



Emerging Research Information

Indexing journals for preprint publication since 2020

Caso você identifique desvios éticos ou graves problemas de conteúdo neste preprint, por favor, clique aqui para apresentar, por e-mail, uma denúncia ao Comitê EmeRI de Ética e Integridade. O assunto do e-mail deve ser o DOI abaixo e a questão ser descrita de modo suficientemente detalhado.

Para verificar a publicação de uma versão revisada por pares deste preprint, visite a revista clicando aqui.

Data de envio ao EmeRI: 2020-07-10

DOI: 10.18363/preprint2020004

Um convite (para preprints recentemente adicionados)

Você está interessado em atuar como parecerista (revisor científico) deste artigo? Os editores terão prazer em aceitar sua colaboração. Por favor, entre em contato pelo e-mail da revista, informado adiante.

Brazilian Journal of Dentistry

Associação Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

ISSN 1984-3747

e-mail: scientific@revista.aborj.org.br

revista.aborj.org.br

O novo normal da odontologia: revisão das recomendações para retomada da assistência odontológica durante a pandemia da COVID-19

Reis*, Vanessa Paiva; Maia, Adriane Batista Pires; Bezerra, Adriana Raymundo; Conde, Danielle Castex
*Policlínica da Polícia Militar de Cascadura, Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Recebido pela revista em 2020-07-01

Aprovado na revisão de conformidade em 2020-07-08

Aprovado na revisão de conformidade por **Nome da pessoa responsável pela revisão de conformidade do preprint.**

Reis, Vanessa Paiva; Maia, Adriane Batista Pires; Bezerra, Adriana Raymundo; Conde, Danielle Castex (2020). O novo normal da odontologia: revisão das recomendações para retomada da assistência odontológica durante a pandemia da COVID-19 (preprint submetido a: Brazilian Journal of Dentistry). *EmeRI - Emerging Research Information*. DOI: 10.18363/preprint2020004.

Resumo Objetivo: identificam-se (i) as recomendações para a retomada dos atendimentos odontológicos eletivos após surto epidêmico da COVID-19 e (ii) os consensos e controvérsias entre as sugestões encontradas nos documentos. Material e Métodos: foi realizada uma pesquisa documental comparativa sobre as recomendações para o retorno do atendimento odontológico eletivo após o surto epidêmico da COVID-19. Secundariamente, foi realizada uma revisão da literatura a partir de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incorpora Lilacs, SciELO, MEDLINE, a partir da estratégia de busca ("COVID-19" AND "dentistry"). Resultados: foram analisados documentos oficiais do Ministério da Saúde ou de órgãos correspondentes e de entidades de classe de onze diferentes países do mundo e encontrados seis artigos que abordavam as recomendações para o retorno aos atendimentos eletivos. Conclusão: há um consenso quanto aos requisitos para as instalações do consultório, à indicação de realização de triagem antes do agendamento e atendimento e quanto aos cuidados recomendados durante o atendimento. Não há consenso quanto ao uso de bochechos antissépticos prévios ao procedimento, ao uso sistemático de testes rápidos antes do atendimento, ao tipo de proteção respiratória que deve ser utilizada pela equipe odontológica e ao tempo mínimo de pausa antes da realização da higienização da sala de trabalho quando são realizados procedimentos geradores de aerossol.

Termo de isenção de responsabilidade

O texto a seguir é um *preprint*. Para ser incluído no *EmeRI*, a revista depositante o examinou *preliminarmente* e avaliou a sua contribuição científica como *suficiente* para que ele fosse aceito para revisão por pares. Poderá ou não ser aprovado para publicação definitiva.

A responsabilidade pelo conteúdo e pela publicação do *preprint* é integral e exclusivamente de seus autores e autoras. Assim sendo, nem a revista depositante, nem a Associação Brasileira de Editores Científicos, nem o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, nem a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, *nem qualquer pessoa vinculada a qualquer dessas instituições* o endossam ou respondem por quaisquer consequências de sua eventual utilização, seja qual for ou tenha sido a finalidade.

Este trabalho é distribuído sob uma Licença
Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.



O novo normal da Odontologia: revisão das recomendações para retomada da assistência odontológica durante a pandemia da COVID-19

Reis, Vanessa Paiva; Maia, Adriane Batista Pires; Bezerra, Adriana Raymundo; Conde, Danielle Castex⁴

¹ Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Policlínica da Polícia Militar de Cascadura (PPM-CASC), PMERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Hospital Central da Polícia Militar (HCPM), PMERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Odontoclínica Central da Polícia Militar (OCPM), PMERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial e Setor de Anatomia Patológica do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM), PMERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Os autores declaram não haver qualquer conflito de interesse.

Resumo

Objetivo: este artigo tem como objetivos identificar as recomendações para a retomada dos atendimentos odontológicos eletivos após surto epidêmico da COVID-19 e identificar os consensos e controvérsias entre as sugestões encontradas nos documentos. **Material e Métodos:** foi realizada uma pesquisa documental comparativa sobre as recomendações para o retorno do atendimento odontológico eletivo após o surto epidêmico da COVID-19. Secundariamente, foi realizada uma revisão da literatura a partir de busca nas bases: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incorpora Lilacs, SciELO, MEDLINE, a partir da estratégia de busca (“COVID-19” AND “dentistry”). **Resultados:** foram analisados documentos oficiais do Ministério da Saúde ou de órgãos correspondentes e de entidades de classe de onze diferentes países do mundo e encontrados seis artigos que abordavam as recomendações para o retorno aos atendimentos eletivos. **Conclusão:** há um consenso quanto aos requisitos para as instalações do consultório, à indicação de realização de triagem antes do agendamento e atendimento e quanto aos cuidados recomendados durante o atendimento. Não há consenso quanto ao uso de bochechos antissépticos prévios ao procedimento, ao uso sistemático de testes rápidos antes do atendimento, ao tipo de proteção respiratória que deve ser utilizada pela equipe odontológica e ao tempo mínimo de pausa antes da realização da higienização da sala de trabalho quando são realizados procedimentos geradores de aerossol.

Palavras-chave: COVID-19, atendimento odontológico, infecção cruzada, biossegurança

Abstract

Objective: This paper aims to identify the recommendations for the resumption of elective dental care after the epidemic outbreak of COVID-19 and to identify consensus and disagreements among the suggestions found in the documents. **Materials and Methods:** a comparative documentary research was carried out on the recommendations for the resumption of elective dental care after the outbreak of COVID-19. Additionally, a literature review was carried out based on a search in the Brazilian Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL), which incorporates Lilacs, SciELO and MEDLINE databases, using the search query: (“COVID-19” AND “dentistry”). **Results:** government documents from the Ministry of Health or corresponding bodies and professional associations from eleven different countries in the world were analyzed and six articles were found addressing the recommendations for the resumption of elective dental care. **Conclusion:** there is a consensus about the requirements for dental facilities, the recommendation of screening patients before scheduling and appointments and the procedures performed during dental care. There is no consensus on the use of preprocedural antiseptic mouth rinses, the systematic use of rapid tests before the appointment, the type of respiratory protection that should be used by

Reis, Vanessa Paiva; Maia, Adriane Batista Pires; Bezerra, Adriana Raymundo; Conde, Danielle Castex (2020). O novo normal da odontologia: revisão das recomendações para retomada da assistência odontológica durante a pandemia da COVID-19 (preprint submetido a: Brazilian Journal of Dentistry. [EmeRI - Emerging Research In-formation](#). DOI: 10.18363/preprint2020004.

the dental team and the minimum interval to be allowed before cleaning the patient room when aerosol-generating procedures are performed.

Keywords: COVID-19; Dental care; Cross-infection, Biosecurity

Introdução

A pandemia pelo SARS-CoV-2, agente infeccioso responsável da COVID-19, tornou-se um grande desafio à saúde pública em todo o mundo. Sua transmissão pode ocorrer de forma direta, por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa fala, tosse ou espirra, ou indiretamente pelo contato de superfícies contaminadas com SARS-CoV-2 que são levadas a mucosa dos olhos, nariz ou boca.¹ Também tem sido identificada a transmissão por via aérea em pacientes submetidos a procedimentos geradores de aerossol.²

A assistência odontológica apresenta alto risco de disseminação para o SARS-CoV-2 em virtude do contato próximo com paciente, da possibilidade de exposição a materiais biológicos proporcionada pela geração de gotículas e aerossóis e da alta carga viral presente nas vias aéreas superiores e saliva.¹ Em virtude disso, associações odontológicas e agências de vigilância sanitária em todo mundo recomendaram o adiamento dos procedimentos odontológicos eletivos durante o surto epidêmico.^{1,3-6}

No entanto, à medida em que a epidemia começa a atingir a fase de desaceleração, haverá um retorno gradual e programado das atividades. Para que isso ocorra, a Organização Mundial da Saúde, elencou seis critérios que devem ser cumpridos: a transmissão do vírus deve estar controlada; os sistemas de saúde devem ter capacidade de detectar, testar, isolar e tratar todas as pessoas com COVID-19 e os seus contatos mais próximos; surtos em locais especiais como unidades de saúde e asilos devem estar controlados; devem ser estabelecidas medidas preventivas de controle em ambientes de trabalho, escolas e outros lugares; capacidade de gerenciamento de novos casos importados e educação efetiva sobre as novas normas.⁶

É possível que, com o relaxamento das medidas restritivas e diminuição do distanciamento social, ocorram novos picos de transmissibilidade.^{7,8} Logo, é fundamental que durante a fase de retomada dos atendimentos odontológicos eletivos, os cirurgiões-dentistas estejam informados a respeito das medidas de prevenção da infecção e adaptem sua rotina a esta nova realidade.

