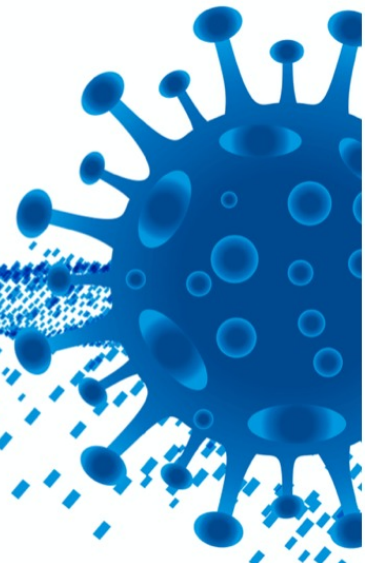


COVID-19 **MD**



COVID-19

Normas de Orientação Clínica Medicina Dentária

Trabalho científico elaborado pelo grupo COVID-19 MD objetivando a disseminação do conhecimento sobre o exercício clínico em Medicina Dentária no contexto da COVID-19.

A expressão *Normas de Orientação Clínica* reporta-se a uma metodologia científica e tipo de publicação decorrente. Não deve conseqüentemente este documento ser entendido como legislação ou qualquer tipo de imposição de cariz regulatório ou legal. Trata-se de uma contribuição científica para dilatação do conhecimento sobre o exercício profissional no contexto da COVID-19, servindo expectavelmente os seus destinatários.

Autores	9
Comissão Consultiva	13
Lista de Abreviaturas	17
Nota prévia	18
Objetivos	20
Relevo Científico	20
Tópico/Doença	21
Categoria	21
População-Alvo	21
Destinatários da Norma	21
Introdução	22
Origem da Infecção	22
Epidemiologia	22
Estrutura do Vírus e Fisiopatologia	23
Manifestações Clínicas e Formas de Apresentação da Doença	24
Vias de Contágio	26
Tratamento e Vacina	26
Contexto da consulta de Medicina Dentária e necessidade desta Norma de Orientação Clínica	27
Materiais e Métodos	29
Perguntas	29
Pesquisa Bibliográfica	29
Crítérios de Inclusão/Exclusão	30
Seleção e Avaliação da Evidência	31
Graduação da Evidência e Classe de Recomendação	31
Resultados da Pesquisa	31
As Etapas da Pré-Intervenção	33
A Agenda	33
A gestão das marcações	33
1.1. Como gerir a agenda?	33
1.2. Deve alertar-se o paciente para cumprir o horário da consulta?	33
1.3. Deve alertar-se o paciente para evitar trazer para a consulta adornos pessoais?	34
1.4. Deve alertar-se o paciente para evitar fazer o pagamento da consulta com dinheiro?	34
1.5. Como proceder se um paciente solicitar uma teleconsulta?	34
Questionários a efetuar	36
2.1. Que perguntas devem ser feitas na marcação por telefone?	36
2.2. Se o paciente responder afirmativamente a uma das perguntas do questionário referido em 2.1, mas refere ausência febre, como proceder com a marcação?	36
2.3. Na marcação de um paciente com um perfil profissional de risco, como profissionais de saúde ou funcionários de meio hospitalar, dos centros de dia ou lares de 3ª idade, deve haver algum cuidado especial?	37
2.4. O paciente refere que esteve infetado com SARS-CoV-2 mas já fez um teste com resultado negativo, como proceder?	37
2.5. Como abordar um paciente com história clínica de COVID-19 e que está em isolamento domiciliário?	37
2.6. Um paciente desloca-se à clínica espontaneamente para agendar uma consulta sem ter entrado em contacto telefónico prévio. Como proceder?	37
2.7. Deve desaconselhar-se a vinda do acompanhante, quando possível, e/ou evitar a sua permanência em qualquer local da clínica?	38

2.8. Se o paciente vier acompanhado é necessário fazer a triagem para a COVID-19 ao acompanhante?	38
Recepção, Sala de Espera e Instalações Sanitárias	40
Organização do espaço e mobiliário	40
3.1. Como disponibilizar meios de desinfecção e proteção para quem entra na clínica?	40
3.2. Que medidas especiais devem ser aplicadas nesta área de atendimento?	40
3.3. Como organizar a sala de espera?	40
3.4. Quantas pessoas podem estar na sala de espera? Qual a lotação aconselhada?	41
3.5. Que mobiliário pode haver na sala de espera?	41
3.6. Devem deixar-se as revistas ou os jornais para consulta?	41
3.7. Os comandos de TV e de ar condicionado devem estar disponíveis?	41
3.8. O dispensador de água ou a máquina de café devem estar disponíveis?	41
3.9. Que alterações devem efetuar-se nas instalações sanitárias?	42
3.10. Que meios de descontaminação devem estar disponíveis nas instalações sanitárias?	42
Barreiras Físicas e Sinalética	44
4.1. Devem existir barreiras físicas entre a recepção e o utente?	44
4.2. Que sinalética pode marcar a organização dos espaços de espera ou de não transposição sem autorização?	44
4.3. Que cartazes informativos sobre a COVID-19 devem estar afixados e em que locais?	44
Informações Úteis	46
5.1. Qual o racional da lavagem das mãos?	46
5.2. Como e quando se devem lavar as mãos?	47
5.3. Que produtos se devem usar para higienização das mãos?	47
5.4. Quais os métodos de manutenção de saúde cutânea das mãos?	48
5.5. Deve ser permitido ao paciente efetuar a escovagem dos dentes, próteses ou aparelhos removíveis antes de entrar para a consulta?	49
Limpeza da Sala de Espera e Instalações Sanitárias	51
6.1. Qual a frequência da limpeza?	51
6.2. Como deve ser a limpeza de superfícies?	51
6.3. Como deve ser efetuada esta limpeza?	51
6.4. Que produtos de limpeza/desinfecção devem ser utilizados?	51
6.5. Quais são as superfícies mais críticas?	52
6.6. Qual a frequência de limpeza das zonas ou superfícies mais críticas?	52
6.7. Que materiais usar para a limpeza das zonas mais críticas?	52
6.8. Qual a frequência de limpeza das instalações sanitárias?	52
6.9. Como deve ser feita a limpeza das instalações sanitárias?	52
6.10. Quais são as superfícies mais críticas nas instalações sanitárias?	53
6.11. Quais os produtos que se devem utilizar para a limpeza das instalações sanitárias?	53
6.12. Quais os materiais que se devem utilizar para a limpeza das instalações sanitárias?	54
Fluxo de Pessoas	56
7.1. Como é que a rececionista consegue manter um distanciamento social, minimizando o receio que esta medida possa criar no paciente?	56
7.2. O que fazer depois de concluir o atendimento de um paciente/acompanhante e antes de atender o seguinte ?	56
7.3. Devem existir entradas separadas entre utentes e profissionais?	56

7.4. Qual a recomendação mínima obrigatória de equipamento de proteção individual na clínica dentária?	57
Acesso à Clínica	59
Médicos Dentistas e Funcionários	59
8.1. Estou em condições de ir trabalhar?	59
8.2. Tenho um familiar (agregado familiar) doente com COVID-19, posso ir trabalhar?	59
8.3. Estou grávida ou tenho mais de 65 anos, tenho patologias sistémicas associadas de maior risco, posso trabalhar?	59
8.4. Como controlar se os funcionários podem estar infetados?	59
Pacientes e Acompanhantes	61
9.1. O que verificar assim que o paciente entra na clínica?	61
9.2. O paciente apresenta-se febril ou relatou ter tido febre com tosse ou dor de garganta e dores musculares nas últimas 24h, o que fazer?	61
9.3. O paciente não se apresenta febril, o que fazer de seguida?	61
9.4. O paciente pode vir acompanhado?	61
9.5. O acompanhante também deve usar máscara?	62
9.6. Caso o acompanhante entre no gabinete clínico, onde deve permanecer e como proceder?	62
9.7. Caso o acompanhante não entre no gabinete clínico, onde deve permanecer?	62
9.8. O que fazer com os pertences do paciente (e acompanhante, se entrar para o gabinete de consulta) antes de vestir o EPI adequado?	62
Técnicos de Manutenção	64
10.1. Como receber os técnicos de manutenção?	64
Distribuidores	64
11.1. Como receber os distribuidores de encomendas?	64
Coletores de Resíduos	64
12.1. Como receber os funcionários de recolha de resíduos?	64
Meios de Proteção	66
Receção/administrativos	66
13.1. Qual o equipamento de proteção adequado?	66
Profissionais de Limpeza	67
14.1. Qual é o equipamento de proteção adequado?	67
As Etapas da Per-Intervenção	69
Definição de Risco do Procedimento	69
15.1. Devem ser identificadas zonas de risco na clínica?	69
15.2. Quais as recomendações diferenciadas para as diversas zonas de risco?	69
15.3. Como se devem classificar em termos de risco os procedimentos gerais numa clínica?	70
15.4. Como se devem classificar em termos de risco os diferentes procedimentos clínicos?	71
Preparação do gabinete e proteção individual	73
O espaço e equipamento	73
16.1. Qual a estabilidade do vírus no ambiente?	73
16.2. Qual o alcance dos aerossóis contaminados durante a respiração normal em ambiente fechado?	73
16.3. Que distância atingem os aerossóis gerados durante os procedimentos operatórios em Medicina Dentária?	74
16.4. Como deve ser protegido o equipamento dentário e as superfícies circundantes?	75
16.5. Como deve realizar-se a desinfeção dos diversos componentes e infraestruturas do gabinete?	76
16.6. Qual o sistema de ventilação mais adequado num gabinete clínico?	77

16.7. Justifica-se a utilização de sistemas adicionais de purificação de contaminantes biológicos no ar do gabinete clínico?	78
16.8. Quais devem ser as condições de climatização do gabinete clínico?	79
16.9. É aconselhável usar meios de descontaminação microbiológica nos sistemas de abastecimento e reservatórios de água dos equipamentos?	80
16.10. Qual a eficácia dos sistemas de aspiração na redução da produção de aerossóis na fonte de contaminação?	80
16.11. O uso de antimicrobianos no sistema de irrigação dos aparelhos ultrassônicos reduz o risco de contaminação na aerossolização?	81
Equipamento de Proteção Individual (EPI)	84
Colocação do EPI	84
17.1. A aplicação do EPI deve ser definida pelo risco do procedimento?	84
17.2. Quais os EPI adequados em função dos níveis de proteção?	84
17.3. Que tipo de máscaras existem? E qual a sua indicação de utilização clínica?	85
17.4. O que fazer antes de vestir o EPI?	86
17.5. Como é que se coloca o EPI?	86
17.6. Quais são os cuidados a ter com o uso do EPI?	88
17.7. O que fazer se o primeiro par de luvas (par interior no EPI de proteção de grau 3) tocar num zona potencialmente contaminada?	88
Tratamento	90
18.1. Como reduzir a carga microbiológica no peroperatório?	90
18.2. Deve realizar-se uma descontaminação perioral? Como fazer?	90
18.3. Qual a importância da utilização do dique de borracha?	91
18.4. Deve dar-se prioridade ao uso de materiais em unidose?	91
Instrumentos Rotatórios	93
19.1. Qual o impacto do instrumental operatório na produção de aerossóis?	93
19.2. Que especificações deve ter o instrumental operatório de corte/preparação? Os sistemas antirretorno são melhores?	94
As Etapas da Pós-Intervenção	96
Final da Consulta e Desinfecção do Gabinete Clínico	96
20.1. Terminei o procedimento operatório. E agora?	96
20.2. Quais são as superfícies críticas?	96
20.3. Como minimizar a contaminação e efetuar a limpeza das zonas críticas?	97
20.4. As barreiras de proteção das superfícies de ecrãs, teclados e ratos devem ser removidas entre cada doente?	97
20.5. Que cuidados devo ter com o invólucro do sensor de imagiologia digital e das películas radiográficas intraorais?	97
20.6. Como desinfetar os posicionadores radiográficos?	97
20.7. Como proteger e desinfetar os sensores de imagiologia digital, câmaras e scanners intraorais?	98
20.8. Deve ser feita a purga dos instrumentos rotatórios antes de serem removidos para esterilização?	98
20.9. A desinfecção química externa de turbinas, contra-ângulos e destartarizadores é suficiente contra o SARS-CoV-2 ou deverão ser esterilizados entre cada paciente?	98
20.10. Qual a sequência de remoção das barreiras físicas e dos instrumentos rotatórios?	99
20.11. Como eliminar as barreiras físicas de proteção do equipamento?	99
20.12. Na desinfecção das superfícies (equipamentos e bancadas), qual o produto mais eficiente e quanto tempo deve ficar a atuar?	99
20.13. Os raios ultravioleta são um meio eficiente de esterilização?	100

20.14. No referente aos invólucros e embalagens dos consumíveis utilizados, qual o produto mais adequado para desinfeção e tempo de atuação?	100
20.15. É necessário fazer o arejamento adequado do gabinete clínico antes de iniciar a próxima consulta?	100
20.16. Qual a frequência de limpeza e desinfeção do pavimento do gabinete clínico?	100
20.17. No pavimento do gabinete clínico qual o produto a utilizar e quanto tempo deve atuar para desinfeção adequada?	101
20.18. De que forma deve limpar-se o gabinete clínico?	101
20.19. Que produtos de limpeza/desinfeção devem utilizar-se?	101
20.20. Que formas de apresentação dos produtos de limpeza devem utilizar-se?	102
20.21. Qual o desinfetante mais adequado para ser aplicado na forma de toalhetes?	102
20.22. Como devem limpar-se as superfícies se houver sangue ou outros produtos orgânicos?	102
Materiais e dispositivos a enviar para o laboratório de prótese	104
21.1. Qual o protocolo de desinfeção das impressões?	104
21.2. Qual o protocolo de desinfeção dos modelos de gesso?	104
21.3. Qual o protocolo de desinfeção dos dispositivos de prova (coifas, ceras de registo, try-in, coroas/pontes e próteses removíveis?	104
21.4. Qual o protocolo de desinfeção de próteses pré-existentes?	104
A Remoção do EPI	106
22.1. Qual a sequência de remoção do EPI em cada um dos graus (1, 2 e 3)?	106
22.2. O EPI descartável, depois de removido, onde deve ser colocado? Em que tipo de contentor?	107
22.3. Qual o protocolo para remoção de luvas?	107
22.4. Quando e como o deve o médico dentista remover a máscara?	108
22.5. Quando deve o assistente retirar o EPI?	108
22.6. As máscaras FFP2 (N95) e FFP3 podem ser reutilizadas?	108
22.7. Em que local deve remover-se o EPI? No gabinete clínico ou noutro local?	109
22.8. Onde deve o assistente colocar os EPI depois de removidos?	109
22.9. Como lavar e desinfetar a viseira e os óculos?	109
22.10. Os uniformes podem ser reutilizados no dia seguinte sem serem lavados?	110
22.11. Que tipo de tratamento deve fazer-se aos materiais tecidos não críticos: uniformes?	110
22.12. Depois de um dia de trabalho como proceder ao chegar a casa?	110
O Acompanhamento do Paciente	112
23.1. O uso de máscara cirúrgica pelo paciente no interior da clínica reduz o risco de infeção cruzada por SARS-CoV-2?	112
23.2. Deve limitar-se o movimento dos pacientes dentro do gabinete clínico após os procedimentos operatórios?	112
23.3. Deve providenciar-se informação adicional ao paciente em meio digital em detrimento do suporte papel?	112
23.4. Como proceder à antissepsia das mãos antes da saída do gabinete aplicável ao médico, assistente, doente/acompanhante?	112
O Regresso do Paciente à Receção	114
24.1. O paciente deve manter o distanciamento social na receção e os meios de proteção após a consulta?	114
24.2. O paciente deve manter a máscara colocada na zona de receção após a consulta?	114
24.3. Que informações adicionais importantes devem ser disponibilizadas ao paciente pela rececionista, no contexto da infeção por COVID-19, no pós-consulta?	114
24.4. O que deve ser confirmado ao paciente pela rececionista antes de sair da clínica?	114
Os Meios de Pagamento	117

25.1. Que formas de pagamento e de emissão de recibo devem ser recomendadas?	117
A Esterilização	119
Normas de Limpeza, Desinfecção e Esterilização do Material	119
26.1. A contaminação por SARS-CoV-2 implica a alteração de procedimentos na lavagem, descontaminação e esterilização dos materiais e instrumentos?	119
26.2. Que tipo de saco está indicado para acondicionar os resíduos do grupo III?	120
26.3. A colocação dos resíduos do grupo III no respetivo contentor deve ser efetuada ainda no gabinete ou na sala de esterilização?	120
26.4. A contaminação por SARS-CoV-2 implica a alteração de procedimentos na manipulação e processamento dos resíduos?	120
26.5. O material/instrumental manipulado pelo médico dentista deve ser considerado semicrítico ou crítico?	120
26.6. O material/instrumental manipulado pelo assistente dentário deve ser considerado semicrítico ou crítico?	121
26.7. Podemos desinfetar as máscaras FFP2 (N95) e FFP3?	121
A Exposição Acidental	123
Como proceder em caso de Exposição Acidental	123
27.1. A cavidade oral é um local de tropismo para o SARS-CoV-2?	123
27.2. No caso de exposição acidental a contaminantes biológicos de paciente COVID-19 positivo, qual o procedimento a adotar?	124
Conclusão	126
Perspetivas Futuras	126
Atualização	127
Apêndice I	128
Comissão Consultiva	129
Apêndice II	131
Secção 1 Perguntas	132
Secção 2 Pesquisa Bibliográfica	140
Secção 3 Artigos Incluídos	142
Secção 4 Artigos Excluídos	152
Secção 5 Graduação da Evidência e Classe de Recomendação	158
Apêndice III	160
Secção 1 Técnica de higienização das mãos com Solução Anti-séptica de Base Alcoólica (SABA) ou água e sabão[84]	161
Secção 2 Sequência de colocação e remoção do EPI	162
Secção 3 Soluções Desinfetantes	163
Bibliografia	165

Autores

Fernando Guerra

Médico Dentista

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Diretor do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

António Duarte Mata

Médico Dentista

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Coordenador do Lib-Phys UL unidade de Investigação-UID/FIS/04559/2013, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa

Investigador Principal do Grupo de Investigação em Bioquímica e Biologia Oral, GIBBO FMDUL

Alexandra Vinagre

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Ana Luísa Costa

Médica Dentista

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigadora do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Andreia Luís Vieira

Médica Dentista

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Investigadora do Grupo de Investigação em Bioquímica e Biologia Oral, GIBBO FMDUL

Carlos Falcão

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Carlota Duarte de Mendonça

Médica Dentista

Investigadora do Grupo de Investigação em Bioquímica e Biologia Oral, GIBBO FMDUL

Catarina Chaves

Médica

Assistente Hospitalar de Patologia Clínica

Responsável do Laboratório de Bacteriologia Geral

Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

David Herrera

Médico Odontólogo

Professor da Faculdade de Odontologia da Faculdade Complutense de Madrid

Vice-Decano da Faculdade de Odontologia de Madrid, Espanha

Isabel Poiares Baptista

Médica Dentista

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigadora do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Ivan Toro

Médico Dentista

João Braga

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

João Carlos Ramos

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

João Miguel Santos

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

João Miguel Silveira

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Investigador do Lib-Phys UL unidade de Investigação-UID/FIS/04559/2013, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa

Investigador do Grupo de Investigação em Bioquímica e Biologia Oral, GIBBO FMDUL

João Paulo Tondela

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Paulo Palma

Médico Dentista

Professor Auxiliar Convocado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Pedro Nicolau

Médico Dentista

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Pedro Sousa Gomes

Médico Dentista

Professor Associado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Investigador do Centro de investigação *Bone Lab* da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Ricardo Dias

Médico Dentista

Assistente Convocado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Salomão Rocha

Médico Dentista

Assistente Convocado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Sérgio Matos

Médico Dentista

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigador do Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Versão 1.0.1 | 05 de maio de 2020. Todos os direitos reservados.

Comissão Consultiva

Doutora Ana Lúcia de Pereira Neves Messias

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor Aníbal Diógenes

Professor Associado na Universidade do Texas, *Health Center of San Antonio*, Estados Unidos da América

Prof. Doutor António Vaz Carneiro

Professor Catedrático de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Diretor da Cochrane Portugal

Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor Gil Alcoforado

Professor Catedrático

Prof. Doutor Ion Zabalegui

Professor Convidado da Universidade *Complutense* de Madrid, Espanha

Dr. José Manuel da Costa Rodrigues de Oliveira

Médico Dentista

Prof. Doutor José Frias Bulhosa

Representante da Associação Nacional de Médicos Dentistas do Serviço Nacional de Saúde

Dr. Luís António Silva Ferreira

Médico Dentista

Prof. Doutor Luís Pires Lopes

Diretor da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Prof. Doutor Manuel Gameiro

Professor Catedrático do Departamento de Engenharia Mecânica da Universidade de Coimbra

Prof^a. Doutora Maria Helena Raposo Fernandes

Professora Catedrática da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Prof. Doutor Mário Bernardo

Coordenador do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Prof. Doutor Mariano Sanz

Professor Catedrático da Universidade *Complutense* de Madrid, Espanha

Prof^a. Doutora Marlene Barros

Diretora da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

Dr. Paulo Manuel de Oliveira Nunes

Médico Dentista

Dr. Nuno Ventura

Médico Dentista

Dr. Ricardo Jorge Martins

Médico Dentista

Prof^a. Doutora Sandra Gavinha

Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Estas Normas de Orientação Clínica (NOC) são constituídas por três documentos:

- NOC propriamente ditas. Agrupadas num documento que tem todas as questões elaboradas relativas ao exercício profissional no pré-, per- e pós-intervenção. Contém toda a informação, metodologia adotada, resultados, níveis de evidência e bibliografia;
- NOC resumidas. Uma apresentação que contém apenas os Pontos-Chave, ou seja, recomendações propriamente ditas, elencadas de forma simples, para consulta facilitada;
- NOC, esquemas e checklists. Documento contendo a infografia necessária à sua implementação.

Uma decisão clínica de qualidade assenta em três pressupostos:

- Os interesses do paciente; se a decisão clínica não os satisfizer, falhou redondamente o seu objetivo principal;
- A experiência do clínico enquanto elemento essencial aglutinador da sua perspicácia, conhecimento e até intuição, o chamado fator humano;
- A evidência científica enquanto base de informação credível, objetiva e essencial.

As NOC aqui apresentadas pretendem ser essa base de informação e conhecimento, objetivos essenciais ao apoio à decisão clínica.

Todos os teatros de exercício clínico têm as suas especificidades. Neste contexto, estas NOC constituem, não ordens herméticas a cumprir, mas tão somente um corpo de conhecimento robusto que permita ao clínico construir o protocolo de atuação que melhor se adegue às características de cada clínica.

Importa ainda referir que a adoção destas normas não garante o risco nulo de aquisição da infeção.

Lista de Abreviaturas

A/H1N1 = *Influenza A virus subtype H1N1*

AVAC = Aquecimento, ventilação e ar condicionado

CDC = *Centers for Disease Control and Prevention*, Centros de Controlo e Prevenção de Doenças

COVID-19 = *Coronavirus disease 2019*, Doença do coronavírus 2019

DGS = Direção-Geral da Saúde

DNA = Ácido desoxirribonucleico

ECA2 = Enzima Conversora da Angiotensina 2

EPI = Equipamento de Proteção Individual

FFP = *Filter Face Piece*, Peça Facial Filtrante

FRSM = *Fluid Resistant Surgical Mask*

HEPA = *High Efficiency Particulate Arrestor*, Filtragem de ar de alta eficiência

IC = Intervalo de Confiança

MERS-CoV = *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*

NICE = *National Institute for Health and Care Excellence*

NIOSH = *National Institute for Occupational Safety and Health*

NOC = Norma de Orientação Clínica

OMD = Ordem dos Médicos Dentistas

OMS = Organização Mundial da Saúde

PCR = *Polymerase Chain Reaction*

rRT-PCR = *Real Time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*

RCT = *Randomized Clinical Trial*, Ensaio clínico aleatorizado

RNA = Ácido ribonucleico

SABA = Solução anti-séptica de base alcoólica

SARS = *Severe Acute Respiratory Syndrome*, Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV = *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*

SIDA = Síndrome da Imunodeficiência Humana

UE = União Europeia

UVC = Ultravioleta tipo C

Nota prévia

Considerando que a doença COVID-19 é extremamente recente e que, consequentemente, existe uma lacuna natural na quantidade e qualidade da evidência científica neste tema, a elaboração de Normas de Orientação Clínica (NOC) clássicas não é possível. Neste contexto, as presentes Normas foram constituídas segundo o protocolo recentemente disponibilizado pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) inglês, nomeadamente o *Interim process and methods for developing rapid guidelines on COVID-19* ([nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)^[1]).

