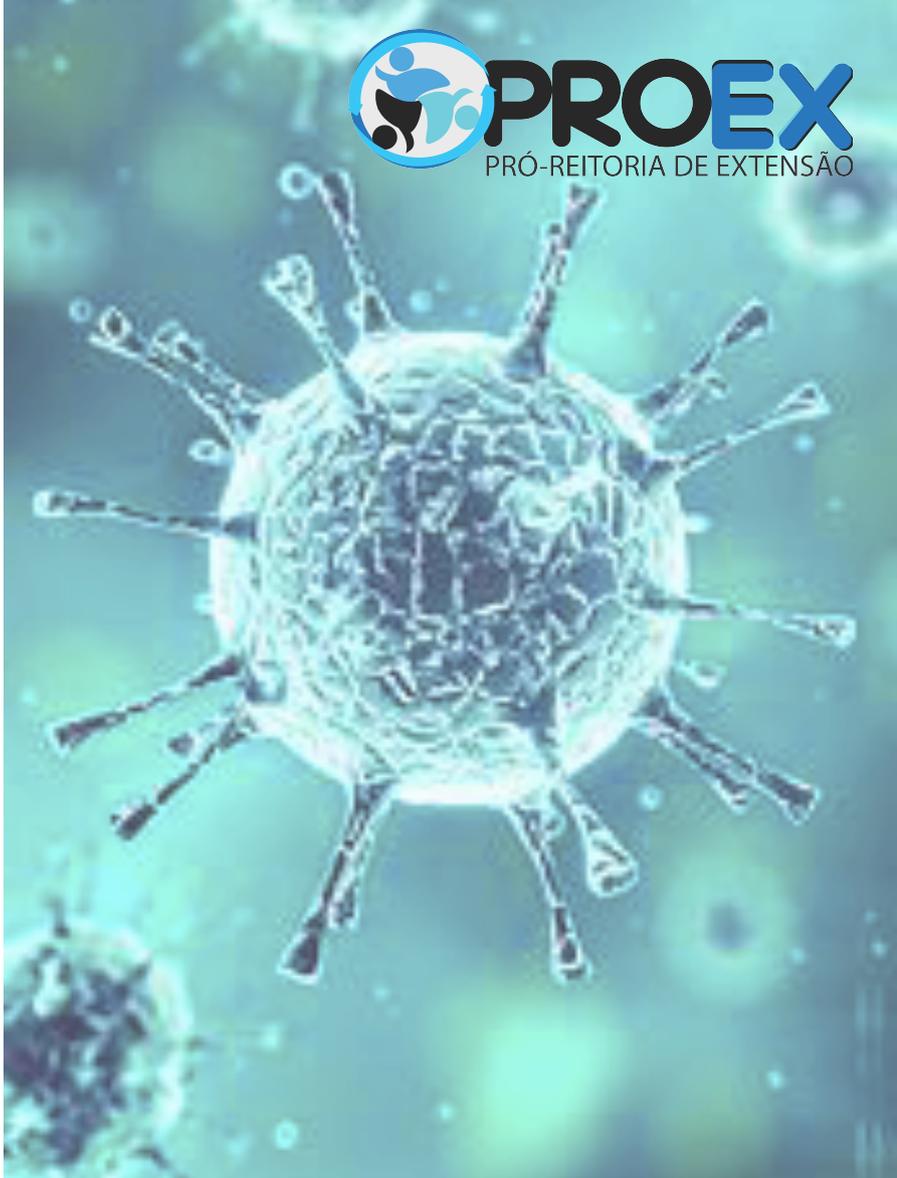


C O V I D - 19



**Guia para a prática
odontológica na era COVID-19**

**Mariana Leonel Martins
Maristela Barbosa Portela
Mônica Almeida Tostes
Mônica Pestana Gomes
Tereza Cristina Almeida Graça
Thereza Christina L Coutinho
Valéria Abreu da S Bastos**

Niterói - 2020

Realizado por:

Disciplina de Odontopediatria UFF/ Niterói

Coordenado por

Professora Titular Mônica Almeida Tostes

Professores da Disciplina de Odontopediatria

Prof^a Substituta Mariana Leonel Martins

Prof^a Associada Maristela Barbosa Portela

Prof^a Titular Mônica Almeida Tostes

Prof^a Adjunta Mônica Pestana Gomes

Prof^a Associada Tereza Cristina Almeida Graca

Prof^a Associada Thereza Christina Lopes Coutinho

Prof^a Associada Valéria Abreu da Silva Bastos

Apoio: PROEX - UFF- NITERÓI

Sigproj: 339709.1779.222442.09092019

Niterói-2020

APRESENTAÇÃO

A disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia/UFF através do Projeto “Atenção primária odontológica a crianças de 0 a 12 anos que sofreram traumatismos dento-alveolares” em parceria com a Pró-Reitoria de Extensão/UFF, elaboraram esse guia para a correta prática odontológica no cenário atual da COVID-19 com todas as atualidades sobre a biossegurança.

Introdução

A pandemia de COVID-19 levou ao fechamento de consultórios e demais unidades de atendimento odontológico no Brasil e no mundo. Atualmente, estamos retornando às atividades, sendo assim, medidas de prevenção de transmissão devem ser tomadas para que o atendimento ocorra com segurança para profissionais e pacientes. O Conselho Federal de Odontologia dentro de suas atribuições reconhece o grande risco de contaminação de dentistas e pacientes durante o atendimento odontológico. Sendo assim, medidas de interrupção do atendimento não emergencial na odontologia foram tomadas nos meses de maior contaminação e atualmente medidas de proteção e protocolos direcionados para a prevenção da contaminação estão sendo elaborados. Para tal, este manual tem como objetivo apresentar um guia para a reabertura de consultórios e clínicas.