Desta forma, este artigo tem como objetivos identificar as recomendações descritas nos documentos governamentais e de órgãos de classe sobre os cuidados que devem ser adotados na retomada dos atendimentos odontológicos eletivos durante a pandemia da COVID-19 e identificar os consensos e controvérsias entre as recomendações encontradas nos documentos.

Material e Métodos

A pergunta que moveu a pesquisa realizada nesta revisão foi: quais são as recomendações descritas nos documentos governamentais e de órgãos de classe sobre os cuidados que devem ser adotados durante a retomada dos atendimentos odontológicos, após o término da fase restritiva e enquanto persistirem focos epidêmicos da COVID-19? Os documentos foram comparados para análise das semelhanças e discrepâncias dos seguintes temas: requisitos das instalações, cuidados no pré-atendimento, durante o tratamento e após a assistência.

O artigo realizou uma pesquisa documental comparativa de análise qualitativa de 12 protocolos de atendimento odontológico disponibilizados nas websites governamentais do Ministério da Saúde ou de órgãos correspondentes e de entidades de classe de 11 países no mundo (Alemanha, Brasil, Canadá, Espanha, Estados Unidos da América, França, Índia, Inglaterra, Itália, Nova Zelândia e Portugal) que abordavam as recomendações sobre o retorno do atendimento odontológico após o surto epidêmico da COVID-19. Como uma ação secundária para a discussão dos resultados obtidos na análise documental, foi também realizada uma revisão da literatura sobre recomendações encontradas em artigos publicados. A busca foi realizada em 15 de junho de 2020, nas bases: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incorpora Lilacs, SciELO, MEDLINE e outros tipos de fontes de informação tais como recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos. A estratégia de busca empregada incluiu: ("COVID-19" AND "dentistry"). Não foi estipulado recorte territorial. A busca foi realizada através do título, resumo e palavras-chave. Para inclusão ou exclusão dos documentos foram empregados os seguintes critérios: **a) inclusão:** documentos que abordavam explicitamente a reabertura dos atendimentos odontológicos após fase inicial de restrição devido ao surto da COVID-19; **b) exclusão:** documentos que descreviam apenas os cuidados duran-

te o período restritivo da pandemia, que incluíam apenas o atendimento de urgências e emergências; artigos não disponíveis em inglês, espanhol, italiano, francês, português e alemão e artigos não encontrados.

Com base na estratégia de busca adotada foram identificados 56 estudos e seus resumos foram lidos por dois revisores. Para os artigos cujos resumos identificavam possibilidade de seleção, era obtida a versão integral, visando confirmar a elegibilidade e inclusão no estudo. Nos casos em que a leitura do resumo não fosse suficiente para estabelecer se o estudo deveria ser incluído, o artigo também era obtido e lido na íntegra para confirmar sua elegibilidade. Após a aplicação dos critérios de exclusão, foram selecionados 6 artigos, que somados aos 12 documentos oficiais, totalizaram 18 estudos que compuseram a base analisada neste artigo.

Resultados e Discussão

O objetivo da fase de retomada dos atendimentos eletivos é atender as afecções que foram postergadas na primeira etapa, sempre acompanhado de juízo crítico do profissional quanto ao grau de necessidade, risco biológico, vulnerabilidade do paciente, recursos de equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis, fase epidemiológica atual do local da assistência e orientações das autoridades de saúde e vigilância sanitária.⁹⁻¹¹ Se o volume de EPI e suprimentos for escasso, o atendimento odontológico aos pacientes com maior necessidade e vulneráveis deve ser priorizado.^{9,10,12}

As recomendações para reabertura do atendimento odontológico são resumidas na **Tabela 1**, que permite verificar a organização, o autor, o país da publicação, a data do documento ou da última atualização e as medidas que devem ser adotadas no pré-atendimento, durante o tratamento e após a assistência dos documentos utilizados nesta revisão. Tais dados nortearam a descrição e discussão dos resultados deste artigo.

Dos 12 documentos oficiais utilizados nesta revisão apenas um foi produzido no Brasil e representava uma recomendação regional e não nacional.¹⁰ Isso ocorreu provavelmente devido a diferenças regionais da evolução epidemiológica no país. A maioria das publicações foram de países europeus (Alemanha, Espanha, França, Inglaterra, Itália e Portugal – 1 documento por país), seguida por países da América do Norte (Canadá – 1 documento e Estados Unidos da América – 2 documentos) e apenas um representante da Ásia e da Oceania (Índia e Nova Zelândia – 1 documento por país). Nenhuma publicação de reabertura dos atendimentos odontológicos foi localizada no continente africano, possivelmente pelo fato da epidemia ter demorado mais tempo para chegar na África.

Com relação aos requisitos das instalações, foi recomendado por todos os documentos oficiais, com exceção do documento da Alemanha, que sejam adotadas medidas de controle de infecção na sala de espera incluindo: dispor as cadeiras na sala com distância mínima de um metro entre elas; instalação de barreira de acrílico interpostas entre a recepção e o paciente; prover pias para higiene das mãos com água, sabão e toalhas descartáveis ou dispensadores de álcool gel 70%; prover lenços de papel e lixeiras com acionamento por pedal; limitar a presença de acompanhantes; uso de máscaras pelo acompanhante e funcionários; retirar todos os objetos que possam ser tocados por vários pacientes e que sejam de difícil desinfecção, tais como revistas e brinquedos e promover renovação constante do ar.

O atendimento sempre que possível deve ser realizado em salas individuais.^{9,10,11,13,14} Em clínicas com vários consultórios no mesmo ambiente, recomenda-se manter distância mínima de dois metros entre as cadeiras, caso não seja possível, as cadeiras adjacentes devem ser mantidas desocupadas.^{9,10,15} A interposição de barreiras físicas entre as cadeiras da clínica também é sugerida, desde que sejam de fácil higienização e não interfiram com a ventilação ou com sistemas automáticos para incêndios.^{9,10}

Quanto às recomendações no pré-atendimento, há um consenso entre todos os documentos quanto a necessidade de triagem prévia ao agendamento e ao atendimento. A triagem para o agendamento deve ser realizada por via remota através de ligações telefônicas, aplicativos de mensagens, formulários on-line ou videoconferências. Seus objetivos são detectar se há presença de sintomas sugestivos de infecção por SARS-CoV-2, se houve contato próximo com pessoas com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, se o paciente é vulnerável à infecção mais grave por SARS-CoV-2 e obter informações se o procedimento a ser realizado implicará na geração de aerossóis.³ Na triagem prévia ao procedimento, recomenda-se repetir as perguntas de rastreio para COVID-19, verificar a temperatura^{9,10,13,12,16,17,18} e registrar os dados do paciente e acompanhante, caso haja necessidade de rastreamento de contatos.^{14,18}

Tabela 1. Recomendações para reabertura do atendimento odontológico segundo organização, país da publicação, data do documento ou última atualização e medidas que devem ser adotadas.

Documento, Data, País.	Recomendações no pré-atendimento	Recomendações durante o atendimento	Recomendações no pós-atendimento
American Dental Association, ¹⁶ 7/05/2020, EUA.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem prévia ao agendamento e no dia da consulta, aferir temperatura, consentimento informado.	Higienização das mãos, uso de EPI (máscaras cirúrgicas descartáveis a cada paciente, respiradores N95 ou similar descartáveis após PGA, proteção ocular, avental impermeável descartável a cada atendimento), minimizar produção de aerossol, instrumentação manual, isolamento absoluto, aspiração de alto volume, restringir número de pessoas presentes na sala de atendimento.	Limpeza e desinfecção das superfícies entre os atendimentos com desinfetantes e EPI (luvas, máscara e proteção ocular). Roupas de trabalho devem ser lavadas separadamente através de serviço contratado. Monitorar equipe e pacientes quanto ao desenvolvimento de sintomas da COVID-19.
Canadian Dental Association, ¹³ 10/05/2020, Canadá.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem prévia ao agendamento e no dia da consulta, aferir temperatura, consentimento informado. Programar atendimentos de pacientes vulneráveis no início do dia e de casos suspeitos para o fim do expediente. Bochecho antisséptico prévio ao procedimento (peróxido de hidrogênio 1% ou solução de hipoclorito de sódio).	Higiene das mãos, uso de EPI (máscaras cirúrgicas descartáveis a cada paciente, respiradores N95 ou similar descartáveis após PGA, proteção ocular, avental impermeável descartável a cada atendimento), minimizar a produção de aerossol, isolamento absoluto, aspiração de alto volume, execução de PGA deve ser limitada a uma sala ou uma área de atendimento.	Aguardar 10 min antes da limpeza para depuração do aerossol. Quando PGA forem realizados em pacientes suspeitos, recomenda-se consultar órgãos competentes para informação do tempo de depuração do ar. Roupas de trabalho devem ser retiradas antes de sair. Monitorar equipe quanto ao desenvolvimento de sintomas da COVID-19.
Centers for Disease Control and Prevention, ⁹ 19/05/2020, EUA.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem prévia ao agendamento e no dia da consulta, aferir temperatura. Testagem prévia pode ser considerada. Programar PGA preferencialmente para final do turno. Atendimento de pacientes com a COVID-19 em sala com pressão negativa e filtro HEPA.	Higienização das mãos, uso de EPI (máscara cirúrgica descartável a cada paciente, respiradores N95, elásticos ou purificadores de ar para PGA, proteção ocular, avental impermeável descartável a cada atendimento), minimizar produção de aerossol, isolamento absoluto, aspiração de alto volume, limitar número de pessoas presentes durante o atendimento, atendimento preferencialmente em salas individuais.	Aguardar 15 minutos para depuração do aerossol. Limpeza e desinfecção das superfícies entre os atendimentos, esterilização dos instrumentais e descarte adequado dos resíduos. Ventilação do ambiente menos contaminado para o mais contaminado, consultar possibilidade de aumento das trocas de ar e da eficiência da filtragem, manter exaustores de banheiro acionados durante o horário de trabalho, considerar uso de filtro portátil HEPA durante e após PGA, considerar o uso de irradiação germicida ultravioleta como adjunto para melhorar a qualidade do ar. Monitorar equipe e todos pacientes atendidos quanto ao desenvolvimento de sintomas da COVID-19.