Esta NOC resulta do trabalho elaborado por um comité de médicos dentistas. Não existiu consulta pública a representantes de todos os potenciais interessados sobre esta temática. O objetivo é produzir NOC que reduzam a entropia e promovam a consistência de atuação. No entanto, foi criada uma comissão consultiva com diferentes individualidades no sentido de rever a NOC e proceder à sua aferição, encontrando-se a constituição desta comissão enunciada no Apêndice I.

Promove-se a identificação das questões-chave aplicáveis aos cenários no regresso ao exercício clínico em medicina dentária.

Não foram efetuadas revisões sistemáticas da literatura. Embora se tenham constituído buscas nas bases de dados mais utilizadas, a informação principal nestas NOC deriva da utilização de documentos orientadores previamente publicados relativamente a pandemias já ocorridas.

Como seria expectável existe muito pouca literatura relativa à COVID-19, pelo que muita da base de evidência alternativa a que se recorreu reporta-se à *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV)*, *Swine Pandemic (AH1N1) Influenza A* e ao *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)*.

As bases de dados privilegiadas foram:

1. Guias da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre COVID-19
2. Recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS)
3. NICE e SIGN
4. Cochrane collaboration
5. MEDLINE (via PubMed)
6. Sociedades científicas internacionais e nacionais
7. Procedeu-se a uma hierarquização simples da evidência disponível
 - A estratégia de busca está reproduzida no Apêndice I
 - Foi dada prioridade a revisões sistemáticas e meta-análises
 - Seguida pela busca de ensaios clínicos aleatorizados
 - Seguida por estudos observacionais
 - Em caso negativo buscou-se publicações resultantes de observações de peritos em experiências prévias
 - Nos casos em que nenhum tipo de evidência pode ser encontrada, os peritos autores desta NOC elaboraram as recomendações por discussão e consenso baseados principalmente na plausibilidade biológica.

Procedeu-se a uma avaliação crítica sumária da literatura mas não se avaliou formalmente o risco da presença de vieses com recurso a escalas específicas.

No entanto, procedeu-se sempre a uma indicação breve e simples sobre o tipo de informação subjacente às recomendações clínicas produzidas.

Objetivos

Identificar e classificar os riscos de aquisição e disseminação do SARS-CoV-2 no contexto da pré-, per-, e pós-intervenção em saúde oral.

Produzir recomendações de atuação na pré-, per-, e pós-intervenção em saúde oral para todos os elementos presentes no teatro clínico que visem minimizar o risco de aquisição e/ou disseminação do SARS-CoV-2.

Relevo Científico

Tendo em conta que:

No decorrer da pandemia de COVID-19 vigente várias fontes identificaram a atividade de medicina dentária como estando no topo da pirâmide de risco de aquisição e disseminação do vírus SARS-CoV-2 devido à enorme produção de aerossóis que a caracterizam, o governo português determinou o encerramento provisório das clínicas de medicina dentária e estomatologia.

Não existem presentemente Normas de Orientação Clínica nacionais que veiculem recomendações de atuação em todos os passos da pré-, per-, e pós-intervenção em medicina dentária visando a prevenção da aquisição e disseminação do vírus SARS-CoV-2.

Existe, consequentemente, a necessidade de criação desta NOC enquanto conjunto de recomendações de atuação que permitam o regresso à atividade de medicina dentária em condições de segurança dos envolvidos no teatro clínico, sejam eles profissionais, parceiros de atividade ou população de utentes em geral.

Convém salientar que uma NOC pretende dar um suporte de apoio à decisão clínica. Não se trata de um documento que substitua a decisão clínica, mas que apoie o clínico na escolha da melhor intervenção considerado a sua experiência, os interesses específicos do paciente e o teatro clínico concreto em que o exercício se enquadra. Não se trata, pois, de um documento que objetive a tiranização da evidência sobre a escolha, mas que apenas permita decidir tendo em conta a maior robustez de evidência possível.

Tópico/Doença

COVID-19 - Minimização do risco de aquisição e disseminação da doença em medicina dentária no contexto da pandemia.

Categoria

Trata-se de uma NOC de *clinical governance advice, best practice e clinical safety*.

População-Alvo

Pacientes de medicina dentária e membros da equipa de saúde oral.

Destinatários da Norma

Todas as partes interessadas, nomeadamente: médicos dentistas, médicos estomatologistas, odontologistas, farmacêuticos, enfermeiros, higienistas orais, técnicos de prótese dentária, auxiliares de apoio à clínica, rececionistas, pessoal administrativo, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de segurança e higiene no trabalho, técnicos de análises clínicas, fornecedores de material e equipamento dentário, delegados de informação médica, técnicos de manutenção, técnicos de recolha de resíduos, associações profissionais, sociedades científicas, instituições de ensino, estudantes de medicina dentária, hospitais, seguradoras e convenções, parceiros comerciais e industriais, decisores políticos, Ordem dos Médicos Dentistas, Direção-Geral da Saúde, entidades reguladoras setoriais e pacientes.

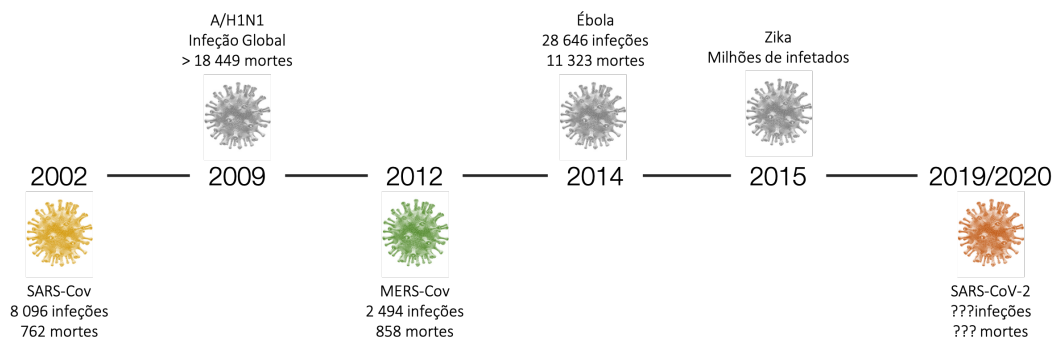
Introdução

Origem da Infecção

Ao longo da história a humanidade tem sido confrontada com surtos microbiológicos cíclicos (Figura 1). Entre os mais recentes salientam-se o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV)*, com génese na China em 2002; a *Swine Pandemic (A/H1N1) Influenza A*, que abalou o México em 2009; e o *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)*, embrionário na Arábia Saudita em 2012^[2].

Em Dezembro de 2019 uma série de casos de um novo vírus responsável por uma síndrome respiratória aguda foi detetada em Wuhan na China. Trata-se de uma infecção do tipo zoonose (originada num morcego) cujo agente etiológico é uma nova estirpe de coronavírus, o SARS-CoV-2. Este vírus, que foi isolado a 7 de janeiro de 2020, apresenta 50% de homologia genética com o MERS-CoV, 79% com o SARS-CoV-1 e é o agente etiológico de uma nova doença, a COVID-19.

Figura 1 - Epidemiologia. Surtos Biológicos. Adaptado de Jiuyang Xu, et al. 2020^[3].



Epidemiologia

Num curto período de tempo a COVID-19 adquiriu proporções pandémicas, estando presente em todos os continentes à exceção da Antártida. À data em que este texto é escrito existem 2 626 321 casos no mundo e 181 938 óbitos confirmados (dados da OMS do dia 24 de abril de 2020). Em Portugal contam-se 23 392 casos e 880 óbitos (dados da DGS do dia 25 de abril de 2020). No entanto, na data de leitura deste documento pelos leitores todos estes números estarão aumentados.

A OMS, os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) americanos e bases de dados modernas mantêm um mapa epidemiológico interativo atualizado.

Existem poucas indicações sobre a prevalência atual da doença em médicos dentistas. As escassas fontes existentes indicam que a classe médico dentária, apesar de estar no topo da cadeia de potencial suscetibilidade e transmissibilidade pela produção elevada de aerossóis, apresenta prevalências muito baixas da doença comparativamente a outras profissões na área da saúde.

Não é possível, neste momento, afirmar se a baixa prevalência de casos de COVID-19 nos profissionais de saúde oral se deve ao encerramento precoce das unidades de atendimento em consequência do confinamento generalizado, ou se efetivamente decorre da utilização de protocolos rígidos de assepsia e prevenção da infeção cruzada há muito implementados e decorrentes das pandemias pelos vírus da SIDA e das Hepatites B e C.

Importa, no entanto, salientar que um dos poucos estudos nesta matéria realizou-se em Wuhan, durante a fase epidémica numa clínica de grandes dimensões com mais de 1 000 profissionais, tendo a prevalência de COVID-19 chegado aos 0,9%.

Estrutura do Vírus e Fisiopatologia

A fisiopatologia desta nova entidade não é totalmente conhecida. Até ao momento têm sido delineadas várias hipóteses que carecem de comprovação por diferentes tipos de estudos^[4].

Sabe-se que o SARS-CoV-2 (60-90 nm) pertence ao género dos *Betacoronavirus*, subgénero *Sarbecovirus*, família *Coronaviridae*, relacionados com a SARS^[2, 4-8]. É um vírus de RNA (ácido ribonucleico) de cadeia simples positiva com capacidade de infetar vertebrados^[4, 7]. Para além da partilha de 79,5% da sequência genómica com o SARS-CoV e da preservação de oito dos catorze resíduos de aminoácidos do SARS-CoV no novo coronavírus, também o mecanismo de invasão celular no hospedeiro é comum a estes dois vírus: através do recetor e da enzima conversora da angiotensina 2 (ACE2 - um recetor de membrana amplamente difundido pelas células do organismo, incluindo a cavidade oral que poderá ser uma porta de entrada para o vírus). Não obstante, a afinidade para o recetor é 10 a 20 vezes superior no novo coronavírus^[2-4, 6, 9, 10]. Oito dos catorze resíduos de aminoácidos do SARS-CoV estão preservados no novo coronavírus^[4].

Um dos desafios deste vírus prende-se com a mutação genómica que ocorreu aquando da disseminação mundial^[9].

Manifestações Clínicas e Formas de Apresentação da Doença

O diagnóstico de um doente infetado com SARS-CoV-2 contempla o despiste dos sinais e sintomas clínicos e a avaliação do risco epidemiológico^[4].

Os sinais e sintomas mais comuns são^[4, 5, 11]:

- Febre, em 82% dos pacientes (intervalo de confiança (IC) 95%: 56-99%; $n = 4410$);
- Tosse, em 61% dos pacientes (IC 95%: 39–81%; $n = 3985$);
- Dores musculares/fadiga, em 36% dos pacientes (IC 95%: 18–55%; $n = 3778$);
- Dispneia, em 36% dos pacientes (IC 95%: 18–55%; $n = 3778$);
- Dor de garganta, em 10% dos pacientes (IC 95%: 5–17%, $n = 1387$);
- Cefaleias, em 12% dos pacientes (IC 95%: 4–23%, $n = 3598$);
- Diarreia e vómitos, em 12% dos pacientes (IC 95%: 4–23%, $n = 3598$);

Os sintomas podem surgir 3 a 6 dias após a exposição ao agente^[6]. Para além disso, o doente pode apresentar disgeusia, ainda que pouco frequente, o que justifica o tropismo do novo coronavírus face aos conhecidos *SARS-CoV*, *MERS-CoV* e *A/H1N1*^[8].

Relativamente ao risco epidemiológico, consideram-se os seguintes aspetos (para todos os pontos abaixo considerar dentro de 14 dias após o início dos sintomas)^[4]:

- Histórico de viagens internacionais;
- Contacto próximo (<2 m de distância) com doentes infetados por SARS-CoV-2 (confirmado com teste laboratorial);
- Profissionais de saúde que trabalharam em ambiente com doentes com infeção respiratória aguda;
- Rápida deterioração do estado de saúde num regresso;
- Presença em hospitais ou unidades de saúde em países em que a infeção por SARS-CoV-2 foi reportada.

Em termos imagiológicos, as radiografias apresentam opacidades bilaterais (semelhantes a vidro fosco) e espessamento da textura pulmonar. Em tomografias

computorizadas é possível observar espessamento do septo, opacidades vidro fosco e consolidação pulmonar^[6, 8, 11].

A afeção do sistema respiratório está diretamente relacionada com a sua vulnerabilidade para a inoculação de patógenos, associada ao contacto de gotículas infetadas com a mucosa oral, nasal, ocular ou até mesmo diretamente pela via aérea exterior^[2].

A dificuldade de diagnóstico desta doença centra-se no facto de o quadro clínico apresentar sintomas inespecíficos e, muitas vezes, indistinguíveis de outras patologias respiratórias. Sintomas como dor de cabeça, dor de garganta e sintomas gastrointestinais não devem ser negligenciados^[11].

O quadro clínico de um doente infetado com SARS-CoV-2 pode variar desde a presença de infeção respiratória superior leve até um quadro de SARS^[6, 10]. A gravidade do quadro clínico é preditor de mau prognóstico. A apresentação da doença divide-se em casos não graves e casos graves. Os casos graves estão associados a idade avançada, comorbilidades subjacentes (hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes), alteração dos valores laboratoriais (leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, níveis elevados de proteína C-reativa e lactato desidrogenase, tempo de protrombina prolongado) e ocorrência de complicações (pneumonia, síndrome de insuficiência respiratória aguda, síndrome de desconforto respiratório agudo, lesão renal aguda e/ou do miocárdio, infeções bacterianas ou fúngicas secundárias, choque séptico e falência de vários órgãos)^[5, 6, 8].

Em áreas geográficas onde o vírus da COVID-19 está disseminado pela população em geral, um simples algoritmo pode ser adotado, por exemplo, a triagem por rRT-PCR de um simples alvo de uma sequência genética é suficiente. Um ou mais resultados negativos não exclui a possibilidade de infeção. Existe uma variedade de fatores que pode levar a um resultado falso negativo: má qualidade da amostra, contendo pouco material genético; colheita numa fase muito inicial da infeção; amostra mal acondicionada após colheita; razões específicas inerentes à técnica, tais como mutações do vírus ou presença de inibidores da PCR. Se um resultado for negativo, e ainda assim a suspeita for elevada para COVID-19, outras amostras devem ser colhidas e testadas. Os testes serológicos podem ser úteis no seguimento de surtos e nos casos em que os testes por rRT-PCR são negativos mas há uma forte ligação epidemiológica à COVID-19. As amostras na fase aguda da doença e na fase de convalescença podem afirmar o diagnóstico (de notar que a produção de imunoglobulinas - IgG e IgM - inicia-se dias ou

semanas após a infeção pelo vírus e a resposta imunitária depende de vários fatores, incluindo idade, *status* nutricional, gravidade da doença e imunossupressão)^[12-14].

Vias de Contágio

A introdução na comunidade humana ocorreu via animais selvagens, mas atualmente a via de transmissão humano-humano em proximidade é a predominante^[4, 5, 9].

Ainda não está estabelecido para qualquer vírus respiratório o grau específico de infeciosidade em termos da proporção das várias vias de transmissão. Há múltiplos fatores individuais e contextos ambientais que podem contribuir para a importância de cada via de transmissão^[15]. Até à data não há evidência sobre a causalidade da presença ambiental do vírus (ou RNA viral) e o risco de transmissão para humanos. Este facto está parcialmente relacionado com o desconhecimento sobre a dose de infeciosidade do vírus. Uma das particularidades notórias deste vírus é a possibilidade de transmissão através de portadores assintomáticos (durante o período de incubação do vírus, 2-14 dias) ou com sintomatologia ligeira^[4, 5, 16-18]. As vias de contágio incluem contacto direto com secreções respiratórias, ingestão, inalação de gotículas respiratórias (>5 µm, tosse/ espirro), aerossóis (através de núcleos de gotículas <5 µm gerados na exalação), fómites ou orofecal^[6, 17, 19-24]. O contacto próximo aumenta o risco de transmissão^[5]. A possibilidade de transmissão por aerossóis existe, particularmente, em espaços fechados com exposição a elevadas concentrações de aerossóis por um período de tempo prolongado, o que potencialmente acontece no exercício da profissão no setor da medicina dentária^[20].

Tratamento e Vacina

Atualmente não existem terapias farmacológicas de eleição, nem uma vacina para imunização contra a infeção por SARS-CoV-2^[4-6, 9].

A chave do tratamento da pandemia por SARS-CoV-2 centra-se no diagnóstico, isolamento e monitorização precoces^[8].

As medidas de contenção incluem restrição da circulação dos habitantes (confinamento ao espaço da habitação), distanciamento social, interrupção das atividades laborais nos diversos setores, uso de máscaras e higienização frequente das mãos aquando do contacto social^[9].

Os tratamentos são orientados para o suporte, e incluem terapia farmacológica, oxigenação suplementar, ventilação não invasiva, ventilação invasiva e oxigenação por membrana extracorpórea^[5, 9]. A primeira linha de atuação passa pela prescrição de antipiréticos (paracetamol) e expetorantes (guaifenesina). Em casos de infeção respiratória aguda, síndrome de desconforto respiratório agudo, hipoxemia e choque séptico, a terapia passa pela administração de oxigénio [5 L/min], até que os valores de saturação de oxigénio no sangue sejam superiores a 90% (crianças e adultos) ou superiores a 92-95% (grávidas)]. Em quadros de insuficiência renal aguda a monitorização da função renal e balanço hidroeletrólítico são fundamentais. Em casos de infeções bacterianas e/ou fúngicas secundárias está indicada a prescrição de antibióticos de largo espectro^[4].

Relativamente à vacinação, existem dúvidas no no que concerne à eficácia da imunidade humoral na prevenção da contração da doença^[5].

A 14 de Abril de 2020 foram registados 389 estudos clínicos aleatorizados referentes a terapia e mais 35 relativos a vacinação, todos no âmbito da infeção por SARS-CoV-2. Contudo, são necessários estudos mais rigorosos em termos metodológicos para estabelecimento e implementação dessas medidas.

Contexto da consulta de Medicina Dentária e necessidade desta Norma de Orientação Clínica

Os médicos dentistas são, em inúmeras situações, a primeira linha de diagnóstico^[3]. Para além disso, representam a classe profissional mais exposta e com maior risco de infeção por SARS-CoV-2 uma vez que a maioria dos procedimentos por eles elaborados estão associados à produção de aerossóis^[9].

A saliva apresenta uma carga viral muito alta de SARS-CoV-2 em pacientes infetados e está provado que o mesmo pode sobreviver até 9 dias em superfícies e objetos que estiveram em contacto com fluidos orais contaminados^[5, 9].

A limitação da atividade do setor representa, não só um impacto económico significativo, como também afeta a saúde oral e, subsequentemente, a saúde geral da comunidade^[9].

As primeiras diretrizes tornadas públicas em plena pandemia restringiram a atividade dos médicos dentistas a consultas urgentes e inadiáveis referindo que, em cada caso, a solução do problema deveria passar pela não produção de aerossóis.

Apesar dos inúmeros esforços para a publicação e disseminação de diretrizes de atuação pós-pandêmica, a informação referente ao SARS-CoV-2 é muito volátil e dinâmica, pelo que é dever dos profissionais de saúde manterem-se atualizados.

Trata-se de um desafio para a comunidade, e não só no contexto de medicina dentária, em que todas as medidas estão orientadas para a prevenção e controlo da disseminação do vírus, com o principal objetivo de proteger todos os envolvidos nos diferentes setores (doentes, rececionistas, assistentes dentários, técnicos de prótese, médicos dentistas, suporte administrativo)^[3, 9].

A necessidade desta NOC resulta da inexistência, a nível nacional, de Normas de Orientação Clínica baseadas na evidência relativas a esta problemática.

Materiais e Métodos

Perguntas

(Apêndice II, secção 1)

Pesquisa Bibliográfica

Foi realizada, com as devidas limitações técnicas, uma pesquisa sistemática nas bases de dados *MEDLINE* (via *PubMed*), *Cochrane Library* e *Trip Database*, no período compreendido entre Março e Abril de 2020. A busca contemplou as seguintes palavras-chave de forma individualizada e com diferentes combinações (Apêndice II, secção 2): “SARS”; “MERS”; “SARS-CoV-2”; “COVID-19 OR Covid-19 OR coronavírus*”; “influenza”; “dentistry”; [“ventilator” AND (“oral hygiene” OR “dentistry”)]; [(“aerossol*” OR air) AND “SARS”]. Numa segunda fase cruzaram-se os resultados da primeira pesquisa com o algoritmo criado pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)^[1].

Para além disso foi realizada uma pesquisa manual em websites (*researchgate.net*, *Dental Blog*, *Evidentia Medica*, *thenew.dentist*) e jornais online (*Influenza Journal*, *ABSA – The Association for Biosafety and Biosecurity*, *American Society for Microbiology*, *International Journal of Oral Science*, *Clinical Infectious Diseases*, *Nature*, *The Lancet*, *JAMA Network*, *Frontiers of Oral and Maxillofacial Medicine*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *Science*, *Interface Focus*, *The Centre for Evidence-Based Medicine*, *British Microbiology Research Journal*, *The Chronicle of Higher Education*, *British Dental Journal*).

Paralelamente, os autores dos estudos incluídos foram contactados e as listas de referências revistas, com o propósito de averiguar a publicação de mais artigos no âmbito da NOC.

Apesar da pesquisa sistemática, a informação principal deriva da utilização de documentos orientadores previamente publicados relativamente a pandemias já ocorridas (SARS-CoV, AH1N1 e MERS-CoV).

As bases de dados privilegiadas foram:

1. Guias da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre COVID-19
2. Recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS)
3. NICE e SIGN

4. Cochrane collaboration
5. MEDLINE (via PubMed)
6. Sociedades científicas internacionais e nacionais
7. Procedeu-se a uma hierarquização simples da evidência disponível, obtida através da estratégia de busca está reproduzida no Apêndice II
 - Foi dada prioridade a revisões sistemáticas e meta-análises
 - Seguida pela busca de ensaios clínicos aleatorizados
 - Seguida por estudos observacionais
 - Em caso negativo buscaram-se publicações resultantes de observações de peritos em experiências prévias
 - Nos casos em que nenhum tipo de evidência pode ser encontrada, os peritos autores desta NOC elaboraram as recomendações por discussão e consenso baseados principalmente na plausibilidade biológica.

Critérios de Inclusão/Exclusão

Foram definidos como critérios de inclusão (Apêndice II, secção 3):

Pacientes (P): pacientes infetados ou não pelo vírus SARS-CoV-2.

Intervenção (I): qualquer tipo de procedimento dentário, com ou sem produção de aerossol, em situação de pandemia por SARS-CoV-2.

Comparação (C): qualquer tipo de procedimento dentário, com ou sem produção de aerossol, antes da pandemia por SARS-CoV-2.

Outcomes (O): controlo da transmissão do vírus SARS-CoV-2; monitorização de pacientes infetados pelo SARS-CoV-2; medidas de prevenção; medidas de desinfeção; risco dos procedimentos realizados em medicina dentária na contração da infeção por SARS-CoV-2; formação dos profissionais de saúde e pessoal administrativo para a nova situação pós-pandemia; contacto interpessoal em tempo de pandemia por SARS-CoV-2; que equipamento de proteção individual (EPI) utilizar, eficácia e forma de utilização dos mesmos.

Foram definidos com critérios de exclusão (Apêndice II, secção 4):

Critério A: artigos focados no diagnóstico (por exemplo, diagnóstico de alterações respiratórias)

Critério B: criação de Base de Dados Clínicos

Critério C: vacinação

Critério D: mecanismos imunológicos do vírus/patogenicidade/imunidade

Critério E: outras patologias

Critério F: triagem de decisão de tratamento hospitalar/tratamento em casa

Critério G: estudos genéticos/genoma

Critério H: farmacologia

Critério I: artigos escritos em outras línguas, que não português, inglês, espanhol e francês

Critério J: outros que não se incluam nos anteriores

Seleção e Avaliação da Evidência

A pesquisa, triagem por título e *abstract* e análise integral do texto do artigo foram desenvolvidos por duas revisoras (AV; CM). Quaisquer discordâncias foram resolvidas por confronto direto sob a forma de discussão verbal. Em situações em que o acordo não foi possível recorreu-se a um terceiro revisor (AM).

Procedeu-se a uma avaliação crítica sumária da literatura mas não se avaliou formalmente o risco da presença de vieses com recurso a escalas específicas.

No entanto, foi efetuada sempre uma indicação breve e simples sobre o tipo de informação subjacente às recomendações clínicas produzidas.

