimento e/ou psiquiátricos que exigem intervenção.

O desenvolvimento das crianças e adolescentes é muito rápido do ponto de vista neurocerebral e a supressão abrupta dos contextos promotores do seu saudável crescimento tem impacto negativo imediato no seu desenvolvimento global. O ambiente de quarentena/confinamento parece contribuir para o stress nas crianças e adolescentes devido à deterioração das rotinas diárias, restrições à vida social, a incapacidade de frequentar a escola e a incerteza da doença.¹³

- As consequências já confirmadas do impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental infanto-juvenil são:
 - O confinamento prolongado tem efeitos negativos sobre a saúde mental de crianças e adolescentes e pode induzir stress, raiva, confusão, medo, ansiedade, neurastenia, hipocondria e depressão.^{13,14}
 - Crianças isoladas ou colocadas em quarentena durante os surtos da pandemia têm maior probabilidade de desenvolver sintomas de Stress Pós-Traumático, Perturbação de Stress Agudo, Perturbações de Ajustamento e Perturbação Obsessivo Compulsiva.^{13,14,15}
 - Os sintomas mais prevalentes nas Perturbações Obsessivo Compulsivas durante a pandemia COVID-19, já identificados, foram obsessões de contaminação e compulsões de limpeza¹⁶.

- As atitudes protetoras globais da saúde mental infanto-juvenil são:

- Limitar ou evitar a superexposição aos media ou outras fontes de informação relativos à pandemia COVID-19.
- Encorajar a comunicação parental focando as dúvidas, medos e preocupações das crianças e adolescentes.
- Envolver equipas de saúde mental infanto-juvenil na avaliação, diagnóstico e tratamento precoce das crianças com comportamentos obsessivos e/ou compulsivos.

- Atitudes institucionais desejáveis no contexto da pandemia COVID-19:

- Deve ser mantida a atividade clínica assistencial das equipas de Saúde Mental Infanto-Juvenil nas unidades de saúde de cuidados primários, secundários e terciários, no modelo presencial e/ou de telemedicina. Os técnicos multidisciplinares dessas equipas, devem ajustar/redesenhar as intervenções psicoterapêuticas de forma a garantir a proteção individual dos profissionais e dos doentes tratados, de acordo com os preceitos de boas práticas propostas dentro de cada instituição de saúde e com normas nacionais emanadas da DGS.
- Deve ser mantida a atividade pedagógica e educativa nas Escolas, sugerindo-se que a manutenção do modelo misto entre o presencial e o virtual seria o mais benéfico (uma vez que jovens assintomáticos mas SARS-COV-2 positivos devem estar em isolamento, e não devem ser excluídos da oportunidade de manter o processo educativo). As Escolas devem ajustar/redesenhar as atividades curriculares pedagógicas e de desenvolvimento pessoal de forma a garantir a proteção individual dos profissionais e dos alunos. Em contexto escolar, as crianças e jovens não devem

ser alvo de sanções que os coloquem em desvantagem no seu processo educativo, por não cumprir as normas de distanciamento físico e de proteção individual. Aconselha-se ao invés dessas (ex. suspensões escolares), medidas educativas adicionais para esses alunos e preventivas de comportamentos de indisciplina no espaço escolar.¹⁷

Mudanças induzidas pela Pandemia para o seguimento de grávidas nos Cuidados de Saúde Primários

Rute Cordeiro

A 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou a doença por COVID-19 como pandemia internacional. Com ela, foram adotadas várias recomendações, a nível nacional e internacional que visam a proteção e evicção de contacto com o vírus por parte de uma população que se receava estar em risco.

Assim, a 13 de março de 2020, com a entrada em vigor da fase de mitigação, recomendou-se, para os cuidados de saúde primários, a restrição das consultas presenciais de vigilância de gravidez e sugeriu-se que estas fossem substituídas, sempre que possível, teleconsultas. Nesta fase, foi sugerido manter como atividade presencial a primeira consulta de gravidez, as consultas para avaliação de intercorrências na gravidez em qualquer idade gestacional, a administração de imunoglobulina anti-D às 28 semanas (quando aplicável) e da Tdpa até às 32 semanas gestação e a consulta de revisão do puerpério até ao 42º dia após o parto. Ficavam assim por avaliar dados objectivos importantes na vigilância de gravidez (pressão arterial, peso da grávida, auscultação da frequência cardíaca fetal entre outros). Nesta fase, notou-se também uma séria restrição no agendamento das ecografias obstétricas com um risco acrescido para o atraso no diagnóstico de algumas patologias na gravidez.

A 7 de maio é publicado em Diário da República n.º 89/2020 o Despacho com a indicação para início da atividade suspensa e retoma da atividade assistencial não COVID-19. Dela resulta a recomendação para a realização de pelo menos consultas quatro presenciais na gravidez: primeira consulta de gravidez, consultas que coincidam com momentos chave no pedido de meios complementares de diagnóstico e consulta de revisão de parto. Esta é a recomendação que se mantém até aos dias de hoje.

Mantém-se ainda a recomendação de desencorajar a entrada de acompanhantes em consultas nas unidades de saúde. Pode ser importante permitir a entrada do casal em uma consulta por trimestre como aspecto facilitador do envolvimento parental da figura paterna e ensinamentos pré-natais ao casal.¹⁸

Mudanças nas práticas hospitalares que as normas COVID-19 impuseram na prática perinatal e suas consequências imediatas ou mediatas que se podem prever e mitigar

Gabriela Mimoso, Joana Saldanha

Como em todas as outras áreas médicas, no início da pandemia vivenciou-se uma grande insegurança sobre a repercussão da doença no período perinatal, devido à escassa evidência de transmissão fetal e perinatal. Tendo em conta a idade da mãe, as condições patológicas subjacentes e a raça / etnia, as grávidas eram consideradas, inicialmente, como tendo um risco 1,5 vezes superior de necessitar de admissão em Cuidados Intensivos.¹⁹ Discute-se ainda quais as consequências para o feto da infeção no primeiro trimestre, quanto a efeitos teratogénicos e alterações do crescimento fetal, pois a infeção da grávida é muitas vezes desconhecida pela inexistência de sintomas, sabendo-se que 90% das mulheres grávidas com COVID-19 estão assintomáticas quando são internadas nos hospitais.¹⁹

À medida que o tempo foi passando alguma tranquilidade regressou, resultante da convicção de que a transmissão vertical, se existente, seria rara e de que, em caso de transmissão horizontal, a grande maioria dos recém-nascidos (RN) apresentavam sintomas ligeiros e um prognóstico excelente.

Apesar das maternidades não estarem no epicentro da infeção tiveram também que adotar planos de contingência para proteger os RN internados, as suas mães e os profissionais de saúde. Na fase inicial elaboraram-se orientações muito restritivas, embora Portugal tenha beneficiado do facto de já haver alguma informação publicada sobre a repercussão da infeção no período perinatal. Algumas recomendações foram sentidas pelos profissionais e pais como insensatas, como por exemplo o desperdício de leite materno por parte de mães positivas para SARS-CoV-2 e a separação mãe-filho com isolamento da puérpera.