O patógeno

O COVID-19 é um dos mais importantes patógenos que tem como alvo primário o sistema respiratório. A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) são considerados como surtos anteriores de coronavírus (CoVs) que representaram uma grande ameaça à saúde pública. No ano de 2019, na cidade de Wuhan (Província de Hubei), na China, foi confirmado o primeiro caso de COVID-19, em 17 de novembro. Por tratar-se de um vírus ainda desconhecido, não houve reconhecimento por parte das equipes de saúde de uma nova doença, que em pouco tempo se tornaria uma pandemia de enormes proporções. Relatórios iniciais já previam o desencadeamento de um surto do novo

Coronavírus (ano de 2019) devido à sua significativa taxa de multiplicação maior que 1 (variando de 2,24 a 3,58). Em fevereiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou esse novo vírus de COVID-19. Mais tarde, classificou o COVID-19 como sendo um vírus β -CoV do grupo 2B que inclui o SARSCoV, que infecta humanos, morcegos e animais selvagens. Os casos de pneumonia grave de etiologia desconhecida na cidade chinesa foram notificados à OMS em 31 de dezembro. Com a divulgação, a comunidade científica internacional passou a acompanhar a situação com preocupação. No Brasil, o primeiro caso notificado foi em fevereiro de 2020, sendo um homem de 61 anos de idade com histórico de viagem para a Itália (Ministério da Saúde, 2020). Até o dia 10 de julho de 2020, o Brasil já havia registrado 1.759.103 de casos de infecção por COVID-19, 69.254 óbitos e um índice de letalidade de 6,325%. Assim, tornou-se o segundo país no mundo com maiores números de infectados e mortos pela infecção, estando atrás apenas dos EUA. Tendo em vista o grande número de pessoas infectadas na cidade de Wuhan, na China, que frequentaram o mercado de animais nessa mesma cidade, especula-se que a provável origem do COVID-19 seja zoonótica. No entanto, ainda não há evidências consistentes de que outros animais sejam reservatórios do COVID-19, além de mamíferos e pássaros.

Os casos da doença passaram a ser registrados em outras províncias chinesas ao longo do mês de janeiro, e em outros países, mas com menor frequência. No final de janeiro a OMS declarou a epidemia da doença respiratória como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional. Em 11 de fevereiro de 2020, a doença causada pelo novo coronavírus foi oficialmente denominada pela OMS como Doença do Coronavírus 19 (do inglês Coronavirus Disease 19 ou COVID-19, abreviadamente) e, em paralelo, o vírus passou a ser denominado SARS-CoV-2. Com a disseminação cada vez mais crescente do novo coronavírus (Sars-Cov-2), Tedros Adhanom, diretor geral da OMS, declarou em 11 de março de 2020 o estado da contaminação à pandemia de COVID-19.



Transmissibilidade

A principal via para a propagação da infecção por COVID-19 é a transmissão de pessoa a pessoa. Isso é suportado pelos casos que ocorreram dentro da família e entre pessoas que não visitaram o mercado de animais em Wuhan, na China e entre os profissionais de saúde que tratam os pacientes infectados. Além disso, a transmissão pessoa a pessoa ocorre principalmente por contato direto ou por gotículas espalhadas no ar através da tosse ou espirro de um indivíduo infectado. Com relação à contaminação entre os profissionais de saúde, admite-se ainda que o vírus pode ser transmitido pelo ar através de aerossóis formados durante procedimentos médicos e odontológicos. Nos aerossóis, o vírus pode apresentar-se viável em um período de até 3 horas, com uma média estimada de aproximadamente 1 hora. Ainda é importante salientar que o RNA viral também foi detectado por rRT-PCR em amostras de fezes coletada de pacientes no sétimo dia da infecção. A meia-vida do vírus em superfícies como plástico e aço inoxidável é de 6,8 horas e 5,6 horas, respectivamente. Por fim, o principal alvo do vírus são as células epiteliais do pulmão. Essas células do hospedeiro expressam um receptor de superfície, o receptor da enzima conversora de angiotensina 2, que será o responsável pela ligação do vírus tornando possível a entrada desse patógeno através da fusão com a membrana celular. Com isso, a doença principal causada pelo vírus é o quadro de uma pneumonia grave. Adicionalmente, níveis elevados de citocinas e quimiocinas no sangue são encontrados em pacientes com a infecção, dentre elas: IL1- β , IL1RA, IL7, IL8, IL9, IL10, FGF2 básico, GCSF, GMCSF, IFN γ , IP10, MCP1, MIP1 α , MIP1 β ,

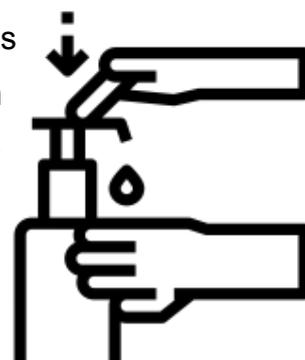


PDGFB, TNF α e VEGFA. Nos casos mais graves, ainda se observa níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias, incluindo IL2, IL7, IL10, GCSF, IP10, MCP1, MIP1 α e TNF α que são fundamentados para promover a evolução da doença.

Considerando a possibilidade de transmissibilidade através dos aerossóis, um dos estudos que estão se desenvolvendo no Brasil objetiva compreender como o novo coronavírus se movimenta no ar e os impactos disso em sua transmissão. Baseado na movimentação de partículas no ar, o pesquisador se dedica a verificar o tempo de flutuação no ar das micropartículas provenientes da tosse ou espirro de pessoas infectadas em ambiente fechado, verificando também o seu perímetro de deposição no chão e em outras superfícies. Com base nas experiências, este estudo concluiu que as gotículas maiores caem rapidamente no chão e podem alcançar uma distância de até três metros de onde foram originadas. No entanto, as microgotículas, na ausência de correntes fortes de ar, podem ser mantidas de minutos a 15 horas suspensas no ar.

A possibilidade dos vírus suspensos no ar permanecerem por mais de 30 dias representa um enorme potencial de contaminação, ainda mais quando são considerados os portadores assintomáticos. Os estudos, ainda não concluídos, buscam verificar qual a concentração mínima que deve existir em um aerossol expelido por pessoa contaminada para torná-lo potencialmente contagioso. Embora ainda não esteja estabelecido, o período de transmissibilidade do SARS-CoV-2 aparenta ser mais intenso após o início das manifestações da doença, persistindo em média por sete dias. A estimativa é que cada pessoa infectada possa transmitir o SARS-CoV-2 para dois a três outros indivíduos. Uma grande preocupação para a comunidade científica e os gestores de saúde é a transmissão interpessoal, sejam os portadores sintomáticos ou não. Desta forma, o contágio via pessoas assintomáticas torna-se imprevisível, não tendo sido estabelecido o tempo pelo qual estes indivíduos poderão transmitir a doença.

