

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS
ODONTOLÓGICOS EM TEMPOS DE
PANDEMIA PELA COVID-19**

Leila PorTela

Joyce Chiaperini

Maria Cecília Guedes

Recife, 08 de junho de 2020

1. INTRODUÇÃO:

O atual surto da cepa de Coronavírus 2019 (COVID-19) constitui uma emergência de saúde pública de preocupação global, devido a sua alta virulência e poder de disseminação na população, o que acarreta aumento da demanda por atendimentos hospitalares de grande complexidade.

Os centros internacionais de controle e prevenção de doenças estão monitorando a doença, além de recomendarem medidas governamentais para a diminuição de novos casos.

As principais vias de transmissão do SARS-Cov-2 incluem transmissão direta através de tosse, espirro e pigargos, além de transmissão por contato com mucosa oral, nasal e dos olhos. O curso clínico da doença é heterogêneo, uma parcela dos pacientes apresenta-se assintomática, enquanto a outra evolui com quadro leve/moderado ou severo, de acordo com a gravidade do comprometimento sistêmico.

Dentre os principais sinais e sintomas destacam-se: febre, tosse seca, apatia, mialgia, perda parcial ou total do olfato (hiposmia/anosmia), alteração/diminuição ou perda total do paladar (disgeusia/hipogeusia/ageusia), insuficiência renal e doença respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva. A perda do paladar e de olfato são considerados sinais prodrômicos e devem ser questionados na anamnese pelo Cirurgião-Dentista.

Considerando que o SARS-CoV-2 foi recentemente identificado na saliva de pacientes infectados, o surto da COVID-19 é um lembrete de que os cirurgiões-dentistas devam se preocupar com a disseminação de doenças infecciosas respiratórias, principalmente referente a formação de aerossóis durante o atendimento odontológico.

Existem três hipóteses para que o SARS-CoV-2 seja detectado na saliva: primeiro, o vírus presente no trato respiratório inferior e superior entra em contato direto com a cavidade oral, contaminando-a; segundo, o vírus presente no sangue pode acessar a cavidade oral via fluido crevicular gengival, através do exsudato específico que contém proteínas locais derivadas da matriz extracelular e proteínas derivadas do soro; terceiro, o SARS-CoV-2 pode estar presente na cavidade oral pela infecção das glândulas salivares menores e maiores, com subsequente liberação de partículas virais na saliva via ductos salivares.

Por se tratar de uma infecção respiratória, a via de transmissão por gotículas provenientes da fala, tosse ou espirro (tamanho da partícula > 5µm, que atinge até 1 metro de distância do paciente fonte, com tempo de permanência em segundos no ar) deve ser diferenciada da transmissão por partículas aerossolizadas (tamanho < 5µm, que atinge vários metros do paciente fonte, com tempo de permanência de horas no ar).

Um estudo realizado por van Doremalen et al., demonstrou que em um ambiente controlado, o SARS-CoV-2 apresenta titulações viáveis em um período de até 3 horas para aerossóis, com uma média estimada de 1,1 hora. Segundo os pesquisadores, o tempo de meia vida para o vírus em superfícies como plástico e aço inoxidável foi de 6,8 horas e 5,6 horas, respectivamente.

Devido às características do atendimento odontológico, que incluem proximidade face a face entre pacientes e Cirurgiões-Dentistas (CDs), exposição frequente a saliva, sangue e outros fluidos, produção de aerossóis, além de instrumentos cortantes manuais contaminados, as medidas de biossegurança são fundamentais para evitar a transmissão de microrganismos. Em situações de surtos de determinadas doenças, os cuidados com a prática se tornam ainda mais necessários a fim de que profissionais e pacientes estejam protegidos, pandemia pelo SARS-CoV-2 ocasionou uma alteração expressiva na forma de atendimento e da rotina dos consultórios odontológicos.

Neste momento, cabe o discernimento para execução de procedimentos odontológicos, visto que o potencial de infecção na saliva ainda é desconhecido, além da formação exuberante de aerossóis provenientes da realização dos procedimentos. O custo benefício para realização de procedimentos odontológicos de forma indiscriminada durante a pandemia, pode ser considerada um agravo maior à população, do que auxílio propriamente dito.

Como muitos pacientes são portadores assintomáticos do vírus SARV-CoV-2, sugere-se que todos os pacientes sejam tratados como potenciais fontes de transmissão do vírus. Assim sendo, algumas recomendações devem ser seguidas para que o atendimento odontológico seja realizado com segurança e diminuição do risco de contaminação cruzada entre os pacientes e a equipe de saúde bucal.