Graduação da Evidência e Classe de Recomendação

O objetivo de uma NOC assenta na realização de recomendações baseadas na evidência com aplicabilidade clínica. Os níveis de evidência (Apêndice II, secção 5) hierarquizam os diferentes tipos de artigos consoante a metodologia intrínseca, enquanto as classes de recomendação (Apêndice II, secção 5) classificam a força da ação. Neste contexto é expectável que recomendações fortes apresentem variações menos frequentes. A revisão de evidência científica permite aferir sobre o rácio risco/benefício de determinada ação^[25].

Resultados da Pesquisa

Após remoção de duplicados a pesquisa das bases de dados resultou num total de 30 276 referências, das quais 29 976 não correspondiam aos critérios de inclusão, como tal elegíveis, e foram classificadas como excluídas. Obtiveram-se os artigos

Após a avaliação, 212 estudos foram excluídos pelos motivos descritos no apêndice I, seção 4.

```
graph LR; A["Base de Dados  
MEDLINE (via PubMed) 29 211  
NICE 695  
Cochrane Library 4  
Trip Database 366"] --> B["Artigos submetidos a screening por Título/Abstract  
30 276"]; B --> C["Artigos submetidos a pesquisa manual  
300  
Novos artigos encontrados: 97"]; C --> D["Artigos submetidos a análise full text  
397"]; D --> E["Artigos INCLUÍDOS  
185"];
```

The flowchart illustrates the literature search process for the systematic review. It begins with a search of four databases: MEDLINE (via PubMed) with 29,211 articles, NICE with 695, Cochrane Library with 4, and Trip Database with 366. These searches resulted in 30,276 articles submitted for screening by title/abstract. From this pool, 300 articles were submitted for manual research, which identified 97 new articles. This process led to 397 articles submitted for full-text analysis, and finally, 185 articles were included in the review.

Step	Description	Count
1	Base de Dados (MEDLINE, NICE, Cochrane Library, Trip Database)	29 211 + 695 + 4 + 366
2	Artigos submetidos a screening por Título/Abstract	30 276
3	Artigos submetidos a pesquisa manual	300
4	Novos artigos encontrados	97
5	Artigos submetidos a análise full text	397
6	Artigos INCLUÍDOS	185

As Etapas da Pré-Intervenção

A Agenda

A gestão das marcações

A principal preocupação dos agentes de saúde oral é a proteção do doente e de todos os envolvidos na gestão e funcionamento da clínica de forma segura, mantendo os níveis de eficácia de tratamento e satisfazendo as exigências do doente.

1.1. Como gerir a agenda?

Resposta: Cada consulta deve ter um tempo agendado (agora mais prolongado, devido à pandemia) adequado a cada procedimento e deverá ser indicado pelo médico dentista. Caso se identifique um atraso significativo, deve contactar-se o paciente seguinte para evitar a sua permanência na sala de espera. As consultas devem ser agendadas com um intervalo suficiente de modo a minimizar possíveis contactos entre pacientes na sala de espera. Deve ter-se em linha de conta que os procedimentos a efetuar entre consultas ocuparão mais tempo para serem devidamente realizados (tempo suficiente para arejamento, desinfeção das superfícies, logística de pagamento e agendamento da próxima consulta)^[26-38]. *(Nível IV, Classe IIa)*

1.2. Deve alertar-se o paciente para cumprir o horário da consulta?

Resposta: Sim, o paciente deve cumprir de forma rigorosa a hora da consulta para evitar a aglomeração de pacientes na sala de espera. Caso chegue antecipadamente pode aguardar pela hora da consulta nas imediações da clínica. Caso se atrase, cabe ao médico dentista (ou pessoal administrativo devidamente treinado) a decisão de adiamento/cancelamento da consulta^[39, 40]. *(Nível III, Classe IIa)*

1.3. Deve alertar-se o paciente para evitar trazer para a consulta adornos pessoais?

Resposta: Sim, o paciente deve ser alertado para não trazer adornos pessoais como relógios, brincos, pulseiras, colares, anéis^[39, 41]. Uma das principais vias de contágio é através de fómites, isto é, qualquer objeto ou superfície inanimada capaz de absorver, reter e transportar organismos infecciosos. O SARS-CoV-2 tem um tempo de sobrevivência de até 24 h em papel, até 48 h em aço e 72 h em plástico, logo a restrição de objetos dispensáveis à consulta constitui a eliminação de uma via de transmissão do vírus^[9, 42]. *(Nível III, Classe IIa)*

1.4. Deve alertar-se o paciente para evitar fazer o pagamento da consulta com dinheiro?

Resposta: Sim, o paciente deve ser alertado para fazer o pagamento, preferencialmente, com recurso ao multibanco ou qualquer outro meio eletrónico^[39]. *(Nível IV, Classe IIa)*

1.5. Como proceder se um paciente solicitar uma teleconsulta?

Resposta: A opção de efetuar uma teleconsulta é da exclusiva responsabilidade do médico e da clínica. Dada a especificidade de tratamentos necessários na maioria das valências da medicina dentária que requerem a presença e contacto com o paciente, a decisão deverá ser tomada caso a caso. A consulta digital pode ser estabelecida por correio eletrónico ou por vídeo através de diversas plataformas digitais, por aplicações de telemóvel, entre outras^[43, 44]. *(Nível III, Classe II)*

Pontos-Chave

- O paciente positivo para o SARS-CoV-2 pode comparecer na consulta após autorização da Autoridade de Saúde Local, apenas em casos urgentes e inadiáveis. *(Nível IV, Classe IIa)*
- O horário da consulta deve ser cumprido, para evitar a aglomeração de doentes na sala de espera. *(Nível III, Classe IIa)*
- O uso de adornos pessoais pelo paciente deve ser restringido. *(Nível III, Classe IIa)*
- O pagamento da consulta deve ser preferencialmente realizado com recurso a multibanco ou meios eletrónicos. *(Nível IV, Classe IIa)*
- A opção de teleconsulta é da exclusiva responsabilidade do médico e da clínica, sendo avaliada caso a caso. *(Nível III, Classe II)*

Questionários a efetuar

2.1. Que perguntas devem ser feitas na marcação por telefone?

Resposta: Devem ser feitas as seguintes perguntas:

- Tem ou teve febre nos últimos 15 dias? (temperatura ≥ 38 °C)
- Tem ou teve tosse ou perturbação respiratória nos últimos 15 dias?
- Tem ou teve mal estar geral, fadiga física, diarreia ou dores de cabeça nos últimos 15 dias?
- Tem ou teve perda do olfato ou do paladar súbita nos últimos 15 dias?
- Algum dos seus familiares ou contactos próximos sofrem ou referiram algum daqueles sintomas nos últimos 15 dias?
- Esteve em contacto com alguma pessoa suspeita ou confirmado de COVID-19?
- Já foi diagnosticado com COVID-19? Se resposta afirmativa: Ainda se mantém em quarentena?

Caso alguma resposta seja afirmativa o médico deve ser informado quanto ao estado de saúde e ponderar o atendimento urgente do doente^[9, 14, 24, 39, 45-53]: (*Nível IIb, Classe I*)

2.2. Se o paciente responder afirmativamente a uma das perguntas do questionário referido em 2.1, mas refere ausência febre, como proceder com a marcação?

Resposta: Alguns pacientes positivos para infeção pelo SARS-CoV-2 podem apresentar tosse e outros sintomas, mas sem febre ou o aumento da temperatura estar no limiar mais baixo (< 38 °C), particularmente nos primeiros dias. Se não for um tratamento urgente, adiar a consulta 2 semanas e voltar a fazer a triagem telefónica aquando da confirmação da consulta. Se for uma situação urgente, lidar como se fosse um caso infeção por SARS-CoV-2 positivo^[24, 51]. (*Nível III, Classe I*)

2.3. Na marcação de um paciente com um perfil profissional de risco, como profissionais de saúde ou funcionários de meio hospitalar, dos centros de dia ou lares de 3ª idade, deve haver algum cuidado especial?

Resposta: Todos os pacientes mencionados, apesar de pertencerem a um grupo de risco, serão submetidos ao mesmo protocolo de triagem epidemiológica que os restantes e tratados de acordo com as normas de proteção individual vigentes para todos os procedimentos médico-dentários^[54]. *(Nível IV, Classe IIb)*

2.4. O paciente refere que esteve infetado com SARS-CoV-2 mas já fez um teste com resultado negativo, como proceder?

Resposta: Se o paciente já não tem sintomas há pelo menos 3 dias (febre, tosse, fadiga, falta de ar), esteve em isolamento domiciliário e se testou negativo para SARS-CoV-2 com um teste (rRT-PCR para SARS-CoV-2), esse paciente já pode ir à consulta^[55-57]. *(Nível IV, Classe IIa)*

2.5. Como abordar um paciente com história clínica de COVID-19 e que está em isolamento domiciliário?

Resposta: Um paciente em período de isolamento por COVID-19 e com necessidade de tratamentos médico-dentários urgentes apenas poderá abandonar o isolamento com autorização do Delegado de Saúde ou do Médico Assistente da Unidade de Saúde Familiar Local. Apenas com esta autorização é que o paciente se poderá deslocar à clínica ou consultório dentário e ser atendido segundo as normas de proteção individual vigentes para todos os procedimentos médico-dentários^[58-61]. *(Nível IV, Classe IIa)*

2.6. Um paciente desloca-se à clínica espontaneamente para agendar uma consulta sem ter entrado em contacto telefónico prévio. Como proceder?

Resposta: Deve explicar-se que as deslocações à clínica sem contacto prévio devem ser evitadas. Depois de assegurar a triagem epidemiológica procede-se à classificação do carácter de urgência da consulta^[39]. *(Nível IV, Classe IIa)*

2.7. Deve desaconselhar-se a vinda do acompanhante, quando possível, e/ou evitar a sua permanência em qualquer local da clínica?

Resposta: Sim, a presença do acompanhante somente está indicada quando o doente for menor de idade, necessitar de apoio à deslocação ou for dependente de terceiros^[39, 62]. *(Nível IV, Classe IIa)*

2.8. Se o paciente vier acompanhado é necessário fazer a triagem para a COVID-19 ao acompanhante?

Resposta: Sim, pois o mesmo pode ser um caso suspeito^[14, 39]. *(Nível III, Classe I)*

Pontos-Chave

- Em caso de suspeita de infecção do paciente por SARS-CoV-2 o médico dentista deve ser informado, assim como ponderar a urgência do atendimento do doente em questão. *(Nível IIb, Classe I)*
- O paciente que testou positivo para o SARS-CoV-2 pode comparecer na consulta de medicina dentária depois de cumprido o período de quarentena e após um teste laboratorial negativo. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Em pacientes positivos para o SARS-CoV-2 em isolamento domiciliário, mesmo que sem febre, devem ser adiados todos os tratamentos dentários não urgentes por duas semanas e depois reavaliar. *(Nível III, Classe I)*
- Em pacientes positivos para o SARS-CoV-2 em isolamento domiciliário o atendimento apenas é efetuado em situações urgentes e sob autorização do Delegado de Saúde local. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Quaisquer deslocações pelo paciente à clínica sem contacto prévio da receção devem ser evitadas. *(Nível IV, Classe IIa)*
- A presença do acompanhante somente está indicada em pacientes menores de idade ou portadores de necessidades especiais, como idosos, grávidas, pessoas com limitações físicas ou mentais perceptíveis. *(Nível IV, Classe IIa)*
- O acompanhante deve ser igualmente confrontado com as questões relativas ao despiste de infecção por SARS-CoV-2. *(Nível III, Classe I)*
- Todos os indivíduos (pacientes/acompanhantes) que apresentem um quadro respiratório agudo de tosse, febre ou dispneia/dificuldade respiratória são considerados suspeitos de infecção por SARS-CoV-2. *(Nível III, Classe I)*

Receção, Sala de Espera e Instalações Sanitárias

Organização do espaço e mobiliário

3.1. Como disponibilizar meios de desinfeção e proteção para quem entra na clínica?

Resposta: Colocar dispensadores de solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) junto à entrada da clínica e solicitar o seu uso (através de infografia). Disponibilizar cobre sapatos, touca (opcional) e máscaras cirúrgicas para as pessoas que vão permanecer dentro da clínica^[9, 14, 63]. (*Nível III, Classe I*)

3.2. Que medidas especiais devem ser aplicadas nesta área de atendimento?

Resposta: Destinar uma caneta a cada funcionário e uma de uso exclusivo para os pacientes (que se deve desinfetar depois de cada utilização, com toalhete ou spray desinfetante). Em caso de contacto com objetos do paciente ou superfícies potencialmente contaminadas (cartões, notas, moedas, telemóvel, entre outros) fazer a antisepsia das mãos^[39, 62, 64, 65]. (*Nível IV, Classe IIa*)

3.3. Como organizar a sala de espera?

Resposta: A sala de espera deve estar organizada de modo a que os lugares disponíveis distem entre eles dois metros para garantir o distanciamento social. Se todos os ocupantes estiverem de máscara a distância pode ser inferior, garantindo que não haja contacto físico^[66]. O paciente deverá aguardar sentado até entrar para a consulta. Caso os pacientes prefiram, ou a sala de espera não comporte mais utentes, devem ser aconselhados a aguardar no interior do seu veículo ou nas imediações (garantindo a distância social) e serão contactados telefonicamente para a consulta^[56, 67]. (*Nível III, Classe I*)

3.4. Quantas pessoas podem estar na sala de espera? Qual a lotação aconselhada?

Resposta: Deve ser garantido que o local destinado à espera dos utilizadores comporte apenas 1/3 da sua capacidade normal^[63, 67]. Devem facilitar-se procedimentos de modo a que o menor número possível de pessoas permaneçam na sala de espera e durante o menor período de tempo possível^[56, 63]. *(Nível IV, Classe IIb)*

3.5. Que mobiliário pode haver na sala de espera?

Resposta: Apenas deve existir na sala de espera o mobiliário estritamente necessário para a acomodação dos pacientes, facilmente lavável e desinfetável, e um contentor de resíduos para acondicionar os descartáveis utilizados pelo paciente. Recomenda-se a remoção de todo o mobiliário de decoração tais como quadros, sofás, mesas de apoio, floreiras, entre outros^[63, 67]. *(Nível III, Classe I)*

3.6. Devem deixar-se as revistas ou os jornais para consulta?

Resposta: Preferencialmente, todos os jornais, revistas e brinquedos devem ser removidos^[67]. *(Nível III, Classe I)*

3.7. Os comandos de TV e de ar condicionado devem estar disponíveis?

Resposta: Não, estes devem ser removidos do acesso ao público^[65, 68]. *(Nível IV, Classe IIa)*

3.8. O dispensador de água ou a máquina de café devem estar disponíveis?

Resposta: Não, devem ser retirados pois podem ser uma fonte de contágio^[39, 68]. *(Nível IV, Classe IIa)*

3.9. Que alterações devem efetuar-se nas instalações sanitárias?

Resposta: As toalhas de pano e secadores de mãos devem ser substituídos por dispensadores de papel. Todos os elementos não essenciais devem ser retirados^[39].

(Nível IV, Classe IIa)

3.10. Que meios de descontaminação devem estar disponíveis nas instalações sanitárias?

Resposta: Devem estar disponíveis o sabonete líquido e a SABA^[37, 67]. *(Nível IV, Classe IIa)*

Pontos-Chave

- Colocar solução anti-séptica à base de álcool junto à entrada e disponibilizar máscaras cirúrgicas e cobrir sapatos aos indivíduos que vão permanecer no interior da clínica. *(Nível III, Classe I)*
- Cada funcionário tem uma caneta própria; existe uma caneta para uso exclusivo dos pacientes, que deve ser desinfetada a cada utilização. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Contacto com objetos do paciente: higienizar as mãos com solução anti-séptica. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Não partilhar o telefone sem antes ser desinfetado. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Apenas deve permanecer na sala de espera o mobiliário estritamente necessário. *(Nível III, Classe I)*
- A sala de espera deverá garantir o distanciamento social, não excedendo 1/3 da sua lotação máxima *(Nível III, Grau I)*
- Os comandos de TV ou ar condicionado devem ser removidos do acesso ao público. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Os dispensadores de água e máquinas de café deverão ser removidos para evitar fonte de contágio. *(Nível IV, Classe IIa)*

Barreiras Físicas e Sinalética

4.1. Devem existir barreiras físicas entre a receção e o utente?

Resposta: Deve ser garantido que o atendimento ao balcão se faz através de barreiras físicas que limitem a proximidade entre os colaboradores e os utentes (por exemplo, colocação de barreira de acrílico que limite a exposição)^[37, 39, 63]. Deve assegurar-se que o atendimento ao balcão se faz com a uma distância apropriada de pelo menos 1 m através de sinalização para o efeito - nomeadamente através de sinalética e marcas no pavimento (*Nível IV, Classe IIa*)

4.2. Que sinalética pode marcar a organização dos espaços de espera ou de não transposição sem autorização?

Resposta: Devem utilizar-se sinaléticas e/ou marcas no pavimento a delimitar a área de segurança à volta do balcão de atendimento de pelo menos 1 m. Avisos visíveis à entrada e sobre o balcão a alertar para o distanciamento^[63, 69]. (*Nível III, Classe IIa*)

4.3 Que cartazes informativos sobre a COVID-19 devem estar afixados e em que locais?

Resposta: Deve ser colocada infografia explicativa de lavagem de mãos^[38, 63, 69] junto dos dispensadores de SABA, na sala de espera, receção e nas instalações sanitárias. Deve afixar-se infografia explicativa de etiqueta respiratória^[38, 39, 63, 67] na entrada das instalações, na sala de espera, nas instalações sanitárias e na receção. Na entrada das instalações deve igualmente estar disponibilizada infografia explicativa sobre a colocação e remoção da máscara cirúrgica. (*Nível IV, Classe IIa*)

Pontos-Chave

- As distâncias de segurança e condutas dos pacientes e colaboradores devem estar devidamente afixadas à entrada da clínica e em cima do balcão. *(Nível III, Classe IIa)*
- O atendimento ao balcão deve ser prestado com a distância de pelo menos 1 m e com a implementação e aplicação de barreiras físicas. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Deve estar afixada informação sobre etiqueta respiratória, a higienização das mãos e colocação/remoção da máscara. *(Nível IV, Classe IIa)*

5.1. Qual o racional da lavagem das mãos?

Resposta: A higiene das mãos tem sido considerada como a medida isolada mais eficaz, simples e de baixo custo para reduzir o risco de infecção cruzada de microorganismos^[38]. O vírus pode persistir em vários tipos de superfícies de horas a dias, dependendo do tipo de material e das condições ambientais (temperatura e humidade), o que implica a importância de uma desinfecção minuciosa das superfícies numa clínica/consultório dentário e disseminação de práticas rotineiras de higienização e assepsia das mãos, quer da parte dos profissionais de saúde, quer da parte do pessoal administrativo e utentes^[14, 69]. É fundamental instituir um protocolo de adesão a estas normas de higiene porque recorrentemente são negligenciadas pelos profissionais de saúde, como reporta uma revisão sistemática com taxas de adesão inferiores a 20%^[70]. Uma outra revisão sistemática determinou a eficiência das intervenções físicas na contenção do contágio de vírus respiratórios^[71]. Foram incluídos 32 estudos relativamente ao tema da lavagem das mãos (12 RCT e 16 observacionais), em diversos ambientes como unidades de saúde, escolas, centros de dia, centros de recrutamento militar, residências estudantis e domiciliárias. Os RCT de maior qualidade metodológica determinaram uma elevada eficiência da lavagem das mãos na prevenção do contágio de vírus respiratórios, especialmente em crianças. Infere-se da meta-análise derivada dos estudos de casos controlo que a implementação de medidas higiénicas simples e baratas são eficazes na contenção do SARS-CoV. A revisão conclui que a lavagem frequente das mãos, com ou sem uso adjuvante de antissépticos, é eficaz na redução da transmissão viral e que deve, preferencialmente, ser combinada com outras intervenções de contenção, como uso de equipamentos de proteção e triagem de casos suspeitos. As medidas públicas sanitárias parecem ser altamente eficazes, especialmente se fizerem parte de um programa estruturado que inclua informação e educação em simultâneo. No futuro será fundamental preencher algumas lacunas da evidência através de ensaios pragmáticos amplos, para avaliar as melhores combinações de medidas sanitárias e higiénicas na comunidade e num contexto clínico privado e hospitalar, em relação a vários agentes virais respiratórios, com especial atenção ao SARS-CoV-2.

A higiene das mãos tem sido considerada como a medida isolada mais importante para prevenir a transmissão de microorganismos. Contudo, para otimizar a sua eficácia esta medida deve ser integrada num protocolo geral de assepsia e divulgada através de um

programa educacional de promoção de hábitos e práticas facilitadoras, quer através de ações de formação para os profissionais de saúde, mas também divulgação através de panfletos informativos (ou outros considerados adequados) e reforço motivacional para os utentes, bem como pela implementação de dispositivos físicos integrados nos espaços das clínicas dentárias. (*Nível Ia, Classe I*)

5.2. Como e quando se devem lavar as mãos?

Resposta: Preconiza-se o uso da técnica descrita pela OMS, seguindo as suas recomendações para os 5 momentos para a higiene das mãos. O folheto e/ou cartaz explicativo de lavagem de mãos deve ser afixado junto das zonas para o efeito, nomeadamente instalações sanitárias e gabinete de consulta^[63, 69, 72]. A antisepsia das mãos é um pré-requisito para a prática dentária; não obstante, deve passar a ser generalizada além dos profissionais de saúde da clínica, para os profissionais administrativos e utentes. A prática da adequada higiene das mãos deve ser reforçada e executada de uma forma atenta e consciente. A técnica descrita pela OMS implica 6 passos cronologicamente encadeados para a lavagem de mãos (40 a 60 s) ou fricção anti-séptica das mãos (20-30 s): lavagem das palmas das mãos – dorso com dedos entrelaçados – palma com dedos entrelaçados – dedos – polegares – polpa dos dedos. Os profissionais de saúde de uma clínica deveriam aderir às recomendações da OMS designada “Os meus 5 momentos para a higiene das mãos”: antes de tocar num paciente, antes dos procedimentos de limpeza ou assépticos, após risco ou exposição a fluídos corporais, após tocar num paciente e após tocar nas imediações dos pacientes^[73]. (*Nível Ib, Classe I*) (Apêndice III, secção 1)

5.3. Que produtos se devem usar para higienização das mãos?

Resposta: A higiene das mãos com SABA é usada universalmente como o procedimento mais eficaz, simples, seguro e de baixo custo no combate à transmissão do COVID-19. Quando as mãos se encontrem sujas ou visivelmente contaminadas com matéria proteica ou sangue deve-se usar, alternativamente, água e sabão. Nas *guidelines* da OMS sobre higiene das mãos nos cuidados de saúde^[73] é desenvolvida uma extensa revisão narrativa sobre a eficácia e eficiência das várias preparações para este fim, através de vários estudos experimentais (testes *in vitro*, *in vivo* e estudos clínicos). Estabelece que o

uso de SABA é a preparação de eleição para uma antissepsia rotineira das mãos, com o nível mais alto de evidência (Ia). Através da desnaturação proteica o álcool inativa o vírus com envelope (lipofílicos), incluindo os coronavírus, e é eficaz com uma concentração de etanol de pelo menos 60%. Numa revisão sistemática sobre a eficiência dos SABA concluiu-se que removem os microorganismos de uma forma mais eficaz, em menos tempo e com menor capacidade irritativa, do que a lavagem das mãos com água e sabão ou outros agentes antissépticos^[74]. Formulações SABA com 80% (v/v) de etanol ou 75% (v/v) de isopropanol são virucidas para o SARS-CoV e o MERS-Cov^[73]. Num contexto clínico é fundamental cumprir com o tempo de lavagem e volume de produto preconizados para se alcançar uma eficácia real. O volume ideal do produto a ser aplicado ainda não está totalmente definido e pode variar em função das formulações. Não obstante, como regra geral, se houver a sensação de mãos secas após a lavagem durante 10-15 s, é provável que tenha sido aplicada uma quantidade insuficiente do produto. Apesar de tudo, os álcoois não são bons agentes de limpeza e a sua utilização não está recomendada quando as mãos se encontrem sujas ou visivelmente contaminadas com matéria orgânica ou sangue. Nestas circunstâncias deve-se usar água e sabão, cuja eficácia está bem estabelecida com um nível de evidência elevado^[38, 73, 75, 76].