Documento, Data, País.	Recomendações no pré-atendimento	Recomendações durante o atendimento	Recomendações no pós-atendimento
Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro, ¹⁰ 29/05/2020, Brasil.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem prévia ao agendamento e no dia da consulta, aferir temperatura. Preferencialmente realizar atendimentos de emergências e urgências, empregando bom senso nas situações em que o adiamento do tratamento possa implicar em danos mais graves à saúde do paciente. Casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 devem ter tratamento adiado por 14 dias. Bochecho prévio com peróxido de hidrogênio a 1-1,5% (associado ou não a bochecho subsequente com clorexidina a 0,12-2%), cloreto de cetilpiridínio a 0,05% ou iodopovidona a 0,2%.	Higiene das mãos, uso de EPI (máscara cirúrgica descartável a cada atendimento, respiradores N95/PPF2 para PGA, proteção ocular, avental impermeável descartável a cada atendimento), minimizar produção de aerossol, isolamento absoluto, aspiração potente (bomba de sucção), evitar radiografia intraoral, limitar número de pessoas presentes na sala de atendimento, atendimento preferencialmente em salas individuais. Ventilação da sala de trabalho (ar condicionado com exaustão, janelas abertas ou filtros HEPA portáteis).	Aguardar no mínimo 15 minutos para depuração do aerossol. Limpeza e desinfecção do ambiente (álcool 70%, hipoclorito de sódio 0,5%, quaternário de amônio com biguanida, ácido peracético 0,5%, peróxido de hidrogênio 0,5%), esterilização dos instrumentais e peças de mão, descarte adequado dos resíduos. Monitorar equipe quanto ao desenvolvimento de sintomas da COVID-19.
Dental Council of India, ¹⁸ 7/05/2020, Índia.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem prévia ao agendamento e ao atendimento, aferir a temperatura. Atendimento de pacientes recuperados da COVID-19 deve ser realizado após liberação pelo médico assistente. Bochecho antisséptico prévio ao procedimento (peróxido de hidrogênio 1%).	Higiene das mãos, uso de EPI (máscara cirúrgica, respirador N95, respirador PFF3 para atendimentos de pacientes COVID-19 positivos, avental ou macacão impermeável descartável), minimizar produção de aerossol, isolamento absoluto, aspiração de alto volume.	Limpeza e desinfecção das superfícies após o atendimento (hipoclorito de sódio), esterilização do instrumental e descarte adequado dos resíduos. Ventilar o ambiente após o atendimento, consultar possibilidade de aumentar a exaustão e promover fluxo do ar em direção à área mais contaminada. Roupas de trabalho devem ser retiradas e lavadas separadamente. Fumigação periódica da clínica.
Dental Council of New Zealand, ¹⁴ 11/05/2020, Nova Zelândia.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem prévia ao agendamento e atendimento. Atendimento odontológico normal para pacientes saudáveis (baixo risco) e de urgência e emergência para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 (alto risco). Pacientes de alto risco devem ser agendados no final do expediente, preferencialmente em salas individuais. Atender pacientes de alto risco em salas com pressão negativa quando houver produção de aerossol. Bochecho antisséptico prévio ao procedimento.	Higiene das mãos, uso de EPI (máscaras cirúrgicas descartáveis, proteção ocular, avental impermeável descartável, uso de respiradores N95/PPF2 reservado para PGA em pacientes de alto risco), minimizar produção de aerossol, isolamento absoluto, aspiração de alto volume, uso do motor de baixa rotação, limitar número de pessoas presentes na sala de atendimento, as portas devem permanecer fechadas durante a realização de PGA.	Aguardar 20 minutos para troca de ar antes da limpeza de salas com pressão negativa. Higiene do ambiente em duas etapas, primeiramente com detergente e água seguida pela desinfecção. Esterilização dos instrumentais e descarte adequado dos resíduos. Roupas de trabalho devem ser retiradas e lavadas separadamente usando água quente. Monitorar profissionais e pacientes quanto ao desenvolvimento de sintomas da COVID-19.

Documento, Data, País.	Recomendações no pré-atendimento	Recomendações durante o atendimento	Recomendações no pós-atendimento
Direção-Geral de Saúde, ²⁹ 1/05/2020, Portugal.	Medidas de controle e infecção na sala de espera, triagem prévia ao agendamento e ao atendimento. Pacientes suspeitos de infecção por COVID-19 devem ter tratamento adiado por 14 dias. Pacientes com suspeita ou diagnóstico da COVID-19 com urgência que demandem atendimento presencial devem ser agendados no fim do turno do expediente de trabalho. Bochecho antisséptico pré-procedimento com peróxido de hidrogênio a 1% ou iodopovidona a 2%.	Higiene das mãos, uso de EPI (respirador N95/PFF2 para todos procedimentos, proteção ocular, avental cirúrgico), minimizar produção de aerossol, isolamento absoluto, aspiração cirúrgica, uso de motores com função antirrefluxo, evitar radiografias intraorais, limitar circulação de pessoas na sala de atendimento, manter portas fechadas durante o atendimento, promover renovação do ar preferencialmente através de janelas abertas, ar condicionado deve ser utilizado no modo exaustão, nunca recirculação.	Limpeza e desinfecção das superfícies imediatamente após o atendimento (álcool 70% ou hipoclorito de sódio 0,1%), descarte adequado dos resíduos, renovação do ar ao final de cada paciente. Limpeza e desinfecção das superfícies fora da sala de cirurgia devem ser realizadas com intervalos de 1 a 2 horas, roupas de trabalho devem ser retiradas e lavadas separadamente, com água em alta temperatura.
Institut der Deutschen Zahnärzte, ¹⁹ 24/04/2020, Alemanha.	Triagem prévia ao agendamento, verificar se se o paciente foi recentemente testado para COVID-19, consentimento informado. Casos suspeitos ou confirmados que necessitem de atendimento de urgência ou emergência deverão ser encaminhados para centros de referência ou atendidos em salas de isolamento. Bochecho antisséptico prévio com peróxido de hidrogênio a 1,5%.	Higiene das mãos, uso de EPI (máscara cirúrgica descartável, uso de respiradores PFF2 reservado para pacientes suspeitos ou com COVID-19, proteção ocular, aventais impermeáveis para atendimento de casos suspeitos ou confirmados), minimizar a produção de aerossol, isolamento absoluto, barreiras de proteção, aspiração de alto volume, proteger roupas do paciente com campo impermeável.	Aguardar 30 minutos para troca de ar antes da limpeza de salas com pressão negativa. Limpeza e desinfecção das superfícies após atendimento, descarte adequado dos resíduos.
Ministero della Salute, ¹² 30/05/2020, Itália.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem prévia ao agendamento e ao atendimento, aferir temperatura, consentimento informado. Deverão ser priorizados os atendimentos que foram postergados durante a primeira fase da epidemia. Bochechos antissépticos prévios ao atendimento (peróxido de hidrogênio a 1%, iodopovidona a 0,2%, cloreto de cetilpiridínio a 0,05-0,1%) seguido por segundo bochecho com clorexidina a 0,2-0,3%.	Higiene das mãos, uso de EPI (máscaras cirúrgicas para atendimentos sem produção de aerossol, respiradores N95/PFF2 para PGA, proteção ocular, avental ou macacão impermeável, barreiras de proteção, minimizar produção de aerossol, isolamento absoluto, peças de mão com sistema antirrefluxo, aspiração de alto volume, evitar radiografias intraorais, preferir uso de peças de mão de baixa rotação.	Ventilação natural do ambiente de trabalho (10 a 15 minutos) após o atendimento. Limpeza e desinfecção do ambiente de trabalho (hipoclorito de sódio 0,1 a 0,5%, álcool 62 a 71%, peróxido de hidrogênio 0,5%), esterilização do instrumental, descarte adequado dos resíduos. Filtros de ar condicionado devem ser trocados semanalmente.