2. RECOMENDAÇÕES PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO:

O profissional de saúde é exposto a diversos riscos na sua prática diária. Para minimizar, prevenir ou reduzir estes riscos, é necessária a adoção de medidas, como:

2.1. SALA DE ESPERA:

- Aferir a temperatura corporal do paciente e acompanhante.
- Evitar aglomeração de pacientes e acompanhantes, devendo manter a distância mínima de 1 metro entre eles.
- Eliminar, restringir ou controlar o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas, telefones e revistas.
- Orientar o paciente a tocar o mínimo de objetos.
- Fornecer máscara cirúrgica para o paciente caso ele não esteja usando.
- Prover lenço descartável para higiene nasal em caso de necessidade na sala de espera.
- Instalar dispensadores com preparações alcoólicas para a higiene das mãos (sob as formas gel ou solução a 70° INPM) nas salas de espera e estimular a higiene das mãos após contato.

- Dispor lixeira com acionamento por pedal para quaisquer descartes.
- Promover orientações de etiqueta respiratória (Figuras 1 e 2):
 - Cobrir a boca e nariz com um lenço de papel quando tossir ou espirrar e descartar o lenço usado no lixo;
 - Caso não tenha disponível lenço descartável, tossir ou espirrar no antebraço e não em suas mãos, que são importantes veículos de contaminação;
 - Higienizar as mãos com frequência e sempre após tossir ou espirrar;
 - Evitar tocar nos olhos, nariz e boca sem ter higienizado as mãos.
- Limpar a sala de espera com frequência.
- Manter o ambiente ventilado.



Figura 1 – Etiqueta Respiratória



Figura 2 – Higiene Correta das Mãos

2.2. SALA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO:

- Organizar o consultório a fim de deixar a menor quantidade de material exposto sobre as bancadas e armários.
- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente antes das atividades clínicas e entre um paciente e outro.

2.3. PACIENTE:

- Comparecer ao consultório no horário marcado.
- Responder ao questionário de triagem para COVID-19.
- Realizar a lavagem do rosto e higiene bucal antes de entrar na sala de atendimento odontológico.

2.4. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

Devem ser selecionados de acordo com o tipo de atendimento. Compreendem luvas, máscaras, aventais, óculos, protetores faciais, gorros/toucas e calçados.

- Luvas de procedimentos devem ser utilizadas se houver risco de contato com sangue, fluidos corporais, secreções, mucosas e pele não íntegra, bem como artigos ou equipamentos contaminados. O uso de luvas não substitui a higiene das mãos.
- A máscara cirúrgica somente deve ser utilizada para a comunicação entre paciente e profissionais de saúde. Tem que possuir, no mínimo, uma camada interna e uma camada externa e, obrigatoriamente, um elemento filtrante com eficiência de filtração de partículas (EFP) > 98% e eficiência de filtração bacteriológica (BFE) > 95%, além do certificado de aprovação junto ao INMETRO. Também deve ser substituída sempre que estiver visivelmente suja e umedecida.
- Em procedimentos nos quais serão gerados aerossóis, a máscara de escolha, que oferece melhor proteção é a PFF2 ou N95, devendo ser substituída quando estiverem úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos. A remoção da máscara não deve ser realizada na área de atendimento.
 - É importante ressaltar que 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.
 - Alguns estudos mostram que máscara PFF2/N95 se desloca da pele durante a fala, devido a abertura e fechamento da boca. Sugere-se que com a máscara em posição, o profissional fale somente o necessário evitando a diminuição do selamento da máscara com a pele do rosto.
 - Reutilizar em situações excepcionais, guardar 4 dias acondicionado em recipiente arejado antes do reuso. Não tocar na parte externa da máscara quando reutilizada, usando as tiras laterais com luvas de procedimento novas.
 - Os homens devem fazer a barba para maior selamento facial e efetividade da máscara PFF2/N95, enquanto as mulheres não devem utilizar maquiagem.
- Uso de capote ou avental impermeável com mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior (estrutura impermeável e gramatura mínima de 50g/m²). Seu material deve ser de boa qualidade, não alergênico e proporcionar barreira antimicrobiana efetiva (Teste de Eficiência de Filtração Bacteriológica - BFE). Deve ser usado fechado durante todos os procedimentos e descartado após o uso.

