

ARTIGO COMENTADO

Recomendações Internacionais para a Retomada dos Atendimentos Odontológicos

Dr. Filipe Polese

EXPEDIENTE

Patrocínio: DFL Ind. e Com. S/A

Apoio: Instituto IPPO

Coordenação científica: Dr. Filipe Polese

Revisão científica: Dra. Ana Carolina Santarem

Editora: Prática Brasil

Coordenação editorial: Claudia Gouvêa

RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS PARA A RETOMADA DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Dr. Filipe Polese

Doutor em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Mestre em Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica pela UNICAMP; Especialista em Implantodontia; Habilitação em Sedação Consciente com Óxido Nitroso; Consultor Clínico e de Desenvolvimento na Techsuture Suturas Cirúrgicas; Diretor do Study Club do International Team for Implantology (ITI) – Balneário de Camboriú; Diretor do Instituto IPPO.

RESUMO

Com o objetivo de contribuir com os cirurgiões-dentistas do Brasil na retomada, de forma segura, das atividades odontológicas após a paralisação causada pela pandemia da COVID-19, este artigo mostra as principais recomendações de conduta publicadas internacionalmente e as compara com aquelas presentes em publicações brasileiras. Para isso utilizaremos, em especial, uma revisão realizada no Reino Unido e publicada por Cochrane Oral Health que agrupa as recomendações presentes em 17 documentos de orientação referentes a 16 diferentes países e o manual elaborado conjuntamente pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) e pelo Departamento de Odontologia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

INTRODUÇÃO

Embora ainda esteja na metade, podemos afirmar que o ano de 2020 ocupará lugar de destaque tanto na memória de quem o vive, quanto nos capítulos da história que será estudada ao longo das próximas décadas. O motivo, infelizmente, não parece positivo e, em sua narrativa global, merece destaque o dia 11 de março, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou como pandemia a COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome of coronavirus*). Pouco tempo depois, no dia 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil já declarava, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus.

A COVID-19 apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a problemas respiratórios graves. Sua transmissão acontece de uma pessoa doente para outra por contato próximo por meio de toque, aperto de mão, gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, objetos ou superfícies contaminadas. De acordo com a OMS, a maioria dos pacientes com COVID-19 (cerca de 80%) pode ser assintomática, aproximadamente 20% dos casos requererem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e, desses, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório).

Ao longo dos meses seguintes, a evolução da doença no Brasil e no mundo se acelerou rapidamente, o vírus mostrou-se extremamente poderoso e os efeitos da pandemia vêm sendo intensamente sentidos em diversos países, sejam eles mais ou menos desenvolvidos, alterando padrões sociais, sanitários e econômicos de forma contundente e singular. Nas palavras de Luiz Henrique Mandetta, um dos ex-ministros da Saúde do Brasil neste período e estudioso do tema, “o vírus não negocia com ninguém e derrubou sistemas de saúde em todo o mundo”. Fernando Henrique Cardoso, sociólogo e ex-presidente do Brasil, visivelmente preocupado, afirmou que “este vírus não distingue gênero, idade, riqueza ou o que seja. Mata muitos e, se não nos cuidarmos... às vezes até mesmo cuidando-nos”. Por fim, a reflexão do jornalista e escritor Fernando Gabeira nos mostrou quão urgente poderia ser o tema já no início desse período: “os fatos são dinâmicos e nos ultrapassam. Eles são graves e tornam irrelevantes os nossos critérios de importância”.

Em resposta à pandemia, diversos países do mundo passaram a praticar o distanciamento social em diferentes níveis, inclusive com *lockdown* em algumas regiões. Muitas atividades foram suspensas e diversos setores da economia paralisados frente a um problema para o qual ainda não se vislumbram soluções farmacológicas, apesar dos esforços de toda a comunidade científica internacional.