Documento, Data, País.	Recomendações no pré-atendimento	Recomendações durante o atendimento	Recomendações no pós-atendimento
National Health Service, ¹¹ 4/06/2020, Inglaterra.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, consulta remota para triagem, avaliação de risco e perfil do procedimento a ser realizado, considerar visita domiciliar em alguns casos. Programar atendimentos de pacientes vulneráveis no primeiro horário da manhã, para que não haja contato com outros pacientes.	Higiene das mãos, uso de EPI (máscara cirúrgica descartável, respiradores N95/PFF2/PFF3 para PGA, avental impermeável, proteção ocular), minimizar produção de aerossol, isolamento absoluto, aspiração de alto volume, completar tratamento em sessão única quando possível, manter portas fechadas, limitar circulação de pessoas na sala de atendimento, manter áreas de atendimento e recepção ventiladas.	Quando um PGA for realizado, recomenda-se um tempo de pausa antes da limpeza de 20 minutos em salas com pressão negativa e uma hora em salas neutras (janelas devem ser abertas para ventilação natural). Limpeza e desinfecção do ambiente de trabalho, descarte adequado dos resíduos e esterilização do instrumental. Roupas de trabalho devem ser removidas ao término do expediente e lavadas separadamente.
Ordre National des Chirugiens-dentistes, ¹⁵ 30/04/2020, França.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem prévia ao atendimento. Uso de testes sorológicos prévios ao atendimento não é recomendado. Pacientes saudáveis podem ser submetidos a todos os tratamentos, tratamento eletivo de pacientes vulneráveis deve ser avaliados caso a caso (salas reservadas). Protelar atendimento de casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 para após 14 dias ou quando não for possível, atender em salas reservadas. Bochechos antissépticos pré-procedimentos são recomendados a despeito da falta de evidência científica.	Higiene das mãos, uso de EPI (máscaras cirúrgicas descartáveis, respiradores PFF2 para PGA e limpeza da sala, avental plástico para procedimentos sem aerossol, avental cirúrgico descartável para PGA, proteção ocular), minimizar produção de aerossol, evitar radiografias intraorais, aspiração de alto volume, isolamento absoluto, preferir uso de peças de mão de baixa rotação.	Ventilar sala de atendimento após a realização de PGA, por pelo menos 15 minutos (janelas abertas). Limpeza e desinfecção de todas as superfícies após atendimento (hipoclorito de sódio 0,1%), esterilização de peças de mão e instrumentais, descarte adequado dos resíduos. Em salas sem possibilidade de ventilação natural, usar ar condicionado na função exaustão e com troca regular do filtro ou sistemas de purificação do ar com filtro HEPA. Roupas de trabalho devem ser retiradas e lavadas separadamente com água a alta temperatura.

Documento, Data, País.	Recomendações no pré-atendimento	Recomendações durante o atendimento	Recomendações no pós-atendimento
Organización Colegial de dentistas de España, ¹⁷ 1/05/2020, Espanha.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem antes do agendamento e no dia da consulta, aferir temperatura. Bochecho antisséptico prévio ao procedimento (peróxido de hidrogênio a 1%, iodo-povidona a 2% ou cloreto de cetilpiridínio a 0,05-0,1%).	Higienização das mãos, uso de EPI (respiradores PFF2, avental descartável a cada paciente, luvas duplas, proteção ocular), manter portas fechadas durante o atendimento, minimizar produção de aerossol, isolamento absoluto, aspiração de alto volume, evitar radiografias intraorais, uso de motores com sistema antirrefluxo.	Ventilação do ambiente por 5 a 10 minutos entre os atendimentos ou nos casos em que a ventilação natural não for possível, usar salas com pressão negativa e filtro HEPA. Limpeza e higienização das superfícies (hipoclorito de sódio a 0,1% ou álcool a 70%) após cada atendimento, limpeza do chão pelo menos três vezes por dia, esterilização dos instrumentais incluindo peças de mão, descarte adequado dos resíduos. Roupas utilizadas durante o atendimento devem ser retiradas antes de sair do consultório ou clínica.
Ge et al, ³⁹ maio/2020, China.	Medidas de precaução na sala de espera. Triagem prévia ao atendimento. Atendimento de pacientes com COVID deve ser realizado em salas com pressão negativa. Bochecho antisséptico prévio ao atendimento.	Higiene das mãos. EPI (respiradores PFF2/PFF3, protetor ocular), isolamento absoluto, posicionamento do paciente, minimizar produção do aerossol, aspiração de alto volume, sistema de purificação do ar através de filtro HEPA.	Limpeza e desinfecção das superfícies (álcool 62 a 71%, peróxido de hidrogênio a 0,5%, hipoclorito de sódio a 0,5%).
Giudice et al, ²⁰ maio/2020, Itália.	Triagem prévia ao agendamento e atendimento. Estratégia de atendimento baseada em testes diagnósticos. Pacientes com RT-PCR positivo devem ter tratamento eletivo adiado. Nos casos em o RT-PCR foi negativo, mas o IgM foi positivo, adiar tratamento e repetir exame. Tratamento eletivo liberado para indivíduos saudáveis (RT-PCR, IgM e IgG negativos) ou curados (RT-PCR e IgM negativos com IgG positivo).	Não cita.	Não cita.

Documento, Data, País.	Recomendações no pré-atendimento	Recomendações durante o atendimento	Recomendações no pós-atendimento
Jamal et al, ²³ maio/2020, Emirados Árabes Unidos.	Medidas de controle de infecção na sala de espera, triagem prévia ao agendamento e atendimento. Bochecho antisséptico prévio ao atendimento (peróxido de hidrogênio 1% ou iodopovidona 0,2%). Atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 deve se restringir a urgências e realizado em salas com pressão negativa, com no mínimo 6 trocas de ar por hora e filtro HEPA.	Uso de EPI (máscara cirúrgica descartável, respiradores N95/PFF2 para PGA, proteção ocular, avental), minimizar produção de aerossol, isolamento absoluto aspiração de alto volume, evitar radiografias intraorais, uso de peças de mão com função antirrefluxo.	Desinfecção meticulosa da sala de atendimento e sala de espera.
Odeh et al, ⁵⁵ abril/2020, Arábia Saudita e Jordânia	Uso da teleodontologia para identificação dos casos de urgência.	Uso de EPI (máscara, avental ou macacão), minimizar produção de aerossol. Pesquisas devem ser realizadas para o desenvolvimento de barreiras de contenção com pressão negativa para conter e isolar o aerossol produzido no atendimento.	Não cita.
Proffitt, ²¹ maio/2020, Inglaterra.	Bochecho antisséptico prévio ao atendimento.	Uso de EPI durante PGA (respiradores PFF3, avental ou macacão impermeável, proteção ocular), aspiração de alto volume, atendimento em salas com sistema de filtração ou pressão negativa.	Limpeza e desinfecção do ambiente.
Volgenant et al, ²⁴ maio/2020, Holanda.	Triagem prévia ao agendamento.	Uso de EPI (máscaras cirúrgicas descartáveis, respiradores N95/PFF2 devem ser priorizados no atendimento de pacientes com COVID-19, proteção ocular, avental descartável impermeável), isolamento absoluto, minimizar produção de aerossol, aspiradores de alto volume. Atendimento preferencialmente em salas com pressão negativa, direção do fluxo de ar da área mais limpa para a mais contaminada, exaustão do ar, ventilação natural.	Promover renovação do ar e aguardar 30 minutos entre os pacientes. Limpeza e desinfecção das superfícies com álcool 62%, peróxido de hidrogênio 0,5%, hipoclorito de sódio 0,1%.

EPI: Equipamento de proteção individual. HEPA: High-efficiency particulate air (Tecnologia empregada em filtros de ar com alta eficiência na separação de partículas). PFF: Peça Facial Filtrante. PGA: Procedimentos geradores de aerossol. RT-PCR: Reverse transcription polymerase chain reaction (Exame de biologia molecular que utiliza a enzima transcriptase reversa, para transformar o RNA do vírus em DNA).

Quadro 1: Estratégias para atendimento de pacientes recuperados da COVID-19, segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças⁹

Estratégia baseada em sintomas:

- Ter passado no mínimo 3 dias desde sua recuperação definida como resolução de febre sem uso de medicamentos e
- Melhora dos sintomas respiratórios (ex. tosse, dificuldade respiratória) e
- Ter passado no mínimo 10 dias do início dos sintomas.

Estratégia baseada em teste:

- Resolução de febre sem uso de medicamentos e
- Melhora nos sintomas respiratórios (ex. tosse, dificuldade respiratória) e
- Resultados negativos de teste molecular de no mínimo 2 *swabs* consecutivos de nasofaringe coletados em intervalos maiores ou iguais a 24 horas.
- Pessoas com teste laboratorial positivo para COVID-19 que não apresentaram nenhum sintoma: ter passado no mínimo 10 dias desde a data do primeiro teste diagnóstico positivo para COVID-19 e não apresentarem doença subsequente.