- Protetor ocular e protetor facial (face shield) devem cobrir a frente e as laterais do rosto, ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência. Após o uso, deve ser lavado com água e sabão e desinfetado com álcool 70° INPM ou 77° GL.
- Usar gorro/touca descartável e substituí-la após cada atendimento.
- Os calçados devem ser fechados e com solado antiderrapante.
- Retirar brincos, anéis, colares, pulseiras e relógios antes de colocar os EPIs.
- Realizar a sequência correta de paramentação e desparamentação dos EPIs (Figura 3).
- Lavar com frequência as mãos com água e sabão ou desinfetar com álcool 70° INPM.

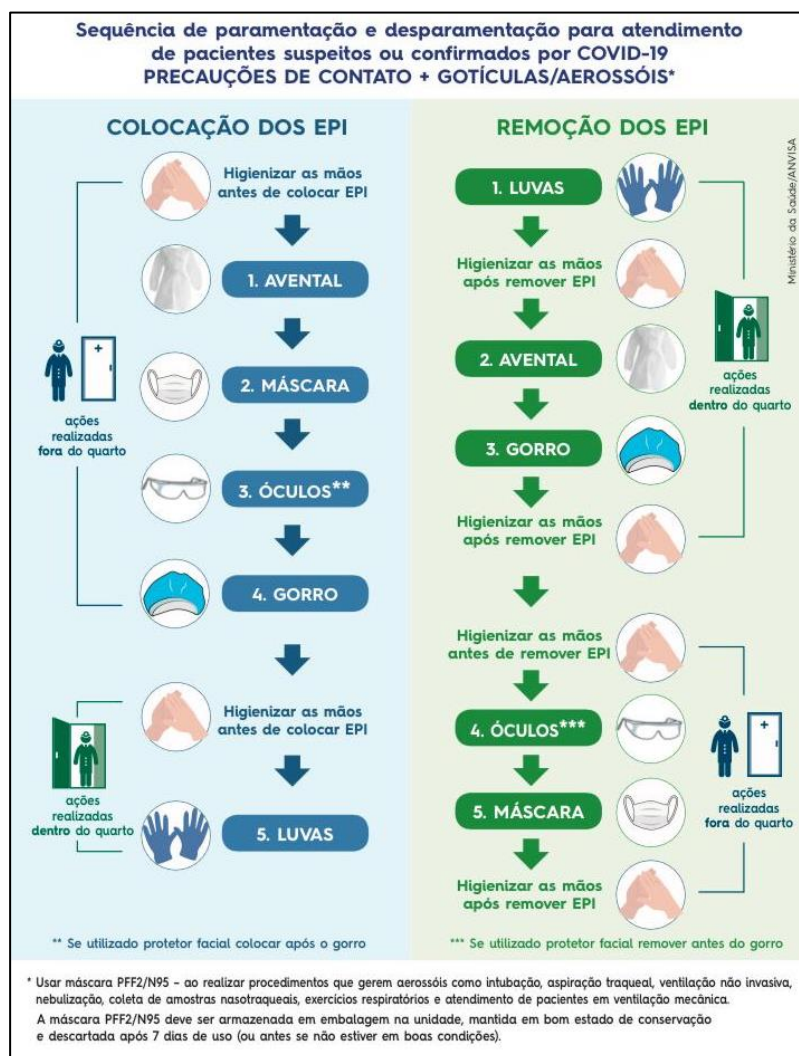


Figura 3 – Paramentação e Desparamentação

IMPORTANTE

No fim da jornada de trabalho, realizar a higiene da cavidade nasal: lavar as mãos, limpar o vestibulo nasal com soro fisiológico ou água corrente ou com auxílio de um cotonete embebido em água - 3 a 5 rodadas.