Como recomendação futura de investigação é necessário que sejam implementadas novas adaptações à metodologia experimental dos antimicrobianos para a assepsia das mãos. Além dos testes de eficácia laboratoriais *in vivo*, é fundamental realizar testes de eficiência extrapoláveis com condições reais de aplicação num cenário clínico. (*Nível Ia e Ib, Classe I*)

5.4. Quais os métodos de manutenção de saúde cutânea das mãos?

Resposta: Apesar da elevada segurança clínica das formulações SABA a sua utilização frequente para a antissepsia das mãos pode causar desidratação cutânea. Há várias estratégias para minimizar irritação cutânea ou dermatites: selecionar produtos menos irritantes, evitar práticas nocivas e usar produtos hidratantes de cuidados cutâneos. Estima-se que a dermatite ocupacional das mãos possa atingir 30% dos profissionais de saúde. No entanto, a mudança para o uso rotineiro de formulações SABA melhora a saúde cutânea destes profissionais se alguns cuidados forem aplicados^[64, 77]. Vários estudos clínicos demonstraram que o uso de hidratantes ou outros agentes

condicionadores, como excipientes dos SABA, estão associados a menor irritação cutânea comparada com sabão simples ou antimicrobiano. A adição de 1-3% de glicerol pode minimizar este efeito secundário. Deve-se, igualmente, evitar práticas nocivas, como lavar regularmente as mãos com água e sabão imediatamente antes ou depois de usar SABA, bem como colocar luvas com as mãos húmidas após a lavagem, independentemente do produto utilizado. Profissionais de saúde com risco de dermatite de contacto poderão beneficiar do uso complementar de cremes emolientes ou hidratantes^[73]. *(Nível Ib, Classe I)*

5.5. Deve ser permitido ao paciente efetuar a escovagem dos dentes, próteses ou aparelhos removíveis antes de entrar para a consulta?

Resposta: Não dever ser permitido, de forma a evitar a contaminação cruzada, sendo recomendável existir nas instalações sanitárias informação relativa a esta proibição^[67]. *(Nível IV, Classe IIa)*

Pontos-Chave

- A higiene das mãos com soluções anti-sépticas de base alcoólica (SABA) é usada universalmente como o procedimento mais eficaz, simples, seguro e de baixo custo no combate à transmissão da COVID-19. Quando as mãos se encontrem sujas ou visivelmente contaminadas deve usar-se água e sabão. *(Nível Ia e Ib, Classe I)*
- Preconiza-se o uso da técnica descrita pela OMS, seguindo as suas recomendações para os 5 momentos da higiene das mãos. *(Nível Ib, Classe I)*
- Os pacientes não devem escovar os dentes ou higienizar próteses ou aparelhos removíveis nas instalações sanitárias da clínica. *(Nível IV, Classe IIa)*

Limpeza da Sala de Espera e Instalações Sanitárias

6.1. Qual a frequência da limpeza?

Resposta: As instalações devem ser limpas e desinfetadas pelo menos uma vez por dia, com recurso a agentes adequados, em todas as zonas de atendimento, sala de espera e corredores de acesso à clínica. Os espaços onde podem estar crianças devem ser limpos com mais frequência^[78, 79]. *(Nível IV, Classe IIb)*

6.2. Como deve ser a limpeza de superfícies?

Resposta: A limpeza deve ser sempre húmida - não usar aspiradores a seco em zonas públicas, salvo se forem aspiradores com tanque que recolhe a sujidade na água; este depósito deve ser despejado e lavado após cada utilização^[62, 68, 78]. *(Nível IV, Classe IIb)*

6.3. Como deve ser efetuada esta limpeza?

Resposta: Deve ser realizada sempre no sentido de cima para baixo e, das áreas mais limpas, para as mais sujas^[68, 78]: *(Nível IV, Classe IIb)*

1. Paredes (quando indicado);
2. Equipamentos existentes nas áreas;
3. Superfícies acima do chão (bancadas, mesas, cadeiras, corrimãos, outros);
4. Lavatórios;
5. Pavimento.

6.4. Que produtos de limpeza/desinfecção devem ser utilizados?

Resposta: Os produtos de limpeza devem conter desinfetantes certificados para uso em instalações hospitalares/clínicas e que obedeçam à norma europeia EN 14476 para produtos virucidas e aplicá-los conforme as instruções do fabricante.

Como opção para as superfícies menos críticas podem ser utilizados produtos à base de lixívia (hipoclorito de sódio) com pelo menos 0,1% de cloro livre; na prática, equivale a 20,5 mL de lixívia comum (5%) para cada litro de água, que devem ser preparados

somente na altura da utilização. É importante deixar atuar a lixívia por 10 min e em seguida enxaguar^[65, 78]. (Nível IV, Classe IIb)

6.5. Quais são as superfícies mais críticas?

Resposta: As superfícies mais críticas são os teclados, rato, terminal de multibanco, puxadores de portas, balcão de atendimento, corrimãos e dispensadores de desinfetante^[65]. (Nível IV, Classe IIb)

6.6. Qual a frequência de limpeza das zonas ou superfícies mais críticas?

Resposta: A frequência de limpeza das superfícies de toque frequente deve ser no mínimo 1 vez por hora ou após cada utilização^[80]. (Nível IV, Classe IIa)

6.7. Que materiais usar para a limpeza das zonas mais críticas?

Resposta: Os panos de limpeza devem ser, preferencialmente, de uso único e descartáveis, ou toalhetes humedecidos no desinfetante e fornecidos em dispensador próprio.

Usar um toalhete para cada superfície e descartar; não secar a superfície depois de usar o toalhete desinfetante porque é necessário que esta fique molhada durante uns minutos até secar ao ar para ser eficaz^[68, 78]. (Nível IV, Classe IIa)

6.8. Qual a frequência de limpeza das instalações sanitárias?

Resposta: Estabelecer um plano de limpeza e higienização das instalações, que deve estar afixado em local visível. Esta deve ser efetuada pelo menos 3 vez por dia, ou sempre que se verifique necessário^[78, 79]. (Nível IV, Classe IIa)

6.9. Como deve ser feita a limpeza das instalações sanitárias?

Resposta: A limpeza das instalações sanitárias deve ter a seguinte sequência^[68, 78]: (Nível IV, Classe IIa)

1. Limpar as paredes (quando indicado);
2. Iniciar a limpeza pelos lavatórios (em primeiro lugar as torneiras e só depois o lavatório) e superfícies à volta destes;
3. Limpar as sanitas com especial atenção à limpeza interna, deixando o produto atuar durante 5 min, esfregar com piaçaba e ativar o autoclismo com a piaçaba ainda dentro para que esta também fique limpa. Além disso, desinfetar bem o botão do autoclismo;
4. Limpar o pavimento;
5. No final voltar a desinfetar as torneiras e as maçanetas das portas das casas de banho.

6.10. Quais são as superfícies mais críticas nas instalações sanitárias?

Resposta: Nas instalações sanitárias as superfícies de toque mais frequente são os dispensadores, tanto de papel como de sabonete ou solução desinfetante, torneiras, puxadores de portas, lavatórios e sanita^[78, 81]. (Nível IV, Classe IIa)

6.11. Quais os produtos que se devem utilizar para a limpeza das instalações sanitárias?

Resposta: Para as superfícies críticas devem ser usados produtos médico-hospitalares certificados (norma EN14476); para as demais superfícies os detergentes mais utilizados são os comuns ou de uso doméstico:

- Solução de álcool etílico a 70%;
- Hipoclorito de sódio com pelo menos 5% de cloro livre na forma original diluída em água.

A solução de lixívia diluída deve ter pelo menos uma concentração de hipoclorito de sódio de 0,1%. Na prática, equivale a 20,5 mL de lixívia comum para cada litro de água, que deve ser preparado somente na altura da utilização. Deve-se deixar atuar a solução de hipoclorito de sódio por 10 min e em seguida enxaguar^[68, 78, 81]. (Nível IV, Classe IIa)

6.12. Quais os materiais que se devem utilizar para a limpeza das instalações sanitárias?

Resposta: Preferencialmente panos descartáveis ou, em opção, definir cores diferentes para a limpeza de áreas distintas, nomeadamente lavatório e parte exterior da sanita.

A parte interior da sanita deve ser esfregada com piaçaba própria e detergente de base desinfetante.

O pavimento deve ser lavado, preferencialmente, com produto que contenha na composição detergente e desinfetante por ser de mais fácil aplicação e desinfeção[78].

(Nível IV, Classe IIa)

Pontos-Chave

- Superfícies críticas devem ser desinfetadas no mínimo uma vez por hora ou após cada utilização. As zonas onde possam estar crianças devem ser desinfetadas várias vezes por dia. *(Nível IV, Classe IIa)*
- A limpeza de superfícies críticas deve ser feita com produtos específicos (Norma EN14476) ou com solução de álcool a 70% ou com produtos à base de solução de hipoclorito de sódio a 0,1%. *(Nível IV, Classe IIa)*
- A limpeza, tanto das áreas comuns, como das instalações sanitárias, deve ser levada a cabo com recurso a solução de hipoclorito de sódio a 0,1% (ou equivalente), e do menos para o mais sujo. *(Nível IV, Classe IIb)*

Fluxo de Pessoas

7.1. Como é que a rececionista consegue manter um distanciamento social, minimizando o receio que esta medida possa criar no paciente?

Resposta: Deve procurar, dentro de um atendimento cordial, ser o mais célere possível, de modo a minimizar o tempo de permanência do paciente nas zonas comuns da clínica. Evitar o contacto físico com o paciente e garantir a presença de uma barreira física entre rececionista/paciente - acrílico de proteção (mesmo que parcial) com zona restrita (*guichet*) para passagem de documentos/TPA/dinheiro. No caso de estar mais do que um doente à espera de atendimento, o que é de evitar, deverá manter-se uma distância de segurança de 2 m entre pacientes. Todos deverão estar de máscara e evitar o contacto físico. Solicitar ao paciente que não toque no balcão, maçanetas e áreas de apoio^[14, 63, 82]. *(Nível IV, Classe I)*

7.2. O que fazer depois de concluir o atendimento de um paciente/acompanhante e antes de atender o seguinte ?

Resposta: Deve sequencialmente passar desinfetante de superfície sobre o balcão entre cada paciente atendido; realizar a antissepsia das mãos com SABA; garantir que a área de receção seja arejada constantemente^[83]. *(Nível IV, Classe IIa)*

7.3. Devem existir entradas separadas entre utentes e profissionais?

Resposta: Não está estabelecido. A ser possível, dever-se-á optar por fazer a admissão ao consultório evitando cruzar funcionários e utentes, bem como evitar o cruzamento entre utentes em espera e saída^[14, 84, 85]. *(Nível IV, Classe IIb)*

7.4. Qual a recomendação mínima obrigatória de equipamento de proteção individual na clínica dentária?

Resposta: A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre por inalação-ingestão-contacto direto das mucosas com as gotículas de saliva. Como este vírus pode sobreviver em diferentes superfícies por diversos dias, os objetos e mãos são possíveis fontes de contaminação. O equipamento dentro da clínica deve ser determinado em função da área em que o profissional trabalha, e da atividade/procedimento que vai realizar, sendo que o básico inclui uniforme ou bata descartável, calçado dedicado ou cobrir sapatos e máscara cirúrgica^[9, 14, 41, 47, 52, 84, 86-91]. (*Nível IIb, Classe I*)

Pontos-Chave

- Após o atendimento de um paciente na recepção deve-se passar desinfetante de superfície sobre o balcão entre cada paciente atendido e garantir que a área de recepção é arejada adequadamente. *(Nível IV, Classe IIa)*
- O EPI mínimo dentro da clínica deve ser determinado em função da área em que o profissional trabalha e da atividade/procedimento que vai realizar, sendo o uniforme ou bata descartável, calçado dedicado ou cobrir sapatos e máscara cirúrgica o mínimo obrigatório dentro da clínica para todos. *(Nível IIIb, Classe I)*

Acesso à Clínica

Médicos Dentistas e Funcionários

8.1. Estou em condições de ir trabalhar?

Resposta: Se tem um quadro clínico compatível com infeção por SARS-CoV-2 não deve ir trabalhar^[24, 46, 56]. Deve contactar a linha de apoio SNS 24 - 808 24 24 24. (*Nível III, Classe I*)

8.2. Tenho um familiar (agregado familiar) doente com COVID-19, posso ir trabalhar?

Resposta: Não. Se coabita ou coabitou com uma pessoa infetada deve permanecer sem trabalhar durante os 14 dias após o último contacto com a pessoa infetada; esta situação é considerada um contacto próximo com alto risco de exposição^[24, 40, 46, 92, 93]. (*Nível III, Classe I*)

8.3. Estou grávida ou tenho mais de 65 anos, tenho patologias sistémicas associadas de maior risco, posso trabalhar?

Resposta: Sim, mas deve ter em consideração os riscos associados ao exercício da profissão. Sugere-se que os profissionais que se enquadram nas categorias abaixo indicadas não devem ser alocados à prestação de cuidados com maior grau de risco^[56, 94] (presença de condições médicas crónicas, incluindo condições de imunossupressão; gravidez). (*Nível III, Classe II*)

8.4. Como controlar se os funcionários podem estar infetados?

Resposta: Deve fazer-se a medição e registo da temperatura corporal duas vezes por dia. Qualquer outro sintoma compatível com infeção por SARS-CoV-2 deve ser reportado imediatamente ao diretor clínico. Caso haja uma suspeita, a evolução do caso deve ser monitorizada pelo diretor clínico^[14, 40, 46, 56]. (*Nível III, Classe IIa*)

Pontos-Chave

- Se tem um quadro clínico de sintomatologia compatível com infeção por SARS-CoV-2 não deve apresentar-se no local de trabalho. *(Nível III, Classe I)*
- Se coabita ou coabitou com uma pessoa infetada por SARS-CoV-2 é considerado um contacto próximo com alto risco de exposição e, portanto, deve permanecer 14 dias em isolamento profilático, após o último contacto . *(Nível III, Classe I)*
- Sugere-se que os profissionais que se enquadram nas categorias abaixo indicadas não devam ser alocados à prestação de cuidados com maior grau de risco (presença de condições médicas crónicas, incluindo condições de imunossupressão; gravidez). *(Nível III, Classe II)*

Pacientes e Acompanhantes

9.1. O que verificar assim que o paciente entra na clínica?

Resposta: Deve ser-lhe medida a temperatura, idealmente com um termómetro sem contacto. De seguida, aplicar o questionário epidemiológico no sentido de identificar os pacientes com risco de transmitir infeção por SARS-CoV-2^[9, 14, 24, 40, 47, 52, 56, 95]. *(Nível IIb, Classe I)*

9.2. O paciente apresenta-se febril ou relatou ter tido febre com tosse ou dor de garganta e dores musculares nas últimas 24h, o que fazer?

Resposta: Se não for um tratamento urgente: pedir ao paciente para regressar a casa e entrar em contacto com a linha Saúde 24. A consulta deve ser adiada 2 semanas, respeitando sempre o período de quarentena, e refazer a triagem telefónica aquando da confirmação da próxima consulta. Em caso de urgência, considerar como sendo um paciente de risco que deve aguardar nas imediações pela sua consulta ou que entra diretamente para o gabinete, após a colocação do EPI adequado, sem permanecer na sala de espera^[46, 56]. *(Nível III, Classe I)*

9.3. O paciente não se apresenta febril, o que fazer de seguida?

Resposta: Deve ser fornecida máscara cirúrgica, touca (opcional) e cobrir sapatos a todos os pacientes, com ou sem sintomas respiratórios ou febre, no momento da entrada na clínica. Deve ser ensinada/verificada a forma de colocar e retirar a mesma. Começar pela colocação do cobrir sapatos. Antes de colocar a máscara deve ser solicitada/ensinada a higienização das mãos com SABA^[19, 24, 49, 71, 95-98]. *(Nível IIb, Classe I)*

9.4. O paciente pode vir acompanhado?

Resposta: O paciente deve ser aconselhado a vir sozinho, tanto quanto possível. Exceção feita a pacientes menores de idade ou portadores de necessidades especiais, tais como idosos, grávidas, pessoas com limitações físicas ou mentais perceptíveis são as exceções.^[56, 82]. *(Nível IV, Classe IIa)*

9.5. O acompanhante também deve usar máscara?

Resposta: Sim, deve higienizar as mãos com SABA, colocar máscara cirúrgica e os cobrir sapatos^[14, 19, 49, 71, 88]. Terá que ser submetido à mesma triagem e aos mesmos procedimentos de proteção do paciente^[56]. *(Nível IIb, Classe IIa)*

9.6. Caso o acompanhante entre no gabinete clínico, onde deve permanecer e como proceder?

Resposta: O acompanhante não deve estar presente no gabinete clínico. Em situações excepcionais, pode permanecer sentado a 2 m do equipamento dentário, com máscara cirúrgica e cobrir sapatos^[83]. *(Nível IV, Classe IIa)*

9.7. Caso o acompanhante não entre no gabinete clínico, onde deve permanecer?

Resposta: O acompanhante idealmente deve aguardar fora da clínica, ou na sala de espera, caso a lotação da mesma assim o permita^[56, 83]. *(Nível IV, Classe IIa)*

9.8. O que fazer com os pertences do paciente (e acompanhante, se entrar para o gabinete de consulta) antes de vestir o EPI adequado?

Resposta: Os pertences do paciente devem ser colocados dentro de um saco de plástico limpo, que deverá estar disponível à entrada, e acompanha o paciente durante a sua permanência na clínica. Estes pertences ficam dentro do saco até o paciente abandonar as instalações. *(Nível IV, Classe IIb)*

Pontos-Chave

- Na chegada à clínica devem efetuar-se alguns procedimentos ao paciente e acompanhante (se aplicável):
 - Devem ser instruídos para a higienização das mãos, colocação de máscara cirúrgica e cobrir sapatos. *(Nível IIb, Classe I)*
 - Avaliação da temperatura e aplicação do questionário de COVID-19. *(Nível IIb, Classe I)*
 - Caso haja um estado febril e presença de sintomas suspeitos nas últimas 24 h o paciente deve regressar a casa, caso a consulta não seja de carácter urgente e deve contactar a linha Saúde 24. *(Nível III, Classe I)*
- O acompanhante não deve entrar no gabinete clínico. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Os pertences do paciente devem ser guardados num saco limpo disponibilizado na receção. *(Nível IV, Classe IIa)*

Técnicos de Manutenção

10.1. Como receber os técnicos de manutenção?

Resposta: O técnico deverá evitar o contacto direto com o funcionário e respeitar a sinalização que delimita a distância de segurança. Deve ser feita a medição da temperatura corporal com termómetro sem contacto. A circulação do técnico deverá ser restrita às áreas estritamente necessárias à sua intervenção. Ao aceder às instalações deve ser instruído para desinfetar as mãos com SABA, colocar a máscara cirúrgica e os cobrir sapatos.^[40, 46, 63]. *(Nível III, Classe I)*

Distribuidores

11.1. Como receber os distribuidores de encomendas?

Resposta: Estes não devem passar da entrada da clínica e o responsável pela entrega deverá evitar o contacto direto com o funcionário, assim como respeitar a sinalização que delimita a distância de segurança. As encomendas devem ficar na entrada e serão posteriormente arrumadas por um funcionário da clínica após desinfeção com spray ou toalhete contendo álcool a 70%. O funcionário deverá higienizar as mãos com SABA^[63, 99]. *(Nível IV, Classe IIa)*

Coletores de Resíduos

12.1. Como receber os funcionários de recolha de resíduos?

Resposta: O responsável pela coleta deverá evitar o contacto direto com o funcionário e respeitar a sinalização que delimita a distância de segurança. Deverá restringir a sua circulação às áreas estritamente necessárias à sua intervenção. Os profissionais responsáveis pelo transporte dos resíduos hospitalares utilizam EPI adequados e seguem as regras determinadas pelos respetivos Serviços de Saúde e Segurança no Trabalho/ Saúde Ocupacional. No exterior das embalagens/contentores de acondicionamento para/ e transporte de resíduos, em especial na zona de fecho/tampa e na zona das pegas, deve ser aplicada solução desinfetante de hipoclorito de sódio contendo no mínimo 1% de cloro^[100]. *(Nível IIb, Classe I)*

Pontos-Chave

- Técnicos de manutenção:
 - Evitar contacto direto com o pessoal da clínica; respeitar distâncias de segurança; restrição de circulação às áreas de intervenção; instrução para a higienização das mãos, colocação de máscara cirúrgica e cobrir sapatos. *(Nível III, Classe I)*
- Distribuidores de encomendas:
 - Não passar da entrada da clínica; evitar contacto direto com o pessoal da clínica; respeitar distâncias de segurança; a encomenda deve ser desinfetada. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Funcionários de recolha de resíduos:
 - Evitar contacto direto com o pessoal da clínica; respeitar distâncias de segurança; restrição de circulação às áreas de intervenção; desinfecção da zona de fecho e pegos dos recipientes *(Nível IIb, Classe I)*

Meios de Proteção

Receção/administrativos

13.1. Qual o equipamento de proteção adequado?

Resposta: A equipa de receção deve:

- Usar roupas de uso exclusivo na clínica;
- Calçado dedicado (de uso exclusivo na clínica), lavável ou cobrir sapatos descartáveis;
- Touca (opcional, que deverá cobrir todo o cabelo);
- Proteção ocular ou facial caso não esteja sempre assegurado o distanciamento social;
- Máscara cirúrgica, que deve ser substituída se ficar húmida ou, no máximo, após 6 h de uso^[84, 88]. *(Nível IV, Classe I)*

As mãos deverão ser higienizadas antes de colocar o EPI. Paralelamente, deverá-se desinfetar a proteção ocular ou facial^[39, 63, 85, 86, 101]. *(Nível IIb, Classe IIa)*

Profissionais de Limpeza

14.1. Qual é o equipamento de proteção adequado?

Resposta: Roupas de uso exclusivo na clínica, incluindo calçado impermeável, touca, máscara cirúrgica, avental e luvas grossas e descartáveis^[84]. *(Nível IV, Classe I)*

Pontos-Chave

- Rececionistas e administrativos devem usar roupa própria da clínica, sapatos dedicados ou cobrir sapatos, touca, proteção ocular ou facial e máscara cirúrgica. *(Nível IV, Classe I)*
- Os profissionais de limpeza devem usar roupa própria da clínica, sapatos dedicados, máscara cirúrgica, touca, avental e luvas grossas descartáveis. *(Nível IV, Classe I)*
- Aos demais que vêm do exterior devem usar máscara cirúrgica e cobrir sapatos. *(Nível IV, Classe I)*

As Etapas da Per-Intervenção

Definição de Risco do Procedimento

15.1. Devem ser identificadas zonas de risco na clínica?

Resposta: A limitação da transmissão em consultório/clínica requer um conjunto de medidas de prevenção e controlo hierarquicamente distribuídas. O estabelecimento de barreiras físicas e circuitos/fluxos específicos para pacientes e profissionais permite minimizar o contacto e exposição. A movimentação deve seguir o princípio de “três zonas e duas passagens” - zona contaminada, zona potencialmente contaminada e zona limpa - com zona tampão entre a zona contaminada e zona potencialmente contaminada. Não há necessidade de identificação de zonas de risco; contudo, internamente a definição de zonas com risco de contágio diferenciado deve estar presente entre todas os membros da equipa. Pode definir-se conceptualmente as seguintes zonas^[14, 37, 84, 85, 102]: *(Nível IV, Classe IIb)*

- **Zona verde ou de baixo risco:** zona segura e de descanso;
- **Zona amarela ou de risco intermédio:** zona de passagem e esterilização dos materiais;
- **Zona vermelha ou de risco elevado:** zona de tratamento.

15.2. Quais as recomendações diferenciadas para as diversas zonas de risco?

Resposta: O controlo de exposição à fonte de contaminação por aplicação de barreiras físicas ou ventilação e descontaminação do ambiente permite redução do risco de contaminação. Em diferentes zonas de risco deverão entrar apenas os profissionais designados para essa zona e segundo programação das atividades e procedimentos a executar, diminuindo o número de profissionais nessa área e as entradas/saídas dos mesmos. A utilização completa e adequada de EPI pelos profissionais, incluindo equipamento respiratório de proteção, protege fisicamente os profissionais e pacientes do contágio. O uso de materiais respiráveis não leva a maior contaminação e permite uma utilização mais confortável, o que conduz a maior cumprimento dos requisitos de

utilização. As instruções diretas, treino ativo e visionamento de vídeos de colocação e remoção são importantes para melhorar a eficácia da utilização dos EPI^[14, 37, 84, 85, 102-106].
(Nível III, Classe I)

- **Zona verde:** equipamento básico (uniforme ou bata descartável, máscara cirúrgica e/ou distanciamento social; cobre sapatos);
- **Zona amarela:** EPI para proteção de grau 1;
- **Zona vermelha:** EPI para proteção de graus 2 e 3.