Dependendo da disponibilidade, dos custos e da rapidez dos resultados, os testes diagnósticos podem ser considerados no pré-atendimento como uma estratégia para redução dos riscos.^{9,19,20,21} Os testes rápidos para a detecção de anticorpos têm como vantagem o fato de poderem ser realizados no mesmo local onde o paciente está sendo atendido e resposta em poucos minutos. No entanto, em virtude da falta de evidências científicas que comprovem sua sensibilidade e especificidade e da possibilidade de falsos negativos durante a janela imunológica,^{9,22} houve controvérsia quanto ao uso sistemático destes.^{15,16}

Todos os documentos recomendaram que o tratamento odontológico eletivo deve ser evitado em pacientes sintomáticos e em pacientes com histórico recente de contato próximo com casos suspeitos ou confirmados da COVID-19. Nas situações em que o atendimento presencial for imprescindível, este deverá ser realizado em sala isolada, evitando ou minimizando a produção de aerossol e preferencialmente ao final do turno de trabalho.^{9,10,11,13,14,15} O atendimento emergencial em pacientes com a COVID-19 deve ser feito preferencialmente em salas com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance)^{9,14,15,17,19,23,24} e por profissionais que não sejam do grupo vulnerável a formas mais graves de infecção por SARS-CoV-2.^{3,9} Pacientes recuperados da COVID-19 poderão ser atendidos no consultório após o término do isolamento domiciliar usando estratégias baseadas em sintomas ou em testes (**Quadro 1**).^{3,9,10}

O preparo do paciente no pré-atendimento envolve a higienização do rosto e mãos, além da utilização de bochechos antissépticos. Embora a literatura mostre que a utilização de bochechos antissépticos diminua a carga microbiana nos aerossóis produzidos no atendimento odontológico,²⁵⁻²⁸ não há evidências científicas que comprovem que esta redução é clinicamente relevante para prevenir a transmissão do SARS-CoV-2.^{9,16,24} Além disso, devido à alta carga viral presente nas vias aéreas e saliva, existe a possibilidade de recontaminação da cavidade oral após o bochecho.²⁴ Mesmo controverso, a maioria dos documentos recomenda a utilização de bochechos pré-procedimento,^{10,12-15,17-19,29} com particular destaque para sua importância nos casos em que o isolamento absoluto não puder ser utilizado.³⁰ O peróxido de hidrogênio foi a substância mais citada entre os documentos,^{10,12,13,17-19,29} seguido pela iodopovidona.^{10,12,17}

O preparo da sala de atendimento inclui a exposição de materiais e instrumentais estritamente necessários para a assistência, instalação de barreiras (filmes de plástico) em superfícies de toque frequente e equipamentos de difícil higienização como teclados.^{9,15-17,19,29} O tratamento da água do reservatório que abastece as peças de mão e seringa tríplice também é citado como medida para reduzir a contaminação do aerossol.^{9,10,11,13,16,18,31,32} É recomendado que seja adicionado 0,3ml de hipoclorito de sódio a 1% para cada 500ml da água do reservatório, com substituição diária da solução após limpeza dos recipientes.¹⁰

Os cuidados necessários durante a assistência são similares aos recomendados na fase restritiva e incluem: higienização das mãos, uso de EPIs e emprego de técnicas de mitigação do aerossol. A higienização das mãos é citada por todos os documentos como uma medida crítica na prevenção da transmissão pelo SARS-CoV-2 e deve ser realizada antes e depois do contato com todos os pacientes, após contato com material potencialmente infec-

tado, antes e depois da remoção de EPI. A recomendação de uso de uniformes ou roupas exclusivas para atendimento, que deverão ser removidas antes de sair do consultório também foi recomendada.^{11,13,14-17,29}

Os EPIs são selecionados de acordo com o perfil do procedimento e risco de transmissão. Foi recomendado que os funcionários da recepção utilizem máscaras cirúrgicas durante todo o tempo de permanência no consultório ou clínica.^{9,15-18,29} A proteção respiratória da equipe de atendimento foi o tema de maior controvérsia entre os documentos. Grande parte das publicações oficiais recomendou o uso de máscaras cirúrgicas descartáveis quando o atendimento não envolver produção de aerossol,^{10-15,19} enquanto outros recomendaram respiradores N95/PFF2.^{9,16-18,29} Quase todos os documentos recomendaram o uso de respiradores N95/PFF2/PFF3 para procedimentos geradores de aerossol (PGA), com exceção das publicações da Alemanha e Nova Zelândia, que restringiram o uso destes equipamentos apenas para o atendimento de casos suspeitos ou confirmados da COVID-19.^{14,19} Possivelmente, esta abordagem diferente deva-se ao fato destes países terem implementado políticas de testagem em massa e rastreamento de contatos.^{33,34} Houve consenso entre todos os documentos com relação à indicação de aventais impermeáveis de manga longa descartáveis por paciente e proteção ocular, que poderá ser reutilizada após limpeza e desinfecção.^{9,10,12,17,29} Em PGA, os protetores faciais são mais indicados já que diversos estudos demonstraram que a face dos cirurgiões-dentistas é um dos locais mais contaminados pelos aerossóis.^{35,36}

O controle do aerossol foi uma recomendação comum em todos os documentos, com ênfase no emprego de técnicas de mitigação tais como: restringir ou limitar uso de dispositivos geradores de aerossol,^{9-19,29} isolamento absoluto,^{9-19,29} aspiração de alto volume^{9-19,29} e evitar radiografias intraorais pelo risco de tosse.^{10,15,17,29} O uso de dispositivos como caneta de alta rotação, ultrassom, jato de bicarbonato e seringa tríplice produzem respingos e aerossóis que podem estar contaminados com microrganismos presentes na saliva, secreções orofaríngeas e no biofilme.^{32,37,38} Portanto, para redução da contaminação é essencial que o uso destes dispositivos seja evitado ou limitado.^{9-19,29} Na periodontia, o uso de ultrassom e jatos de bicarbonato devem ser evitados, com ênfase na instrumentação manual.^{10,11,15,16,19} O uso de peças de mão com baixa rotação ao invés de alta rotação também é uma estratégia citada.^{11,14,15,17,19}

Todos os documentos defenderam o uso do isolamento absoluto para reduzir a dispersão de gotículas e aerossóis, além de fornecer uma barreira de proteção contra a contaminação de saliva e das secreções da orofaringe.^{23,24,30,32,39} A desvantagem do isolamento absoluto é a impossibilidade de seu emprego em procedimentos que requeiram instrumentação subgingival e em procedimentos periodontais e cirurgias.³⁹

O uso de aspiração de alto volume para remoção do aerossol foi recomendada por todos os documentos para reduzir a contaminação aérea. Um estudo que analisou o número de unidades formadoras de colônia em bioaerossóis gerados durante profilaxia com ultrassom, demonstrou que o uso de bochecho antisséptico pré-procedimento (clorexidina) associado à aspiração de alto volume reduziu significativamente a contaminação do aerossol ($P < 0.001$).²⁸ Embora o meio de cultura utilizado neste estudo só tenha permitido avaliar o crescimento de bactérias aeróbicas, ele reforça a importância destas técnicas na redução da contaminação do aerossol. No entanto, para melhor eficácia, a cânula da aspiração deve possuir diâmetro largo (8 mm ou superior), estar adaptada a um sistema de evacuação potente (bomba à vácuo) e ser mantida a uma distância entre 6 a 15 mm da ponta do ultrassom.^{28,40,41}

Em virtude do grande risco de contaminação aérea proporcionado pela geração dos aerossóis, medidas devem ser adotadas para promover a renovação do ar, evitar contaminação de áreas adjacentes à sala de atendimento e melhorar a qualidade do ar.⁴²⁻⁴⁴ O fator mais determinante na disseminação de doenças transmitidas por via aérea é a ventilação do ambiente. Quanto maior for a renovação do ar, mais diluída estará a concentração do microrganismo.^{24,42,44} As seguintes estratégias são citadas para aumentar a renovação do ar: utilização de sistemas de ventilação mecânica, uso de aparelhos de ar condicionado no modo de exaustão, nunca recirculação e manter as janelas abertas durante o atendimento.^{9,42-44} É recomendada troca regular dos filtros de ar condicionado, segundo as especificações técnicas do aparelho ou consulta com especialistas em engenharia ambiental e sanitária.^{9,12,15,43}

A contaminação das áreas adjacentes à sala de atendimento é prevenida através do correto direcionamento do fluxo de ar e do uso de sistemas com pressão negativa. As portas devem ser mantidas fechadas e com [Reis, Vanessa Paiva; Maia, Adriane Batista Pires; Bezerra, Adriana Raymundo; Conde, Danielle Castex \(2020\). O novo normal da odontologia: revisão das recomendações para retomada da assistência odontológica durante a pandemia da COVID-19 \(preprint submetido a: Brazilian Journal of Dentistry. *EmeRI - Emerging Research In-formation*. DOI: 10.18363/preprint2020004.](#)

entrada limitada de pessoas, especialmente se estiverem sendo realizados PGA.^{9-11,14,17,29,43} As entradas e saídas de ar devem promover a movimentação deste, sempre no sentido da área menos contaminada para a área mais contaminada do ambiente.^{9,15,17,18,36,45}