Desta forma, têm sido adotadas como medidas preventivas para evitar a exposição ao vírus a lavagem frequente das mãos com água e sabão ou o uso de desinfetantes a base de álcool 70%, enfatizando que o rosto não deve ser tocado se as mãos não estiverem





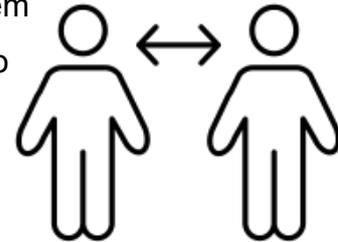
limpas. O uso de máscaras em ambientes públicos é um dos métodos de barreira principais, devendo-se observar as medidas de higiene e descarte adequados. Máscaras de tecido poderão ser usadas pela população, de preferência elaboradas com três camadas, e retiradas após duas horas de uso ou se estiverem umedecidas. Solicita-se obedecer à



etiqueta respiratória, através da cobertura da boca e do nariz com o antebraço ao tossir ou espirrar, usar lenços descartáveis e descartá-los em lixeira fechada imediatamente após o uso, sem esquecer-se de higienizar as mãos em seguida. O afastamento entre



pessoas, com distância mínima de um metro e meio em ambientes externos, deixar os sapatos na entrada da residência, retirar e lavar as roupas usadas na rua antes de voltar a vesti-las também fazem parte das medidas preventivas para evitar a propagação da doença. E, por fim, a mais radical, porém que tem demonstrado ser um grande aliado na contenção da pandemia, o distanciamento social.



As principais formas de transmissão do novo coronavírus parecem ser através de:

1. Gotículas de saliva e secreções respiratórias

A forma de transmissão mais comum do novo coronavírus acontece pela inalação ou contato de gotículas de saliva ou secreções respiratórias, que ficam presentes no ar após uma pessoa contaminada tossir ou espirrar. Secreções da conjuntiva também podem transmitir. Esta forma de transmissão justifica o grande número de infectados pelo vírus e, por isso, foi declarada pela OMS como a principal forma de transmissão, devendo ser adotadas medidas para evitar o contato com gotículas de saliva e secreções respiratórias, como não ficar em ambientes fechados com muitas pessoas e

sempre cobrir a boca e o nariz quando for necessário tossir ou espirrar. COVID-19 pode também ser transmitido diretamente pela saliva ou indiretamente. De acordo com uma investigação feita pelo Instituto Nacional de Doenças Infecciosas do Japão, existe um risco 19 vezes superior de contaminar-se com o vírus em locais fechados, do que ao ar livre, exatamente porque existe um contato mais próximo entre as pessoas e por mais tempo.

Tratamento odontológico produz alta concentração de aerossol e representa alto risco de contaminação para dentista e equipe. Dentro de áreas fechadas a transmissão de aerossol é alta e as gotículas da orofaringe ou da nasofaringe contendo partículas virais podem contaminar indivíduos próximos, partículas maiores, ou a longa distância, quando as partículas são pequenas.

2. Contato com superfícies contaminadas

O contato com superfícies contaminadas também parece ser uma importante forma de contágio, já que, segundo uma pesquisa feita nos Estados Unidos, o novo coronavírus consegue permanecer infectante por até três dias em algumas superfícies:

- Plástico e aço inoxidável: até 3 dias;
- Cobre: 4 horas;
- Papelão: 24 horas.

Ao colocar as mãos nessas superfícies e depois passar a mão no rosto, para coçar o olho ou limpar a boca, por exemplo, é possível ser contaminado pelo vírus, que consegue entrar no corpo pelas mucosas da boca, olhos e nariz. Por este motivo, a OMS recomenda a lavagem frequente das mãos, especialmente depois de se estar em locais públicos ou que tenham maior risco de estar contaminados com gotículas da tosse ou espirros de outras pessoas. Além disso, também é importante fazer a desinfecção de superfícies regularmente.

3. Consumo de animais selvagens

Manifestações clínicas

Esta parece ser a primeira forma de contágio registrada do novo coronavírus, que foi a partir do contato e consumo de animais selvagens infectados num mercado da China. Dessa forma, o contato ou o consumo de animais doentes, especialmente animais selvagens, como cobras e morcegos, está completamente contraindicado.

4. Contato com fezes contaminadas

Um estudo realizado em fevereiro de 2020 na China sugeriu também que a transmissão do novo coronavírus pode acontecer por via fecal-oral, principalmente em crianças; isso porque 8 das 10 crianças incluídas no estudo tiveram resultado positivo para coronavírus no swab retal e negativo no swab nasal, indicando que o vírus poderia permanecer no trato gastrointestinal. Além disso, um estudo mais recente de maio de 2020 também mostrou que foi possível isolar o vírus nas fezes de 12 dos 28 adultos estudados e com diagnóstico de COVID-19.

Tratando-se de uma doença com alta velocidade de transmissibilidade, o reconhecimento prévio juntamente com o seu rápido diagnóstico, beneficiam tanto o pronto atendimento como uma menor disseminação. A sintomatologia clínica, aliada a uma anamnese detalhada, poderão determinar o nível de risco da COVID-19, além de avaliar a possibilidade de outras causas. O diagnóstico definitivo necessita ser confirmado através dos exames laboratoriais específicos. A COVID-19 afeta de maneira diferente as pessoas. Podendo variar de sintomas leves a moderados, sem necessidade de hospitalização. No entanto, as formas graves podem ter uma evolução rápida e desfavorável. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como Síndrome Gripal e comumente os sintomas mais relatados são febre, tosse seca e cansaço. Dores e desconfortos, dor de garganta, diarreia, conjuntivite, dor de cabeça, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés são menos comuns. Os sintomas de maior gravidade descrevem dificuldade de respirar ou falta de ar, dor ou pressão no peito, perda de fala ou movimento. Em média, os sintomas aparecem 5 ou 6 dias depois do indivíduo ser infectado com o vírus, porém, isso pode levar até 14 dias.

O diagnóstico sindrômico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. A pandemia da COVID-19 apresenta maior impacto e gravidade em adultos acima de 60 anos de idade, particularmente, nos portadores de co-morbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma, tabagismo, obesidade e doenças com imunossupressão. De modo geral, crianças e adolescentes infectados apresentam as manifestações clínicas em suas formas mais leves ou moderadas da doença, sendo muitas vezes assintomáticas.

Existem evidências de que ACE2 é o receptor celular do sars-covid e especula-se que a menor sensibilidade infantil a este vírus pode estar associada a uma imaturidade e menor função da ACE2 em crianças. O receptor ACE2, além de funcionar como porta de entrada do vírus na célula, pode estar associado com o desenvolvimento do dano pulmonar e hiperinflamação, levando à síndrome da angústia respiratória aguda. Além disso, uma maior presença de anticorpos contra infecções respiratórias pode

ser encontrada em crianças, principalmente, no inverno, relacionadas a frequentes manifestações destas infecções na infância. Por último, o sistema imune infantil, ainda em desenvolvimento, pode responder aos patógenos de forma diferente do adulto. Um estudo desenvolvido na China, observou maior prevalência da doença no grupo etário de um a cinco anos de idade, sugerindo que crianças mais jovens estão mais vulneráveis ao desenvolvimento da COVID-19. No entanto, não foi possível determinar os mecanismos que diferenciam as manifestações clínicas em crianças e adultos.