(ver colocação de EPI - Apêndice III, secção 2)

15.3. Como se devem classificar em termos de risco os procedimentos gerais numa clínica?

Resposta: Nas clínicas dentárias existem vários níveis de equipamento a ser utilizados conforme o risco ao qual se está exposto. Considerando todo o paciente como potencialmente infetado, o risco de contágio deve ser considerado real e não desprezado. O risco é definido pela proximidade de exposição decorrente do tipo de funções que exerce e pela recorrência da exposição. Podem considerar-se os seguintes níveis de risco de procedimento:

- Risco baixo: contacto esporádico com pessoas, considerando que se mantém a distância social e a ausência de contacto com pessoas potencialmente infetadas;
- Risco moderado: interação constante com pessoas, porém com possibilidade de distância de segurança e uso da etiqueta respiratória e máscaras;
- Risco elevado: contacto frequente e próximo com pacientes (inferior a 1 m de distância), mas sem realização de procedimentos produtores de aerossóis;
- Risco muito elevado: contacto frequente e próximo com pacientes (inferior a 1 m de distância), mas com produção de aerossóis^[37, 66, 84, 107].

Na clínica o pessoal administrativo e de secretariado pode apresentar um risco moderado ou baixo, contudo assistentes, higienistas e médicos apresentam um risco elevado ou muito elevado de exposição^[37, 102, 108]. (Nível IV, Classe I)

15.4. Como se devem classificar em termos de risco os diferentes procedimentos clínicos?

Resposta: O risco do procedimento é definido pela proximidade em que é executado e necessidade de medidas que produzam aerossóis.

Todos os procedimentos que envolvam a produção de aerossóis devem ser classificados de risco muito elevado de exposição^[31, 34, 40, 56, 84, 85, 102, 104, 109-114]. (*Nível III, Classe I*)

Os procedimentos clínicos podem ser classificados de acordo com os seguintes níveis de exposição:

- Risco moderado - procedimentos que possam ser efetuados à distância mínima de 1 m, nomeadamente história clínica, radiografia extraoral e fotografias extraorais. Deverá ser usado um EPI que proporcione proteção de grau 1.
- Risco elevado - procedimentos em estreita proximidade com o paciente, inferior a 1 m de distância, nomeadamente procedimentos intra ou periorais. Deverá ser usado um EPI com proteção de grau 2.
- Risco muito elevado - procedimentos que envolvam a produção de aerossóis. Deverá ser usado um EPI com proteção de grau 3.

Pontos-Chave

- Podem definir-se 3 zonas: zona verde ou zona segura e descanso (baixo risco); uma zona amarela ou zona de passagem e esterilização dos materiais (risco intermédio); uma zona vermelha ou zona de tratamento (risco elevado). *(Nível IV, Classe IIb)*
- **Zona verde/baixo risco:** uniforme ou bata descartável, máscara cirúrgica e/ou distanciamento social e cobre sapatos. *(Nível III, Classe I)*
- **Zona amarela/risco moderado:** máscara cirúrgica (tipo IIR), bata impermeável descartável, touca, calçado dedicado; pode ser considerada a utilização de luvas e óculos de proteção (obrigatórios em procedimentos de desinfeção e esterilização de material). *(Nível III, Classe I)*
- **Zona vermelha/risco elevado ou muito elevado:** respirador FFP2 ou FFP3, bata impermeável descartável, gorro cirúrgico ou gorro com proteção do pescoço, óculos de proteção e/ou viseira, 1 ou 2 pares de luvas, cobre botas impermeáveis e descartáveis (em alternativa fato completo com gorro, preferencialmente de tecido respirável, e cobre sapatos). *(Nível III, Classe I)*
- Na clínica o pessoal administrativo e de secretariado pode apresentar um risco baixo ou moderado, dependendo das instalações; contudo, assistentes, higienistas e médicos apresentam um risco elevado ou muito elevado de exposição. *(Nível IV, Classe I)*

Preparação do gabinete e proteção individual

O espaço e equipamento

16.1. Qual a estabilidade do vírus no ambiente?

Resposta: Em condições experimentais laboratoriais o vírus tem, aproximadamente, uma semivida e viabilidade de: 1 h e 3 h em aerossóis; 7 h e 72 h em plástico; 6 h e 48 h em aço inoxidável; 4 h e 24 h em cartão; 45 min e 4 h em cobre^[99]. Além disso, o vírus pode permanecer viável em roupas até 1 dia ou no revestimento exterior de máscaras cirúrgicas até 7 dias. Apresenta ainda estabilidade diversa consoante a temperatura ambiente: até 14 dias a 4 °C, 7 dias a 22 °C, 1 dia a 37 °C e até 10 min a 56 °C^{[[115]}. A evidência em contextos naturais indica a persistência ambiental prolongada do vírus em espaços ocupados por doentes sintomáticos e assintomáticos até aos 17 dias, bem como um potencial de infecções nosocomiais^[116-118]. O SARS-CoV-2 pode permanecer no ar e em algumas superfícies, como por ex. roupas, plástico, aço inoxidável, cartão e cobre, durante horas ou dias; como tal, o contacto com as superfícies e equipamentos confinados ao gabinete devem ser efetuados com os EPI adequados, nomeadamente EPI respiratório e luvas descartáveis, sendo que estas não devem entrar em contacto com a face ou outra parte do corpo. (*Nível III, Classe I*)

16.2. Qual o alcance dos aerossóis contaminados durante a respiração normal em ambiente fechado?

Resposta: O modelo clássico sobre as vias de transmissão das doenças infecciosas respiratórias assenta num modelo preditivo desenvolvido em 1930, que serviu para explicar a transmissão da tuberculose e serve de base às recomendações emitidas pelas principais organizações internacionais sobre a COVID-19. O consenso científico corrente estabelece que a transmissão via secreções respiratórias emitidas por uma pessoa infectada se realiza, maioritariamente, por contacto e através de gotículas de maior dimensão (>5-10 µm), sem capacidade significativa de propagação até aos 2 m de distância. Com base nos conhecimentos atuais, derivado de simulações experimentais laboratoriais e de dados de quantificação de aerossóis e dinâmica de contágio em unidades hospitalares, estas premissas poderão estar simplificadas e não refletirem a realidade em relação ao potencial de transmissão do SARS-CoV-2^[36]. Novos modelos

demonstraram que a tosse, espirros ou exalações não são apenas constituídos por gotículas mucossalivares com trajetórias semibalísticas de reduzido alcance, mas sobretudo por uma nuvem gasosa turbulenta multifásica que aprisiona aglomerados de gotículas, incluindo núcleos de gotículas de menor dimensão ($<5-10\ \mu\text{m}$), com potencial de aerossolização^[119]. Esta nuvem desenvolve-se num microambiente húmido e quente, protegendo as gotículas de uma evaporação precoce, e facilita a sua propagação até 7-8 m de distância^[120]. Apesar de não haver estudos que avaliem diretamente o potencial de infeciosidade dos aerossóis dos doentes infetados com SARS-CoV-2, as características da dinâmica de formação da nuvem gasosa dos aerossóis exalados e o seu papel na transmissão infecciosa devem ser consideradas.

Durante a transmissão inter-humana por via respiratória a nuvem de bioaerossóis em suspensão, produzida durante a tosse, espirros ou exalações, pode alcançar distâncias de 7-8 m, superiores à preconizada como distância de segurança (2 m). (*Nível III, Classe I*)

16.3. Que distância atingem os aerossóis gerados durante os procedimentos operatórios em Medicina Dentária?

Resposta: Vários fatores, incluindo humidade, temperatura, dimensão das partículas, ventilação, instrumental e posturas operatórias podem influenciar o potencial de disseminação e infeção de aerossóis contaminados por agentes biológicos. Relativamente a procedimentos dentários não cirúrgicos, a destartarização (sónica e ultrassónica) é a que tem maior incidência de propagação de aerossóis, seguida de instrumental de alta rotação, polimento por jateamento e seringa de ar/água. Os procedimentos geradores de aerossóis num ambiente convencional de um gabinete dentário podem gerar contaminação até distâncias superiores a 1,5 m^[31]. As zonas mais contaminadas são as zonas 1 e 2 (0,5 e 1 m ao redor da cabeça do paciente, respetivamente), com destaque para o peito do doente (principal zona de contaminação), zona da face do médico e assistente, o braço direito do médico e o esquerdo do assistente, região inferior do pescoço, o candeeiro e pegadas do mesmo, a zona de suporte dos instrumentos de corte, os próprios instrumentos de corte por rotação, ultrassons e seringa de ar e água, os tabuleiros de apoio ao médico e do assistente (a existirem), os terminais e zona de encaixe dos aspiradores cirúrgicos e a zona da cuspeira.

Quando se associa um sistema de aspiração de alto débito bem posicionado a contaminação além de um raio de 60 cm é residual^[121]. O pico do aerossol decresce para níveis de base entre 10 a 30 min com rápida dispersão ou deposição de partículas após os procedimentos dentários^[122]. Contudo, os aerossóis em suspensão podem atingir potencialmente qualquer zona do gabinete, não existindo zonas “verdes” garantidamente livres de contaminação. *(Nível Ib, Classe I)*

16.4. Como deve ser protegido o equipamento dentário e as superfícies circundantes?

Resposta: Para além do médico dentista/higienista e assistente, os alvos mais diretamente contaminados pelos aerossóis no gabinete são: o candeeiro e respetivas pegas, a cuspeira e zonas adjacentes, o tabuleiro móvel de apoio, os instrumentos operatórios do médico e zona de suporte dos mesmos, o tabuleiro de apoio do assistente (quando existe), terminais de aspiração e respetivo suporte. Para além da superfície externa, os instrumentos operatórios de corte por rotação ou ultrassons e a seringa de ar e água podem ser contaminados também internamente^[24, 123-126]. Porém, os aerossóis produzidos durante o trabalho na boca podem contaminar potencialmente qualquer local ou infraestrutura exposta do gabinete dentário. *(Nível Ib, Classe I)*

Assim, recomenda-se:

- Proteger apoio de cabeça, braços, cadeira, candeeiro, pegas, tabuleiros de apoio do médico e do assistente, zona adjacente da cuspeira, terminal dos aspiradores cirúrgicos, instrumental operatório de corte, seringa de ar e água com barreiras plásticas ou de papel de alumínio;
- Usar terminais de seringa de ar e água descartáveis;
- Usar pegas de candeeiro amovíveis e esterilizáveis (quando existirem);
- Remover apoios de braços e de mãos da cadeira para o paciente (se possível);
- Ter as bancadas de trabalho com o número indispensável de materiais e equipamentos ao momento de trabalho em causa;
- Só devem estar montados no equipamento de trabalho os instrumentos operatórios de corte, preparação e afins estritamente necessários ao procedimento definido;

- Proteger equipamentos móveis de bancada, como fotopolimerizadores, motores de endodontia, *scanners*, máquinas fotográficas e outros com barreiras de plástico ou papel de alumínio;
- Colocar proteção nas películas radiográficas e sensores de imagiologia digital com invólucro de plástico, sendo depois revestidos com uma dedeira, visando diminuir a estimulação salivar desencadeada pelo incómodo provocado pelas ranhuras do invólucro, assim como diminuir a probabilidade de rompimento do mesmo;
- Possuir um sistema de renovação do ar interior de forma a não permitir ou reduzir a permanência e “depósito” dos aerossóis nas diversas superfícies dos gabinetes.

16.5. Como deve realizar-se a desinfecção dos diversos componentes e infraestruturas do gabinete?

Resposta: Os coronavírus humanos são inativados por processos de desinfecção que atuam por oxidação com produtos à base de álcool, peróxido de hidrogénio e hipoclorito de sódio, ou por processos de esterilização por calor como a autoclavagem^[24, 125, 127].

(Nível Ib, Classe I)

- Todas as zonas, equipamentos, instrumentos e materiais de trabalho do gabinete dentário devem ser protegidas com barreiras mecânicas adaptadas, na medida do possível, e desinfetados com protocolos específicos. O material amovível que reúna condições para tal deve ser esterilizado por autoclavagem;
- No que respeita aos coronavírus humanos a desinfecção das superfícies interiores, materiais e equipamentos não descartáveis ou autoclaváveis, pode ser feita por produtos à base de etanol a 70%, peróxido de hidrogénio a 0,5-1% ou hipoclorito de sódio a 0,1-0,5%, com um tempo mínimo de exposição de 1 min. Outros agentes físicos e químicos com potencial virucida também poderão ser utilizados (radiação ultravioleta, glutaraldeído);
- Promover um fluxo de renovação do ar do gabinete (natural e forçado) com uma taxa de renovação mínima de 6 vezes por hora (nomeadamente durante intervenções que produzam aerossóis);
- Promover uma boa aspiração cirúrgica (bocal de 8 mm ou ligeiramente superior, próximo da fonte de emissão do aerossol e capacidade de aspirar 2,8 m³ de ar

por minuto, no mínimo). A utilização de adaptações com bocais de maiores dimensões ligados ao sistema de aspiração cirúrgica e colocados à entrada da cavidade oral exige uma compensação (aumento) do débito de aspiração de forma a manter a eficiência;

- No final do trabalho, fazer desinfecção dos sistemas de aspiração cirúrgica com desinfetantes amoniacais ou enzimáticos misturados com água.

16.6. Qual o sistema de ventilação mais adequado num gabinete clínico?

Resposta: O ar ambiente do gabinete dentário pode tornar-se facilmente alterado em parâmetros químicos, físicos e microbiológicos prejudiciais aos seres humanos. Para além da contaminação microbiológica, o ar interior do gabinete dentário possui parâmetros importantes para a avaliação das condições de saúde e bem-estar como: temperatura, humidade relativa, níveis de dióxido de carbono e de compostos orgânicos voláteis. Os sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado (AVAC), apesar de necessários, podem converter-se em focos de disseminação de contaminantes do ar ambiente. Agentes microbiológicos que entram nos sistemas de ventilação e são redistribuídos pelos mesmos podem propagar focos de infeção potencial por todo um edifício.

O débito da ventilação forçada pode influenciar o risco de contaminação residual por aerossóis no ar ambiente. Contudo, para além do débito, a taxa de renovação por ar “limpo”, os sistemas de filtragem e a localização física das condutas parecem ser fatores muito importantes na eficácia dos sistemas de AVAC.

Em condições de elevada concentração de aerossóis, uma única renovação de ar pode remover aproximadamente 63% dos aerossóis. Após 5 renovações pode ficar apenas 1% dos aerossóis. Ou seja, com uma taxa de renovação de 10 a 12 por hora, 20 min serão suficientes para uma descontaminação quase total. Com cerca de 6 renovações por hora será necessária uma hora. Contudo, se o sistema de exaustão já estiver ligado antes de se iniciar a produção de aerossóis, a sua saturação nunca será total e mesmo com menores taxas de renovação pode ser possível manter valores ambientais relativamente baixos^[26-38]. (*Nível Ib, Classe I*)

- O gabinete dentário deve possibilitar alguma ventilação natural. Manter uma janela aberta quando for possível e adequado;
- A ventilação natural deve ser complementada por um sistema de AVAC que deve atender a alguns pressupostos básicos:

- A taxa de renovação mínima do ar deve ser 6 vezes o volume total do gabinete por hora, ou cerca de 24 m³/hora/pessoa. Em condições de elevada emissão de aerossóis potencialmente contaminados o ideal seriam 12 renovações totais por hora;
- Parece consensual que, no que respeita aos aerossóis, a colocação das condutas de exaustão internas deve ser efetuada a um nível superior (junto ao teto);
- Possuir sistemas de filtros adequados e bem posicionados;
- Ter em atenção a localização das condutas exteriores de captação e exaustão para que não estejam demasiado próximas (mínimo 5 m, segundo Portaria 353-A, 2013^[128]);
- A combinação simples da ventilação mecânica (com exaustão superior) conjugada com uma janela aberta pode, por si só, gerar um fluxo de ar vantajoso;
- O método mais eficaz para os diferentes métodos de ventilação é o seguinte: insuflação de ar frio a baixa velocidade junto ao pavimento e extração junto ao teto, numa estratégia de ventilação do tipo deslocamento, proporciona um fluxo unidirecional e estratificação térmica^[128];
- Deve assegurar-se uma manutenção técnica adequada e regular dos sistemas de AVAC.

16.7. Justifica-se a utilização de sistemas adicionais de purificação de contaminantes biológicos no ar do gabinete clínico?

Resposta: No que respeita à proteção individual em ambientes com potencial contaminação microbiológica do ar interior, as medidas de mitigação podem implementar-se a 5 níveis: 1 - controlo da fonte de emissão (paciente); 2 - extração localizada e imediata na fonte (aspiração); 3 - diluição da carga poluente no ambiente interno (sistemas de ventilação); 4 - purificação do ar ambiente; 5 - utilização de EPI.

Não existe evidência robusta quanto à necessidade de se proceder à descontaminação do ar ambiente dos gabinetes por purificação forçada como forma de impedir a transmissão de doenças. Existem diversos sistemas disponíveis, desde dispositivos de radiação ultravioleta, fixos e amovíveis, aparelhos de ozono, aspiradores locais com

diversos tipos de filtros e tratamento do ar (HEPA, carvão, UVC). A utilização de UVC (100-280 nm) nos gabinetes pode ajudar a descontaminar o ar pois possui um potencial fungicida, virucida e bactericida através da destruição do DNA e desnaturação das proteínas. Apesar da diversidade de oferta nesta matéria não existem estudos onde se compare a eficiência e vantagem destes sistemas entre si, nas diversas condições (variáveis) dos gabinetes de medicina dentária, bem como os efeitos secundários e riscos inerentes ao seu uso. *(Nível IV, Classe IIb)*

- Devido à falta de estudos comparativos de referência devidamente aplicados no âmbito da medicina dentária e à dinâmica da oferta de mercado neste momento parece pertinente aconselhar alguma prudência na hora de selecionar e aplicar de imediato um sistema de purificação do ar ambiente. Até mais informação estar disponível deve promover-se utilização correta dos sistemas de AVAC, combinada com ventilação natural (se possível) e todas as normas de higiene expostas para os restantes quatro níveis de atuação.

16.8. Quais devem ser as condições de climatização do gabinete clínico?

Resposta: A temperatura, humidade relativa e renovação do ar podem afetar não só a saúde humana de forma global, como a existência e sobrevivência de alguns agentes químicos, físicos e microbiológicos no interior do gabinete dentário, de onde se destacam os níveis de dióxido de carbono, de compostos orgânicos voláteis e de bactérias, vírus e fungos. À temperatura ambiente de 21 °C um aumento da humidade relativa de 30% para 50% mais que duplica o tempo de sobrevivência de coronavírus presente nos aerossóis. No entanto, globalmente aceita-se como boa uma humidade relativa entre os 30 e os 60%. Um aumento da temperatura ambiente para 30-40 °C pode reduzir o tempo de sobrevivência de alguns coronavírus. Inversamente, o decréscimo da temperatura para valores de 4 a 6 °C pode aumentar a sobrevivência dos coronavírus^[29, 30, 36, 127, 129, 130]. *(Nível Ib, Classe I)*

- Deve promover-se um ambiente interno entre os 21-23 °C (inverno) e 23-25 °C (verão). A distribuição da temperatura no gabinete deve ser o mais uniforme possível, sem deslocamentos (fluxos) de ar demasiado rápidos;
- A humidade relativa deve manter-se entre 30 e 50%. Manter a humidade no nível mais inferior (cerca dos 30%) pode ser benéfico na redução da sobrevivência

de alguns microrganismos, mas também pode causar algum desconforto respiratório.

16.9. É aconselhável usar meios de descontaminação microbiológica nos sistemas de abastecimento e reservatórios de água dos equipamentos?

Resposta: Os sistemas de abastecimento e reservatórios de água dos equipamentos dentários podem conter e transportar diversos tipos de microrganismos como bactérias, fungos, vírus ou protozoários. Os microrganismos presentes na água também podem contribuir para a carga microbiológica dos aerossóis e a sua exposição pode provocar diversas patologias graves do foro respiratório, ocular, dérmico, entre outras^[24, 34, 124, 131-133]. *(Nível IIa, Classe I)*

- Colocar sistemas de tratamento físico e/ou químico nos dispositivos de abastecimento e reservatório de água dos equipamentos dentários pode reduzir significativamente a sua carga microbiológica (ultravioleta, calvenium, hipoclorito, iodopovidona, clorhexidina);
- O uso de válvulas antirretorno e pressão positiva constante pode também diminuir a carga microbiológica da água disponibilizada nos terminais de corte (turbina, contra-ângulo e micromotor);
- Ativar os instrumentos rotatórios com irrigação durante 30 s entre pacientes. Devido à estagnação noturna prolongada o tempo de limpeza ao início do dia de trabalho deve ser maior, pelo menos 1 min. Após períodos de inativação mais longos, como fins de semana e férias, o tempo de purga da água dos instrumentos também deve ser maior;
- Verificar e substituir regularmente os filtros da água de abastecimento.

16.10. Qual a eficácia dos sistemas de aspiração na redução da produção de aerossóis na fonte de contaminação?

Resposta: Dependendo das suas dimensões, posicionamento e débito de aspiração os sistemas de aspiração podem reduzir muito significativamente a quantidade de aerossóis e gotículas expelidas para o meio interno do gabinete^[24, 31, 134, 135]; *(Nível IIa, Classe I)*

- Sempre que se utilizem procedimentos geradores de aerossóis recomenda-se o uso permanente de aspiração cirúrgica eficiente e bem posicionada.

- Mesmo em procedimentos não geradores de aerossóis a aspiração cirúrgica pode ser sempre usada se não se estiver a trabalhar com dique de borracha.

16.11. O uso de antimicrobianos no sistema de irrigação dos aparelhos ultrassônicos reduz o risco de contaminação na aerossolização?

Resposta: A utilização de soluções irrigadoras antimicrobianas associadas a instrumentação ultrassônica deve ser entendida no atual contexto em relação a duas perspectivas: eficácia nos parâmetros clínicos periodontais e eficiência na diminuição da carga viral do aerossol produzido.

Relativamente ao primeiro, uma revisão sistemática e meta-análise recente determinou o efeito da instrumentação ultrassônica combinada com antimicrobianos nos parâmetros clínicos da inflamação periodontal^[136]. Os resultados globais não detetaram benefício clínico adicional com o uso de antimicrobianos. Uma subanálise dos dados reportou um efeito fraco favorável para a iodopovidona (concentrações 0,5-10%), através de um ganho de inserção clínica de 0,23 mm, enquanto que para a clorhexidina e os óleos essenciais, o efeito considerado foi nulo. Pelo que não se recomenda o uso de coadjuvantes antimicrobianos na irrigação de instrumentos ultrassônicos numa perspectiva de eficácia clínica periodontal.

Em relação ao segundo item, dois RCT avaliaram esta intervenção na redução de aerossóis contaminados em relação à carga bacteriana. Ambos os estudos determinaram uma redução significativa com clorhexidina em comparação com água destilada e um dos estudos evidenciou, além disso, uma redução significativa com o uso de iodopovidona em comparação com água destilada e uma superioridade da clorhexidina sobre a iodopovidona^[137, 138]. Devido às dúvidas existentes sobre a ineficácia da clorhexidina no SARS-Cov-2, a iodopovidona poderia ser uma alternativa para diminuir a carga viral da nuvem de aerossóis. Todavia, não existe evidência disponível sobre o impacto dos antimicrobianos como soluções irrigadoras no instrumental ultrassônico em vírus. *(Nível IV, Classe I)*

- A evidência disponível apresenta robustez para não aconselhar o uso de soluções antimicrobianas no sistema de irrigação dos aparelhos de ultrassons na perspectiva clínica de benefício periodontal. Contudo, na perspectiva de segurança microbiológica, poderá existir algum benefício, ainda não demonstrado, no uso de iodopovidona para diminuir a carga viral dos aerossóis.

Este procedimento deverá ser considerado com base numa análise custo-benefício caso a caso.