Com a Odontologia não foi diferente. Por exemplo, em 16 de março, a American Dental Association (ADA) propôs que os dentistas adiassem todos os cuidados odontológicos eletivos por três semanas nos EUA, na Escócia, no País de Gales e na Irlanda do Norte; todas as práticas de geração de aerossóis foram interrompidas no dia 17 de março e os profissionais foram instruídos a interromper toda a Odontologia de rotina presencial no dia 23 de março. No mesmo dia, na Nova Zelândia, todos os tratamentos odontológicos não essenciais e eletivos foram suspensos. No Brasil, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) solicitou ao Ministério da Saúde, no dia 16 de março, a suspensão das atividades odontológicas na rede pública, permanecendo autorizados apenas atendimentos de urgência e emergência, salientando a importância dos processos de desinfecção, esterilização e limpeza dos instrumentais, equipamentos e ambiente, bem como reforçando a atenção aos equipamentos de proteção individual (EPIs).

Passado o impacto inicial, a discussão vem evoluindo no sentido de instituírem-se medidas seguras para a reabertura gradual dos diversos setores da economia, incluindo-se aqui o atendimento odontológico. Os profissionais de Odontologia desempenham um papel crucial na prevenção da transmissão dessa infecção viral, pois aerossóis e gotículas parecem ser os principais meios de propagação. O ineditismo e a insegurança gerados por esta pandemia, no entanto, têm dificultado esse retorno porque faltam parâmetros e informações que orientem os próximos passos.

Um esforço nessa direção tem sido feito globalmente, com destaque para o trabalho de um grupo colaborativo de pesquisadores e clínicos de várias instituições do Reino Unido, incluindo o Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme, o NHS Education for Scotland, as Universidades de Aberdeen, Dundee e Manchester, além do prestigiado Cochrane Oral Health, onde foram reunidas as recomendações para a reabertura de serviços odontológicos em 16 países.

A **Tabela 1** mostra a relação de países e fontes utilizadas neste trabalho, além das datas de publicação e da última atualização de cada documento.

Com o propósito de auxiliar os dentistas brasileiros a retomar suas atividades clínicas de forma segura, este artigo comenta os principais pontos das recomendações internacionais e os relaciona com aqueles presentes em publicações brasileiras, em especial o manual elaborado conjuntamente pelo CFO e pelo Departamento de Odontologia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) intitulado *Recomendações AMIB/CFO para Atendimento Odontológico COVID-19*, que teve sua segunda atualização publicada no dia 1 de junho de 2020.

INFORMAÇÕES E ANÁLISE COMPARATIVA

A revisão internacional elaborada no Reino Unido pelo grupo liderado pelos professores Jan Clarkson e Craig Ramsay teve sua versão 1.3 publicada em 16 de maio de 2020 e identificou 17 documentos de orientação produzidos entre 18 de março e 11 de maio, resumindo os temas comuns e as recomendações mais relevantes em cinco tópicos:

1. preparação para reabertura e considerações sobre o paciente;
2. equipamentos de proteção individual;
3. gerenciamento da clínica;
4. procedimentos odontológicos;
5. limpeza/desinfecção/descarte pós-atendimento.

TABELA 1 – PAÍSES, FONTES UTILIZADAS E DATAS DE PUBLICAÇÃO/ATUALIZAÇÃO

PAÍS	FONTE	DATAS DE PUBLICAÇÃO/ ATUALIZAÇÃO
França	<i>French National Dentists Association</i>	30.04.2020 / 05.05.2020
Espanha	<i>Council of Dentists and Collegial Organization of Dentists</i>	13.04.2020 / 01.05.2020
Portugal	<i>Directorate-General of Health</i>	01.05.2020
Alemanha	<i>German Dentists Association</i>	24.04.2020 (versão 3)
Áustria	<i>Austrian Dental Chamber</i>	03.04.2020 / 04.05.2020
Suíça	<i>Dental Swiss Society</i>	17.04.2020 / 27.04.2020
Bélgica	<i>Conseil de l'Art Dentaire on behalf of the Service Public Fédéral de Santé Publique</i>	19.04.2020 / 30.04.2020
Holanda	<i>Committee for the Preparation of Oral Care Guidelines During Corona Outbreak</i>	21.04.2020
Noruega	<i>Directorate for Health; Dental Health Service</i>	19.04.2020 / 30.04.2020
Dinamarca	<i>Danish Health Board</i>	22.04.2020
Malta	<i>Ministry for Health</i>	18.03.2020
EUA	<i>Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</i>	27.04.2020
EUA	<i>American Dental Association</i>	24.04.2020 / 07.05.2020
Canadá	<i>The College of Dental Surgeons of Saskatchewan</i>	27.04.2020 / 04.05.2020
Austrália	<i>Australian Dental Association</i>	23.04.2020
Nova Zelândia	<i>Dental Council</i>	11.05.2020
Índia	<i>Dental Council of India</i>	07.05.2020