Uma síndrome multissistêmica possivelmente associada com a COVID-19 foi identificada inicialmente pela Sociedade de Pediatria do Reino Unido. Foram observadas manifestações clínicas e alterações em exames complementares em crianças e adolescentes com semelhança àquelas observadas nos casos pediátricos de síndrome de Kawasaki, Kawasaki incompleto e/ou síndrome do choque tóxico.

São relatados como sinais de alerta para esta síndrome, a presença de febre persistente, marcadores laboratoriais de atividade inflamatória e evidência de disfunção única ou de múltiplos órgãos (choque, comprometimento cardíaco, respiratório, renal, gastrointestinal e/ou neurológico). Podem ser relatadas dores abdominais, confusão mental (torpor e coma), conjuntivite não purulenta, tosse e outros sintomas respiratórios, odinofagia, diarreia, cefaleia, linfadenopatia cervical > 1,5 cm, alterações das mucosas orais (edema e fissura de lábios, língua em framboesa, eritema de orofaringe), exantema polimórfico, edema de mãos e pés, síncope, náuseas e vômitos. A associação de evidência de COVID-19 (RT-PCR, teste antigênico ou sorologia positiva) ou provável contato com pacientes com COVID-19, além do descarte de qualquer outra causa infecciosa completam o ciclo de evidências relacionado a esta síndrome (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

A possibilidade de agravamento da inflamação deve ser altamente considerada, destacando-se a elevação ou persistência da febre, deterioração cardiorrespiratória, piora dos sintomas gastrintestinais, hepatoesplenomegalia ou linfadenopatia, disseminação do exantema cutâneo e agravamento dos sintomas neurológicos. Os marcadores inflamatórios também necessitam de

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

acompanhamento. Outros exames complementares são fundamentais para determinação da evolução da doença.

Apesar da gravidade desta manifestação pediátrica associada à COVID-19, a qual pode levar ao óbito, ressalta-se a raridade destas ocorrências até o momento. De qualquer forma, o conhecimento por parte da equipe de saúde e o pronto atendimento contribuirão para um desfecho mais favorável. Assim sendo, tanto a prevenção quanto descobertas sobre os tratamentos mais adequados ao paciente pediátrico são fundamentais para o melhor manejo da COVID-19 na população infantil (Dong et al., 2020).

Os sintomas da infecção por COVID-19 tendem a aparecer após um período de incubação de aproximadamente cinco dias, onde os principais sintomas são: perda do olfato (87,2%), febre (40,6%), tosse (58,4%), fadiga (61%), dor de cabeça (70,0%) diarreia (42,3%), dispneia (46,2%) e dor de garganta (51,6%)



Neste tópico serão abordadas as medidas que devem ser tomadas antes, durante e após o atendimento odontológico segundo as orientações do Conselho Federal de Odontologia, artigos e demais orientações publicadas.

ANTES DO ATENDIMENTO

TRIAGEM - Protocolo para agendamento de pacientes

Para que ocorra o atendimento devemos fazer, primeiramente, uma triagem para classificar o paciente de acordo com suas necessidades e condições de saúde. Uma breve anamnese deverá ser feita por telefone ou aplicativos de mensagem e as seguintes informações deverão ser coletadas:

1. Se o paciente apresenta ou apresentou nos últimos 14 dias algum sintoma da COVID-19, como febre (temperatura igual ou superior a 37,8 °C), dor de garganta, tosse, coriza, diarreia, dor no corpo ou outro sintoma de gripe.
2. Se está fazendo o isolamento social (não ter participado de aulas presenciais, festas, encontros ou qualquer outra atividade com contato próximo de pessoas)
3. Se esteve em contato com pessoas com diagnóstico de COVID-19 nos últimos 14 dias, pessoas com sintomas sem diagnóstico ou pessoas sem sintomas mas que tiveram contato com pessoas com suspeita ou com COVID-19

Caso o paciente apresente algum desses sintomas a consulta não deve ser agendada. As condições do paciente devem ser reavaliadas para um novo agendamento após 14 dias.

AGENDAMENTO

O agendamento deve ser com hora marcada obedecendo um intervalo mínimo de 30 minutos entre as consultas para limpeza e desinfecção do consultório. Após o agendamento, as seguintes recomendações devem ser dadas ao pacientes.

- Não vir acompanhado. Caso precise (crianças pequenas e idosos e/ou pacientes com necessidades especiais), vir acompanhado apenas com uma pessoa;
- Não esquecer de colocar a máscara, que deverá ser retirada somente no momento do atendimento;
- Aguardar na entrada do estabelecimento para a colocação do propé (paciente e acompanhante);
- Aferir a temperatura com termômetro digital ao chegar ao consultório;
- Passar álcool gel nas mãos (paciente e acompanhante);
- Deixar objetos pessoais num local específico (o profissional deve deixar um local reservado para colocação de celulares e bolsas);
- Usar banheiro somente com o consentimento do profissional;
- Sentar-se na cadeira, retirar a máscara, evitar colocar a mão em objetos;
- Colocar o óculos de proteção;
- Em seguida, o dentista poderá iniciar o atendimento;
- Após o atendimento, o paciente colocará a máscara e será acompanhado até a porta e, somente neste momento, irá retirar o propé e higienizar as mãos com álcool gel 70%.
- Salas de espera deverão ser ventiladas (ar condicionado com exaustão ou janelas abertas).
- Dispor de lixeira com tampa e acionamento por pedal.
- Evitar o uso de bebedouro de água, café, banheiros etc..
- Dispor as cadeiras de sala de espera de forma a manter o distanciamento.

DURANTE O ATENDIMENTO

Cartazes de orientações de higiene de mãos deverão estar expostos em locais estratégicos bem como cartazes com informações sobre a higiene da tosse ou etiqueta respiratória

Controle da Transmissão: Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

Recepção do paciente

- Máscaras, de preferência cirúrgicas com tripla proteção, devem ser utilizadas pela equipe para recepcionar o paciente e trocadas a cada turno de trabalho. Se houver sujidade ou umidificação, a máscara deverá ser trocada antes desse intervalo de tempo.
- O uso do protetor facial é opcional para a recepcionista, porém o uso da máscara é obrigatório para a equipe e para o paciente. Máscaras de pano podem ser uma alternativa para os pacientes caso haja grande dificuldade em conseguir as máscaras cirúrgicas.