2.5. PROCEDIMENTOS PARA DIMINUIR O RISCO DE TRANSMISSÃO AÉREA:

- Higienizar previamente a boca do paciente por meio de escovação e/ou bochecho com antisséptico. Recomenda-se o uso de bochechos com peróxido de hidrogênio a 1% ou solução aquosa de iodo povidine a 0,2% antes de cada atendimento. Ambos são recomendados para reduzir a carga viral salivar. Não há recomendação do uso de digluconato de clorexidina, em qualquer concentração, pois ainda não há evidências científicas que demonstrem a sua eficácia contra o novo SARS- CoV-2.
 - Apesar de alguns artigos recomendarem o uso prévio ao atendimento odontológico de bochechos à base de peróxido de hidrogênio a 1% ou solução aquosa de iodo povidine a 0,2% para a redução da carga viral da cavidade bucal, ainda não existe evidência científica para tal prática. Acredita-se que o uso de peróxido de hidrogênio promove a formação de bolhas como resultado da liberação de oxigênio, advindo da degradação do peróxido, podendo englobar partículas virais e favorecer a formação de aerossóis. Por sua vez, a solução aquosa de iodo povidine a 0,2% aumenta o risco de processo alérgico.
- 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 de cálculo ao invés de aparelhos ultrassônicos para minimizar a geração de aerossóis.
- Deve ser feita sucção constante de saliva, com bomba à vácuo e atendimento à 4 mãos.
- Evitar o uso da seringa tríplice na sua forma névoa/spray, acionando os dois botões ao mesmo tempo. Regular a saída de água de refrigeração;
- Pefira secar com algodão ou gaze.
- Não usar a cuspidreira.
- Para reduzir possível estímulo à tosse e aumento de salivação, preferir, quando necessárias, radiografias extrabucais como as panorâmicas e tomografias computadorizadas de feixe cônico.
- Manter o ambiente ventilado.
 - 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 uma sala com portas fechadas, janelas abertas e restringir o número de profissionais durante os procedimentos. Além disso, deve-se orientar a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) pelos profissionais de saúde.

2.6. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES:

- Recomenda-se que a limpeza das áreas de atendimento seja concorrente (realizada diariamente), imediata (realizada em qualquer momento, quando ocorrem sujidades ou contaminação do ambiente e equipamentos com matéria orgânica, mesmo após ter sido realizada a limpeza concorrente) e terminal (realizada após a alta, óbito ou transferência do paciente).
- A desinfecção das superfícies do ambiente clínico deve ser feita (Figura 4):
 - 1º. da área menos contaminada para mais contaminada;
 - 2º. de cima para baixo;
 - 3º. de dentro para fora.

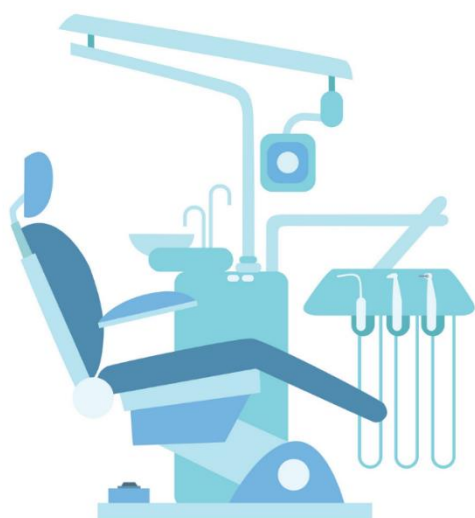


Fig.4 – Sequência correta da desinfecção do equipamento odontológico

- Após o atendimento odontológico, a sala clínica deve ser fechada por 1 a 2 horas, e se houver janelas com ventilação estas devem permanecer abertas, para que haja sedimentação das partículas de aerossóis do ar nas superfícies. Após este período, realizar a limpeza terminal de todas as superfícies e objetos (cadeira odontológica completa, mesas, cadeiras, chão, paredes do consultório e maçanetas), com remoção de sujidades com água e detergente neutro e desinfecção com álcool 70° INPM ou hipoclorito de sódio a 0,1% ou quaternário de amônia 50% (Quadro 1). Outros agentes biocidas, como cloreto de benzalcônio a 0,05-0,2% ou digluconato de clorexidina a 0,02%, são menos eficazes.
 - O spray emitido por uma caneta de alta rotação atinge até um raio de 2 metros, por isso esses locais expostos a tais aerossóis devem ser sempre desinfetados, lembrando que há relatos de sobrevivência do SARS-CoV-2 de 2 até 9 dias em superfícies inanimadas em temperatura ambiente.
 - O álcool 70° INPM e o hipoclorito de sódio exigem a limpeza das superfícies prévias com toalhas de papel, água e detergentes dos locais com sujeira visível para posterior desinfecção. Esses agentes são contra indicados para acrílicos, borrachas e plásticos pois

endurecem e tornam amarelas. No caso do uso do quaternário de amônio, a profissional limpa e desinfecta simultaneamente com esses produtos.