O detalhamento de cada um desses tópicos será apresentado e comentado na sequência deste texto, em uma análise comparativa com a literatura nacional. A **Tabela 2** relaciona de forma resumida os 10 principais pontos discutidos nas publicações.

TABELA 2 – PRINCIPAIS TEMAS DAS PUBLICAÇÕES

RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS		RECOMENDAÇÕES BRASILEIRAS
1	Verificar se a equipe está livre dos sintomas da COVID-19	Verificação de sintomas está indicada Testes rápidos podem ser encontrados no mercado brasileiro
2	Triar o paciente por telefone e monitorar a temperatura na recepção	Triagem por telefone ou presencial Monitoramento da febre na equipe e nos pacientes, usando como valor de referência 37,8°C
3	Instruir os pacientes sobre os cuidados	Distanciamento social, evitar aglomeração na sala de espera, uso obrigatório de máscara e higienização das mãos com álcool em gel a 70%
4	Uso de enxaguatórios bucais pré-operatórios; sucção de alto volume; dique de borracha	Uso de peróxido de hidrogênio a 1%, sugador de alta potência e isolamento absoluto, assim como o trabalho a 4 mãos
5	Evitar os procedimentos de geração de aerossóis	Evitar, sempre que possível, a geração de aerossóis e o uso da seringa triplice
6	Utilizar equipamentos de proteção individual	Utilização de gorro, luvas de procedimento, óculos e/ou protetor facial (<i>face shield</i>) e jaleco descartável
7	Atendimento de casos não COVID-19 sem geração de aerossóis: utilizar máscaras cirúrgicas	Uso de máscaras cirúrgicas
8	Atendimento de casos não COVID-19 com geração de aerossóis: utilizar máscaras PFF2 ou N95	Uso de máscaras PFF2 ou N95
9	Atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19: utilizar máscaras PFF2 ou N95	Uso de máscaras PFF2 ou N95
10	A maioria das fontes recomenda procedimentos de limpeza e desinfecção	Utilizar, para desinfecção, hipoclorito de sódio a 0,1%, peróxido de hidrogênio a 0,5% ou álcool a 70%, além dos produtos à base de quaternário de amônio

1. Preparação para Reabertura e Considerações sobre o Paciente

1.1. Tarefas prévias à reabertura

- 18% das fontes citam tarefas gerais, como redução do risco de contaminação, treinamento de pessoal e manutenção de máquinas e equipamentos.

1.2. Rede de fornecimento de materiais

- 12% das fontes recomendam confirmar a disponibilidade de suprimentos, com especial atenção aos EPIs.

Comentário

De acordo com as recomendações da AMIB/CFO (2020), os serviços de saúde devem fornecer capacitação para todos os profissionais da saúde (próprios ou terceirizados) quanto às medidas de precaução e ao uso correto de EPIs (paramentação e desparamentação). Não há menção aos demais cuidados previamente à reabertura, embora isso pareça ser bastante recomendável.

Atenção particular deve ser dada à rede de abastecimento de EPIs, uma vez que há relatos frequentes de desabastecimento e forte aumento de preços devido à alta demanda neste período.

1.3. Instrução e triagem de pessoal

- 59% das fontes fornecem uma série de conselhos ou treinamento em protocolos revisados, incluindo verificar se a equipe está livre dos sintomas da COVID-19.
- 12% recomendam medir diariamente a temperatura da equipe.