O impacto do distanciamento físico não deve ser subestimado. As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) implementaram políticas de visitas com restrição da presença dos pais e família alargada com o objetivo de proteger os RN internados e os profissionais de saúde. Esta política prejudicou muito os cuidados centrados na família e nalguns casos comprometeu o sucesso da amamentação. Os pais desempenham um papel crítico no bem-estar do RN, ao participarem nos cuidados: kangaroo/pele-a-pele, estímulos sensoriais (voz, tato e cheiro) e nitidamente a vinculação mãe-filho foi prejudicada.²⁰ Com as medidas tomadas inicialmente aumentou-se certamente o *stress* parental, depressão e ansiedade.²¹ Desconhece-se ainda quais as consequências destas medidas no desenvolvimento psicossocial futuro das famílias^{20,22} e como poderão ser modificadas e aliviadas ao longo do decorrer da pandemia.

Está também ainda por estudar o impacto da pandemia nas taxas de prevalência da prematuridade. Se por um lado, o efeito do confinamento implicou certamente um

maior repouso da grávida e diminuição de alguns fatores de risco na gravidez se associará à sua diminuição, por outro lado as repercussões diretas da infeção na grávida e feto pelo SARS-CoV-2 poderão condicionar o nascimento prematuro.

PROBLEMAS e ALGUMAS SOLUÇÕES

Pensamos que, apesar da atual evolução da pandemia, poderemos a nível dos cuidados perinatais e baseados nos conhecimentos adquiridos até à data, retomar gradualmente práticas e cuidados que foram abruptamente suspensos há uns meses, com as devidas precauções de defesa dos RN, famílias e profissionais de saúde. Assim em relação a:

- Organização do trabalho
 - ☞ Reestruturação dos locais de trabalho com espaço dedicados a doentes SARS-CoV-2 positivos; sabemos que muitas unidades terão dificuldade em arranjar espaço para estes doentes, mas nesse caso deverá ser equacionado o eventual nascimento em locais com possibilidade do mesmo.
 - ☞ Restrição na entrada de acompanhantes (UCIN e Bloco de partos) - os pais /acompanhantes deverão ser rastreados em curto prazo de tempo antes do nascimento e depois regularmente para poderem acompanhar a mãe nos cuidados no parto e ao RN.
 - ☞ Elaboração de programas de alta mais precoce para mitigar a separação.
 - ☞ Utilização de meios audiovisuais para fornecimento de informação e para permitir contacto de proximidade nos casos em que tal não seja possível.
 - ☞ Apoio em situações clínicas complexas, por exemplo em situações de fim de vida, sem qualquer influência dos condicionantes da pandemia.
 - ☞ Apoio restrito dos familiares que estão confinados no domicílio e, portanto, impossibilitados de estar presentes, quer na Maternidade quer mais tarde em casa, através de telefone, vídeo e outros meios audiovisuais. Possibilidade de acompanhamento por outros familiares quando os pais estão incapacitados e que funcionem como meio de ligação entre a família e o RN.
 - ☞ Necessidade de separar mãe-filho só em condições extraordinárias e, como habitualmente, ditadas pela clínica materna ou do RN.
 - ☞ Reposição do trabalho integral do Serviço Social, Psicologia e outros apoios perinatais habituais, mesmo que em teletrabalho.

- Cuidados perinatais
 - ☞ Respeito pelos planos de partos mais difícil de concretizar²³ mas possivelmente aplicáveis com modificações necessárias.
 - ☞ Indefinição sobre a possibilidade de permitir o contacto pele-a-pele na sala de partos¹⁹. Equacionamento caso a caso.

- Cuidados neonatais
 - ☞ O isolamento da mãe, não permite uma assistência na UCIN como habitualmente, mas deverá ser substituída por elo de ligação familiar não infetado, e pelos pais logo que possível. No caso de RN não necessitando de CI deverá este ficar junto da mãe com os cuidados já preconizados.

- Amamentação

Pelos dados da atual evidência não parece justificar-se a continuação do desperdício de leite materno, devendo-se continuar a preconizar as normas de amamentação prévias à pandemia com os cuidados necessários.

- ☞ O problema dos bancos de leite por impossibilidade das dadoras se deslocarem para fazerem a doação / recolha¹⁹ deverá ser equacionado e tentar que seja resolvido o mais rapidamente possível, assim como garantir a utilização do leite armazenado para os extremos prematuros.²³
- ☞ Tentar reduzir o impacto negativo no sucesso de amamentação quer de RN separados da mãe quer em alojamento conjunto.²⁴

- Comunicação

- ☞ Desadequação dos planos de contingência às necessidades /expectativas dos pais.
- ☞ Utilização dos meios audiovisuais - fotografias e vídeos - sempre que possível, para colmatar a desadequação das instituições hospitalares para dar resposta a esta necessidade.²³ Avaliação ao longo do tempo e sua adequação de acordo com evolução da pandemia.
- ☞ Perda de comunicação não verbal devida à utilização de máscaras,²³ inerente à pandemia e sem possibilidade de modificação para já.
- ☞ Medo de que os pais sejam os transmissores do vírus.²³ Estabelecimento de protocolos de rastreio regular dos pais para acompanhamento dos RN na UCIN. Reavaliação regular desta prática e de acordo com evolução da pandemia.

- Stress dos profissionais

A pandemia veio agravar muitos problemas crónicos já vivenciados a nível dos cuidados perinatais e aparecimento de novas situações nomeadamente:

- ☞ Alteração dos fluxos e ritmos de trabalho.²³
- ☞ Medo da transmissão do vírus, falta de EPI's e dificuldade na sua utilização nos primeiros tempos da pandemia.
- ☞ Turnos longos e repetidos para permitir haver equipas de reserva em caso de declaração de doença por parte de algum dos membros da equipa.
- ☞ Organização e fluxo da informação mais difícil.²³
- ☞ Restrições à socialização.
- ☞ Ausência de psicólogos nas equipas para ajudar pais e equipas de saúde.¹
- ☞ Teletrabalho e suas implicações no primeiro ano de vida.
- ☞ Desadequação da legislação de apoio à maternidade à situação vivenciada, por ex: licenças dos pais em situação de prematuridade.
- ☞ Promover apoio especializado aos pais – psicólogos, técnicos do Serviço Social – para mitigar os efeitos da “quarentena” / stress parental, sentimento de culpa.²⁵
- ☞ Promover o contacto de grupos de pais para apoiar os pais.²⁵
- ☞ Humanização / presença pais.

- Seguimento
 - ∞ Dificuldade no agendamento de consultas de seguimento pela afetação de toda a equipa ao trabalho nas unidades de neonatologia. Quais as implicações no seguimento de casos de risco?
 - ∞ Teleconsulta para substituir as consultas presenciais.

A pandemia e a assistência à criança nos Cuidados Primários de Saúde

António Romão

Não existindo propriamente uma mudança de paradigma, a abordagem da vigilância das crianças em Medicina Geral e Familiar (MGF), foi redimensionada com algumas inovações e reajustamentos pontuais da responsabilidade do Ministério da Saúde e DGS, dos quais destacamos os seguintes (Norma nº 001/2020 de 16 de Março):

- Implementação de Áreas Dedicadas para avaliação e tratamento de Doentes COVID-19 (ADC), nas suas versões Comunidade e Hospitalar, naturalmente a incluir as crianças com sintomas respiratórios suspeitos;
- Nas áreas de vigilância em Saúde Infantil foi estabelecida prioridade para: 1ª consulta de vida; Consultas com vacinação aos 2,4,6,12 e 18 meses; Teste Diagnóstico Precoce;
- Manutenção dos cuidados em doença aguda;
- Recomendação para o aumento da actividade assistencial não presencial, recorrendo a meios alternativos de comunicação com utilização, se possível, de respostas em Tele-Saúde;
- Emissão de declarações/atestados justificativos da impossibilidade de frequência de infantários e escolas ou de necessidade de assistência por parte dos pais;
- Reagendamento da actividade assistencial não realizada, a definir logo que possível, priorizando as situações mais pertinentes;
- Respeitar em todos os contatos, diretos ou indiretos, as orientações estabelecidas no âmbito da higiene das mãos, etiqueta respiratória e distanciamento físico,
- Acompanhamento regular das crianças inseridas na Plataforma COVID-19, nomeadamente nas portadoras de sintomas suspeitos(vigilância sobreativa) em articulação com as autoridades de saúde responsáveis pelos contatos de acompanhantes potencialmente suspeitos.