Pontos-Chave

- O SARS-CoV-2 pode permanecer no ar e nalgumas superfícies, como por ex. roupas, plástico, aço inoxidável, cartão e cobre, durante horas ou dias; como tal, o contacto com as superfícies e equipamentos confinados ao gabinete deve ser efetuado com os EPI devidos nomeadamente, luvas descartáveis, sendo que estas não devem entrar em contacto com a face ou outra parte do corpo. *(Nível III, Classe I)*
- As zonas mais contaminadas são as zonas 1 e 2 (0,5 e 1 m ao redor da cabeça do paciente, respetivamente). *(Nível Ib, Classe I)*
- Deve promover-se um ambiente interno entre os 21-23 °C (inverno) e 23-25 °C (verão). A distribuição da temperatura no gabinete deve ser o mais uniforme possível, sem deslocações (fluxos) de ar demasiado rápidos. *(Nível Ib, Classe I)*
- A humidade relativa deve manter-se entre 30 e 50%. Manter a humidade no nível mais inferior (cerca dos 30%) pode ser benéfico na redução da sobrevivência de alguns microrganismos, mas também pode causar algum desconforto respiratório. *(Nível Ib, Classe I)*
- Sempre que se utilizem procedimentos geradores de aerossóis recomenda-se o uso permanente de aspiração cirúrgica eficiente e bem posicionada. *(Nível IIa, Classe I)*

Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Colocação do EPI

17.1. A aplicação do EPI deve ser definida pelo risco do procedimento?

Resposta: O risco do procedimento a executar define o tipo de EPI a ser usado. Contudo, para seleção do EPI devem considerar-se outros fatores para além da função, como a adaptação, a comodidade de colocação e uso, a possibilidade de descontaminação, ser descartável e o custo. O profissional deve seleccionar a combinação de elementos do EPI que melhor se adaptem, atendendo que poderá usá-los por períodos longos e, por isso, devem ser confortáveis tanto quanto possível. Como regra geral deverá seleccionar-se o tipo de EPI de acordo com os seguintes níveis de risco de procedimento^[37, 62, 85, 102, 104, 105, 109-111, 114]: *(Nível IV, Classe I)*

- Risco baixo - equipamento básico (uniforme ou bata descartável, calçado dedicado ou cobre sapatos e máscara cirúrgica);
- Risco moderado - EPI para protecção de grau 1;
- Risco elevado - EPI para protecção de grau 2;
- Risco muito elevado - EPI para protecção de grau 3.

(ver colocação de EPI - Apêndice III, secção 2)

17.2. Quais os EPI adequados em função dos níveis de protecção?

Resposta: A seleção do equipamento está condicionada pelo nível de risco e pelo grau de protecção inerente ao procedimento a efetuar. Além disso, todo o equipamento deve estar certificado para uso na UE. É necessária a realização de formação para a colocação e, principalmente, para a remoção, pois muitos dos casos de contaminação do profissional de saúde ocorrem durante a remoção do equipamento contaminado. *(Nível III, Classe I)*

O equipamento básico deve ser vestido na altura da entrada na clínica após higiene das mãos deverá ser sempre mantido e apenas substituído por um EPI superior, de acordo com um dos três graus de protecção ocupacional estratégica a ser aplicados nas clínicas dentárias^[62, 85, 102, 104, 109-111, 114]: *(Nível IV, Classe I)*

- **Grau 1**
 - Máscara cirúrgica (tipo IIR);
 - Bata impermeável descartável;
 - Touca;
 - Calçado dedicado;
 - Luvas de observação (latex ou nitrilo).

- **Grau 2**
 - Respirador FFP2 ou equivalente;
 - Bata impermeável descartável;
 - Gorro cirúrgico (toucas com proteção do pescoço são opcionais);
 - Proteção ocular (óculos com proteção lateral e/ou viseira);
 - Luvas descartáveis preferencialmente com cano longo;
 - Cobrir botas descartáveis.

- **Grau 3**
 - Respirador FFP2 ou FFP3;
 - Bata impermeável descartável ou fato completo;
 - Gorro cirúrgico e gorro com proteção do pescoço (em alternativa fato completo);
 - Proteção ocular com óculos e viseira;
 - Dois conjuntos de luvas descartáveis;
 - Cobrir botas impermeáveis e descartáveis.

17.3. Que tipo de máscaras existem? E qual a sua indicação de utilização clínica?

Resposta: As máscaras faciais são dispositivos médicos destinados a minimizar a transmissão de agentes infecciosos entre profissionais e pacientes. Estas máscaras devem obedecer à norma EN 14683:2019. Classificam-se em diferentes tipos (Tipo I, Tipo II e Tipo IIR) de acordo com a sua capacidade de filtração bacteriana e resistência a fluídos e salpicos. A máscara Tipo IIR apresenta eficiência de filtração bacteriana >98% e resistência aos fluídos >160 KPa, sendo designada por máscara cirúrgica, enquanto os anglo-saxónicos a designam por *Fluid Resistant Surgical Mask* (FRSM).

As máscaras autofiltrantes ou respiradores destinam-se à proteção pessoal contra um ou mais riscos. São englobadas nos EPI e obedecem à norma EM 149:2001+A1:2019, para padrões de eficiência de filtragem e fuga total para o interior da máscara e classificadas como: FFP1 (*Filter Face Piece 1*) de baixa eficiência, fuga para o interior 22% e penetração no material 20%; FFP2 (N95 da certificação US – NIOSH) de eficiência média, fuga para o interior 8% e penetração no material 6%; FFP3 (N99 da certificação US – NIOSH) de alta eficiência, fuga para o interior 2% e penetração no material 1%.

As máscaras cirúrgicas devem ser usadas essencialmente para a proteção de terceiros, enquanto que os respiradores sem válvula permitem uma proteção bidirecional e devem ser estes a usar pelos profissionais de saúde. Num contexto de prevenção epidemiológica o uso de respiradores com válvulas não é preconizado^[108, 139].

Os respiradores são dispositivos de proteção individual e serão mais indicados para uso pelos profissionais de saúde por forma a efetivar uma maior proteção em contextos com maior carga infecciosa^[86, 91, 102, 108, 109, 111, 140, 141]. (*Nível IV, Classe II*).

17.4. O que fazer antes de vestir o EPI?

Resposta: Antes de vestir um EPI^[41, 142]: (*Nível IV, Classe II*)

1. Apanhar o cabelo;
2. Remover relógio e jóias para evitar contaminação;
3. Beber água antes de usar equipamento de proteção para evitar a desidratação;
4. Sugere-se ir à casa de banho para evitar interrupções;
5. Os homens devem evitar usar barba, pois prejudica o selamento marginal da máscara;
6. Realizar a lavagem e assepsia das mãos.

17.5. Como é que se coloca o EPI?

Resposta: Há diferentes formas de colocar os EPI, mas todas com o objetivo de impedir a transmissão secundária de doenças. O processo de colocação deve ser realizado perto da zona de utilização e melhora a segurança de todo o processo quando efetuado com assistência ativa de um membro da equipa.

As máscaras faciais, cirúrgicas ou respiradores devem ser colocadas e ajustadas com as mãos lavadas e após a colocação do gorro.

Todas as máscaras devem fazer o melhor selamento possível, devendo para isso estar bem apertadas e adaptadas sobre a ponte nasal e contorno facial por forma a prevenir a entrada de ar contaminado pela periferia da máscara ou respirador. Deve fazer-se um teste de adaptação previamente.

Dever-se-á fazer uma avaliação qualitativa da adaptação através de inspiração suave para deteção de algum odor forte. Por outro lado, deve proceder-se à verificação do selamento, em primeiro lugar por produção de pressão negativa, com inspiração para criar vácuo no interior que deverá produzir ligeiro achatamento da superfície do respirador se houver selamento eficaz; imediatamente depois deve fazer-se o teste de pressão positiva, soprando moderadamente para produzir abaulamento da superfície do respirador em caso de selamento^[104, 108, 109, 111].

Ao entrar na clínica coloca-se a primeira “camada” de proteção, começando pela remoção de adereços e lavagem das mãos. Em seguida coloca-se a touca e a máscara. Depois deve-se avaliar o procedimento a realizar e colocar o EPI adequado:(*Nível IV, Classe I*)

- Lavar as mãos;
- Adaptar o respirador e efetuar o teste de ajuste;
- Vestir a bata impermeável descartável ou o fato completo impermeável;
- Colocar proteção de pés com cobre sapatos ou cobre botas;
- Efetuar a assepsia das mãos com SABA;
- Colocar luvas bem adaptadas por cima da bata/fato;
- Colocar óculos de proteção quando necessário;
- Colocar gorro cirúrgico/touca ou capuz do fato;
- Colocar viseira de proteção facial, quando necessário;
- Desinfetar luvas interiores com SABA e colocar o segundo par de luvas, se necessário proteção de grau 3;
- Verificar adaptação de todos os elementos.

NOTA: Os elementos do EPI necessários dependem do nível de risco e do grau de proteção adequado. A colocação de um EPI integral obedece a sistematização, sendo idealmente auxiliada por assistente com as mãos lavadas; para condições cirúrgicas de esterilização o assistente deve realizar a assepsia das mãos entre cada passo^[62, 85, 108, 109, 111].

17.6. Quais são os cuidados a ter com o uso do EPI?

Resposta: Nunca tocar no rosto para ajustar a máscara, o respirador ou os óculos sem previamente ter realizado uma cuidadosa desinfeção das luvas interiores.

O uso de uma segunda máscara ou viseira, além dos óculos, é aconselhado porque ajuda a manter a máscara FFP2 e os óculos secos, aumentando porém o desconforto respiratório e visual.

O uso de um segundo par de luvas diminui a sensibilidade tátil e dificulta a realização dos procedimentos; contudo, diminui o risco de contaminação na remoção do EPI de proteção de grau 3^[143]. (*Nível III, Classe I*)

17.7. O que fazer se o primeiro par de luvas (par interior no EPI de proteção de grau 3) tocar num zona potencialmente contaminada?

Resposta: Deve desinfetar-se as luvas com SABA^[41, 52, 144]. (*Nível IV, Classe I*)

Pontos-Chave

- A seleção do EPI deve ser efetuada em função do risco da exposição e do grau de proteção necessário ao procedimento a efetuar. *(Nível Ib, Classe I)*
- É necessária uma colocação e remoção muito cuidadosa e ordenada do EPI de forma a garantir a sua eficácia protetora e a evitar que se convertam num foco de contaminação cruzada, respetivamente. *(Nível III, Classe I)*
- As máscaras cirúrgicas devem ser usadas essencialmente para a protecção de terceiros. *(Nível IV, Classe II)*
- Os respiradores sem válvula permitem uma proteção bidirecional e devem ser estes os usados pelos profissionais de saúde. *(Nível IV, Classe II)*
- Num contexto de prevenção epidemiológica o uso de respiradores com válvulas não é preconizado. *(Nível III, Classe IIa)*

Tratamento

18.1. Como reduzir a carga microbiológica no peroperatório?

Resposta: Bochechos prévios com soluções de clorhexidina a 0,12 ou 0,2% durante 1 min reduzem a quantidade de bactérias no ar produzidas durante os procedimentos operatórios, mas parecem não ser eficazes nos vírus, e especificamente no coronavírus. O bochecho com clorhexidina atua apenas nas bactérias livres (como as presentes na saliva) ou pouco aderidas às mucosas. Não atua nos vírus nem nas bactérias incorporadas no biofilme, nas bolsas periodontais ou da nasofaringe.

Os coronavírus são vulneráveis aos processos de oxidação por agentes químicos do tipo do peróxido de hidrogénio, álcool, iodopovidona e cloreto de cetilpiridínio^[24, 31, 34, 56, 124, 145]. *(Nível Ib, Classe I)*

- Pacientes com problemas respiratórios agudos, tosse, constipação não deverão ser tratados, exceto em casos de extrema urgência;
- Bochechar e gargarejar com soluções antimicrobianas com capacidade de oxidação deste tipo de vírus (peróxido de hidrogénio a 1%, iodopovidona a 0,2%) durante 30 a 60 s antes de iniciar a consulta;
- Usar sistemas de aspiração eficazes colocados junto da boca ou mesmo do local de produção do aerossol (especificações já referidas anteriormente);
- Usar sistemas de renovação do ar do gabinete de forma natural e/ou artificial, mas de forma racional (especificações já referidas anteriormente).

18.2. Deve realizar-se uma descontaminação perioral? Como fazer?

Resposta: Na face do paciente, as áreas em volta do nariz (nas quais se inclui a zona labial superior) e o canto interno do globo ocular concentram grande variedade e quantidade de agentes microbianos. O contacto com zona oral, nasal e ocular constitui uma via de contágio e transmissão de vírus e bactérias^[24, 145-147]. *(Nível Ib, Classe I)*

- Fazer a descontaminação da zona perioral e perinasal com SABA, peróxido de hidrogénio, iodopovidona ou solução de clorhexidina e álcool.

18.3. Qual a importância da utilização do dique de borracha?

Resposta: Embora possa existir alguma controvérsia, pois a colocação adequada do dique de borracha pode não reduzir a quantidade de aerossóis, reduz certamente a produção de bioaerossóis e gotículas contaminadas por sangue, saliva e vários agentes microbiológicos durante o uso dos instrumentos de corte por rotação, ultrassônicos e seringa de ar e água. Se a água e o ar que alimentam os instrumentos operatórios de corte não estiverem contaminados por microrganismos, fica apenas a superfície dos dentes a tratar como foco de contaminação potencial do aerossol produzido. A utilização de dique de borracha reduz a respiração oral do paciente, dando primazia à respiração nasal^[24, 31, 34, 148-150]. (*Nível Ib, Classe I*)

- Usar dique de borracha em todos os procedimentos, se possível e adequado;
- Limpar e descontaminar os dentes que ficam expostos após a colocação do dique de borracha com hipoclorito de sódio, iodopovidona ou peróxido de hidrogénio;
- Cuidados especiais na remoção do dique de borracha no final da consulta pois, devido às suas propriedades elásticas, podem projetar-se gotículas contaminadas aderidas à sua superfície interna que estava em contacto com as mucosas, fluídos e dentes. Utilizar a aspiração cirúrgica aquando da remoção previne a formação de aerossóis e a possibilidade do paciente se engasgar com a própria saliva.

18.4. Deve dar-se prioridade ao uso de materiais em unidose?

Resposta: Todos os materiais consumíveis deverão ser dispensados só no estritamente necessário, para que a exposição aos aerossóis seja minimizada. As tampas deverão estar colocadas sempre que não estejam em uso. Sempre que possível, o corpo das embalagens deverá ser protegido com uma barreira física (ex: película aderente). Deverá existir um local circunscrito e devidamente respeitado sobre a bancada para estes materiais. Os materiais utilizados num paciente não deverão regressar ao seu local de armazenamento sem que sejam desinfetados depois de removidas as barreiras físicas da embalagem. Deverá proceder-se à desinfecção de todos os frascos ou outras embalagens de consumíveis reutilizáveis utilizados durante a consulta com uma compressa embebida em hipoclorito de sódio ou toalhete desinfetante^[151]. (*Nível IV, Classe IIa*)

Pontos-Chave

- Pacientes com problemas respiratórios agudos devem ser tratados apenas em caso de extrema urgência. *(Nível Ib, Classe I)*
- Antes da consulta bochechar e gargarejar com solução de peróxido de hidrogénio 1-1,5% ou de iodopovidona a 0,2%, 30 a 60 s. *(Nível Ib, Classe I)*
- Utilização de dique de borracha sempre que possível e adequado. *(Nível Ib, Classe I)*
- Materiais consumíveis devem ter uma proteção física, a ser removida após o término da consulta, e serem descontaminados com toalhete desinfetante apropriado, álcool, peróxido de hidrogénio ou solução de hipoclorito de sódio antes de serem arrumados. *(Nível IV, Classe IIa)*

Instrumentos Rotatórios

19.1. Qual o impacto do instrumental operatório na produção de aerossóis?

Resposta: A contaminação microbiológica dos aerossóis pode provir do paciente (cavidade oral e vias respiratórias), da água, do ar do equipamento, ou dos próprios instrumentos e materiais de trabalho. Os instrumentos rotatórios, os aparelhos de ultrassons, os jatos de ar e partículas e a seringa de ar/água podem gerar uma grande quantidade de gotículas e aerossóis contendo microrganismos e fluidos como saliva, secreções nasofaríngeas ou sangue. Os aspiradores cirúrgicos de alto débito, se bem aplicados, podem reduzir significativamente a quantidade de gotículas e aerossóis que passam para o ambiente interno do consultório. A utilização de ultrassons e sistemas de corte rotatórios sem água também pode gerar aerossóis contaminados, ainda que não facilmente visíveis a olho nu. Os aerossóis e núcleos de gotículas aerossolizados podem permanecer no ar durante 30 min ou mais após o término dos procedimentos.

Os procedimentos com aparelhos de ultrassons ou piezoelétricos são os que produzem maior quantidade de aerossóis.

Os procedimentos com instrumentos de propulsão por ar comprimido, nomeadamente a preparação dentária com turbina, mas também com contra-ângulo, o polimento com jato de partículas, a seringa de ar-água ou a preparação dentária por abrasão, produzem também elevadas quantidades de aerossóis.

Assim, recomenda-se^[24, 31, 34, 104, 124, 152]: (*Nível Ib, Classe I*)

- Usar o mínimo possível a turbina, substituindo-a por contra-ângulos multiplicadores ou de 1:1 (com débito de água e ar ajustados);
- Usar dique de borracha (sempre que possível e adequado) e aspiradores cirúrgicos de alto débito no máximo da capacidade de exaustão (bocal de 8 mm ou superior e capacidade de aspiração 2,8 m³ de ar por minuto, no mínimo);
- Trabalhar, sempre que possível, a 4 mãos;
- Recomenda-se, se aplicável, a remoção por métodos manuais ou químico-manuais das lesões de cárie;
- Redução da carga microbiológica ativa na cavidade oral dos pacientes por ação de elixires adequados antes dos procedimentos operatórios (e durante, se pertinente);

- Limpar, desinfetar, lubrificar e esterilizar os equipamentos de corte e limpeza (turbina, contra-ângulos, peça de mão, destartarizadores, jatos de ar e partículas e afins);
- Renovação do ar do gabinete de forma eficiente;
- Tratamento de descontaminação, físico e/ou químico, da água dos equipamentos dentários com vista a reduzir a sua carga microbiológica que posteriormente integra os bioaerossóis;
- Usar EPI eficaz no que respeita ao risco de inalação ou contacto com pele e mucosas de aerossóis e gotículas;
- Dentro do gabinete, mesmo após terminar a consulta, os profissionais devem manter uma máscara e óculos e só devem tocar nas superfícies que estavam protegidas e/ou foram já desinfetadas.

19.2. Que especificações deve ter o instrumental operatório de corte/preparação? Os sistemas antirretorno são melhores?

Resposta: Durante o uso de equipamento operatório de corte por rotação ou ultrassons os agentes microbiológicos podem penetrar na tubagem e fazer uma contaminação inversa dos sistemas de ar e água dos equipamentos. *(Nível Ib, Classe I)*

- Após uma consulta, e antes de iniciar a seguinte, deve promover-se a eliminação de resíduos do interior das tubagens do instrumental de corte e afins, acionando-os durante 20 a 30 s, de forma a efetuar uma purga do sistema de alimentação de ar/água.
- Recomenda-se também o uso de equipamento operatório que possua válvulas antirretorno e pressão positiva constante de forma a diminuir a carga microbiológica da água disponibilizada nos terminais e o risco de contaminação^[24, 34, 124, 132, 133, 153].

Pontos-Chave

- Usar o mínimo possível a turbina, substituindo-a por contra-ângulos multiplicadores ou de 1:1 (com débito de água e ar ajustados). *(Nível III, Classe IIa)*
- Tratamento de descontaminação, físico e/ou químico, da água dos equipamentos dentários com vista a reduzir a sua carga microbiológica, que posteriormente integra os bioaerossóis. *(Nível III, Classe IIb)*
- Usar turbinas e contra-ângulos com sistema de antirretorno. *(Nível Ib, Classe I)*

As Etapas da Pós-Intervenção

Final da Consulta e Desinfecção do Gabinete Clínico

Soluções desinfetantes no Apêndice III, secção 3

20.1. Terminei o procedimento operatório. E agora?

Resposta: Recomenda-se sequencialmente:

- Levantar o paciente e instruir para a realização do bochecho com o anti-séptico;
- Solicitar ao paciente que coloque o guardanapo no copo;
- Fazer uma antissepsia da área perioral com uma compressa embebida numa solução alcoólica ou peróxido de hidrogénio 1% ou uma solução de iodopovidona (solução dérmica a 10%, atenção no caso de grávidas, crianças e intolerantes ao iodo);
- Dar indicação ao paciente para colocar a máscara e permanecer sentado até que se seja dada indicação para saída do gabinete. À excepção da área perioral e a estritamente necessária à realização dos procedimentos, o médico dentista não deve nunca colocar as mãos abaixo da sua cintura quando com o EPI colocado, tocar em si próprio ou no paciente^[88]. *(Nível IV, Classe IIa)*

20.2. Quais são as superfícies críticas?

Resposta: Dentro do gabinete as superfícies críticas estão identificadas como sendo os puxadores das gavetas, equipamentos (pontas e seringa de ar/água), sensor de imagiologia, cuspideira, candeeiro, mesa de trabalho (bandeja suspensa, carrinho de acessórios e balcão), teclados, ratos, puxadores de portas, torneiras, dispensadores manuais de detergentes e desinfetantes e as embalagens dos consumíveis^[42, 65, 154]. *(Nível III, Classe I)*

20.3. Como minimizar a contaminação e efetuar a limpeza das zonas críticas?

Resposta: Nestas zonas devem ser usadas barreiras impermeáveis descartáveis, como película aderente, papel de alumínio, mangas plásticas ou coberturas adesivas. No final da consulta estas barreiras devem ser removidas e descartadas, sendo as superfícies limpas e desinfetadas^[40, 75, 78]. *(Nível III, Classe I)*

20.4. As barreiras de proteção das superfícies de ecrãs, teclados e ratos devem ser removidas entre cada doente?

Resposta: Sim, todas as barreiras de proteção devem ser removidas no final de cada consulta, mesmo que durante o procedimento não tenham sido utilizadas. No final do período de consulta as superfícies devem ser desinfetadas^[126]. *(Nível IV, Classe II)*

20.5. Que cuidados devo ter com o invólucro do sensor de imagiologia digital e das películas radiográficas intraorais?

Resposta: Depois de utilizado, o invólucro de proteção do sensor de imagiologia digital, sendo de uso único, deve ser eliminado no contentor de resíduos de grupo III. As películas radiográficas convencionais ou de fósforo, depois de removidas do posicionador, devem ser desinfetadas (mergulhadas numa solução ou limpas por um toalhete) antes de serem colocadas no revelador ou no equipamento de leitura. Na transição para a revelação não se deve manipular as películas com luvas contaminadas. Nunca tocar com as luvas contaminadas pela saliva do paciente na película radiográfica. Se isso ocorrer, fazer a desinfeção do filme com gaze embebida em álcool a 70%, friccionando as faces do filme por 30 s^[127]. *(Nível IV, Classe IIa)*

20.6. Como desinfetar os posicionadores radiográficos?

Resposta: Terminada a consulta os posicionadores deverão ser lavados com água e detergente, e de seguida colocados na tina de ultrassons. Os procedimentos de esterilização devem seguir as recomendações do fabricante^[123, 126, 151]. *(Nível IV, Classe IIa)*

20.7. Como proteger e desinfetar os sensores de imagiologia digital, câmaras e *scanners* intraorais?

Resposta: No caso de sensores de imagiologia digital, para garantir a prevenção da contaminação cruzada, recomenda-se o uso da bainha de proteção plástica combinada com uma dedeira de silicone (ex. dedo de uma luva), melhorando assim o isolamento garantido pelas bainhas comercializadas. As bainhas protetoras deverão recobrir o punho da câmara e/ou parte do cabo do sensor de forma a garantir a proteção de contacto com a saliva. A desinfecção destes dispositivos deve ser realizada com toalhetes desinfetantes virucidas e as partes amovíveis devidamente esterilizadas^[26, 73, 123, 126, 151]. *(Nível IV, Classe IIa)*

20.8. Deve ser feita a purga dos instrumentos rotatórios antes de serem removidos para esterilização?

Resposta: No final da consulta devem ativar-se 20-30 s os instrumentos rotatórios, mesmo os que apresentam sistema antirretorno. O uso de instrumental rotatório sem função antirretorno está desaconselhada. Após remover a barreira física, devem ser desconectados do acoplamento e colocados sobre o tabuleiro de observação^[24, 75]. *(Nível IV, Classe IIa)*

20.9. A desinfecção química externa de turbinas, contra-ângulos e destartarizadores é suficiente contra o SARS-CoV-2 ou deverão ser esterilizados entre cada paciente?