Quadro 1 – Produtos utilizados para a limpeza clínica

PRODUTO	CONCENTRAÇÃO	APLICAÇÃO	NÍVEL	ESPECTRO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Álcool	Ação germicida a 70%	Fricção, em três etapas intercaladas pelo tempo de secagem natural, totalizando 10 minutos	Médio	Tuberculicida, bactericida, fungicida e viruscida; não é esporicida	Fácil aplicação, ação rápida, compatível com artigos metálicos, superfícies e tubetes anestésicos.	Volátil, inativado por matéria orgânica, inflamável, opacifica acrílico, resseca plásticos e pode danificar o cimento das lentes dos equipamentos ópticos; deve ser armazenado em áreas ventiladas.
Hipoclorito de Sódio	1%	Imersão, durante 30 minutos. Superfícies com matéria orgânica, aplicar por 2 a 5 minutos e proceder à limpeza.	Médio	Bactericida, fungicida, viruscida e esporicida.	Ação rápida, indicado para superfícies e artigos não metálicos e materiais termossensíveis.	Instável, corrosivo, inativado na presença de matéria orgânica.
Ácido Peracético	0,001 a 0,2%	Imersão, durante 10 minutos.	Alto	Bactericida, fungicida, viruscida e esporicida.	Não forma resíduos tóxicos, efetivo na presença de matéria orgânica, rápida ação em baixa temperatura.	Instável quando diluído. Corrosivo para alguns tipos de metais, ação que pode ser reduzida pela modificação do pH.

- O uso de barreiras de proteção, TNT ou filme PVC ou sacos plásticos ou campos descartáveis e impermeáveis, colocados sobre os equipamentos odontológicos, facilitam a limpeza do consultório, pois protegem os equipamentos dos aerossóis formados e só devem ser retirados no momento da desinfecção do consultório.
 - Locais que devem ter barreiras mecânicas (filmes de PVC ou sacos plásticos): Botões manuais de acionamento; Alças de refletores; Encostos de cabeça; Braços da cadeira odontológica; Encosto do mocho; Canetas de alta rotação; Corpo da seringa tríplice; Pontas de unidade de sucção.
 - Superfícies como bancadas e carrinho auxiliar devem ser cobertas por campos descartáveis e impermeáveis.
 - Seringas tríplices devem ter pontas descartáveis.

- A limpeza das mangueiras de ar e água deve ser realizada, ao término de cada atendimento, de preferência, com ácido paracético para desinfecção de alto nível (efetivo na possível presença de matéria orgânica).
- Todas as peças de mão (alta e baixa rotação) devem passar pelo processo de descontaminação com detergente enzimático, limpeza e esterilização de acordo com a RDC/ANVISA nº 15 de 15/03/2012.
 - As peças de mão deverão ter válvulas anti-refluxo.
- Os instrumentais que forem utilizados precisam ser umectados previamente, limpos com detergentes enzimáticos (verificar as instruções do fabricante), não deve ser usado detergente convencional e ao final devem ser esterilizados.
- Durante os procedimentos (com luvas), não atenda telefone, nem abra ou feche portas usando a maçaneta, não toque com as mãos em locais passíveis de contaminação.
- Manipular cuidadosamente o material perfurocortante.
- O descarte de materiais contaminados deve ser feito após cada atendimento e acondicionado em sacos plásticos identificados como infectante.

2.6. EQUIPE AUXILIAR

- Deve receber treinamento em relação a paramentação e desparamentação dos EPIs (máscara PFF2/N95, touca/gorro, óculos, protetor facial, avental impermeável descartável, luvas), assim como limpeza e desinfecção do consultório odontológico.

3. CONCLUSÃO:

A instituição dos cuidados citados, faz com que os atendimentos odontológicos sejam realizados com a menor formação de aerossóis e maior biossegurança, reduzindo infecção cruzada, trazendo mais segurança para a realização dos procedimentos neste momento de pandemia pelo SARS-CoV-2.

É momento de nos apoiarmos em nossa equipe, reduzir o contato entre os pacientes, restringir a geração de aerossóis e usar melhor os EPIs. A falta de direcionamento formalizado para o profissional acarreta medo e dificuldade para a realização do tratamento odontológico. Cabe a cada um de nós realizarmos ajuda mútua para que possamos dividir tais aflições, soluções, fluxogramas e proporcionar segurança para a continuidade das nossas atividades.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Conselho Federal de Odontologia (CFO). Recomendações AMIB/CFO para Enfrentamento da COVID-19 na Odontologia. Junho/2020. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/d45f45bec26af5e60711423292623321.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2020.

Franco, JB; Camargo, AR. Cuidados Odontológicos na Era do COVID-19: Recomendações para Procedimentos Odontológicos e Profissionais. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2020;74(1):18-21.

Thomé, G; Bernardes, SR; Guandalini, S; Guimarães, MCV. Manual de Boas Práticas em Biossegurança para Ambientes Odontológicos. 2020. Disponível em: <http://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/cfo-lanc%CC%A7a-Manual-de-Boas-Pra%CC%81ticas-em-Biosseguranc%CC%A7a-para-Ambientes-Odontologicos.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2020.