COVID-19, crianças e hospitais- onde está o papão?

Alexandra Dinis

Se a responsabilidade dos serviços hospitalares de Pediatria em manter a segurança de pessoal e doentes é inquestionável, a sua obrigação de prestar à criança internada cuidados centrados na família e assegurar o seu bem estar psicológico e emocional, reconhecendo a sua especial vulnerabilidade não o é menos. Tais responsabilidades não se diluem antes se agudizam, não podendo ser ignoradas perante o desafio causado pela infeção a SARS-CoV-2 devendo ser prioritário:^{26,27}

- Assegurar que é mantida a qualidade dos cuidados de saúde. Muitos meses volvidos sobre o surgimento dos primeiros casos justifica-se a reavaliação dos protocolos iniciais de tratamento do doente COVID-19 que essencialmente contemplavam modificações com o objetivo de prevenir e minimizar a transmissão hospitalar da doença das quais serão meros exemplos a não utilização de técnicas de ventilação não invasiva ou a não realização de auscultação pulmonar em doentes com infeção respiratória grave a SARS-CoV-2. As equipas devem usar de toda a sua experiência e conhecimento e fazer todos os esforços para que os doentes COVID-19 mantenham aquelas que são aceites como as melhores práticas, sendo igualmente inadmissível que cuidados ou intervenções urgentes sejam adiados por se estar a aguardar o resultado de testes em crianças suspeitas.
- Manter cuidados plenos no que se inclui a presença de acompanhante e a possibilidade de visitas. A maioria dos serviços adotaram políticas restritivas ou mesmo proibição de visitas, reduzindo a possibilidade de acompanhamento a uma pessoa e sob regras rígidas e mediante rastreio. O acompanhamento em pediatria é considerado parte ativa dos cuidados e deve manter-se, sendo absolutamente excepcionais as situações em que não deva ser considerada e não o contrário e sendo absolutamente redutora a sua permissão apenas em fim de vida. A visita de irmãos ou familiares próximos deverá ser considerada em internamentos prolongados, situações graves e ameaçadoras, cirurgias ou procedimentos de elevado risco ou ameaça e cada caso avaliado individualmente. Em contextos de entrada e circulação diária de múltiplos profissionais e estudantes nos serviços de internamento é da mais elementar justiça que também as pessoas de referência da criança possam fazê-lo.²⁶
- Minimizar a invasividade causada pelos protocolos de rastreio da infeção COVID-19 em meio hospitalar para os quais não há sólida fundamentação científica. É um critério generalizado o da realização de teste COVID-19 no momento da admissão hospitalar de acordo com as normas emitidas pela DGS. Justifica-se em qualquer doente vindos da comunidade pela necessidade de separar enfermarias e circuitos hospitalares. Contudo crianças internadas e já testadas, mesmo em internamentos de longa duração e nalguns casos desde o seu nascimento são sucessivamente testadas, sendo frequente nas situações de doença crónica complexa encontrar crianças com 4, 5 e mesmo 6 ou 7 testes. Sem atender à prevalência de doença nos grupos de idade pediátricos, sem evidência científica sobre a percentagem de

doentes assintomáticos e do risco de contágio nesses mesmos grupos foram adotadas as orientações da população adulta no que se refere à repetição de testes sempre que há lugar a um procedimento anestésico, cirúrgico ou na realização de determinados exames complementares. Qual a prevalência de resultados positivos? Qual a validade e legitimidade destas decisões? Qual a evidência que o suporta? Não há também evidência epidemiológica nem indicação da DGS que suporte a repetição do teste nas transferências hospitalares, ou até de serviço em crianças que durante o internamento não desenvolveram sintomatologia sugestiva e independentemente da tipologia do serviço onde estiveram internadas, do grau de isolamento ou restrições ao acompanhamento que tiveram.²⁷

- Assegurar e manter cuidados humanizados, apoio escolar e social, terapias e reabilitação, não havendo melhor expressão do significado desta frase do que a triste imagem nas enfermarias dos ursinhos de peluche dentro de sacos de plástico.

Síndrome inflamatório multissistémico em crianças (SMC) na sequência de infecção por COVID-19

José Carlos Areias

O SMC é uma resposta inflamatória desregulada à infeção pelo antigénio SARS-CoV-2, responsável por síndrome respiratório agudo. Tem em comum muitos dos aspectos da Doença de Kawasaki (DK): vasculite aguda na criança, que preferencialmente afecta artérias de calibre médio, em particular as artérias coronárias. Contudo, há diferenças importantes entre o SMC e a DK, nomeadamente, crianças mais velhas com SMC, apresentação habitual em choque, envolvimento cardíaco mais extenso, parâmetros laboratoriais mais nítidos, nomeadamente troponina e BNP mais elevados. Também, no SMC, o aparecimento de aneurismas coronários é menos comum, e a resposta inflamatória sistémica aparece frequentemente várias semanas após a infeção aguda. A recuperação da função sistólica ventricular é frequente, mantendo-se no tempo alterações da função diastólica, provavelmente devido a diminuição da distensibilidade do miocárdio.

A prevalência da COVID-19 na criança é baixa (<2%), apesar das crianças representarem 22% da população. Também a hospitalização das crianças é baixa (<2%), quando comparada com a de outros grupos etários. raramente crianças diagnosticadas com COVID-19 têm doença severa ou crítica e, embora o síndrome inflamatório envolva lesões em múltiplos órgãos, a maioria dos doentes críticos tem lesões severas do miocárdio e insuficiência cardíaca. Crianças com comorbilidades, como diabetes, asma, obesidade ou cardiopatias congénitas, bem como crianças com imunossupressão, podem ter formas mais graves de SMC, calculando-se que representem cerca de 5% do internamento em unidades de cuidados intensivos. Neste grupo de risco devem ser incluídas as crianças com cromossomopatias, nomeadamente as que têm Síndrome de Down ou Di George. Comparado com a

baixíssima mortalidade da infecção COVID-19 em idade pediátrica, a mortalidade no SMC é mais alta (1,7%).

Em que extensão o tratamento para o SMC pode ser semelhante ao da DK, nomeadamente na utilização de imunomoduladores e antivirais? Desconhecem-se ainda os benefícios, bem como sequelas a longo prazo da doença, embora o estado agudo na criança reverta em cerca de cinco dias

COVID-19 e doença crónica na criança e no adolescente

Helena Jardim

Na crise pandémica global por SARS-CoV-2 em curso muitas rotinas de crianças e jovens, anteriormente tão simples como ir à escola, tornaram-se desafios complexos e exigentes para os próprios, para as famílias, e para os profissionais de Saúde e de Educação.