Resposta: Não. A limpeza e desinfecção externa com desinfetantes apropriados não diminuem o potencial de infeção cruzada em instrumental que não incorpore um sistema de antirretorno. Recomenda-se, para além da desinfecção externa destes dispositivos, a sua esterilização entre pacientes^[24, 126, 155-157]. *(Nível IIb, Classe IIa)*

20.10. Qual a sequência de remoção das barreiras físicas e dos instrumentos rotatórios?

Resposta: A remoção das barreiras deverá ocorrer da zona potencialmente menos contaminada para a mais contaminada. Quanto às barreiras físicas, devem remover-se inicialmente as das pegas (candeeiro, tabuleiro do equipamento, ampola radiográfica) e por último as dos aspiradores, da seringa ar/água e dos instrumentos rotatórios; no caso destes últimos, removê-los para se proceder à desinfeção na zona de esterilização. Após a remoção das barreiras físicas e instrumentos as superfícies devem ser desinfetadas com toalhete virucida^[75]. *(Nível IV, Classe IIa)*

20.11. Como eliminar as barreiras físicas de proteção do equipamento?

Resposta: As barreiras físicas devem ser colocadas no contentor de resíduos do grupo III^[126]. *(Nível IV, Classe II)*

20.12. Na desinfeção das superfícies (equipamentos e bancadas), qual o produto mais eficiente e quanto tempo deve ficar a atuar?

Resposta: A das superfícies pode ser efetuada com um detergente de base desinfetante para se conseguir um procedimento mais rápido, ou seja, um produto que contenha na sua composição detergente e desinfetante compatíveis (2 em 1). De um modo global devem ser usados produtos comercialmente disponíveis (como virucidas), devidamente certificados pelas entidades competentes. Podem ter diferentes apresentações: líquido, gel, espuma ou spray. Como alternativa, está comprovada a utilização de soluções de base alcoólica (70%, pelo menos 1 min), peróxido de hidrogénio (0,5-1%, pelo menos 1 min), hipoclorito de sódio (0,1-0,5%, pelo menos 10 min). As superfícies metálicas, que não são compatíveis com o hipoclorito de sódio por risco de corrosão, devem ser desinfetadas com soluções de base alcoólica ou outro produto adequado, durante pelo menos 1 min^[75, 78, 158, 159]. *(Nível III, Classe I)*

20.13. Os raios ultravioleta são um meio eficiente de esterilização?

Resposta: Os raios ultravioleta são eficientes quando conjugados com desinfetantes de superfícies com propriedades virucidas^[160]. *(Nível Ia, Classe IIa)*

20.14. No referente aos invólucros e embalagens dos consumíveis utilizados, qual o produto mais adequado para desinfecção e tempo de atuação?

Resposta: Devem desinfetar-se as embalagens dos materiais consumíveis utilizados na consulta com desinfetante virucida certificado ou, em alternativa, hipoclorito de sódio a 0,1% ou álcool a 70%, deixando o produto atuar pelo menos 1 min^[57, 127]. *(Nível III, Classe I)*

20.15. É necessário fazer o arejamento adequado do gabinete clínico antes de iniciar a próxima consulta?

Resposta: O arejamento do gabinete clínico é recomendado pela maioria dos autores. Contudo, o tempo necessário para tal depende da volumetria do espaço e das características da ventilação disponível, entre outros fatores, e não está plenamente esclarecido. Alguns autores apontam para o arejamento natural no mínimo durante 10 min ou para utilização de sistema AVAC^[26-35, 37, 38]. *(Nível IV, Classe IIa)*

20.16. Qual a frequência de limpeza e desinfecção do pavimento do gabinete clínico?

Resposta: Desinfetar pelo menos 3 vezes por dia recorrendo a agentes de limpeza adequados e, adicionalmente, sempre que manifestamente tenha ocorrido contaminação do mesmo por saliva, sangue ou outro tipo de contaminante^[40, 75, 78]. *(Nível III, Classe I)*

20.17. No pavimento do gabinete clínico qual o produto a utilizar e quanto tempo deve atuar para desinfeção adequada?

Resposta: Deve realizar-se a desinfeção utilizando um produto detergente para lavar, com a incorporação de um desinfetante virucida certificado, hipoclorito de sódio 0,2% ou peróxido de hidrogénio 0,5%, deixando atuar até secar^[57, 68, 127, 138]. A limpeza do pavimento deve ser sempre efetuada pela forma húmida, evitando o uso de aspiradores^[57, 127]. *(Nível IV, Classe I)*

20.18. De que forma deve limpar-se o gabinete clínico?

Resposta: Deve ser realizada sempre no sentido descendente (cima para baixo), e das áreas mais limpas para as mais sujas^[75, 78]: *(Nível IV, Classe I)*

1. Paredes;
2. Equipamentos existentes na área;
3. Superfícies acima do pavimento (bancadas, mesas, cadeiras, outros);
4. Lavatórios;
5. Pavimento.

20.19. Que produtos de limpeza/desinfeção devem utilizar-se?

Resposta: Os produtos de limpeza devem conter desinfetantes certificados para uso em instalações hospitalares/clínicas e obedecer à norma europeia EN 14476 para produtos virucidas. Devem ser aplicados conforme as instruções do fabricante.

Como opção, para as superfícies menos críticas, podem utilizar-se produtos à base de hipoclorito de sódio (0,1-0,5%). A solução deve ser preparada somente na altura da utilização (ativo por 24 h). É importante deixar actuar por 10 min e em seguida enxaguar^[57, 78]. *(Nível IV, Classe I)*

20.20. Que formas de apresentação dos produtos de limpeza devem utilizar-se?

Resposta: Os produtos de limpeza podem apresentar-se sob a forma de spray, panos de limpeza descartáveis ou toalhetes humedecidos em dispensador próprio. No caso dos descartáveis, deve ser utilizado um para cada superfície a limpar, deixando-a secar no final, assegurando que o desinfetante atua o tempo recomendado^[57, 78]. *(Nível IV, Classe I)*

20.21. Qual o desinfetante mais adequado para ser aplicado na forma de toalhetes?

Resposta: Os toalhetes impregnados exigem um tempo de atuação curto (até 1 min), sendo que o desinfetante mais recomendado é o etanol 62-71%, com 1 min de exposição^[127]. *(Nível III, Classe I)*

20.22. Como devem limpar-se as superfícies se houver sangue ou outros produtos orgânicos?

Resposta: Nesse caso, com luvas e óculos de proteção colocados, deve absorver-se a totalidade do derrame com papel absorvente; aplicar, de seguida, uma solução de hipoclorito de sódio a 5% (lixívia) ou um desinfetante indicado; deixar atuar durante pelo menos 10 min; lavar a área suja com água e detergente comum; por fim enxaguar só com água e deixar secar ao ar^[57, 78]. *(Nível IV, Grau I)*

Pontos-Chave

- Realizar antissepsia da zona perioral com peróxido de hidrogénio a 1% ou solução de iodopovidona 10%, saindo do gabinete com máscara. *(Nível IV, Classe IIa)*
- As barreiras de proteção colocadas em superfícies de contacto clínico devem ser sempre removidas após o término da consulta. *(Nível IV, Classe II)*
- As barreiras devem ser removidas do local potencialmente menos contaminado para o mais, seguida da desinfecção das superfícies com solução de base alcoólica. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Os protetores dos sensores de radiografia e de películas intraorais, assim como as barreiras físicas removidas, devem ser colocados no contentor de resíduos do grupo III. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Os posicionadores devem ser lavados e desinfetados de acordo com a indicação do fabricante. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Os sensores imagiológicos digitais, câmaras e *scanners* intraorais necessitam de dupla proteção com barreira plástica e dedeira de silicone. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Após cada utilização os sistemas rotatórios devem ser ativados 20 a 30 s sendo a sua esterilização entre consultas aconselhada. *(Nível IIb, Classe IIa)*
- As superfícies do gabinete devem ser desinfetadas com soluções 2 em 1 (detergente e desinfetante). Optar por soluções de base alcoólica para superfícies metálicas. *(Nível III, Classe I)*
- As embalagens de consumíveis devem ser desinfetadas com produto virucida ou, em alternativa, uma solução de hipoclorito de sódio a 0,1% ou de álcool a 70%. *(Nível III, Classe I)*
- Os produtos de limpeza do gabinete devem ser certificados pela sua ação virucida. A limpeza deve ser efetuada de cima para baixo, do mais limpo para o mais sujo. *(Nível IV, Classe I)*
- O pavimento do gabinete deve ser limpo pelo menos 3 vezes por dia. *(Nível III, Classe I)*
- A janela do gabinete clínico, a existir, deve ser aberta (pelo menos 10 min) para arejamento. *(Nível IV, Classe IIa)*

Materiais e dispositivos a enviar para o laboratório de prótese

21.1. Qual o protocolo de desinfeção das impressões?

Resposta: As impressões devem ser primeiro passadas por água durante 10 s e depois desinfetadas com um produto específico de acordo com o material em causa: os elastómeros (silicones e poliésteres) devem permanecer imersos durante pelo menos 5 min em desinfetantes à base de amónia e aldeídos, 10 min em hipoclorito de sódio a 5% ou 10 min em peróxido de hidrogénio a 3%; os alginatos devem ser pulverizados com um desinfetante à base de hipoclorito de sódio a 1% e colocados num saco plástico fechado durante 10 min^[161, 162]. *(Nível IIa, Classe I)*

21.2. Qual o protocolo de desinfeção dos modelos de gesso?

Resposta: No caso de modelos de gesso que foram manuseados durante a consulta e contaminados por saliva, estes deverão ser imersos numa solução de água de gesso com hipoclorito de sódio a 0,5% ou glutaraldeído a 2%, durante 5 min, sem risco de alteração dimensional dos mesmos^[163-165]. *(Nível IIb, Classe IIa)*

21.3. Qual o protocolo de desinfeção dos dispositivos de prova (coifas, ceras de registo, *try-in*, coroas/pontes e próteses removíveis?

Resposta: No caso dos dispositivos de prova estes podem ser desinfetados com álcool a 70% durante 5 min^[127]. *(Nível IIb, Classe I)*

21.4. Qual o protocolo de desinfeção de próteses pré-existentes?

Resposta: No caso das próteses acrílicas, estas devem ser imersas numa solução anti-séptica contendo hipoclorito de sódio a 1% durante 10 min. As próteses constituídas por partes metálicas não devem ser colocadas em hipoclorito de sódio; em alternativa deve utilizar-se o peróxido de hidrogénio a 1% durante 10 min^[166]. *(Nível IIa, Classe IIa)*

Pontos-Chave

- As impressões devem ser passadas por água corrente e depois colocadas em desinfetante para impressões:
 - Elastómeros: desinfetante à base de amónia e aldeídos durante 5 min, ou hipoclorito de sódio a 5% durante 10 min, ou peróxido de hidrogénio a 3% durante 10 min;
 - Alginato: pulverizadas com hipoclorito a 1% e mantida em saco fechado por 10 min. *(Nível IIa, Classe I)*
- Os modelos de gesso que foram manuseados durante a consulta e contaminados por saliva deverão ser imersos numa solução de água de gesso com hipoclorito de sódio a 0,5% ou glutaraldeído 2% durante 5 min. *(Nível IIb, Classe IIa)*
- Os dispositivos de prova devem ser descontaminados numa solução de base alcoólica a 70% durante 5 min. *(Nível IIb, Classe I)*
- As próteses pré-existentes acrílicas devem ser imersas numa solução de hipoclorito de sódio 1% durante 10 min; com partes metálicas utilizar peróxido de hidrogénio a 1%, 10 min. *(Nível IIa, Classe IIa)*

A Remoção do EPI

22.1. Qual a sequência de remoção do EPI em cada um dos graus (1, 2 e 3)?

Resposta: Existem várias maneiras de remover o EPI com segurança e sem contaminar a roupa, pele ou mucosas com materiais potencialmente infecciosos. Devem remover-se todos os EPI antes de sair do gabinete, exceto o respirador, se usado. A sequência de remoção pode ser variável e depende do nível de risco do paciente a tratar ou o procedimento a realizar. A remoção dos óculos de proteção ou a proteção facial deve ser feita pela zona posterior, levantando a faixa pela cabeça ou orelhas. Retirar viseira, óculos e colocá-los em local específico sobre a bancada para posterior desinfecção, se forem reutilizados; caso contrário, colocar diretamente para o recipiente do lixo^[24, 41, 52, 75, 84, 87]. *(Nível IV, Classe I)*

- **Grau 1:**

- Remover a bata impermeável pelo exterior, puxando pela região dos ombros, enrolando-a sucessiva e suavemente de forma a criar o menor volume possível e simultaneamente remover as luvas;
- Antissepsia das mãos com SABA;
- Remoção da touca e máscara cirúrgica e higienizar novamente as mãos.

- **Grau 2:**

- Remover a bata impermeável descartável pelo exterior, puxando pela região dos ombros como no nível anterior;
- Retirar as luvas descartáveis, juntamente com a bata;
- Antissepsia das mãos com SABA;
- Remover a proteção ocular (viseira ou óculos) (de trás para a frente) e gorro/touca;
- Remover o cobre botas;
- Antissepsia das mãos com SABA;
- Remover o respirador FFP2 ou equivalente (de trás para a frente pelos elásticos, sem nunca tocar na face externa da máscara);
- Antissepsia das mãos com SABA.

- **Grau 3:**

- Retirar o par de luvas exterior;
- Desinfetar as luvas interiores com SABA;
- Retirar a proteção ocular e gorro/touca/capuz do fato cirúrgico (se utilizado capuz cirúrgico primeiro desapertá-lo):
 - Se viseira: retirar a viseira e o gorro/touca/capuz cirúrgico em gesto único, de trás para a frente, pelo exterior;
 - Se óculos: retirar os óculos e, se reutilizáveis, colocá-los em contentor próprio; de seguida retirar o gorro/touca/capuz cirúrgico de trás para a frente, pelo exterior;
- Remover a bata (desapertando os atilhos lateralmente e puxando, pelo exterior com movimento abrupto, na região dos ombros) e retirar simultaneamente o par interior de luvas; ou remover o fato e depois as luvas;
- Remover o cobre botas;
- Efetuar antissepsia das mãos com SABA;
- Remover o respirador FFP2 ou FFP3 (de trás para a frente pelos elásticos, sem nunca tocar na face externa da máscara);
- Antissepsia das mãos com SABA.

Nota: se as luvas contactarem acidentalmente com superfícies contaminadas durante a etapa de remoção, desinfetar imediatamente com SABA.

(ver colocação de EPI - Apêndice III, secção 2)

22.2. O EPI descartável, depois de removido, onde deve ser colocado? Em que tipo de contentor?

Resposta: O EPI descartável deve ser colocado diretamente num recipiente de resíduos do grupo III^[167]. (*Nível IV, Classe I*)

22.3. Qual o protocolo para remoção de luvas?

Resposta: À exceção da área perioral e a estritamente necessária à realização dos procedimentos, o médico dentista não deve nunca contactar com as mãos abaixo da

cintura com o EPI colocado, tocar em si próprio ou no paciente, pois o exterior das luvas está contaminado.

Protocolo de remoção das luvas^[41, 52, 87, 143, 167]: *(Nível IV, Classe I)*

- Usando uma mão enluvada, segurar a área da palma da outra mão enluvada e retirar a primeira luva;
- Segurar a luva removida na mão enluvada;
- Deslizar os dedos da mão sem luva sob o pulso da luva restante e retirar a segunda luva sobre a primeira luva;
- Descartar as luvas num recipiente de lixo contaminado;
- Desinfetar as luvas que permanecem com SABA;
- Quando removido o primeiro par de luvas, as mãos deverão ser imediatamente lavadas com o detergente e anti-séptico adequados.

22.4. Quando e como o deve o médico dentista remover a máscara?

Resposta: Após o paciente sair do gabinete o médico dentista pode remover a máscara ou respirador do seguinte modo^[41, 167]: *(Nível IV, Classe I)*

- A parte externa da máscara/respirador está contaminada - não tocar!
- Segurar as presilhas ou elásticos da máscara/respirador na sua porção mais posterior e remover sem tocar na zona externa;
- Colocar a máscara/respirador e as luvas no contentor de resíduos grupo III.

22.5. Quando deve o assistente retirar o EPI?

Resposta: Apenas deve retirar o EPI depois do gabinete estar integralmente descontaminado^[85]. Nas consultas de rotina, após desinfecção e remoção de todos os meios de proteção e barreiras descartáveis, o assistente, após assegurar o arejamento do gabinete, deve colocar um novo par de luvas para recolocar todos os meios de proteção e barreiras físicas no gabinete, nos aparelhos e nos materiais consumíveis para o atendimento seguinte. *(Nível IV, Classe I)*

22.6. As máscaras FFP2 (N95) e FFP3 podem ser reutilizadas?

Resposta: As máscaras FFP2 e FFP3 podem ser utilizadas durante 5 a 6 horas. Quando utilizadas para doentes diferentes devem estar cobertas por uma máscara cirúrgica, sendo esta última trocada no final de cada procedimento. As máscaras FFP2 ou FFP3 devem ser trocadas sempre que fiquem húmidas ou visivelmente contaminadas. Deve evitar-se tocar na superfície externa da máscara depois de colocada^[168, 169]. *(Nível IV, Classe II)*

22.7. Em que local deve remover-se o EPI? No gabinete clínico ou noutra local?

Resposta: A remoção de todos os EPI deve ocorrer antes da saída do gabinete clínico, à exceção do respirador. Nunca sair do gabinete ou tocar em superfícies (puxadores, mesas, cadeiras de apoio, bancadas, gavetas, paredes, todo o material envolvente) com o segundo ou primeiro par de luvas colocado^[167]. *(Nível IV, Classe I)*

22.8. Onde deve o assistente colocar os EPI depois de removidos?

Resposta: O fato de proteção reutilizável deve ser colocado em local adequado e em saco fechado para envio para tratamento. O material contaminado descartável deve ser colocado nos contentores de resíduos grupo III. As viseiras e óculos deverão ser colocados em local apropriado para posterior desinfeção^[85]. *(Nível IV, Classe IIa)*

22.9. Como lavar e desinfetar a viseira e os óculos?

Resposta: Neste âmbito preconiza-se a sequência seguinte:

- (1) Lavar com um detergente a superfície interna e depois a externa;
- (2) Desinfetar a superfície externa com um desinfetante adequado;
- (3) Lavar com água corrente ou pulverizar com álcool;
- (4) Secar com papel absorvente ou deixar expostos ao ar^[170].

Nota: este procedimento deve ser efetuado com luvas. *(Nível IV, Classe I)*

22.10. Os uniformes podem ser reutilizados no dia seguinte sem serem lavados?

Resposta: Os uniformes não devem ser reutilizados no dia seguinte sem serem lavados^[171]. *(Nível IV, Classe IIa)*

22.11. Que tipo de tratamento deve fazer-se aos materiais tecidos não críticos: uniformes?

Resposta: Apesar deste tipo de vestuário constituir um risco muito reduzido para o contágio e propagação do SARS-CoV-2, nesta fase pandémica deve ser lavado com mais frequência e manipulado com luvas, ou ter sempre o cuidado de lavar as mãos depois de serem manipulados. Lavar os uniformes de acordo com as instruções do fabricante. Utilizar um programa de água, o mais quente possível, secando-os completamente com máquina de secar e/ou passando-os a ferro^[171]. *(Nível IV, Classe IIa)*

Em casa:

22.12. Depois de um dia de trabalho como proceder ao chegar a casa?

Resposta: Devem descalçar-se os sapatos à entrada de cas, despir a roupa e tomar banho imediatamente^[56]. *(Nível IV, Classe IIb)*

Pontos-Chave

- A remoção de EPI de grau 1, 2 e 3 obedece a uma ordem sequencial. *(Nível IV, Classe I)*
- Após ser removido, o EPI deve ser colocado no contentor de resíduos de grupo III. *(Nível IV, Classe I)*
- Com o EPI colocado as mãos não devem tocar abaixo da cintura, sendo que as luvas devem ser removidas com uma sequência própria. *(Nível IV, Classe I)*
- O médico dentista pode retirar a máscara após sair do gabinete; o assistente pode retirar após a descontaminação do gabinete. *(Nível IV, Classe I)*
- FFP2 e FFP3 podem ser mantidas até 6 horas, desde que protegidas por uma máscara cirúrgica trocada entre pacientes. *(Nível IV, Classe II)*
- A viseira e óculos devem ser lavados e desinfetados, primeiro do lado interno e depois externo, com água e sabão e SABA. Este procedimento deve realizar-se com luvas. *(Nível IV, Classe I)*
- Os uniformes devem ser lavados no final de cada dia de consulta. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Depois de um dia de trabalho, descalçar os sapatos à entrada de casa, despir a roupa e tomar banho imediatamente. *(Nível IV, Classe IIb)*

O Acompanhamento do Paciente

23.1. O uso de máscara cirúrgica pelo paciente no interior da clínica reduz o risco de infeção cruzada por SARS-CoV-2?

Resposta: Logo que termine o procedimento e realize o bochecho o paciente deve colocar imediatamente a máscara de proteção individual^[63, 88]. *(Nível Ib, Classe I)*

23.2. Deve limitar-se o movimento dos pacientes dentro do gabinete clínico após os procedimentos operatórios?

Resposta: O doente deve permanecer sentado enquanto se agilizam os procedimentos de registo e de marcação da próxima consulta^[14]. *(Nível IV, Classe IIa)*

23.3. Deve providenciar-se informação adicional ao paciente em meio digital em detrimento do suporte papel?

Resposta: Deve ser assegurado o envio de mensagem para o paciente com a data e hora da próxima consulta, assim como indicação de que será notificado da marcação na véspera da consulta. No caso de prescrição de medicação deverá ser dada preferência ao meio electrónico (ex: SMS, correio electrónico) para a disponibilização da mesma^[14]. *(Nível IV, Classe IIa)*

23.4. Como proceder à antissepsia das mãos antes da saída do gabinete aplicável ao médico, assistente, doente/acompanhante?

Resposta: Deve existir no gabinete clínico um dispensador de SABA para antissepsia das mãos d antes de abandonar o gabinete. Deve recomendar-se que o faça novamente na receção caso toque em alguma superfície ou se dirija às instalações sanitárias^[14, 63]. *(Nível IV, Classe IIa)*

Pontos-Chave

- O paciente deve permanecer sentado durante a marcação da próxima consulta, sendo informado desta por mensagem. *(Nível IV, Classe IIa)*
- O paciente deve sair da consulta com a máscara que lhe foi fornecida à entrada. *(Nível Ib, Classe I)*
- O paciente deve realizar a antissepsia das mãos com SABA antes de abandonar o gabinete e fazê-lo novamente na recepção, se necessário. *(Nível IV, Classe IIa)*

O Regresso do Paciente à Receção

24.1. O paciente deve manter o distanciamento social na receção e os meios de proteção após a consulta?

Resposta: Deve manter a distância de segurança para com o balcão de acordo com a sinalética e evitar o contacto físico com superfícies e rececionista^[24]. *(Nível IV, Classe IIa)*

24.2. O paciente deve manter a máscara colocada na zona de receção após a consulta?

Resposta: O paciente deve estar sempre com a máscara de proteção colocada em todos os ambientes de circulação na clínica^[88]. *(Nível IV, Classe I)*

24.3. Que informações adicionais importantes devem ser disponibilizadas ao paciente pela rececionista, no contexto da infeção por COVID-19, no pós-consulta?

Resposta: Deve:

- Informar o paciente que deve entrar em contacto com a clínica/consultório nos 15 dias subsequentes à consulta se desenvolver sintomas compatíveis com COVID-19;
 - Informar o paciente caso o pessoal médico e não médico (assistentes/rececionista) nos 15 dias subsequentes à consulta desenvolverem sintomas compatíveis com COVID-19^[57]. *(Nível IV, Classe IIa)*
-

24.4. O que deve ser confirmado ao paciente pela rececionista antes de sair da clínica?

Resposta: Deve confirmar que foi realizado o registo clínico do paciente, o lançamento da consulta e validar com o paciente se recebeu a mensagem com a marcação da próxima consulta e, no caso de necessidade, com a prescrição da medicação. Disponibilizar gel ou solução anti-séptica para o paciente higienizar as suas mãos antes de sair; solicitar a

remoção da máscara apenas e só em casa ou, no mínimo, já fora das instalações da clínica; despedir do paciente de forma cordial e positiva^[83]. (*Nível IV, Classe IIa*)

Pontos-Chave

- Salvar o cumprimento do distanciamento social na recepção. *(Nível IV, Classe IIa)*
- O paciente deve usar sempre a máscara na clínica. *(Nível IV, Classe I)*
- Se o paciente desenvolver sintomas de COVID-19 até 15 dias após a consulta deve entrar em contacto com a clínica; da mesma forma, se algum profissional da clínica desenvolver sintomas, o paciente deverá ser informado. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Antes do paciente deixar a clínica, deve ser confirmada a execução do registo clínico, o lançamento da consulta e a validação da confirmação da consulta seguinte. *(Nível IV, Classe IIa)*
- O paciente deve higienizar as mãos antes de sair da clínica e lembrar que não deve remover a máscara até chegar a casa. *(Nível IV, Classe IIa)*

Os Meios de Pagamento

25.1. Que formas de pagamento e de emissão de recibo devem ser recomendadas?

Resposta: O pagamento e a emissão do recibo deverá ser realizado, preferencialmente, pelos meios eletrónicos (desmaterializado sem papel), nomeadamente com cartões do tipo *contactless* ou por *MBway*, *iPAY*, entre outros. No caso de não ter os meios atrás referidos deverá ser o próprio paciente a passar o seu cartão para leitura da banda ou *chip* magnéticos. Neste caso, deve digitar o código carregando apenas nas teclas e não segurando a máquina; manter a máquina de multibanco devidamente protegida com película aderente e colocar outra sobre as teclas, sempre que houver necessidade do paciente digitar o código pessoal. Assim que utilizado e digitado o código, remover de imediato a película ou aplicar um desinfetante com álcool a 70%^[172]. A utilização de cartão permite uma maior facilidade de limpeza e desinfeção relativamente ao dinheiro em papel, pois não existe nenhum meio de desinfeção adequado para este, não obstante o risco de infeção por manuseamento de dinheiro em papel parecer ser reduzido à luz da evidência existente. (*Nível IV, Classe IIa*)

Pontos-Chave

- Pagamento preferencialmente por meios eletrónicos - *contactless*, *MBway*, *iPAY* ou outros. Não sendo possível, o paciente deve manusear o próprio cartão. (*Nível IV, Classe IIa*)
- Após a utilização do terminal de multibanco a proteção deve ser substituída ou deve ser aplicada uma solução de álcool a 70%. (*Nível IV, Classe IIa*)

A Esterilização

Normas de Limpeza, Desinfecção e Esterilização do Material

26.1. A contaminação por SARS-CoV-2 implica a alteração de procedimentos na lavagem, descontaminação e esterilização dos materiais e instrumentos?