As salas de pressão negativa são ambientes de isolamento que utilizam um sistema controlado de trocas de ar, no qual a exaustão é superior a entrada do ar. Essa diferença de pressão cria um vácuo no ambiente impedindo que o ar contaminado escape para áreas adjacentes como corredor e sala de espera.⁴⁴ Como a taxa de troca de ar por hora é conhecida, é possível calcular com precisão o tempo para que ocorra a depuração dos contaminantes da sala.⁴⁵ São consideradas o ambiente mais seguro para atendimento de doenças transmitidas pelo ar,^{9,44} porém a adaptação de consultórios odontológicos a este sistema requer conhecimento específico e possui custo elevado.^{24,42} Alguns documentos citaram a utilização de ventilação natural através do atendimento com janelas abertas.^{10-12,15,17,29} Esta estratégia é de fácil implementação, possui custo baixo ou nulo, porém depende das condições climáticas e permite a entrada de vetores no ambiente de trabalho.⁴²⁻⁴⁴

O uso de filtros portáteis HEPA também é citado como uma opção para melhorar a qualidade do ar ambiente.^{9,10,15,17,23,39,43,45,46} Esses dispositivos possuem alta eficiência na filtragem de partículas pequenas, no entanto não proporcionam renovação do ar quando utilizados isoladamente.^{39,47} Sua eficiência é influenciada pela posição deste no ambiente de trabalho.⁴⁷ Foi demonstrado que a contaminação por aerossóis é maior no raio de um metro da cabeça do paciente,^{24,36,38,48} portanto, para garantir uma maior eficiência de filtragem, este dispositivo deve estar posicionado dentro desta zona.⁴⁷ O filtro não pode estar posicionado atrás do profissional, entre o profissional e o paciente ou com fluxo do ar de retorno direcionado para a zona de respiração do profissional.⁹

Sobre os cuidados no pós-atendimento, todos os documentos citam que o material utilizado deve ser retirado e encaminhado para lavagem e esterilização. As barreiras de proteção deverão ser removidas e peças de mão utilizadas deverão ser desinfetadas e esterilizadas.^{10,15,18} A limpeza e desinfecção do ambiente de trabalho pode ser realizada imediatamente após a saída do paciente quando o atendimento não envolver produção de aerossol.^{10,15}

Quando são realizados PGA, é necessário aguardar o tempo para decaimento das partículas que estão em suspensão antes da realização dos procedimentos de limpeza e higienização.^{9-13,15,18} O tempo necessário para esta depuração é controverso pois não há estudos que avaliem o tempo de permanência do SARS-CoV-2 em aerossóis produzidos pela Odontologia, nem a dose infecciosa mínima para que ocorra a transmissão aérea.²⁴

Um estudo que mensurou a contaminação de microrganismos no ar durante o tratamento odontológico, demonstrou que a concentração de bactérias no ar retornou aos níveis normais dentro de 10 a 30 minutos. Este estudo associou maior risco de contaminação aérea em procedimentos periodontais que usaram instrumentos sônicos e ultrassônicos e recomenda que, após a conclusão do procedimento, sejam aguardados 30 minutos para a entrada do próximo paciente.³⁸ Outro estudo que avaliou as características de dispersão de aerossóis bacterianos produzidos durante profilaxia com ultrassom demonstrou que os aerossóis permaneceram suspensos no ar por 20 minutos.³⁶

Um estudo experimental realizado em laboratório demonstrou que o SARS-CoV-2 permaneceu viável (infeccioso) por até 3 horas em aerossóis produzidos por um nebulizador de Collison.⁴⁹ Em outro estudo experimental de laboratório, os pesquisadores testaram a estabilidade e a viabilidade de partículas virais do SARS-CoV-2 associadas a aerossóis (<5 µm). Em condições de temperatura ambiente de 23 ± 2°C e umidade relativa de 53 ± 11%, partículas virais viáveis foram detectadas em todos os momentos de um intervalo de 16 horas (tempo total do experimento).⁵⁰ No entanto, ambos estudos utilizaram partículas de aerossol que ficaram confinadas em câmaras, portanto sem nenhum efeito dilucional produzido pelas trocas de ar.⁵¹ O maior tempo de permanência encontrado no segundo trabalho possivelmente pode ser devido ao fato do estudo ter utilizado uma câmara rotatória, que pode ter impedido o assentamento das partículas virais no ambiente.⁵²

Embora em condições reais, o prazo para o decaimento das partículas virais seja provavelmente menor, ainda não existem estudos estimando esse tempo. Mas ambos estudos apontam que, em ambientes sem trocas de ar, o vírus tem capacidade de permanecer infeccioso em aerossóis por longos períodos. Por este motivo, recomenda-se que sejam consultados profissionais especializados em engenharia ambiental e sanitária para que sejam estudadas medidas para promover maior número de trocas de ar, além de direcionar as saídas de ar de

forma mais adequada.^{9,10,17,43,46} A taxa de renovação recomendada deve ser de pelo menos 6 trocas de ar/hora, sem recirculação do mesmo.^{10,13,23,43,46}

A maioria dos documentos citou que o prazo de 15 minutos é razoável para que ocorra o decaimento das partículas após PGA em salas neutras,^{9,10,12,15} enquanto outros citaram prazos de 10 minutos,^{13,17} 30 minutos²⁴ e 1 hora.¹¹ O ajuste do tempo de “pausa pós-aerossol” deve levar em consideração fatores como quantidade de aerossol produzido, emprego de técnicas de mitigação do aerossol, tamanho da sala, taxa de trocas de ar por hora, possibilidade de ventilação natural, uso de dispositivos de filtração de alta eficiência e o risco do paciente.^{10,13,53} Por exemplo, o tempo de pausa pós-aerossol pode ser maior, se o próximo paciente a ser atendido for do grupo vulnerável a formas graves de infecção pela COVID-19. Da mesma forma, o prazo de pausa pós-aerossol deve ser maior se foi realizado um PGA em paciente com suspeita de infecção por SARS-CoV-2.

A limpeza deve ser realizada da área mais limpa para a mais contaminada, com atenção especial à área mais próxima ao paciente (refletor, cadeira, kart, mocho).^{10,12,17} Todos os documentos reforçam a necessidade de higienização das superfícies frequentemente tocadas, como interruptores, maçanetas, superfícies de móveis da sala de espera, superfícies de banheiros e torneiras. O uso de EPI é obrigatório pelo profissional responsável pela limpeza e inclui óculos de proteção, aventais impermeáveis, máscara cirúrgica ou respirador N95/PPF2 se houver produção de aerossol e luvas grossas de cor diferente das utilizadas no processamento dos instrumentais.^{1,10,15,29} Deverá ser realizada a limpeza das mangueiras do sistema de sucção após cada atendimento com hipoclorito.^{9-11,13,15,18}

Os agentes mais citados para a desinfecção foram álcool a 70%^{10,12,17,24,29,39} e hipoclorito de sódio a 0,5%^{10-12,15,17,18,24,29,39}. A desinfecção deve ser precedida pela limpeza com detergentes neutros, uma vez que a matéria orgânica pode impedir o contato direto do desinfetante com a superfície e inativar suas propriedades germicidas.^{10,14,15} Os quaternários de amônio com biguanida são capazes de realizar a limpeza e a desinfecção simultaneamente, otimizando o tempo de higienização entre os atendimentos.¹⁰ A utilização de desinfetantes sob forma de borrifação pode não ser eficaz, sendo recomendada sua aplicação em superfícies com panos descartáveis ou lenços embebidos.¹⁰

A luz ultravioleta germicida é um método de desinfecção utilizado em ambientes contaminados por microrganismos transmitidos pelo ar, podendo ser utilizada como um adjunto para melhorar a qualidade do ar e desinfecção das superfícies.^{9,10,17,32,54} No entanto, o emprego deste método depende de avaliação de especialistas já que para sua eficácia precisam ser ajustados tempo e dose de exposição, ventilação, umidade e temperatura do ambiente.^{10,54} Como a irradiação é absorvida pela pele e olhos, dermatose, fotoceratite (inflamação da córnea) com ou sem ceratoconjuntivite (inflamação da conjuntiva) são complicações ocupacionais relatadas.⁵⁴ Como é um procedimento complementar, seu uso não dispensa os métodos manuais de desinfecção de superfície.¹⁰ O investimento financeiro necessário é outra desvantagem citada.³²

Por fim, ainda sobre as recomendações no pós-atendimento, muitos documentos indicam o monitoramento de pacientes e profissionais de saúde quanto ao desenvolvimento de sintomas da COVID-19.^{9,10,13,14,16} Para profissionais de saúde recuperados da COVID-19, as estratégias citadas no **quadro 1** podem ser empregadas para retorno ao trabalho.^{9,10}

Todas essas recomendações são medidas profiláticas para evitar a contaminação cruzada, no entanto, não é possível garantir a eliminação total dos riscos.^{24,30} Devido à inviabilidade de realizar com confiabilidade exames rápidos prévios ao atendimento e à possibilidade de transmissão assintomática, recomenda-se a adoção destas medidas em todos os pacientes.¹ A **tabela 2** resume as modificações que deverão ser implementadas no novo normal da odontologia, apontando os pontos de semelhança e discrepâncias entre os documentos.