Embora, como é sabido, este grupo etário tenha sido relativamente poupado das manifestações clínicas da doença provocada pelo SARS-CoV-2 (COVID-19)¹¹ muitas crianças e jovens são portadoras de doenças crónicas complexas, congénitas ou adquiridas, com necessidades especiais do âmbito bio-psico-social e pedagógico e que não só estão expostas a maior risco de infecção como também vêm comprometida a continuidade dos seus múltiplos apoios no contexto educativo. Acresce que estas necessidades são muito diversas e variáveis de criança para criança de acordo com as patologias subjacentes e a idade, exigindo o contributo de equipas transdisciplinares. O bem-estar, a educação, a saúde e o futuro da actual geração de crianças e jovens podem ficar comprometidos pelas vivências da crise e muito particularmente no caso das crianças com doenças crónicas complexas. Por vezes as janelas de intervenção ideal são estreitas e dificilmente recuperáveis, se ultrapassadas.

O risco exacto no regresso às aulas das crianças portadoras de doença crónica não é conhecido. A doença é recente, estas crianças estiveram confinadas e protegidas até há pouco, as experiências publicadas são diversas, oriundas de países com populações distintas e sistemas de saúde com estratégias diferentes face à pandemia. O conhecimento vai progredindo à medida que são identificados novos casos. É de admitir que, em alguns casos, pela patologia presente ou pela medicação instituída, a criança tenha risco acrescido de contrair COVID-19 ou de manifestar quadro clínico grave se infectada.²⁸

Todos estes fatores provocam nas famílias destas doentes preocupações acrescidas e muitas dúvidas no desejável regresso à escola. Neste contexto pandémico em geral e em especial no retorno às actividades escolares é imperioso colocar a criança em alta prioridade nas preocupações com os grupos populacionais mais COVID-19 vulneráveis.

Múltiplas Sociedades Científicas e Instituições Pediátricas a nível nacional e internacional são unânimes no encorajar o regresso às aulas de todas as crianças incluindo as mais vulneráveis, tendo em conta os benefícios na sua saúde mental e física e no seu bem-estar.²⁹⁻³¹

As medidas preventivas gerais a observar são semelhantes às das restantes crianças, com ajustamentos, e incluem:

- Cumprimento estrito das normas de higiene e proteção legisladas;
- Avaliação da capacidade de cumprimento das mesmas por cada criança com doença crónica e necessidades especiais, tendo em conta a idade, a situação clínica e o contexto sociofamiliar.

Com base no risco clínico de cada criança a equipa assistencial, com participação da criança, sempre que possível, e da família, deve elaborar um plano individualizado de cuidados, seguimento e tratamento, de que deve ser dado conhecimento aos profissionais de Educação.

O risco clínico deve ser estratificado em baixo, moderado ou elevado com equivalência no plano de frequência escolar: ensino presencial no baixo risco, presencial/domiciliar no moderado, domiciliar no elevado.

Este plano deve ser revisto periodicamente em função da evolução clínica de cada doente (fases de descompensação, crises de agudização), do progresso da pandemia a nível local, nacional e global e da experiência e conhecimento acumulados da repercussão da mesma em cada patologia.

Considerações específicas por especialidade pediátrica

Helena Jardim, António Guerra, Ana Lacerda

1. Nefrologia

Os doentes do âmbito da Nefrologia Pediátrica podem apresentar um vasto número de patologias com diferentes factores que podem afectar o seu grau de risco no retorno à escola e se expostas ao vírus. É o caso do estado actual da sua doença, de estabilidade ou descompensação e/ou da medicação basal instituída. Por vezes é necessário avaliar esse grau de risco em conjunto com outras subespecialidades que o doente frequente como a cardiologia pediátrica ou a reumatologia pediátrica.

Doentes com síndrome nefrótica inicial ou em recidiva são considerados de risco elevado, os doentes em remissão de risco moderado a elevado dependendo das doses e tipo de terapêutica imunossupressora, se prescrita. O mesmo se aplica aos síndromes nefríticos.

Os doentes em diálise são considerados de risco moderado a elevado se em simultâneo estiverem sujeitos a tratamento imunossupressor.

Hipertensão arterial com obesidade- risco moderado.

Nos doentes em lista para transplante ou submetidos a transplante o risco deve ser individualizado pela equipa assistencial de acordo com o tempo pós transplante e estabilidade clínica e com a imunossupressão em curso.

Logo no início da pandemia a Sociedade Europeia de Nefrologia Pediátrica divulgou um inquérito para apurar a repercussão da infecção a SARSCov 2 nos doentes ao cuidado dos seus membros. Desse inquérito resultou uma publicação³² que conclui, com limitações pelo número reunido de casos, que mesmo sujeitas a terapêutica imunossupressora as crianças com patologia renal infectadas tiveram evolução benigna.

2. Sobrepeso e obesidade

Segundo dados do COSI Portugal (Sistema de Vigilância Nutricional Infantil do Ministério da Saúde), verificou-se uma diminuição do excesso de peso nas crianças de 37,9% em 2008 para 29,6% em 2019. No entanto a prevalência da obesidade infantil aumentou com a idade, com 15,3% das crianças de oito anos obesas, incluindo 5,4% com obesidade severa, um valor que é de 10,8% nas crianças de seis anos (2,7% obesidade severa)³³. Estes dados, embora apontem para uma evolução favorável em Portugal, não deixam de ser ainda preocupantes.

A obesidade é uma doença crónica associada a múltiplas consequências cardiometabólicas desfavoráveis. É a principal causa de diabetes mellitus tipo 2 (DM2)³⁴ e está associada a um perfil lipídico desfavorável, com aumento dos triglicéridos e diminuição do colesterol das HDL. É também responsável pelo aumento da tensão arterial levando à hipertensão.³⁵

A hipertrofia dos adipócitos leva a um aumento da expressão de genes codificadores de citoquinas pró-inflamatória levando a que os níveis de inflamação aumentem consideravelmente com a obesidade.³⁶

As informações clínicas atualmente disponíveis com a experiência acumulada ao longo da pandemia identificaram a obesidade, especialmente as formas mais graves, como um dos factores de risco clínicos mais comuns, de pior prognóstico e alta mortalidade em doentes com COVID-19.³⁷⁻³⁹

Embora a enzima conversor de angiotensina 2 (*ACE2*) no tecido pulmonar (e presente em muitos tipos de células)³⁹ seja considerado o principal local de entrada do SARS-CoV-2, a expressão de *ACE2* no tecido adiposo é descrita como ainda superior à que ocorre no tecido pulmonar, o que torna o tecido adiposo, marcadamente aumentado na obesidade severa, extremamente vulnerável à SARS-CoV-2 e COVID-19.⁴⁰⁻⁴¹

Assim, doentes com sobrepeso ou obesidade com COVID-19 exigem uma monitorização e um tratamento mais agressivo, especialmente aqueles com formas mais graves de obesidade. Relativamente às populações de risco, o conhecimento científico actual torna mandatário um alerta particular também às crianças e adolescente (e suas famílias) com sobrepeso ou obesidade, no sentido de se respeitarem rigorosamente as recomendações visando a prevenção da COVID-19.

3. Diabetes tipo I

Entre Abril e Maio deste ano, foi feito um inquérito sobre o surto de COVID-19 e diabetes pediátrico aos membros da *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD)*, tendo respondido mais de 300 membros de 215 centros em 75 países, a maioria do Reino Unido, Estados Unidos e Índia.