1.4. Triagem dos pacientes

- 94% das fontes estimulam o uso do telefone e informam sobre a classificação de risco potencial da COVID-19 nos pacientes (p. ex., COVID-19 positivo, suspeito de COVID-19, assintomático, necessidade/proteção especial). Algumas também recomendam a triagem de temperatura na recepção.

1.5. Instrução dos pacientes

- 41% das fontes informam sobre o tipo de instrução que deve ser dada aos pacientes (p. ex., distanciamento social, uso de máscara, higiene das mãos).

Comentário

A avaliação prévia da equipe no que diz respeito a possíveis sintomas da COVID-19 parece ser item fundamental no processo de retomada das atividades. Além disso, testes rápidos já estão disponíveis no mercado brasileiro e podem ser feitos periodicamente para a verificação dos padrões das imunoglobulinas M e G (IgM e IgG) dos membros da equipe e como auxiliares na triagem dos pacientes.

O treinamento de toda a equipe quanto ao reconhecimento dos sintomas, ao processo de triagem e à classificação de risco dos pacientes também é fundamental, embora um método ou orientação não apareça formalmente nas publicações nacionais avaliadas.

O monitoramento da febre na equipe de saúde bucal está recomendado.

Instruções em local visível sobre distanciamento social, uso de máscara e higiene das mãos parecem ser consenso e devem fazer parte da rotina de todas as clínicas odontológicas.

Sugere-se a triagem por telefone ou presencial na busca de informação sobre sintomas gripais ou contato próximo com pessoas portadoras desses sintomas; no caso de triagem presencial, a febre deverá ser aferida, e deverá ser considerado o valor de referência 37,8°C.

Adicionalmente, vale destacar a iniciativa promovida pelo CFO que regulamentou, em 4 de junho de 2020, por meio da Resolução CFO nº 226/2020, o exercício da Odontologia à distância (teleodontologia), ferramenta que poderá auxiliar na triagem e orientação direta dos pacientes, sendo indicado, inclusive, que o suporte necessário após o atendimento seja realizado por via telefônica.

1.6. Agendamento

- 53% das fontes recomendam que o agendamento dos pacientes seja feito com base na triagem prévia que avalia os riscos.
- 12% afirmam que se deve considerar o agendamento de pacientes vulneráveis ou com necessidades especiais, evitando o contato com pacientes de maior risco.
- 6% indicam intervalos de 20 a 30 minutos entre os agendamentos, tempo suficiente para a desinfecção de todas as áreas, para que seja evitada a infecção cruzada entre os pacientes no consultório odontológico.

1.7. Sala de espera

- 88% das fontes recomendam distanciamento social, rearranjo de móveis, escudos de proteção, pôsteres com informações ao paciente, uso de máscaras, desinfetante para as mãos e remoção de revistas, brinquedos e outros itens desnecessários.

1.8. Banheiros

- 12% das fontes aconselham que o uso dos banheiros pelos pacientes seja feito somente com permissão.

1.9. Pacientes que, depois do tratamento, descobrem que estão com a COVID-19

- 6% das fontes sugerem o rastreamento e o isolamento de contatos próximos, inclusive da equipe odontológica que prestou atendimento.

Comentário

É recomendável que os pacientes do grupo de risco sejam agendados em horários específicos para que o contato com outras pessoas seja o menor possível.

Deve-se evitar aglomeração de pacientes e acompanhantes na sala de espera, mantendo-se distância de pelo menos 1 metro entre as pessoas. É recomendável instruir os pacientes a comparecerem à consulta sem acompanhantes, exceto em casos em que houver necessidade de assistência.

A triagem, quando feita por telefone, deve ser usada como critério de agendamento ou não dos pacientes; quando a triagem é feita presencialmente e for diagnosticado algum tipo de sintoma, o paciente deverá ser aconselhado a entrar em contato com o serviço de saúde, conforme orientação da OMS.

As considerações feitas sobre a sala de espera coincidem com as normas de conduta adotadas no Brasil e instituídas pelos governos estaduais e municipais, com destaque para a necessidade de disponibilização de álcool em gel a 70% para a higienização das mãos.