Como em qualquer trabalho científico, este tem limitações. Algumas delas são decorrentes da falta de estudos que avaliem a permanência em aerossóis do SARS-CoV-2 em ambientes com trocas de ar e dose mínima infecciosa. Também há necessidade de estudos clínicos que comprovem a eficácia dos bochechos antissépticos na redução do risco de transmissão do SARS-CoV-2. Por fim, há uma escassez de documentos que abordem medidas para controle da infecção durante a retomada da assistência odontológica, o que dificultou a análise comparativa da eficiência das recomendações contidas nos documentos oficiais. Por se tratar de um novo vírus, espera-se que as futuras publicações apontem para evidências que demandarão novos ajustes nos protocolos de atendimento odontológico.

Tabela 2: Semelhanças e discrepâncias entre os documentos quanto às medidas de controle de infecção recomendadas na fase de retomada da assistência odontológica.	
Requisitos das instalações	
Limitar quantidade de pacientes presentes na sala de espera	Consenso
Disponibilizar cadeiras com distância mínima de 1 metro entre elas	Consenso
Não permitir/limitar a presença de acompanhantes na sala de espera	Consenso
Uso de máscaras por pacientes, acompanhantes e funcionários	Consenso
Disponibilizar meios para higiene das mãos	Consenso
Retirar da sala de espera objetos que possam favorecer infecção cruzada	Consenso
Interposição de barreira de acrílico entre a recepção e o paciente	Consenso
Renovação constante do ar	Consenso
Atendimento em salas individuais sempre que possível	Consenso
Instalação de divisórias entre as cadeiras em ambientes de planta aberta	Consenso
Distância mínima de 2m entre cada cadeira em ambientes com planta aberta	Consenso
Atendimento de pacientes com a COVID-19 em salas de proteção respiratória	Consenso
Recomendações no pré-atendimento	
Triagem antes do agendamento	Consenso
Triagem antes do atendimento e aferição da temperatura	Consenso
Testagem rápida no consultório	Controverso
Bochecho antisséptico pré-procedimento	Controverso
Cuidados durante o atendimento	
Exposição mínima de objetos, instrumentais e materiais na sala de atendimento	Consenso
Interposição de barreiras de proteção em superfícies de toque frequente e equipamentos de difícil higienização	Consenso
Higiene das mãos	Consenso
Uso de equipamentos de proteção individual	Controverso*
Restringir ou limitar uso de dispositivos geradores de aerossol	Consenso
Instrumentação manual preferencial ao uso do ultrassom	Consenso
Evitar radiografias intraorais	Consenso
Isolamento absoluto	Consenso
Remoção do aerossol através de aspiração de alto volume	Consenso
Cuidados após o atendimento	
Descarte dos resíduos em lixo infeccioso	Consenso
Esterilização de todo instrumental crítico, incluindo peças de mão	Consenso
Renovação do ar na sala de atendimento	Consenso
Tempo de pausa pós-aerossol	Controverso
Limpeza e desinfecção da sala de atendimento e recepção após cada atendimento	Consenso
Roupas de trabalho exclusivas e lavadas separadamente com água quente	Consenso
*Há controvérsia apenas na proteção respiratória. EPI: Equipamento de proteção individual	

Conclusões

Durante a fase de retomada dos atendimentos odontológicos eletivos, muito dos cuidados adotados durante a fase restritiva da pandemia devem persistir, com ênfase nas medidas de mitigação do aerossol e renovação do ar na sala de atendimento. A análise dos documentos nos permitiu concluir que:

- Há um consenso quanto aos requisitos indicados para as instalações do consultório.

- Sobre as recomendações do pré-atendimento, há um consenso sobre a necessidade de realizar triagem antes do agendamento (remota) e do atendimento. Os agendamentos deverão ser programados com período de tempo maior para permitir a depuração do aerossol, limpeza da sala e evitar aglomeração. Não há consenso quanto ao uso de bochechos antissépticos prévios ao atendimento nem quanto ao uso sistemático de testes rápidos prévios ao atendimento.
- Os cuidados recomendados durante o atendimento são reiterados em todos os documentos, havendo controvérsia apenas na indicação do tipo de proteção respiratória que deve ser utilizada pela equipe odontológica.
- Sobre os cuidados no pós-atendimento, não há um consenso quanto ao tempo mínimo necessário para o decaimento das partículas de aerossol antes da realização da limpeza da sala de trabalho, embora os documentos analisados nesta revisão tenham citado um prazo entre dez minutos a uma hora.

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. NOTA TÉCNICA 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). (Atualizada em 21/05/2020). [acesso em 03 mai 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+Técnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>
2. World Health Organization. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. [acesso em 26 mai 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
3. American Dental Association. ADA Interim Guidance for Minimizing Risk of COVID-19 Transmission. [acesso em 2 mai 2020]. Disponível em: https://www.ada.org/~media/CPS/Files/COVID/ADA_COVID_Int_Guidance_Treat_Pts.pdf
4. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Dental Settings Interim Infection Prevention and Control Guidance for Dental Settings During the COVID-19 Response. [acesso em 3 mai 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>
5. National Patient Safety Agency England and National Patient Safety Agency Improvement- COVID-19 guidance and standard operating procedures: urgent dental care systems in the context of coronavirus. Delay phase. [acesso em 21 mai 2020]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/04/C0282-covid-19-urgent-dental-care-sop.pdf>
6. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 13 April 2020. [acesso em 23 jun 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--13-april-2020>
7. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*. 2020;368(6493):860-868. doi:10.1126/science.abb5793
8. Leung K, Wu JT, Liu D, Leung GM. First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning: a modelling impact assessment. *Lancet*. 2020;395(10233):1382-1393. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30746-7.
9. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Guidance for dental settings. Interim infection prevention and control guidance for dental settings during the COVID-19 Response. [acesso em 1 jun 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>
10. Conselho Regional de Odontologia Rio de Janeiro. Procedimentos operacionais para consultórios e clínicas odontológicas. [acesso em 1 jun 2020]. Disponível em: <http://www.cro-rj.org.br/arquivos2020/coronavirus/oficio-recomendacoes-final-29-05-2020.pdf>
11. National Health Service. Office of Chief Dental Officer England. Standard operating procedure. Transition to recovery. A phased transition for dental practices towards the resumption of the full range of dental provi-

- sion. [acesso em 12/06/2020]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/dental-standard-operating-procedure-transition-to-recovery/>
12. Ministero della Salute. Indicazioni operative per l'attività odontoiatrica durante la fase 2 della pandemia covid-19. [acesso em 12 jun 2020]. Disponível em: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2917_allegato.pdf
 13. Canadian Dental Association. Return-to-Practice Office Manual. Adapting the Dental Office to the COVID-19 Pandemic. [acesso em 10 jun 2020]. Disponível em: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/return_to_practice_office_manual.pdf
 14. Dental Council of New Zealand. Guidelines for oral health services at COVID-19 Alert Level 2. [acesso em 12 jun 2020]. Disponível em: <https://www.dcnz.org.nz/assets/Uploads/COVID/Guidelines-at-Alert-Level-2-final.pdf>
 15. Ordre National des Chirurgiens-dentistes. COMMUNIQUE DU CONSEIL DE L'ORDRE NATIONAL 30 AVRIL 2020. [acesso em 12 jun 2020]. Disponível em: <https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/files/COMMUNIQUE%2030AVRIL-EXTRAIT%20RECO.pdf>
 16. American Dental Association. Return to Work Interim Guidance Toolkit. [acesso em 1 jun 2020]. Disponível em: [https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA_Return_to_Work Toolkit.pdf](https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA_Return_to_Work_Toolkit.pdf)
 17. Consejo Dentistas. Organización Colegial de Dentistas de España. PLAN ESTRATÉGICO DE ACCIÓN PARA EL PERIODO DE DESESCALADA COVID-19. [acesso em 10 jun 2020]. Disponível em: <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidadconsejo/notasde-prensaconsejo/item/1783-planestrategico-eaccionparaclinicasdentalesdurante-elperiodo-dedesescalada.html>
 18. Dental Council of India. No.DE-22-BDS(Academic)-2020/07052020. [acesso em 12 jun 2020]. Disponível em: <http://www.dciindia.gov.in/Admin/NewsArchives/Dental%20Clinics%20Protocols%20Final.pdf>
 19. Institut der Deutschen Zahnärzte. System von Standardvorgehensweisen für Zahnarztpraxen während der Coronavirus-Pandemie. [acesso em 12 jun 2020]. Disponível em: <https://www.idz.institute/publikationen/sonstiges/system-von-standardvorgehensweisen-fuer-zahnarztpraxen-waehrend-der-coronavirus-pandemie.html>
 20. Giudice A, Antonelli A, Bennardo F. To test or not to test? An opportunity to restart dentistry sustainably in the 'COVID-19 era'. *Int Endod J.* 2020;53(7):1020-1021. doi:10.1111/iej.13324
 21. Proffitt E. What will be the new normal for the dental industry? *Br Dent J.* 2020;228(9):678-680. doi:10.1038/s41415-020-1583-x
 22. American Dental Association. ADA advises dentists to follow science-backed guidance regarding COVID-19 testing, avoid 'gray market'. [acesso em 9/06/2020]. Disponível em: <https://www.ada.org/en/publications/ada-news/2020-archive/april/ada-advises-dentists-to-follow-science-backed-guidance-regarding-covid-19-testing>
 23. Jamal M, Shah M, Almarzooqi SH, et al. Overview of transnational recommendations for COVID-19 transmission control in dental care settings [published online ahead of print, 2020 May 19]. *Oral Dis.* 2020;10.1111/odi.13431. doi:10.1111/odi.13431
 24. Volgenant CMC, Persoon IF, de Ruijter RAG, de Soet JJH. Infection control in dental health care during and after the SARS-CoV-2 outbreak [published online ahead of print, 2020 May 11]. *Oral Dis.* 2020;10.1111/odi.13408. doi:10.1111/odi.13408
 25. Marui VC, Souto MLS, Rovai ES, Romito GA, Chambrone L, Pannuti CM. Efficacy of preprocedural mouthrinses in the reduction of microorganisms in aerosol: A systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2019;150(12):1015-1026.e1. doi:10.1016/j.adaj.2019.06.024
 26. Fine DH, Mendieta C, Barnett ML, et al. Efficacy of preprocedural rinsing with an antiseptic in reducing viable bacteria in dental aerosols. *J Periodontol.* 1992;63(10):821-824. doi:10.1902/jop.1992.63.10.821