Apenas um pequeno número de doentes pediátricos com teste positivo para COVID-19 foi reportado: 61 com diabetes mellitus tipo 1 e 25 com tipo 2. 22% dos inquiridos relataram um atraso no diagnóstico de diabetes de início recente, e 15% registaram uma maior incidência de cetoacidose diabética. A maioria das 86 crianças e adolescentes com diabetes e COVID-19 apresentaram apenas sintomas leves / moderados; 5 necessitaram de internamento em unidade de cuidados intensivos. Nenhuma morte foi relatada. Os autores concluíram que a pandemia COVID-19 teve um impacto importante no comportamento da família, que pode estar associado ao aumento de casos de cetoacidose diabética e ao atraso do diagnóstico de novos casos.⁴²

Uma revisão sistemática publicada em Julho englobou 18 estudos relevantes sobre as evidências do risco de contrair COVID-19 em doentes com DM1, do efeito da COVID-19 no desenvolvimento de DM1, das consequências da COVID-19 nestes doentes e ainda questões especiais relativas à intervenção em doentes com DM1 na presença de COVID-19. Foi apenas reconhecido que o COVID-19 associado à DM1 apresenta desafios especiais, concluindo-se serem necessárias mais evidências para lidar com a associação destas patologias. Enquanto não surgirem novas evidências parece-nos prudente que se incluam estes doentes em grupo de risco e que se destaque a importância dos procedimentos de prevenção da infecção por SARS-CoV-2.⁴³

4. Asma

Não é ainda claro se a asma (a doença crónica respiratória mais frequente na criança) constitui um fator de risco para a COVID-19. Uma revisão sistemática publicada em Junho conclui que quase não existem dados sobre se a asma infantil ou outras doenças respiratórias pediátricas constituem factores de risco para a infecção por SARS-CoV-2 ou para a gravidade da COVID-19, sendo necessários estudos que vão para além da contagem do número de casos na faixa etária pediátrica.⁴⁴

De igual modo continuam em aberto algumas questões, tais como se a severidade da asma ou o seu controlo com a terapêutica habitual (nomeadamente os corticóides sistémicos) são fatores protetores ou favorecedores da infecção por SARS-CoV-2 ou da COVID-19.⁴⁴

Embora uma infecção viral respiratória seja um factor major para a exacerbação da asma, bem como um seu factor desencadeante, a evidência sobre a influência do SARS-CoV-2 na asma e nas doenças alérgicas é ainda limitada.⁴⁵

5. Doença inflamatória intestinal

Com a atual pandemia COVID-19, surgiram preocupações sobre o risco para as crianças e adolescentes com doenças inflamatórias intestinais (DII).⁴⁶

Pouco se sabe sobre o impacto da SARS-CoV-2 em crianças e jovens com DII, ou em doentes com imunossupressão sistémica, embora aos poucos dados até agora conhecidos indiquem uma doença ligeira em indivíduos com idade inferior a 18 anos.⁴⁶

Durante o surto grave de COVID-19 no norte da Itália, numa amostra de 522 doentes (7 a 18 anos de idade) sob tratamentos imunossupressores (como tiopurinas ou metotrexato, esteróides ou outros imunossupressores) e doentes recebendo tratamento biológico (infiximabe, adalimumabe, vedolizumabe e ustekinumabe, golimumabe) manteve-se a terapêutica e dosagem em curso, sem quaisquer sintomas que levassem ao diagnóstico de COVID-19, tendo todos os doentes sido aconselhados a continuar os seus regimes terapêuticos.⁴⁷

Um sistema de notificação eletrónica de crianças com DII infectadas com SARS-CoV-2 circulou entre 102 centros do *Paediatric Inflammatory Bowel Diseases (PIBD)* afiliados ao grupo do Porto (ESPGHAN). Os dados preliminares são tranquilizadores, concluindo-se que os tratamentos padrão de DII, incluindo produtos biológicos, devem continuar durante a pandemia, especialmente em crianças que geralmente têm um curso de doença inflamatória intestinal mais severa por um lado, e infecção por SARS-CoV-2 mais ligeira por outro.⁴⁶

6. Doença oncológica

Embora o tratamento da doença oncológica signifique um período mais ou menos longo de imunossupressão, até ao presente a evidência aponta para que no geral as crianças com cancro não apresentam um risco acrescido de infeção grave e mortalidade pelo SARS-CoV-2.⁴⁸

A exceção serão os tratamentos reconhecidamente mais imunossupressores, como os períodos de indução de remissão e consolidação de doenças hematológicas, os tratamentos com enxertos de células estaminais ("transplantes de medula"), as imunoterapias.

Caberá ao oncologista avaliar cada situação individual e em conjunto com a família determinar quais as medidas necessárias.

Nutrição e Saúde Oral

Catarina Roquette Durão, Teresa Xavier

Com a atual pandemia de COVID-19, os contextos – dos mais proximais aos mais distais – em que a família se insere e a criança cresce e se desenvolve estão perante uma grave ameaça à saúde em todas as suas dimensões – mental, social e física. Ao risco imediatamente percecionado do contágio por SARS-CoV-2, acrescentam-se inúmeros riscos implícitos, indiretos e mais encobertos, que derivam das medidas implementadas para travar a pandemia. O verdadeiro impacto na família, na grávida, na criança e no adolescente é ainda largamente desconhecido, mas o conhecimento científico atual permite antever inúmeras graves consequências para a família e desenvolvimento da criança com potenciais efeitos transgeracionais.

Neste contexto, a alimentação, nutrição e saúde oral são aspetos que importa não descurar. Evidência sobre os efeitos da pandemia na alimentação da grávida é escassa, mas as limitações de acesso aos cuidados de saúde, de movimentos, de higienização, bem como o stresse psicológico e o impacto socioeconómico apresentam-se como barreiras graves a uma alimentação adequada. Após o parto, a prática de aleitamento materno pode estar fortemente prejudicada podendo impedir a passagem de mãe para o bebé não só da melhor nutrição, mas também de toda a mensagem presente no leite materno com efeitos no bebé e na sua futura descendência. É, pois, essencial iniciar investigação que contribua para a compreensão dos efeitos da pandemia e consequentes medidas preventivas na coorte nascida durante a COVID-19. Adicionalmente, é premente almejar a uma análise bem balanceada entre risco de contágio, distanciamento físico, saúde mental e aleitamento materno.

Na criança e adolescente o impacto da pandemia no estilo de vida, incluindo alimentação, espera-se igualmente elevado. O distanciamento e eventuais futuros confinamentos são fatores de stresse adicional sobre famílias já fragilizadas que podem ter uma grande influência nos hábitos alimentares e de atividade física (sedentarismo, tempo passado em frente a ecrãs) de crianças, adolescentes e jovens, aumentando o risco de excesso de peso e de comorbilidades atuais e futuras. Adicionalmente, é expectável que os efeitos se façam sentir, iniquamente, sobretudo nas famílias mais desfavorecidas. Assim, o acesso a refeições escolares, bem como programas de ajuda alimentar são absolutamente essenciais.

Já na atual situação de contingência, e sobretudo se vier a ser considerado necessário um novo confinamento, as autoridades deveriam urgentemente considerar como será assegurado o fornecimento de alimentação aos mais desfavorecidos, bem como que medidas devem ser implementadas no grupo específico da população das grávidas, lactantes e crianças e avaliar a necessidade de uma campanha de saúde pública que proteja a saúde no contexto da COVID-19, mas também acima e para além dele.