Paramentação do CD / ASB / TSB

1- Sapatilha descartável (propé)

- Deverá ser colocada sobre o calçado.
- Tem como finalidade evitar que sujidades ou qualquer agente infeccioso alojado nos calçados entre em contato com o chão da

clínica e se prolifere pelo ambiente, tornando-se um foco de contaminação.

- Deve ser de material descartável e removido após o uso. O seu descarte deve ser como resíduo infectante.

2. Antes de iniciar a paramentação

- Deve ser de material descartável e removido após o uso. O seu descarte deve ser como resíduo infectante.
- Remover os adornos (brincos, anéis, colar, pulseiras e relógio), higienizar as mãos e separar os EPIs na bancada.

3. Avental de manga longa

- Deve ser impermeável, de gramatura 80 gramas ou mais, ou de plástico, com elástico nas mangas e com fechamento traseiro.
- Utilizar um avental descartável por atendimento.
- Não é indicado lavar o avental de TNT para reutilizá-lo.

4. Máscara

- Não se deve autoclavar as máscaras ou desinfectar / higienizar com qualquer produto.
- O profissional de saúde não deve usar a máscara cirúrgica sobreposta à máscara N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI.
- Utilizar a **máscara de proteção N95/PFF2** (peça facial filtrante 2) sem respirador/válvula ou similar em procedimentos geradores de aerossóis (precaução de aerossóis). É importante lembrar que o uso da seringa tríplex já é suficiente para a produção de aerossol.
- Utilizar a **máscara cirúrgica tripla** em procedimentos não geradores de aerossóis (precaução de gotículas).

Considerações sobre a máscara de proteção N95/PFF2 sem respirador/válvula ou similar:

- Segurar a máscara com a pinça nasal (para cima) próximo à ponta dos dedos, deixando as alças pendentes envolvendo a mão.
- Encaixar a máscara inicialmente pelo queixo até cobrir a boca e o nariz.
- Posicionar o elástico superior na parte mais superior da cabeça e, em seguida, o elástico inferior na base da nuca.
- Ajustar a pinça nasal no nariz e fazer testes de vedação:
Positiva: cobrir a N95/PFF2 com as mãos em concha sem forçar a máscara sobre o rosto e soprar suavemente; se houver fuga de ar, a máscara não está com a vedação correta.
Negativa: cobrir a N95/PFF2 com as mãos em concha sem forçar a máscara sobre o rosto e inspirar vigorosamente; se a máscara tocar suavemente o seu rosto e não houver fuga de ar, a vedação estará correta.
- A remoção deverá ser feita pelos elásticos laterais.
- Nunca tocar na parte externa; se porventura ocorrer, realizar higiene das mãos.

Observação 1: Para quem tem barba, esta deve-se manter aparada para que não prejudique o correto vedamento da máscara N95/PFF2.

Observação 2: A máscara N95 com válvula expiratória não deverá ser usada na Odontologia, pois permite a saída do ar expirado pelo profissional, que caso esteja infectado, pode contaminar pacientes e o ambiente.

Considerações sobre máscara cirúrgica tripla:

- Deve ser usada em procedimentos onde não haja produção de aerossóis.

- Deverá ser constituída em TNT para uso odonto-médico-hospitalar e possuir no mínimo uma camada interna, uma camada externa e também um elemento filtrante.
- Deverá cobrir boca e nariz adequadamente e possuir clipe nasal maleável para o ajuste adequado ao nariz e bochechas.
- As máscaras não devem ser tocadas em sua face externa; se porventura ocorrer, realizar higiene de mãos. E quando da remoção, deverá ser feita pelas tiras ou elásticos laterais e descartadas em lixo infectante. Realizar higiene de mãos.
- Devem ser trocadas a cada paciente.

5. Gorro descartável

- Está indicado para a proteção dos cabelos e cabeça dos profissionais em procedimentos que podem gerar aerossóis.
- Deve cobrir toda a orelha e não pode ser usado nenhum tipo de adorno.
- Deve ser de material descartável, removido após o uso e trocado a cada paciente. O seu descarte deve ser como resíduo infectante.

6. Óculos de proteção (inclusive sobre os óculos de visão)

- Devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais, excreções, etc.
- Devem ser exclusivos de cada profissional, devendo, imediatamente após o uso, passarem por limpeza e posterior desinfecção com álcool líquido a 70% (quando o material for compatível) ou hipoclorito de sódio.

7. Protetor facial (viseira ou “face shield”)

- A maior parte da contaminação é por gotícula e vai ficar alojada na viseira.
- Caso o protetor facial tenha sujidade visível, deve ser lavado com água e sabão/detergente e, em seguida, passar pelo processo de desinfecção semelhante ao recomendado para os óculos de proteção.
- Sempre após cada atendimento, fazer desinfecção como recomendado para os óculos de proteção.

8. Luvas descartáveis

- **Não** devem ser utilizadas duas luvas (sobrepostas) para o atendimento dos pacientes, pois esta ação não garante mais segurança à assistência.
- O uso de luvas não substitui a higiene de mãos.
- Nunca toque em maçanetas, canetas e outras superfícies e materiais quando estiver de luvas.

Observação 1: Usar sapato fechado e, de preferência, separar a roupa da clínica da sua roupa normal (que você usa fora da clínica). Descontaminar a roupa com desinfetante antes de lavar: hipoclorito de sódio (roupa branca: 60 ml para 1 litro de água) ou Lysoform (roupa colorida) por 10 minutos. A roupa utilizada na clínica deve ser lavada separadamente com água e sabão.

9. Sequência recomendada para colocação de EPI:

- **Antes** de entrar na sala clínica:
 1. Colocar o propé;
 2. Realizar higiene de mãos;
 3. Vestir o avental descartável de mangas longas e impermeável sobre a roupa de uso exclusivo no consultório;

4. Colocar a máscara;
5. Colocar o gorro;
6. Realizar higiene de mãos;
7. Colocar óculos de proteção com proteção lateral;
8. Colocar o protetor facial (viseira / “face shield”);
9. Realizar higiene de mãos;
10. Calçar luvas;
11. Entrar na sala de atendimento (e se houver porta para essa sala, ela deverá ficar fechada).

10. Sequência recomendada para retirada de EPI:

- **Após** término do atendimento, orientar que o paciente recoloca sua máscara de proteção:
 1. Remover as luvas de forma segura e descartar em lixo infectante;
 2. Realizar higiene de mãos;
 3. Remover o avental descartável e descartar em lixo infectante;
 4. Sair da sala de atendimento;
 5. Realizar higiene de mãos;
 6. Remover “face shield” pela parte lateral e posterior e descartar em lixo infectante ou separar para limpeza e desinfecção os reutilizáveis;
 7. Realizar higiene de mãos;
 8. Remover óculos de proteção e separar para limpeza e desinfecção;
 9. Realizar higiene de mãos;
 10. Remover gorro e descartar em lixo infectante;
 11. Remover a máscara pelas tiras ou elásticos laterais, descartar em lixo infectante;
 12. Realizar higiene de mãos e colocar máscara cirúrgica;
 13. Remover o propé e realizar higiene de mãos.