2. Equipamentos de Proteção Individual

2.1. EPIs para toda a equipe

- 65% das fontes indicam que todos os funcionários devem usar máscara durante todo o tempo.
- 35% orientam que todos os funcionários usem proteção para os olhos durante todo o tempo.
- 41% afirmam que todo o pessoal deve usar uniforme de trabalho dedicado.

Comentário

É indicado proteger membranas mucosas de olhos, nariz e boca durante os procedimentos. O equipamento a ser utilizado deve ser selecionado de acordo com o tipo de atendimento, conforme descrito na sequência do texto. Luvas, gorro, óculos e/ou proteção facial (face shield), máscara cirúrgica, assim como jaleco descartável devem ser utilizados pelos profissionais e auxiliares diretos. Na recepção, segundo orientação do Ministério da Saúde, a utilização de máscaras descartáveis ou de pano deve ser incentivada.

2.2. Pacientes assintomáticos e sem suspeita de COVID-19

- 100% das fontes recomendam proteção para os olhos (óculos de proteção e protetores faciais) e luvas de uso único.
- 82% recomendam a utilização de máscaras cirúrgicas, com duas delas sugerindo especificações mais altas, se disponíveis.
- 18% preconizam o uso de máscaras PFF2 ou equivalentes.
- 29% indicam aventais descartáveis ou equivalentes.
- 29% sugerem o uso de gorros cirúrgicos ou equivalentes.
- 18% recomendam proteção para sapatos (propé).

2.3. Pacientes assintomáticos e sem suspeita de COVID-19 submetidos a procedimentos com geração de aerossóis

- 35% das fontes postulam o uso de máscaras cirúrgicas, sendo que uma delas recomenda especificações mais altas, se disponíveis.
- 59% orientam o uso de máscaras PFF2 ou equivalentes.
- 65% indicam o uso de jalecos descartáveis, sendo que 29% aconselham a utilização de um avental de uso único adicional.
- 35% sugerem o uso de gorros cirúrgicos ou equivalente.

2.4. Pacientes com suspeita ou que tenham COVID-19 confirmada

- 18% das fontes indicam o uso de máscaras cirúrgicas, com uma delas aconselhando especificações mais altas, se disponíveis.
- 71% preconizam o uso de máscaras PFF2, PFF3 ou equivalentes.
- 47% indicam luvas de uso único e 12%, luvas duplas.
- 47% recomendam jalecos descartáveis ou equivalentes.
- 41% orientam o uso de gorro cirúrgico ou equivalente.
- 12% sugerem proteção para sapatos.

2.5. Pacientes com suspeita ou que tenham COVID-19 confirmada submetidos a procedimentos com geração de aerossóis

- 6% das fontes recomendam o uso da máscara mais alta disponível até PFF2 ou equivalente.
- 59% sugerem o uso de máscaras PFF2 ou equivalentes.
- 18% orientam o uso de máscaras PFF2, PFF3 ou equivalentes.
- 12% indicam o uso de máscaras PFF3 ou equivalentes.

Comentário

Na atualização das recomendações da AMIB/CFO publicada em 1 de junho de 2020, a orientação ainda era postergar os tratamentos odontológicos eletivos de todos os paciente com ou sem suspeita/ confirmação de COVID-19, restringindo os atendimentos a casos de urgência e emergência.

A American Dental Association atualizou, em 31 de março de 2020, sua publicação com a definição e listagem de procedimentos odontológicos considerados de urgência e emergência. Essa publicação pode ser visualizada no endereço eletrônico https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA_COVID19_Dental_Emergency_DDS.pdf.

Decretos assinados por alguns governadores, no entanto, autorizam a retomada dos atendimentos odontológicos eletivos desde que respeitados todos os cuidados e utilizados os seguintes EPIs: gorro, luvas de procedimento, óculos e/ou proteção facial (face shield), máscara cirúrgica e jaleco descartável de mangas longas e impermeável com gramatura mínima de 50 g/m². Não há menção quanto ao uso de cobertura para os sapatos (propé).