- Saúde oral: enquadramento

A 16 de Março de 2020, com o Despacho nº 3301-A/2020, verificou-se a suspensão de toda e qualquer atividade de Medicina Dentária, de Estomatologia e de Odontologia, com exceção das situações comprovadamente urgentes e inadiáveis, tendo sido prolongada até ao dia 3 Maio, com o final do Estado de Emergência anunciado pelo Governo.

A partir de um inquérito publicado a dia 21 de Agosto de 2020, realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), e no qual participaram 4.136 médicos dentistas, de um total de 10.653 membros com inscrição ativa na OMD registou-se uma diminuição do número de consultas em 68% dos inquiridos, após a data de reabertura da clínicas.

Acresce ainda o facto do número de cheques dentista emitidos ter diminuído 24% (413.327 cheques emitidos em 2019 e 314.167 cheques emitidos em 2020) e o

número de cheques utilizados diminuído 44% (247.549 cheques em 2019 e 139.520 em 2020).

Perante a dificuldade ou adiamento da prestação de cuidados médico-dentários, a promoção da saúde oral, através de boas práticas higiénicas e dietéticas, torna-se particularmente preponderante no atual contexto pandémico, em particular nas populações mais susceptíveis, com condições socio económicas mais desfavoráveis e com menor acesso a cuidados de saúde. O recurso a plataformas digitais poderá constituir um meio de divulgação efetivo de estratégias favorecedoras de comportamentos para a saúde, junto de crianças e jovens em idade escolar.

Adicionalmente, há a necessidade de implementação de protocolos de abordagem terapêutica nas principais patologias presentes na cavidades oral, quer se incluam ou não no contexto de urgências dentárias pediátricas. Neste último caso, e uma vez que são muitas vezes resultantes de traumatismos orofaciais, torna-se assim determinante a informação e capacitação dos professores, educadores, pais e cuidadores para que possam desempenhar a melhor conduta perante um traumatismo dentário, bem como da sensibilização das crianças e jovens quanto à importância da utilização sistemática de medidas de auto-protecção.

Numa fase pós-pandemia dever-se-á avaliar o impacto do atraso ou limitação no acesso aos cuidados médico-dentários na incidência das principais doenças orais em idade pediátrica.

A Cirurgia Pediátrica e a Pandemia

Rui de Carvalho Alves

1. Actividade Cirúrgica Electiva

A produção cirúrgica electiva deverá ser planeada de acordo com a capacidade instalada e o tipo de hospital em que o Serviço de Cirurgia Pediátrica esteja integrado de acordo com o “contexto epidemiológico de cada instituição”. Nos hospitais em que algumas camas atribuídas à especialidade foram consagradas aos doentes portadores ou suspeitos de COVID-19, é de esperar que a recuperação de camas para internamento electivo, dependa da disponibilidade de postos em Unidades de Infeciologia, em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e da alocação de pessoal de enfermagem próprio.

A programação cirúrgica electiva, que se pretende, após a finalização da fase de confinamento, cada vez mais alargada, deverá ser preferencialmente reservada às situações de natureza muito prioritária ou prioritárias, como a patologia oncológica ou outra, cuja particularidade clínica exija resolução cirúrgica atempada. Embora não seja esperado um incremento de complicações cirúrgicas pós-procedimento em pacientes assintomáticos portadores de COVID-19, é necessário testar todos os doentes

propostos para qualquer acto cirúrgico ou invasivo, assim como os seus respectivos acompanhantes permanentes (pais, cuidadores ou indivíduos detentores da tutela legal do menor). Esta prática para além de proteger directamente o prestador de cuidados, permitirá estabelecer áreas físicas intra-hospitalares onde o risco de infecção por COVID-19 é menor. Estas áreas e os seus circuitos de acesso devem ser adaptadas de acordo com as características físicas e arquitetónicas de cada instituição, com o seu contexto epidemiológico e com a fase da doença na comunidade.

As Direcções Departamentais e de Serviço, em articulação estreita com o PPCIRA, deverão ter a capacidade de estabelecer de forma perceptível e funcional, áreas e circuitos específicos, com o objectivo de incrementar a produção cirúrgica com base nos seguintes princípios orientadores:

- (1) Espaços físicos com circuitos independentes dentro do Bloco Operatório, de modo a garantir a circulação de doentes e profissionais num ambiente com menor risco possível de infecção intra-operatória por COVID-19, principalmente em contexto de cirurgia de urgência;
- (2) Áreas de internamento específicas para patologia cirúrgica que minimizem a possibilidade de infeção durante o internamento por COVID-19, evitando o contacto com pacientes e acompanhantes com outras patologias não cirúrgicas, nomeadamente do foro respiratório.
- (3) Criação de vagas específicas em Unidades de Cuidados Intensivos (Quartos de Pressão Negativa) que possam ficar reservados para doentes portadores de COVID-19, permitindo assim a coexistência na mesma Unidade de doentes cirúrgicos sem infecção por COVID-19.
- (4) Para além do estabelecimento de circuitos próprios de acesso e de mobilidade dentro da estrutura física do Bloco Operatório, as medidas a serem implementadas para a protecção individual dos profissionais e dos doentes tratados por esta especialidade, deverão ser adoptadas de acordo com normas nacionais emanadas da Direcção Geral de Saúde e com os preceitos de boas práticas propostas pelas associações cirúrgicas internacionais e outros organismos congéneres

A visita clínica na área de internamento deverá ser realizada por um pequeno grupo de internos ou especialistas, com a supervisão dos cirurgiões sénior. De acordo com as normas já emanadas da DGS, será obrigatório o uso de máscara para todos os doentes e acompanhantes durante todo o internamento, devendo ser mantido o distanciamento mínimo de dois metros entre doentes, permitir somente a permanência do acompanhante já testado e manter a interdição de acesso a visitas.

Deverá, também, ser objecto de particular atenção, a resolução das situações clínicas que, embora classificadas como não prioritárias, contribuem para o agravamento das listas de espera cirúrgicas.

Deverá ser da responsabilidade das Direcções dos Serviços de Cirurgia Pediátrica em articulação com os Serviços de Anestesiologia e de Enfermagem de Bloco Operatório, a elaboração, com a maior brevidade possível, de normas técnicas que, de acordo com as particularidades e a capacidade instalada de cada instituição, possam ditar,

em face das boas práticas aceites e propostas internacionalmente, a forma mais eficiente de abordar cirurgicamente os doentes com as condições operacionais e de segurança que permitam a recuperação efectiva da capacidade produtiva em cirurgia convencional e de ambulatório, com particular ênfase na produção adicional, num contexto pandémico que se prevê prolongado. As recomendações já propostas pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), deverão ser consideradas, neste âmbito, com a respectiva adaptação ao contexto pediátrico.

Devido à previsível extensão do período pandémico, a retoma das intervenções cirúrgicas por técnicas minimamente invasivas deverá ser equacionada o mais precocemente possível. Devido à comprovada baixíssima taxa de complicações cirúrgicas descritas nos doentes assintomáticos portadores de COVID-19, as recomendações para a prática pediátrica já publicadas internacionalmente poderão ser implementadas no nosso país. A Sociedade Portuguesa de Cirurgia (APCir) divulgou normas de conduta sobre a realização de intervenções com uso de técnicas minimamente invasivas em doentes portadores de COVID-19 em contexto electivo e de urgência que podem, também, ser adaptadas ao escalão etário pediátrico.