27. Gupta G, Mitra D, Ashok KP, et al. Efficacy of preprocedural mouth rinsing in reducing aerosol contamination produced by ultrasonic scaler: a pilot study. *J Periodontol.* 2014;85(4):562-568. doi:10.1902/jop.2013.120616
28. Narayana TV, Mohanty L, Sreenath G, Vidhyadhari P. Role of preprocedural rinse and high volume evacuator in reducing bacterial contamination in bioaerosols. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2016;20(1):59-65. doi:10.4103/0973-029X.180931
29. Direção-Geral de Saúde. Orientação nº 022/2020 de 01/05/2020. COVID-19: Procedimentos em Clínicas, Consultórios ou Serviços de Saúde Oral dos Cuidados de Saúde Primários, Setor Social e Privado. [acesso em 12 jun 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222020-de-01052020-pdf.aspx>
30. Izzetti R, Nisi M, Gabriele M, Graziani F. COVID-19 Transmission in dental practice: brief review of preventive measures in Italy [published online ahead of print, 2020 Apr 17]. *J Dent Res.* 2020;22034520920580. doi:10.1177/0022034520920580
31. Murdoch-Kinch CA, Andrews NL, Atwan S, Jude R, Gleason MJ, Molinari JA. Comparison of dental water quality management procedures. *J Am Dent Assoc.* 1997;128(9):1235-1243. doi:10.14219/jada.archive.1997.0400
32. Harrel SK, Molinari J. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. *J Am Dent Assoc.* 2004;135(4):429-437. doi:10.14219/jada.archive.2004.0207
33. Metrópolis. “Milagre alemão”: saiba como país europeu enfrenta o coronavírus. [acesso em 23 jun 2020]. Disponível em: <https://www.metropoles.com/saude/milagre-alemao-saiba-como-pais-europeu-enfrenta-o-coronavirus>
34. DW. Os acertos da Nova Zelândia no combate à COVID-19. [acesso em 23 jun 2020]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/os-acertos-da-nova-zel%C3%A2ndia-no-combate-%C3%A0-covid-19/a-53736713>
35. Prospero E, Savini S, Annino I. Microbial aerosol contamination of dental healthcare workers' faces and other surfaces in dental practice. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003;24(2):139-141. doi:10.1086/502172
36. Chi-Yu Chuang, Hsin-Chung Cheng, Shinhao Yang, Wei Fang, Po-Chen Hung, Sheng-Yen Chuang. Investigation of the spreading characteristics of bacterial aerosol contamination during dental scaling treatment. *Journal of Dental Sciences.* 2014;9(3):294-296, doi.org/10.1016/j.jds.2014.06.002.
37. Zemouri C, de Soet H, Crielaard W, Laheij A. A scoping review on bio-aerosols in healthcare and the dental environment. *PLoS One.* 2017;12(5):e0178007. Published 2017 May 22. doi:10.1371/journal.pone.0178007
38. Bennett AM, Fulford MR, Walker JT, Bradshaw DJ, Martin MV, Marsh PD. Microbial aerosols in general dental practice. *Br Dent J.* 2000;189(12):664-667. doi:10.1038/sj.bdj.4800859
39. Ge ZY, Yang LM, Xia JJ, Fu XH, Zhang YZ. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2020;21(5):361-368. doi:10.1631/jzus.B2010010
40. Jacks ME. A laboratory comparison of evacuation devices on aerosol reduction. *J Dent Hyg.* 2002;76(3):202-206
41. King TB, Muzzin KB, Berry CW, Anders LM. The effectiveness of an aerosol reduction device for ultrasonic scalers. *J Periodontol.* 1997;68(1):45-49. doi:10.1902/jop.1997.68.1.45
42. Escombe AR, Ticona E, Chávez-Pérez V, Espinoza M, Moore DAJ. Improving natural ventilation in hospital waiting and consulting rooms to reduce nosocomial tuberculosis transmission risk in a low resource setting. *BMC Infect Dis.* 2019;19(1):88. Published 2019 Jan 25. doi:10.1186/s12879-019-3717-9
43. Consejo Dentistas. Organización Colegial de Dentistas de España. Aclaraciones con relación a climatización, purificación del aire y aireación en área clínica dental. [acesso em 10 jun 2020]. Disponível em: https://gacetadental.com/wp-content/uploads/2020/05/ACLARACIONES_CLIMATIZACION_Y_PURIFICACION_AIRE.pdf
44. World Health Organization. Natural Ventilation for Infection Control in Health-Care Setting [acesso em 19 jun 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44167/9789241547857_eng.pdf;jsessionid=F56966B4BFAE70D9BC40A24144642D57?sequence=1

45. Centers for Disease Control and Prevention. Appendix B. Air. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities (2003). [acesso em 19 jun 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/appendix/air.html>
46. Hallier C, Williams DW, Potts AJ, Lewis MA. A pilot study of bioaerosol reduction using an air cleaning system during dental procedures. *Br Dent J*. 2010;209(8):E14. doi:10.1038/sj.bdj.2010.975
47. Chen C, Zhao B, Cui W, Dong L, An N, Ouyang X. The effectiveness of an air cleaner in controlling drop-let/aerosol particle dispersion emitted from a patient's mouth in the indoor environment of dental clinics. *J R Soc Interface*. 2010;7(48):1105-1118. doi:10.1098/rsif.2009.0516
48. Zemouri C, Volgenant CMC, Buijs MJ, et al. Dental aerosols: microbial composition and spatial distribution. *J Oral Microbiol*. 2020;12(1):1762040. Published 2020 May 13. doi:10.1080/20002297.2020.1762040
49. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson B, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. [published online April 16, 2020] *N Engl J Med*. 2020;382(16):1564-1567. doi: 10.1056/NEJMc2004973.
50. Fears AC, Klimstra WB, Duprex P, et al. Comparative dynamic aerosol efficiencies of three emergent coronaviruses and the unusual persistence of SARS-CoV-2 in aerosol suspensions. Preprint. medRxiv. 2020;2020.04.13.20063784. Published 2020 Apr 18. doi:10.1101/2020.04.13.20063784
51. Lesho E, Laguio-Vila M, Walsh E. Stability and viability of SARS-CoV-2. *N Engl J Med*. 2020;382(20):1963-1964. doi:10.1056/NEJMc2007942
52. Goldberg LJ, Watkins HMS, Boerke EE, Chatigny MA. The use of a rotating drum for the study of aerosols over extended periods of time. *American Journal of Epidemiology*. 1958;68(1):85-93. doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a119954
53. American Society of Dentist Anesthesiologists. Interim guidance for dentist anesthesiologists practicing in the office-based setting during the COVID-19 pandemic. [acesso em 23 jun 2020]. Disponível em: <https://www.asdahq.org/sites/default/files/Guidance%20ASDA%204.14.20.pdf>
54. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Institute for Occupational Safety and Health. Environmental control for tuberculosis: basic upper-room ultraviolet germicidal irradiation guidelines for healthcare settings. [acesso em: 17/06/2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-105/pdfs/2009-105.pdf>
55. Odeh ND, Babkair H, Abu-Hammad S, Borzangy S, Abu-Hammad A, Abu-Hammad O. COVID-19: present and future challenges for dental practice. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3151. Published 2020 Apr 30. doi:10.3390/ijerph17093151

Autor correspondente

Vanessa de Paiva Reis

E-mail: vanepreis1@gmail.com

Mini Currículo e Contribuição dos Autores

1. Vanessa Paiva Reis. Cirurgiã Bucomaxilofacial e Estomatologista. Contribuição: Levantamento bibliográfico, preparo, redação e revisão do manuscrito. ORCID: 0000-0001-7682-547X.
2. Adriane Batista Pires Maia. Cirurgiã Bucomaxilofacial, Doutorando em Ciências da Saúde. Contribuição: Levantamento bibliográfico, preparo, redação e revisão do manuscrito. ORCID: 0000-0001-6081-707X.
3. Adriana Raymundo Bezerra. Cirurgiã Bucomaxilofacial, Mestre em Radiologia. Contribuição: Preparo, redação e revisão do manuscrito. ORCID: 0000-0001-9487-1904
4. Danielle Castex. Cirurgiã-Dentista e Doutora em Patologia Oral. Contribuição: Preparo, redação e revisão do manuscrito. ORCID: 0002-8492-9145.