Em procedimentos nos quais serão gerados aerossóis, a máscara de escolha é a N95 ou PFF2. Ainda segundo as recomendações da AMIB/CFO, a máscara N95/PFF2 ou equivalente que contém válvula expiratória não pode ser utilizada como controle de fonte, pois ela permite a saída do ar expirado pelo profissional, que, caso esteja infectado, pode vir a contaminar pacientes, outros profissionais e o ambiente.

3. Gerenciamento da Clínica

3.1. Uso da cuspeira

- 18% das fontes recomendam que a cuspeira não seja utilizada.

3.2. Limpeza das superfícies de trabalho, redução do uso de equipamentos e de procedimentos que possam causar infecção cruzada

- 47% das fontes informam como as superfícies de trabalho da sala clínica devem ser mantidas limpas. Os exemplos incluem limitar a papelada, cobrir anotações com uma barreira e remover objetos de decoração. Apenas o estritamente necessário deve permanecer no consultório a fim de evitar a contaminação viral. Todos os equipamentos/materiais necessários devem ser preparados com antecedência.
- 29% indicam que áreas de contato comuns, como lâmpada da cadeira, alças e teclado, devem ser cobertas com uma barreira (filme plástico ou papel de alumínio).

3.3. Da sala de espera ao consultório

- 12% das fontes recomendam alternar entre diferentes salas de tratamento, se possível, principalmente após procedimentos com geração de aerossóis.
- 29% postulam manter um número mínimo de funcionários.
- 12% indicam que a equipe deve ter todos os EPIs antes de entrar em um consultório.

3.4. Qualidade do ar

- 53% das fontes reconhecem a importância da renovação do ar, das quais 4/17 (24%) dos documentos de orientação afirmam que são necessários entre 15 e 30 minutos após cada paciente para ventilação.
- 29% orientam que a porta da sala deve permanecer fechada para evitar a disseminação viral.

Comentário

Além da orientação de manter o ambiente ventilado, é recomendado que os procedimentos que podem gerar aerossóis sejam realizados, preferencialmente, em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (high efficiency particulate arrestance), porém essa parece ser uma realidade distante para a maioria dos profissionais. Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em uma sala com portas fechadas (mas com janelas abertas) e restringir o número de profissionais durante os procedimentos.

Em relação à limpeza, merecem destaque alguns pontos, de acordo com a AMIB/CFO: tudo que for utilizado no atendimento deverá ser limpo, desinfetado e/ou esterilizado para o atendimento de outro paciente.

As peças de mão deverão ser autoclavadas para cada paciente e ter válvulas antirrefluxo. Devem-se realizar remoção de sujidades com água e detergente neutro e desinfecção rigorosa de superfícies e objetos no consultório (maçanetas, cadeiras, banheiro). Para realizá-las, sugerem-se hipoclorito de sódio a 0,1%, peróxido de hidrogênio a 0,5%, álcool a 70% ou desinfetante padronizado pelo serviço de saúde para essa finalidade, como, por exemplo, os produtos à base de quaternário de amônio.

Deve-se observar o uso de barreiras de proteção, as quais devem ser trocadas a cada paciente. Há relatos de sobrevivência do SARS-CoV-2 por dois a nove dias em superfícies.

A limpeza das mangueiras que compõem o sistema de sucção da cadeira odontológica deve ser realizada, ao término de cada atendimento, com hipoclorito de sódio.

Consoante as recomendações da AMIB/CFO, quando o atendimento for de pacientes suspeitos ou contaminados, a limpeza do consultório odontológico deve ser feita aguardando-se duas horas após o final de cada atendimento, com a sala fechada e as janelas abertas, se as houver.

4. Procedimentos Odontológicos

4.1. Redução dos procedimentos com geração de aerossóis

- 100% das fontes recomendam reduzir ou evitar esse tipo de procedimento.
- 6% sugerem evitar o uso da seringa tríplice.