A seguir algumas orientações importantes estão listadas no Diagrama abaixo:

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

COVID-19



Por Mônica Tostes

Observação 1: A equipe de limpeza deverá fazer uso de gorro descartável, botas impermeáveis com cano longo, óculos de proteção ou protetor facial, luvas de borracha com cano longo, avental impermeável, realizar lavagem das mãos frequente antes e após utilizar os EPIs.

Procedimentos em consultório e ambulatório para diminuir o risco de transmissão aérea

- Evite procedimentos geradores de aerossóis sempre que possível. Evite o uso de peças de mão e uso do modo névoa da seringa tríplice (ar e água), bem como ultrassom para profilaxia e para remoção de cálculo dentário usar instrumentos manuais;
- Priorizar técnicas restauradoras minimamente invasivas ou Tratamento Restaurador Atraumático
- Usar dique de borracha, sempre que o procedimento permitir. Quando o isolamento não for possível, dar preferência a instrumentos manuais para remoção de cáries e uso de extratores (curetas, cinzéis, foices, enxadas e limas periodontais) de cálculo ao invés de aparelhos ultrassônicos para minimizar a geração de aerossóis;

Usar sugadores de alta potência. O trabalho a quatro mãos deve ser estimulado para controle de disseminação;

Higienizar previamente a boca do paciente por meio de escovação e/ou bochecho com antisséptico. Fornecer bochechos com peróxido de hidrogênio a 1% antes de cada atendimento (o SARS-CoV-2 é vulnerável à oxidação). Ambos são recomendados para reduzir a carga viral salivar. Não há recomendação do uso de digluconato de clorexidina, em qualquer concentração. Ainda não há evidências científicas que demonstrem a eficácia da clorexidina contra o novo SARS- CoV2;

Manter o ambiente ventilado.

Observação: Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados, preferencialmente, em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance). Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto com portas fechadas (com janelas abertas) e restringir o número de profissionais durante os procedimentos.

- Limpeza e posterior desinfecção de todos os objetos e itens tocados pelos pacientes com fricção de Álcool Etílico a 70%.
- Limpeza e posterior desinfecção de balcões de recepção, banheiros, maçanetas, torneiras, etc., com água e sabão e desinfetantes como o Álcool Etílico a 70% ou Hipoclorito a 0,5%.
- Verificar todos os aparelhos que liberam água para procedimentos odontológicos.
- É recomendado que se adicione 0,3 ml de hipoclorito de sódio a 1% em 500ml de água para abastecer o reservatório de água que leva refrigeração às peças de mão. Este reservatório será esvaziado todos os dias, realizada limpeza com escovas apropriadas para que não se forme biofilme e no dia seguinte nova solução será preparada.
- Autoclaves e equipamentos de limpeza de materiais como lavadoras ultrassônicas deverão ser verificados quanto à manutenção.
- Realizar testes de monitoramento de esterilização nas autoclaves, usando indicadores biológicos com os testes-controle correspondentes (com o mesmo número de lote).

Observação: Manter os ambientes limpos e secos ajudará a reduzir a persistência do SARS-CoV-2 em superfícies. A limpeza ajuda a remover patógenos ou reduz sua carga de forma significativa e é o primeiro passo essencial em qualquer processo de desinfecção. É necessário aguardar no mínimo 15 minutos após a saída do paciente para iniciar o processo de limpeza e desinfecção, para que haja o decaimento de gotículas do ar sobre as superfícies.

- Verificar compressores de ar, linhas de vácuo e sucção, equipamentos de raio X e outros. Seguir protocolos para armazenamento e manutenção conforme orientações do fabricante.
- Todos os outros suprimentos e instrumentais deverão estar estocados em gavetas fechadas ou armários fechados para que não se exponham às contaminações.

- Todos os equipamentos que porventura ficarem expostos durante o atendimento e que não forem utilizados, deverão ser considerados contaminados e serem descartados ou reprocessados apropriadamente após o final do atendimento.
- Peças de mão de alta e baixa rotação deverão ser esterilizadas para todos os pacientes, após limpeza com detergente enzimático ou neutro para uso em saúde, lubrificadas e embaladas para serem esterilizadas. É recomendado que as peças de mão de alta rotação tenham sistema anti-refluxo .
- É necessário aguardar no mínimo 15 minutos para que as gotículas decaiam suficientemente do ar após o término de um procedimento odontológico e saída do paciente para iniciar a limpeza e desinfecção do consultório.
- Além do tempo de espera para o início da limpeza e desinfecção do consultório após um procedimento gerador de aerossóis, deverá haver um tempo de espera para atendimento do próximo paciente e esse tempo varia conforme fatores como número de trocas de ar/hora do ambiente, quantidade de aerossol gerado, práticas de trabalho usando técnicas de mitigação, etc., podendo chegar até 3 horas.
- A limpeza com água, sabão ou um detergente neutro e alguma forma de ação mecânica removerá e reduzirá sujidades, debris e outras matérias orgânicas tais como sangue, secreções e excreções, mas não removerá microorganismos.
- A matéria orgânica pode impedir o contato direto de um desinfetante com a superfície e inativar as propriedades germicidas ou o modo de ação de muitos desinfetantes. Somados à metodologia usada, a concentração do desinfetante e o tempo de contato são também críticos para uma desinfecção efetiva de superfícies.

O álcool etílico a 70% e o hipoclorito de sódio só poderão ser utilizados após limpeza da superfície com detergentes neutros ou alcalinos. A exposição recomendada para que seja feita desinfecção com álcool etílico a 70% é de três aplicações, com fricção vigorosa, permitindo a secagem natural entre as aplicações. O álcool precipita proteínas da saliva e sangue, tornando-as insolúveis e adesivas à maioria das superfícies expostas, dificultando sua remoção. Portanto não é considerado um agente de limpeza.