2. Actividade Cirúrgica de Urgência

Os Serviços de Cirurgia Pediátrica deverão continuar a manter toda a actividade cirúrgica de urgência de acordo com as patologias e com os canais de referência estabelecidos, assim como, prestar todo o apoio cirúrgico às Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pós-Neonatais e de Cuidados Diferenciados da sua área de influência.

Conclusões

Gonçalo Cordeiro Ferreira

Nunca na história da humanidade uma pandemia foi vivida em direto, mediada por meios de comunicação, informação essa tantas vezes dependente de critérios editoriais.

Nunca na história da humanidade uma pandemia se espalhou numa sociedade pós-industrial, que vive da globalização e da deslocalização empresarial, atingindo países em que a malha económica assenta principalmente em serviços e entre estes muitas vezes no turismo, muitos dotados de uma grande, mas desigual, capacidade de meios informáticos para trabalho à distância. (o que facilita as opções de confinamento domiciliário)

Acresce que o vírus na raiz da pandemia - o SARS-CoV-2 - se comporta de uma forma diferente de outros vírus pandémicos, nomeadamente do vírus influenza, e sobre o qual vamos agora tendo melhores informações, mas ainda incompletas, pelo que muitas das decisões tomadas careceram de um sólido andaime técnico.⁴⁹

As primeiras reações, perante uma ameaça da qual se ignorava a dimensão foram naturalmente defensivas e em muitos casos, com visão retrospectiva, claramente exageradas, tomando-se como boas, atitudes que fazem sentido para outras situações como o Ébola, mas totalmente insensatas para um vírus que afeta primariamente o aparelho respiratório (como, por exemplo, os médicos não se aproximarem dos doentes para os auscultar).

A resposta das autoridades à pandemia foi assim muito mais política do que técnica, pois não havendo nenhuma base científica potente para determinar o curso da ação, sobrava o que se pressentia como o melhor interesse das populações (com diferentes perceções em diferentes países) de acordo com o grau de alarme social suscitado pelas imagens e relatos que quotidianamente entravam pelas casas.

Por outro lado, a resposta reflexa de confinamento teve o objetivo de travar o disseminar da infeção, e permitir, aos sistemas de saúde, ganhar o tempo necessário para se organizarem e melhorarem as instalações, a dotação de recursos humanos e equipamentos que garantam às populações os melhores cuidados, caso adoeçam gravemente.

Esta resposta foi extremamente igualitária, numa infeção que tem tudo menos igualdade de atingimento, e em que a doença globalmente afeta menos do ponto de vista da saúde aqueles a quem as medidas estritas de contenção mais prejudicam social e economicamente - as crianças e os adultos mais jovens, sobretudo de meios desfavorecidos. Trata-se mais do que uma pandemia, uma sindemia, e assim tem de ser enfrentada.⁵⁰

Num momento em que se recomeça a falar de medidas mais severas de contenção e confinamento, já não há a desculpa da ignorância e do medo para se enveredar pelo mesmo curso.

Hoje sabemos um pouco mais e percebemos que a resposta tem de ser balanceada e focada em grupos de maior risco de saúde, sem agravar o risco social e económico de quem tem menos risco sanitário.

Porventura há que olhar para além dos números globais, também para as pessoas e as suas necessidades concretas.

A escola, a atividade física, os tempos livres, o contacto com a família, a saúde para lá do COVID-19, quer no acompanhamento habitual quer na resposta à doença aguda ou crónica, não podem ficar reféns de uma sociedade militarizada contra a pandemia, de profissionais de saúde, instituições e recursos unicamente mobilizados para essa tarefa. Os hospitais, principalmente quando acolhem grávidas, crianças e adolescentes não podem ser bunkers em que medidas sanitárias radicais e desnecessárias, fazem encolher princípios de humanização de cuidados, que se julgavam bem enraizados, mas que foram instantaneamente sacrificados, com uma leveza que surpreende.

Podemos superar estes tempos difíceis, mas se não formos prudentes, inteligentes e diligentes as sequelas sociais serão bem mais nocivas e duradoiras que os custos sanitários da COVID-19.

Notas bibliográficas

1. Ioannidis JPA: Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic. *Eur J Clin Invest* 2020 (em publicação).
2. Swann OV, Holden KA, Turtle L, et al: Clinical characteristics of children and young people admitted to hospital with COVID-19 in United Kingdom: prospective multicentre observational cohort study. *BMJ* 2020, m3249.
3. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/epidemiology> (acesso a 7 de outubro 2020).
4. Viner RM, Mytton OT, Bonell C, et al: Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection among children and adolescents compared with adults. *JAMA Pediatr* 2020 (online 25 setembro).
5. Shekerdemian LS, Mahmood NR, Wolfe KK, et al: Characteristics and outcomes of children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection admitted to US and Canadian pediatric Intensive Care Units. *JAMA Pediatr* 2020;174(9):868.
6. Ioannidis JPA, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis DG: Population-level COVID-19 mortality risk for non-elderly individuals overall and for non-elderly individuals without underlying diseases in pandemic epicenters. *Environ Res* 2020;188:109890.
7. Esposito S, Principi N: School closure during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *JAMA Pediatr* 2020;174:921.
8. Roubinov D, Bush NR, Boyce WT: How a pandemic could advance the science of early adversity. *JAMA Pediatr* 2020 (online 27 julho).
9. Donohue JM, Miller E: COVID-19 and school closures. *JAMA* 2020;324(9):845.
10. Duan L, Shao X, Wang Y, et al: An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. *J Affect Disord* 2020; 275:112.
11. Faust SN, Munro APS: It's time to put children and young people first during the global COVID-19 pandemic. *JAMA Pediatr* 2020 (online 25 setembro).
12. Dooley DG, Bandy A, Tschudy MM: Low-income children and coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the US. *JAMA Pediatr* 2020;174:922.
13. Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J., 2020b. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 395, 912–920.
14. Chen, B., Sun, J., Feng, Y., 2020. How Have COVID-19 isolation policies affected young people's mental health? – evidence from chinese college students. *Front. Psychol.* 11.
15. Sprang, G., Silman, M., 2013. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med. Public Health Prep.* 7, 105–110.
16. Tanir Y, Karayagmurlu A, Kaya İ, Kaynar TB, Türkmen G, Dambasan BN, Meral Y, Coşkun M. Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2020