4.2. Redução de risco

- 100% das fontes incluem recomendações sobre como reduzir o risco de transmissão.
- 88% aconselham dique de borracha e sucção de alto volume.
- 82% indicam o uso de enxaguatórios bucais pré-operatórios.

4.3. Sugadores de alta potência

- 94% das fontes recomendam a aspiração para diminuir especificamente a carga viral gerada pelos aerossóis.
- 6% orientam que a ponta do aspirador seja coberta com uma tampa descartável.

4.4. Lista de procedimentos recomendados

- 35% das fontes sugerem explicitamente procedimentos minimamente invasivos.
- 29% incluem uma lista definida dos procedimentos que podem ser executados.

4.5. Orientações personalizadas para grupos de pacientes

- 59% das fontes fornecem orientações específicas para diferentes grupos de pacientes (p. ex., pacientes assintomáticos com COVID-19, positivos ou com suspeita).

Comentário

É importante salientar que todas as precauções indicadas no manual de biossegurança da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) devem continuar sendo respeitadas, sendo as novas recomendações incorporadas sempre que não haja incompatibilidade entre as normas.

Além da escovação prévia, segundo a AMIB/CFO, está indicada a utilização de bochecho com peróxido de hidrogênio a 1% antes de cada atendimento, uma vez que o SARS-CoV-2 é vulnerável à oxidação. Não há evidência científica da efetividade da clorexidina contra o novo coronavírus.

A utilização de dique de borracha e sugadores de alta potência é incentivada, assim como o trabalho a quatro mãos. Quando o isolamento absoluto não for possível, deve-se dar preferência ao uso de instrumentos manuais.

A publicação orienta, ainda, os dentistas a minimizar, sempre que possível, a geração de aerossóis e evitar o uso da seringa tríplice na sua forma aerossol.

As suturas, quando necessário e possível, devem ser feitas com material absorvível, e as radiografias preferencialmente devem ser extrabucais (panorâmicas e tomografia).

5. Limpeza/Desinfecção/Descarte Pós-atendimento

5.1. Limpeza e desinfecção

- 65% das fontes recomendam a limpeza e desinfecção de todas as superfícies após cada contato com paciente.
- 65% aconselham a limpeza e desinfecção de todas as áreas não clínicas (recepção, área de espera, banheiros), incluindo maçanetas, cadeiras e superfícies.
- 12% indicam a limpeza clínica do piso, variando de duas a três vezes ao dia.
- 12% sugerem que a porta permaneça fechada e o ar assente por um certo tempo (intervalo: 20-120 minutos).

5.2. EPIs durante a limpeza

- 29% das fontes preconizam que os funcionários devem usar proteção para os olhos, luvas e máscara ao realizarem procedimentos de descontaminação/desinfecção.
- 18% recomendam a lavagem de roupas na temperatura mais alta possível (pelo menos 60 graus por 30 minutos ou entre 80 e 90 graus com 10 minutos de contato térmico com as roupas).

5.3. Eliminação de resíduos clínicos

- 29% das fontes postulam que o lixo seja descartado de acordo com os regulamentos do sistema local.
- 24% afirmam que o EPI e outros materiais contaminados descartáveis sejam colocados em um recipiente com tampa dura.
- 6% recomendam ensacamento duplo e armazenamento dos resíduos clínicos antes da eliminação.

5.4. Produtos para desinfecção

- 24% das fontes sugerem uma solução à base de hipoclorito para a desinfecção.
- 24% indicam o uso de álcool (a 60%-70%) para a desinfecção.

Comentário

Conforme a Nota Técnica ANVISA nº 04/2020, os resíduos devem ser acondicionados em saco branco leitoso, o qual deve ser substituído quando atingir dois terços de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 48 horas e identificado pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente a punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual e cantos arredondados. Todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes confirmados ou com suspeita de infecção pela COVID-19 devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, disponível em http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081db331-4626-8448-c9aa426ec410.