- Os quaternários de amônio com biguanida são capazes de realizar a limpeza e a desinfecção com técnica adequada e tempo determinados pelo fabricante.
- A limpeza deve começar das áreas mais limpas para as mais contaminadas, dos níveis mais altos para os mais baixos, sendo que os debris se depositarão no chão e serão limpos por último, de forma sistemática para que nenhuma área seja esquecida.
- Deverá ser realizada limpeza e desinfecção concorrentes entre os atendimentos e ao final do dia, deverá ser realizada limpeza terminal.
- Poderão ser colocadas barreiras descartáveis plásticas nas superfícies mais tocadas pelo profissional, que deverão ser trocadas de forma cuidadosa a cada paciente e realizada limpeza e desinfecção da superfície para colocação de novas barreiras . Barreiras utilizadas deverão ser descartadas em lixo infectante.
- Equipamentos como motores de prótese e aparelhos fotopolimerizáveis deverão estar limpos e desinfetados e cobertos por barreiras com o objetivo de prevenir a contaminação cruzada.
- A seringa tríplice deverá ser submetida à limpeza e desinfecção a cada paciente e troca de barreiras protetoras deverá ser realizada.
- Para procedimentos cirúrgicos deverão ser interpostas barreiras esterilizadas que serão descartadas em lixo infectante após o término do procedimento.

Observação: Os profissionais responsáveis pela limpeza deverão usar equipamentos de proteção individual como luvas grossas, óculos de proteção, aventais impermeáveis e respirador N95 ou similar e na falta desse, usar máscara cirúrgica. As luvas grossas deverão ser de cor diferente daquelas usadas no processamento de instrumentais.

- Borrifar desinfetantes em superfícies ambientais, tanto em ambientes de saúde como em outros locais pode não ser um procedimento efetivo na remoção de material orgânico e pode não ser capaz de desinfetar superfícies escondidas por objetos, bem como superfícies de desenhos mais detalhados.

PORTANTO, é recomendado APLICAR DESINFETANTES EM SUPERFÍCIES COM PANOS DESCARTÁVEIS, LENÇOS OU WIPES EMBEBIDOS EM DESINFETANTES.

Produtos que podem ser utilizados para desinfecção de superfícies:

1. Álcool etílico ou isopropílico a 70% (líquidos/saneantes)
 2. Hipoclorito de sódio a 0,5%
 3. Alvejantes contendo hipoclorito (de sódio ou de cálcio) a 2-3.9%
 4. Peróxido de hidrogênio a 0,5%
 5. Ácido peracético a 0,5%
 6. Quaternários de amônio com biguanidas ,etc.
- Os produtos saneantes à base de Álcool a 70 % podem ser encontrados na forma de gel ou líquido. Os produtos líquidos à base de álcool a 70% não são indicados para higienização das mãos uma vez que provocam ressecamento, podendo levar à formação de feridas.
 - Utilizar tecido descartável com o desinfetante a ser utilizado.
 - Deverá ser realizada a limpeza das mangueiras do sistema de sucção e da cuspeira após cada atendimento, com desinfetante à base de cloro na concentração de 2500mg de cloro por litro de água (hipoclorito de sódio a 2,5%).
 - A água sanitária e alvejantes comuns podem ser utilizados diluídos para desinfecção de pisos e outras superfícies com um tempo de contato de 10 minutos. As soluções deverão ser utilizadas imediatamente, são instáveis e desativadas pela luz (devem ser colocadas em recipientes opacos). Devem ser preparadas todos os dias.
 - Verificar sempre as recomendações do fabricante quanto ao tempo de contato e compatibilidade de superfícies.
 - Todos os produtos deverão ser registrados na ANVISA.
 - Alguns países tem adotado tecnologias no-touch, ou seja, sem contato direto, para aplicação de desinfetantes químicos, como por exemplo, o peróxido de hidrogênio vaporizado em estabelecimentos de saúde com aplicações sob a forma de névoa.
 - De acordo com a OMS, os dispositivos utilizando irradiação UV tem sido projetados para estabelecimentos de saúde. No entanto, muitos fatores podem afetar a eficácia da irradiação UV, incluindo a distância do dispositivo UV, a dose de irradiação, o comprimento de onda e o tempo de exposição, posicionamento da lâmpada, vida útil da lâmpada e duração de uso. Outros fatores incluem linha direta e indireta de visão do aparelho, tamanho e forma da sala, intensidade e reflexão. Essas tecnologias são usadas para limpeza terminal em locais desocupados, para a segurança da equipe e dos pacientes.

- Essas tecnologias suplementam mas não substituem a necessidade de procedimentos manuais de limpeza.
- Quando do uso de desinfecções de tecnologia no-touch , as superfícies ambientais deverão ser limpas primeiro por meio de escovas ou fricção para remoção de matéria orgânica.
- De acordo com o Center for Diseases Control and Prevention (CDC), que é um importante centro de pesquisas sediado em Atlanta, nos Estados Unidos da América, para controle de doenças e investigação de surtos, a eficácia de métodos de desinfecção alternativos contra a COVID-19, tais como ondas ultrassônicas, radiação UV de alta intensidade e LED de luz azul é desconhecida.
- Recipientes para perfurocortantes deverão ser mantidos próximos ao local de atendimento.
- Deverão ser rígidos e resistentes.
- Nunca ultrapassar a linha tracejada que é o limite de preenchimento de 2/3 do recipiente.
- Os recipientes devem estar em suportes e à altura dos olhos para prevenir acidentes. Não deverão estar em locais úmidos como sob as pias.
- Nunca reencapar agulhas com as duas mãos, usar sempre técnica com uma mão.
- Os protocolos de esterilização não variam para os patógenos respiratórios.
- As peças de mão deverão ser limpas com detergentes neutros ou enzimáticos, enxaguadas, secas, lubrificadas, embaladas e esterilizadas para cada paciente.
- Protocolos de limpeza rigorosa de instrumentos utilizados deverão ser feitos com uso de detergentes neutros, alcalinos ou enzimáticos com registro na ANVISA.

APÓS O ATENDIMENTO

Limpeza e desinfecção de superfícies

Recomenda-se que a limpeza das áreas de isolamento seja concorrente, imediata ou terminal.