- Aug 3;293:113363.
17. Baron EJ, Goldstein EG, Wallace CT. Suffering in silence: How COVID-19 school closures inhibit the reporting of child maltreatment. *J Public Econ.* 2020 Oct;190:104258. doi: 10.1016/j.jpubeco.2020.104258. Epub 2020 Aug 21. PMID: 32863462; PMCID: PMC7441889.
 18. SatoshiHayakawa, ShihokoKomine-Aizawa , Gil G Mor. Covid-19 pandemicandpregnancy. *J ObstetGynaecolRes.* 2020 Oct;46(10):1958-1966.
 19. Diamond RM, Brown KS, Miranda J. Impact of COVID-19 on the perinatal period through a biopsychosocial systemic framework. *Contemp Fam Ther.* 2020;1-12. doi:10.1007/s10591-020-09544-8
 20. Darcy Mahoney A, White RD, Velasquez A, Barrett TS, Clark RH, Ahmad KA. Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *J Perinatol.* 2020;40(Suppl 1):36-46. doi:10.1038/s41372-020-0753-7
 21. Green J, Petty J, Bromley P, Walker K, Jones L. COVID-19 in babies: Knowledge for neonatal care. *J Neonatal Nurs.* 2020;10.1016/j.jnn.2020.06.005. doi:10.1016/j.jnn.2020.06.005
 22. Erdei C, Liu CH. The downstream effects of COVID-19: a call for supporting family wellbeing in the NICU. *J Perinatol.* 2020;40(9):1283-1285. doi:10.1038/s41372-020-0745-7
 23. Montes MT, Herranz-Rubia N, NeNE Nursing Group. Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future?.. *J Neonatal Nurs.* 2020;10.1016/j.jnn.2020.07.005. doi:10.1016/j.jnn.2020.07.005
 24. Popofsky S, Noor A, Leavens-Maurer J, Quintos-Alagheband ML, Mock A, Vinci A, et al. Impact of Maternal Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Detection on Breastfeeding Due to Infant Separation at Birth. *J Pediatr.* 2020 Aug 10:S0022-3476(20)30986-0. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.08.004.
 25. Murray PD, Swanson JR. Visitation restrictions: is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19? *J Perinatol.* 2020 Oct;40(10):1576-1581. doi: 10.1038/s41372-020-00781-1.
 26. Viranic AK, Puls HT, Mitsos R, Longstaff H, Goldman RD, Lantos JD. Benefits and Risks of visitor restrictions for hospitalized children during the COVID pandemic. *Pediatrics* 2020;146(2):e2020000786.
 27. Camporesi, A., Díaz-Rubio, F., Carroll, C.L. and González-Dambrauskas, S. (2020), Protecting children from iatrogenic harm during COVID19 pandemic. *J Paediatr Child Health.* doi:10.1111/jpc.14989
 28. Jason G et al. Children in the Eye of the Pandemic Storm—Lessons From New York City. *JAMA Pediatr.* October 2020 Volume 174, Number 10
 29. <http://criancaefamilia.spp.pt/direitos-da-crianca/in%C3%ADcio-do-ano-escolar-2020.aspx>
 30. <https://www.sfpediatrie.com/actualites/retour-lecole-covid-19-il-est-urgent-maitriser-nos-peurs-aller-lavant-bien-enfants>
 31. <https://www.childrens.com/covid-19/for-patient-families/back-to-school-guidance>.
 32. Marlais M et al. The severity of COVID-19 in children on immunosuppressive medication. *Lancet Child and Adolescent Health.* 2020 Jul;4(7):e17-e18. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30145-0.

33. Serviço Nacional de Saúde. Portugal / Obesidade infantil
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/10/portugal-obesidade-infantil-2/>
34. Pulgaron ER and Delamater AM. Obesity and type 2 diabetes in children: epidemiology and treatment. *Curr Diab Rep* 2014 Aug;14(8):508. doi: 10.1007/s11892-014-0508-y.
35. Bays HE, Toth PP, Kris-Etherton PM, et al. Obesity, adiposity, and dyslipidemia: a consensus statement from the National Lipid Association. *J Clin Lipidol*. 2013;7(4):304–383.
36. Perez LM, Pareja-Galeano H, Sanchis-Gomar F, et al. ‘Adipaging’: ageing and obesity share biological hallmarks related to a dysfunctional adipose tissue. *J Physiol*. 2016;594(12):3187–3207
37. Kassir R. Risk of COVID-19 for patients with obesity. *Obes Rev*. 2020;21(6). DOI:10.1111/obr.13034
Kruglikov IL, Schere PE. The role of adipocytes and adipocyte-like cells in the severity of COVID-19 infections. *Obesity (Silver Spring)*. 2020. DOI:10.1002/oby.22856
38. Bornstein SR, Dalan R, Hopkins D, et al. Endocrine and metabolic link to coronavirus infection. *Nat Rev Endocrinol*. 2020. DOI:10.1038/s41574-020-0353-9
39. Jia X, Yin C, Lu S, et al. Two Things about COVID-19 might need attention. *Preprints*. 2020; 2020020 315. DOI:10.20944/preprints202002.0315.v1.
Pandey A, Patel KV, Vaduganathan M, et al. Physical activity, fitness, and obesity in heart failure with preserved ejection fraction. *JACC Heart Fail* 2018;6(12):975–982
40. Elbarbary NS, Santos TJ, Beaufort C, Agwu JC, Luis Calliari LE, Scaramuzza AE. COVID-19 outbreak and pediatric diabetes: Perceptions of health care professionals worldwide. *Pediatr Diabetes* 2020 Jul 20;10.1111/pedi.13084. doi: 10.1111/pedi.13084.
41. Chowdhury S, Goswami S. COVID-19 and type 1 diabetes: dealing with the difficult duo. *Int J Diabetes Dev Ctries* 2020 Jul 14;1-6. doi: 10.1007/s13410-020-00846-z.
42. Castro-Rodriguez JA and Forno E. Asthma and COVID-19 in children: A systematic review and call for data. *Pediatr Pulmonol* 2020 Jun 18;10.1002/ppul.24909. doi: 10.1002/ppul.24909.
43. Lee J-H, Lee Y, Lee S-Y, Bever HV, H, Zhang L and Park H-S. Management of Allergic Patients During the COVID-19 Pandemic in Asia. *Allergy Asthma Immunol Res* 2020 Sep; 12(5): 783–791. doi: 10.4168/aaair.2020.12.5.783.
44. Turner D, Huang Y, Martín-de-Carpi J, Aloï M, Focht G, Kang B, Zhou Y, Sanchez C, Kappelman MD, Uhlig HH, Pujol-Muncunill P, Ledder O, Lionetti P, Dias JA, Ruemmele FM, Russell RK, Paediatric IBD Porto group of ESPGHAN. Corona Virus Disease 2019 and Paediatric Inflammatory Bowel Diseases: Global Experience and Provisional Guidance (March 2020) from the Paediatric IBD Porto Group of European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2020 Jun;70(6):727-733. doi: 10.1097/MPG.0000000000002729.
45. Norsa L, Indriolo A, Sansotta N, Cosimo P, Greco S and D’Antiga L. Uneventful Course in Patients With Inflammatory Bowel Disease During the Severe Acute Respiratory Syndrome

- . BMJ2020;371:m3979 Coronavirus 2 Outbreak in Northern Italy.
Gastroenterology 2020 Jul; 159(1): 371–372. Published online 2020 Apr 2. doi:
10.1053/j.gastro.2020.03.062
- 46.** Davey Smith G ,Blastland M, Munafò M. Covid-19's known unknowns. BMJ
2020;371 : m3979.doi:101136/bmj.m3979
- 47.** Horton R. COVID-19 is not a pandemic. www.thelancet.com 2020 Set 26 : 874.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620303905?via%3Dihub>
- 48.** Boulad F, Kamboj M, Bouvier N, Maugen A, Kung AL. COVID-19 in children
with cancer in New York city. JAMA Oncol 2020; 6(9):1459.
- 49.** Davey Smith G ,Blastland M, Munafò M. Covid-19's known unknowns. BMJ
2020;371 : m3979.doi:101136/bmj.m3979
- 50.** Horton R. COVID-19 is not a pandemic www.thelancet.com 2020 Set 26 : 874.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620303905?via%3Dihub>