Segundo a AMIB/CFO, quando a máscara N95 ou PFF2 estiver úmida, suja, rasgada, amassada ou com vincos, deve ser imediatamente descartada; porém, devido à escassez de EPIs, faz-se ne-

cessária a adaptação à realidade de cada serviço, respeitando-se as normas vigentes propostas por cada Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Assim, o descarte ou o armazenamento da máscara N95 devem ser feitos segundo as normas do serviço de saúde e em consonância com a CCIH.

Como mencionado anteriormente, a desinfecção poderá ser feita com hipoclorito de sódio a 0,1%, peróxido de hidrogênio a 0,5%, álcool a 70% ou desinfetante padronizado pelo serviço de saúde para essa finalidade, como, por exemplo, os produtos à base de quaternário de amônio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora haja diversidade nos temas e recomendações entre as múltiplas fontes estudadas, e apesar de nem sempre virem acompanhados de embasamento científico, a literatura também mostra pontos claros de convergência no que diz respeito aos cuidados na retomada dos atendimentos odontológicos pós-pandemia. Fica evidente a necessidade de aprofundamento em alguns assuntos, além de se redobramos os cuidados de biossegurança, a fim de diminuir os riscos de contaminação tanto dos pacientes quanto de toda a equipe clínica. As recomendações fornecidas pelas fontes nacionais consultadas, ainda que não contemplem todos os pontos descritos internacionalmente, parecem estar alinhadas com os principais parâmetros atualmente publicados e podem contribuir para a retomada segura das atividades odontológicas no Brasil.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

American Dental Association (ADA). What Constitutes a Dental Emergency? Disponível em: <https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA_COVID19_Dental_Emergency_DDS.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

American Dental Association. Summary of ADA Guidance During the SARS-CoV-2 Crisis. Disponível em: <<https://www.wda.org/docs/librariesprovider52/default-document-library/summary-of-ada-guidance-during-the-sars-cov-2-crisis.pdf?sfvrsn=0>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_odonto.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/ GGES/ ANVISA: 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 novo coronavírus (2019-ncov). Atualizada em 08/05/2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/Nota-Tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Infection Prevention a Control for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

Cochrane Oral Health. Recommendations for there-opening of dental services: a rapid review of international sources 6 May 2020. Substantial update 16 May 2020. Disponível em: <https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.cochrane.org/files/public/uploads/covid19_dental_review_16_may_2020_update.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

Comitê de Odontologia AMIB/CFO de enfrentamento ao COVID-19. Departamento de Odontologia AMIB – 2ª Atualização 01/06/2020. Recomendações AMIB/CFO para atendimento odontológico COVID-19. Disponível em: <<http://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/06/recomendacoes-amib-cfo-junho-2020.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

Conselho Federal de Odontologia (CFO). Recomendações para Atendimentos Odontológicos em Tempos de COVID-19. Disponível em: <<http://website.cfo.org.br/plano-de-prevencao-cfo-anuncia-novas-medidas-para-auxiliar-na-contencao-do-coronavirus>>. Acesso em: 8 jun. 2020.

Ministério da Saúde. Manual de Boas Práticas em Biossegurança para Ambientes Odontológicos – ILAPEO, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/index.php/sobre-a-doenca>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *International Journal of Oral Science*, 2020; 12: 9.

World Health Association. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19). Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

World Health Organization. Novel coronavirus (COVID-2019) technical guidance, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

Zhang W, Jiang X. Measures and suggestions for the prevention and control of the novel coronavirus in dental institutions. *Front Oral Maxillofac Med*, 2020; 2:4.

the 1990s, the incidence of *S. pneumoniae* meningitis in children has increased in the United Kingdom [10].

There is a need to identify the risk factors for meningitis in children, and to determine the impact of pneumococcal polysaccharide vaccine (PPV) on the incidence of meningitis in children. The aim of this study was to determine the risk factors for meningitis in children in the United Kingdom, and to determine the impact of PPV on the incidence of meningitis in children in the United Kingdom.

METHODS

Study area

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million. The United Kingdom is divided into four countries: England, Scotland, Wales and Northern Ireland.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.

The study was conducted in the United Kingdom, which has a population of approximately 55 million.