- A **limpeza concorrente** é aquela realizada diariamente;
- A **limpeza imediata** é aquela realizada em qualquer momento, quando ocorrem sujidades ou contaminação do ambiente e equipamentos com matéria orgânica, mesmo após ter sido realizada a limpeza concorrente;
- A **limpeza terminal** é aquela realizada após a alta, óbito ou transferência do paciente;
- Manipular cuidadosamente o material perfuro-cortante;
- Realizar o descarte adequado de resíduos, conforme procedimento operacional padrão (POP);
- Superfícies e objetos: realizar remoção de sujidades com água e detergente neutro e desinfecção de superfícies e objetos rigorosamente no consultório (maçanetas, cadeiras, banheiro) e/ou do ambiente hospitalar. Para realizá-la, sugere-se: hipoclorito de sódio a 0,1%, ou peróxido de hidrogênio a 0,5%, ou álcool a 70%, ou desinfetante padronizado pelo serviço de saúde para essa finalidade. No ambiente hospitalar a limpeza e desinfecção com desinfetante deve ser conforme rotina hospitalar. Todas as superfícies tocadas deverão ser desinfetadas. Observe o uso de barreiras de proteção que devem ser trocadas a cada paciente. Há relatos de sobrevivência do SARS-CoV-2 de 2 até 9 dias em superfícies;
- Durante os procedimentos (com luvas), não atenda telefone, nem abra ou feche portas usando a maçaneta, não toque com as mãos locais passíveis de contaminação;

Conclusão

- 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 deverão ter válvulas anti-refluxo;
- A limpeza das mangueiras que compõe o sistema de sucção da cadeira odontológica deve ser realizada, ao término de cada atendimento, com hipoclorito de sódio;
- Os serviços de saúde devem fornecer capacitação para todos os profissionais de saúde (próprios ou terceirizados) quanto às medidas de precaução e uso correto de EPI (paramentação e desparamentação).

Tratamento de resíduos

De acordo com a Nota Técnica ANVISA No 04/2020, os resíduos devem ser acondicionados, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 48 horas e identificados 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 à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo COVID-19 devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa no 222, de 28 de março de 2018.

Referências

Em resumo, atenção especial deve ser dedicada ao atendimento odontológico de pacientes, independente do diagnóstico de COVID-19. Através da análise da história epidemiológica dos casos de COVID - 19 e uma compreensão mais ampla das características epidemiológicas da SARS - CoV - 2, será possível fornecer medidas preventivas e políticas de tratamento mais eficazes e estabelecer um base sólida para vencer a batalha contra essa epidemia.

AAPD. American Academy of Pediatric Dentistry. A guide for re-entry into practice for pediatric dentistry during the COVID-19 pandemic. www.aapd.org. Atualização: 28/04/2020. Acesso em 06 Jul 2020.

ANVISA. NOTA TÉCNICA Nº 04/2020 GVIMS/GGTES/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). 2020. Acesso em 31 Jan 2020.

Asociación Latinoamericana de Odontopediatria. Ruta de atención para procedimientos de Odontología Pediátrica durante la etapa de confinamiento o cuarentena de la pandemia COVID-19. *Rev Latinoam Odontop.* 2020; 10: 2- 50.

Assiri A, Al-Tawfiq JA, Al-Rabeeh AA, et al. Epidemiological, demographic, and clinical characteristics of 47 cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus disease from Saudi Arabia: a descriptive study. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:752-761.

Bogoch, A. Watts, A. Thomas-Bachli, C. Huber, M.U.G. Kraemer, K. Khan, Pneumonia of unknown etiology in wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel, *J. Trav. Med.* 2020; 27: 1-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualização 4: 08/05/2020. Brasília. 2020. 92p.

Carlos WG, Dela Cruz CS, Cao B, Pasnick S, Jamil S. COVID-19 disease due to SARS-CoV-2 (Novel coronavirus). *Am J Respir Crit Care Med* 2020; 201: 7-8.

Conselho Regional de Odontologia do Ceará / Associação Brasileira de Odontologia. Os passos do atendimento odontológico em tempos de COVID-19. Proposta de um manual de atendimento para cirurgiões-dentistas. Fortaleza, 2020, 26 p.

Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro. Procedimentos operacionais para consultórios e clínicas odontológicas. Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020, 15p.

Departamentos Científicos de Infectologia (2019-2021) e de Reumatologia (2019-2021). Sociedade Brasileira de Pediatria. Síndrome inflamatória

multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal. Nota de alerta em 20 de maio de 2020.

DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COVID-19
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos de Saúde-SCTIE. Ministério da Saúde. 6 de abril de 2020.

Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics*. 2020; 145: e2020-0702.

Doremalen, Neeltje et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J of Med* 2020; 382:1564-1567.

Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al., Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395: 497–506.

Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *Journal of Hospital Infection* 2020;104:246e251.

Li Q, Guan X, Wu P et al., Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia, *N Engl Med* 2020; 382: 1199-1207.

Lotfiab M.; Hamblincde M. R., Rezaeifgh, N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. *Clin Chim Acta* 2020; 508: 254-266.

Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in wuhan China: the mystery and the miracle. *J Med Virol* 2020, 92: 401–402.

Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial 20; versão 1, 1 de julho de 2020. www.saude.gov.br/svs. Acesso em 2 de julho de 2020.

Nishiura H, Oshitani H, Kobayashi T et al. Closed environments facilitate secondary transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *MedRxiv*. 2020.

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

R o t h a n H A , B y r a r e d d y S N .
The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun* 2020; 109:102433.

Recomendações AMIB/CFO para enfrentamento da COVID-19 na Odontologia. Disponível em: <http://website.cfo.org.br/publicada-versao-atualizada-de-recomendacoes-amib-cfo-para-enfrentamento-da-covid-19-na-odontologia/>

Royal College of Paediatrics and Child Health, UK, 2020. Guidance: Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19. Disponível em: <https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2020-05/COVID-19-Paediatric-multisystem-%20inflammatory%20syndrome-20200501.pdf>

Stariolo D. COVID-19 in air suspensions <https://arxiv.org/abs/2004.05699>

UNICEF, Oxford University. Children of austerity. Impact of the great recession on child poverty in rich countries. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Children_of_austerity.pdf

WHO. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 7. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200127-sitrep-7-2019--ncov.pdf>. Acesso em 28 Jan 2020.

Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in feces of patient with severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020; 26.

Xu, Y., Li, X., Zhu, B. *et al.* Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. *Nat Med* 2020; **26**, 502–505.

Wan Y, Shang J, Graham R, Baric RS, Li F. 2020. Receptor recognition by the novel coronavirus from Wuhan: an analysis based on decade-long structural studies of SARS coronavirus. *J Virol* 2020; 94:e0012720.

Zhao S, Lin Q, Ran J, et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *Int J Infect Dis* 2020;92:214-217.

Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al., A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, *N Engl J Med* 2020; 382: 727–733 2020

Leitura Complementar

Recomendações AMIB para atendimento odontológico covid-19 feitas pelo Comitê de odontologia AMIB de enfrentamento ao covid-19, do Departamento de Odontologia AMIB

Recomendações para atendimento odontológico em tempos de covid-19. CFO, 2020.

TUNÁS, I. T. C, et al. Doença pelo corona vírus 2019 (Covid-19): uma abordagem preventiva para Odontologia. Revista Brasileira de Odontologia, 2020.