Resposta: Não implicam alterações às boas práticas, no entanto devem ser relembrados os procedimentos recomendados. Os instrumentos não rotatórios devem ser pré-tratados (descontaminados) com um desinfetante próprio ou com uma solução de hipoclorito de sódio a 5% (atenção aos metais), durante 30 min; lavados com água, colocados na tina de ultrassons com um desinfetante enzimático durante o tempo e temperatura recomendados; depois de secos devem ser colocados em manga (em *kits* ou individualmente) e colocados no autoclave. Os instrumentos rotatórios devem sofrer um pré-tratamento com uma solução de álcool a 70%, uma lavagem com detergente e, depois de secos, lubrificados, colocados na manga de esterilização e autoclavados. Depois de autoclavados e antes da reutilização clínica, os instrumentos rotatórios podem ser novamente lubrificados, manualmente ou em equipamentos próprios. Instrumentos que entram em contacto com a mucosa oral e fluidos do doente (ex: espelho, pinça, aplicadores de materiais restauradores) devem ser considerados como semicríticos e devem ser esterilizados por métodos térmicos (vapor e pressão - autoclave; vapor químico - formaldeído; calor seco); instrumentos semicríticos sensíveis ao calor não devem ser reutilizados, sendo descartados. Instrumentos cirúrgicos e outros que penetram nos tecidos moles ou osso (ex: boricão, curetas periodontais, brocas de osso, etc.) devem ser considerados como críticos e, quando não de uso único, devem ser autoclavados^[85, 123, 126, 151, 159]. (*Nível IIb, Classe IIa*)

26.2. Que tipo de saco está indicado para acondicionar os resíduos do grupo III?

Resposta: Os resíduos de cada consulta devem ser acondicionados num saco apropriado selado com um atilho, pulverizado com hipoclorito de sódio e colocado no recipiente de armazenamento a aguardar a recolha pela empresa avençada^[24]. *(Nível IV, Classe I)*

26.3. A colocação dos resíduos do grupo III no respetivo contentor deve ser efetuada ainda no gabinete ou na sala de esterilização?

Resposta: Deve ser realizada o mais próximo possível do local onde os mesmos são produzidos, ou seja, no interior do próprio gabinete^[24]. *(Nível IV, Classe I)*

26.4. A contaminação por SARS-CoV-2 implica a alteração de procedimentos na manipulação e processamento dos resíduos?

Resposta: O grau de infeciosidade deste vírus implica cuidados protocolados e redobrados para minimizar o risco de infeção cruzada^[85]. *(Nível IV, Classe IIa)*

26.5. O material/instrumental manipulado pelo médico dentista deve ser considerado semicrítico ou crítico?

Resposta: Todo o material/instrumental manipulado pelo médico dentista deve ser considerado crítico. Deverá ser esterilizado, desde que as características o permitam. Para efeitos de biossegurança, um material não-crítico deve ser tratado como material semicrítico quando manipulado pelo médico dentista^[173]. *(Nível IV, Classe I)*

Princípios básicos a seguir:

- Nunca desinfetar o que pode ser esterilizado;
- Dar sempre preferência aos métodos físicos de esterilização, nomeadamente pelo calor (autoclave).

26.6. O material/instrumental manipulado pelo assistente dentário deve ser considerado semicrítico ou crítico?

Resposta: Todo o material/instrumental manipulado pelo assistente dentário e que esteve em contacto com as mucosas ou com saliva ou outros fluidos do doente, deve ser considerado crítico. Quando não descartável, deverá ser esterilizado, desde que as características o permitam. Quando tal não é possível, deve ser desinfetado^[173]. *(Nível IV, Classe I)*

26.7. Podemos desinfetar as máscaras FFP2 (N95) e FFP3?

Resposta: As FFP2 podem ser desinfetadas com vapores de peróxido de hidrogénio e luzes UV; no entanto, estes procedimentos só se justificam em alturas de elevada escassez destes equipamentos, uma vez que não existe evidência suficiente na literatura para validar estes procedimentos^[174]. *(Nível IIb, Classe IIb)*

Pontos-Chave

- Tanto o material manipulado pelo médico como pelo assistente é considerado como crítico e deve ser submetido a esterilização em autoclave sempre que as indicações do fabricante o permitirem. *(Nível IV, Classe I)*.
- Instrumentos não rotatórios devem ser descontaminados *(Nível IIb, Classe IIb)* com solução própria ou hipoclorito de sódio a 5%, lavagem com água, ultrassons (com detergente enzimático), secos, colocados em manga e autoclave de acordo com o fabricante. *(Nível IIb, Classe IIa)*
- Instrumentos rotatórios: solução de álcool a 70%, lavagem com detergente, secos, colocados em manga e autoclave. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Material que contacta com a cavidade oral: aconselha-se esterilização em autoclave. *(Nível IV, Classe IIa)*
- Resíduos do grupo III devem ser colocados em saco próprio, fechado com atilho e pulverizado com hipoclorito. A sua deposição no contentor deve ser realizada dentro do gabinete clínico. *(Nível IV, Classe I)*

A Exposição Acidental

Como proceder em caso de Exposição Acidental

27.1. A cavidade oral é um local de tropismo para o SARS-CoV-2?

Resposta: Há uma necessidade urgente de informação sobre o tropismo local específico do vírus no organismo humano para se perceber a sua replicação, a resposta imunitária e a infeciosidade. A maioria dos coronavírus ligam-se aos recetores celulares pela proteína *spike*. O SARS-CoV-2 usa a ECA2, expressa em vários órgãos, como um recetor-chave^[175]. A afinidade para este recetor parece ser maior com este vírus do que com outros coronavírus^[176]. A expressão predominante da ECA2 no trato respiratório inferior parece ter determinado a história natural do SARS-CoV-2 como uma infeção respiratória do trato inferior. Contudo, há evidência que relata um tropismo para células na orofaringe, com uma replicação ativa durante os primeiros 5 dias após o início dos sintomas e com elevada carga viral na saliva da orofaringe posterior^[176, 177]. Num modelo pré-clínico em primatas não-humanos, os dutos das glândulas salivares foram alvo inicial da SARS-CoV e, como tal, uma fonte da carga viral na saliva^[178]. A orofaringe posterior é um ponto de encontro das secreções da nasofaringe posterior, da árvore traqueo-brônquica e das glândulas salivares. Dados preliminares indicam que há uma elevada expressão dos receptores ECA2 nas células epiteliais das mucosas orais, mais elevada na língua, o que aponta para que a cavidade oral possa ser um local de acrescida susceptibilidade de infeção pelo SARS-CoV-2^[179].

Foram identificados vários locais na mucosa oral que expressam o principal recetor-chave que estabelece a ligação ao SARS-CoV-2 e medeia a sua invasão intracelular. Apesar de não existir evidência direta da acção deste tropismo como um nicho preferencial de colonização viral, dados preliminares estabelecem o racional deste mecanismo, que aponta para que a cavidade oral possa ser um local de marcada susceptibilidade de infeção pelo SARS-CoV-2. (*Nível IV, Classe I*)

27.2. No caso de exposição accidental a contaminantes biológicos de paciente COVID-19 positivo, qual o procedimento a adotar?

Resposta: No caso das mãos (sem proteção ou com luvas que perderam a sua barreira de proteção) deve proceder-se imediatamente à sua antissepsia com SABA. A pele é a barreira mais externa do corpo humano. Os profissionais de saúde que trabalham com pacientes com o COVID-19 são propensos aos danos da barreira da pele e da mucosa. Para minimizar a quebra da barreira da pele e da mucosa os profissionais de saúde devem seguir os padrões de uso de equipamentos de proteção e evitar a exposição excessiva. No caso das mucosas, nomeadamente a conjuntiva ocular, deve proceder-se à lavagem imediata com água ou soro fisiológico. Na suspeita de exposição ao tirar os óculos, deve limpar-se a região periocular com uma bola de algodão com etanol a 70%. Ter em atenção que o excesso de etanol pode causar irritação da conjuntiva e da córnea. Concomitantemente, medidas que visem cuidados com a pele e mucosa são recomendadas durante o trabalho^[180]. (consultar pergunta 6.4., secção 6) (*Nível IV, Classe I*)

Pontos-Chave

- No caso de exposição cutânea acidental a contaminantes biológicos de paciente COVID-19 positivo deve proceder-se imediatamente à antissepsia com SABA. *(Nível IV, Classe I)*
- Em caso de exposição acidental da conjuntiva ocular deve remover-se os óculos, lavar com água ou soro fisiológico e descontaminar a zona periocular com uma solução de etanol a 70%. *(Nível IV, Classe I)*
- Recomendam-se medidas profiláticas de preservação da integridade da pele e das mucosas durante as horas de trabalho. *(Nível IV, Classe I)*

Conclusão

(Apêndice IV para consulta de recomendações em forma de cronograma, assim como *checklists* de apoio na fase de adaptação)

Perspetivas Futuras

O grupo propõe-se responder a todas as questões elaboradas nas diferentes etapas da intervenção, pré-, per- e pós-. Não obstante, nesta fase, achou-se prudente hierarquizar a urgência de resposta às perguntas que mais desconcertam os profissionais de saúde e todo o corpo da sua equipa. A avaliação crítica da evidência segundo sistemas padronizados será também um objetivo a longo prazo, uma vez que a evidência sobre a temática está a crescer exponencialmente, com metodologias cada vez mais estruturadas.

Existem atualmente estudos no campo da variação sazonal na transmissibilidade do SARS-CoV-2, uma vez que tem o potencial de modular a propagação do vírus. É conhecida a transmissão do vírus em climas tropicais, como por exemplo em Singapura, e portanto, o Inverno não é condição necessária para a disseminação do SARS-CoV-2. Para além disso, estes estudos trazem à superfície questões que podem ser preponderantes na elaboração de atitudes e medidas de prevenção no futuro^[181]:

- Reduções na prevalência podem estar relacionadas com as variações sazonais na transmissibilidade, sem descurar as intervenções bem sucedidas;
- A dinâmica de subpopulações é bastante díspar em termos de métodos de contagem dos casos positivos;
- A variação sazonal pode constituir uma janela de oportunidade para a melhor preparação dos sistemas de saúde no combate a um novo surto;
- O SARS-CoV-2 pode tornar-se um CoV sazonal endémico, semelhante ao vírus *Influenza*.

O futuro perspectiva a adaptação e adoção de novas medidas, das quais se destacam a *Big Data* e a Telemedicina.

A *Big Data* ganha dimensão internacional na perceção das medidas necessárias para a vigilância e deteção precoce de novos surtos de doenças infecciosas. Constitui um veículo de saúde pública na deteção, relato e controlo de surtos emergentes. Tem como base conjuntos de dados e métodos computacionais que permitem revelar tendências,

padrões e probabilidades preditivas. Baseia-se na tríade dos V's: volume (quantidade de dados recolhidos); velocidade (celeridade com a qual os dados são recolhidos e disseminados); variedade (multiplicidade de fontes usadas para a compilação dos dados) [182].

A Telemedicina permite o tratamento de doentes nas suas próprias casas com um grande suporte médico virtual. Foi uma solução idealizada com o intuito de agilizar as consultas médicas em períodos de desastres e emergências de saúde pública^[183]. É necessário perceber a sua aplicabilidade em medicina dentária; não obstante, em tempo de pandemia por SARS-CoV-2 tem sido uma ferramenta essencial no processo de triagem dos pacientes.

O SARS-CoV-2 será um marco na história da humanidade e alertou os profissionais de saúde para a importância, agora ainda maior, da vigilância contínua e da deteção precoce. O maior desafio é efetivamente o tempo para a preparação e resposta a situações como esta que vivemos^[182]!

Atualização

Dada a experiência de apenas 4 meses com a COVID-19 esta NOC vai estar em atualização permanente, podendo ser decidida a manutenção, revisão ou reformulação completa da mesma.

Apêndice I

Comissão Consultiva

| Comissão Consultiva

Doutora Ana Lúcia de Pereira Neves Messias

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor Aníbal Diógenes

Professor Associado da Universidade do Texas, *Health Center of San Antonio*, Estados Unidos da América

Prof. Doutor António Vaz Carneiro

Professor Catedrático de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Diretor da Cochrane Portugal

Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor Gil Alcoforado

Professor Catedrático

Prof. Doutor Ion Zabalegui

Professor Convidado da Universidade *Complutense* de Madrid, Espanha

Dr. José Manuel da Costa Rodrigues de Oliveira

Médico Dentista

Prof. Doutor José Frias Bulhosa

Representante da Associação Nacional de Médicos Dentistas do Serviço Nacional de Saúde

Dr. Luís António Silva Ferreira

Médico Dentista

Prof. Doutor Luís Pires Lopes

Diretor da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Prof. Doutor Manuel Gameiro

Professor Catedrático do Departamento de Engenharia Mecânica da Universidade de Coimbra

Prof^a. Doutora Maria Helena Raposo Fernandes

Professora Catedrática da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Prof. Doutor Mário Bernardo

Coordenador do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Prof. Doutor Mariano Sanz

Professor Catedrático da Universidade *Complutense* de Madrid, Espanha

Prof^a. Doutora Marlene Barros

Diretora da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

Dr. Paulo Manuel de Oliveira Nunes

Médico Dentista

Dr. Nuno Ventura

Médico Dentista

Dr. Ricardo Jorge Martins

Médico Dentista

Prof^a. Doutora Sandra Gavinha

Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Apêndice II

Materiais e Métodos

PRÉ-
1.1. Como gerir a agenda?
1.2. Deve alertar-se o paciente para cumprir com a hora da consulta?
1.3. Deve alertar-se o paciente para evitar trazer para a consulta adornos pessoais?
1.4. Deve alertar-se o paciente para evitar fazer o pagamento da consulta com dinheiro?
1.5. Como proceder se um paciente solicitar uma teleconsulta?
2.1. Que perguntas devem ser feitas na marcação por telefone?
2.2. Se o paciente responder afirmativamente a uma das perguntas do questionário referido em 2.1., mas refere ausência de febre, como proceder com a marcação?
2.3. Na marcação de um paciente com um perfil profissional de risco, como profissionais de saúde ou funcionários de meio hospitalar, dos centros de dia ou lares de 3ª idade, deve haver algum cuidado especial?
2.4. O paciente refere que esteve infetado com SARS-CoV-2 mas já fez um teste com resultado negativo, como proceder?
2.5. Como abordar um paciente com história clínica de COVID-19 e que está em isolamento domiciliário?
2.6. Um paciente desloca-se à clínica espontaneamente para agendar uma consulta sem ter entrado em contacto telefónico prévio. Como proceder?
2.7. Deve desaconselhar-se a vinda do acompanhante, quando possível, e/ou evitar a sua permanência em qualquer local da clínica?
2.8. Se o paciente vier acompanhado é necessário fazer a triagem para a COVID-19 ao acompanhante?
3.1. Como disponibilizar meios de desinfeção e proteção para quem entra na clínica?
3.2. Que medidas especiais devem ser aplicadas nesta área de atendimento?
3.3. Como organizar a sala de espera?
3.4. Quantas pessoas podem estar na sala de espera? Qual a lotação aconselhada?
3.5. Que mobiliário pode haver na sala de espera?
3.6. Devem deixar-se as revistas ou os jornais para consulta?
3.7. Os comandos de TV e ar condicionado devem estar disponíveis?
3.8. O dispensador de água ou a máquina de café devem estar disponíveis?
3.9. Que alterações devem efetuar-se nas instalações sanitárias?
3.10. Que meios de descontaminação devem estar disponíveis nas instalações sanitárias?

4.1. Devem existir barreiras físicas entre a receção e o utente?
4.2. Que sinalética pode marcar a organização dos espaços de espera ou de não transposição sem autorização?
4.3. Que cartazes informativos da COVID-19 devem estar afixados e em que locais?
5.1. Qual o racional de lavagem das mãos?
5.2. Como e quando se devem lavar as mãos?
5.3. Que produtos se devem usar para higienização das mãos?
5.4. Quais os métodos de manutenção de saúde cutânea das mãos?
5.5. Deve ser permitido ao paciente efetuar a escovagem dos dentes, próteses ou aparelhos removíveis antes de entrar para a consulta?
6.1. Qual a frequência da limpeza?
6.2. Como deve ser a limpeza de superfícies?
6.3. Como deve ser efetuada esta limpeza?
6.4. Que produtos de limpeza/desinfecção se devem ser utilizados?
6.5. Quais são as superfícies mais críticas?
6.6. Qual a frequência de limpeza das zonas ou superfícies mais críticas?
6.7. Que materiais usar para a limpeza das zonas mais críticas?
6.8. Qual a frequência de limpeza das instalações sanitárias?
6.9. Como deve ser feita a limpeza das instalações sanitárias?
6.10. Quais são as superfícies mais críticas nas instalações sanitárias?
6.11. Quais os produtos que se devem utilizar para a limpeza das instalações sanitárias?
6.12. Quais os materiais que se devem utilizar para a limpeza das instalações sanitárias?
7.1. Como é que a rececionista consegue manter um distanciamento social, minimizando o receio que esta medida pode criar no paciente?
7.2. O que fazer depois de concluir o atendimento de um paciente/acompanhante e antes de atender o seguinte?
7.3. Devem existir entradas separadas entre utentes e profissionais?
7.4. Qual a recomendação mínima obrigatória de proteção individual na clínica dentária?
8.1. Estou em condições de ir trabalhar?
8.2. Tenho um familiar (agregado familiar) doente com COVID-19, posso ir trabalhar?
8.3. Estou grávida ou tenho mais de 65 anos, tenho patologias sistémicas associadas de maior risco, posso trabalhar?
8.4. Como controlar se os funcionários podem estar infectados?

9.1. O que verificar assim que o paciente entra na clínica?
9.2. O paciente apresenta-se febril ou relatou ter tido febre com tosse ou dor de garganta e dores musculares nas últimas 24h, o que fazer?
9.3. O paciente não se apresenta febril, o que fazer de seguida?
9.4. O paciente pode vir acompanhado?
9.5. O acompanhante também deve usar máscara?
9.6. Caso o acompanhante entre no gabinete clínico, onde deve permanecer e como proceder?
9.7. Caso o acompanhante não entre no gabinete clínico, onde deve permanecer?
9.8. O que fazer com os pertences do paciente (e acompanhante, se entrar para o gabinete de consulta) antes de vestir o EPI adequado?
10.1. Como receber os técnicos de manutenção?
11.1. Como receber os distribuidores de encomendas?
12.1. Como receber os funcionários de recolha de resíduos?
13.1. Qual o equipamento de proteção adequado?
14.1. Qual é o equipamento de proteção adequado ?

PER-
15.1. Devem ser identificadas zonas de risco na clínica?
15.2. Quais as recomendações diferenciadas para as diversas zonas de risco?
15.3. Como se devem classificar em termos de risco os procedimentos gerais numa clínica?
15.4. Como se devem classificar em termos de risco os diferentes procedimentos clínicos?
16.1. Qual a estabilidade do vírus no ambiente?
16.2. Qual o alcance dos aerossóis contaminados durante a respiração normal em ambiente fechado?
16.3. Que distância atingem os aerossóis gerados durante os procedimentos operatórios em Medicina Dentária?
16.4. Como deve ser protegido o equipamento dentário e as superfícies circundantes?
16.5. Como deve realizar-se a desinfeção dos diversos componentes e infraestruturas do gabinete?
16.6. Qual o sistema de ventilação mais adequado num gabinete clínico?
16.7. Justifica-se a utilização de sistemas adicionais de purificação de contaminantes biológicos no ar do gabinete clínico?
16.8. Quais devem ser as condições de climatização do gabinete clínico?
16.9. É aconselhável usar meios de descontaminação microbiológica nos sistemas de abastecimento e reservatórios de água dos equipamentos?
16.10. Qual a eficácia dos sistemas de aspiração na redução da produção de aerossóis na fonte de contaminação?
16.11. O uso de antimicrobianos no sistema de irrigação dos aparelhos ultrassónicos reduz o risco de contaminação na aerossolização?
17.1. A aplicação do EPI deve ser definida pelo risco do procedimento?
17.2. Quais os EPI adequados em função dos níveis de proteção ?
17.3. Que tipo de máscaras existem? E qual a sua indicação de utilização clínica?
17.4. O que fazer antes de vestir EPI?
17.5. Como é que se coloca o EPI?
17.6. Quais são os cuidados a ter com o uso EPI?
17.7. O que fazer se o primeiro par de luvas (par interior no EPI de proteção de grau 3) tocar numa zona potencialmente contaminada
18.1. Como reduzir a carga microbiológica no peroperatório?
18.2. Deve realizar-se uma descontaminação perioral? Como fazer?
18.3. Qual a importância da utilização do dique de borracha?

18.4. Deve dar-se prioridade ao o uso de materiais em unidose?

19.1. Qual o impacto do instrumental operatório na produção de aerossóis?

19.2. Que especificações deve ter o instrumental operatório de corte/preparação? Os sistemas antirretorno são melhores?

PÓS-

20.1. Terminei o procedimento operatório. E agora?

20.2. Quais são as superfícies críticas?

20.3. Como minimizar a contaminação e efetuar a limpeza das zonas críticas?

20.4. As barreiras de proteção das superfícies de ecrãs, teclados e ratos devem ser removidas entre cada doente?

20.5. Que cuidados devo ter com o invólucro do sensor de imagiologia digital e das películas radiográficas intraorais?

20.6. Como desinfetar os posicionadores radiográficos?

20.7. Como proteger e desinfetar os sensores de imagiologia digital, câmaras e *scanners* intraorais?

20.8. Deve ser feita a purga dos instrumentos rotatórios antes de serem removidos para esterilização?

20.9. A desinfecção química externa de turbinas, contra-ângulos e destartarizadores é suficiente contra o SARS-CoV-2 ou deverão ser esterilizados entre cada paciente?

20.10. Qual a sequência de remoção das barreiras físicas e dos instrumentos rotatórios?

20.11. Como eliminar as barreiras físicas de proteção do equipamento?

20.12. Na desinfecção das superfícies (equipamentos e bancadas), qual o produto mais eficiente e quanto tempo deve ficar a atuar?

20.13. Os raios ultravioleta são um meio eficiente de esterilização?

20.14. Nos referente aos invólucros e embalagens dos consumíveis utilizados, qual o produto mais adequado para a desinfecção e tempo de atuação?

20.15. É necessário fazer o arejamento adequado do gabinete clínico antes de iniciar a próxima consulta?

20.16. Qual a frequência de limpeza e desinfecção do pavimento do gabinete clínico?

20.17. No pavimento do gabinete clínico qual o produto a utilizar e quanto tempo deve atuar para desinfecção adequada?

20.18. De que forma deve limpar-se o gabinete clínico?

20.19. Que produtos de limpeza/desinfecção devem utilizar-se?

20.20. Que formas de apresentação dos produtos de limpeza devem utilizar-se?

20.21. Qual o desinfetante mais adequado para ser aplicado na forma de toalhetes?

20.22. Como devem limpar-se as superfícies se houver sangue ou outros produtos orgânicos?

21.1. Qual o protocolo de desinfecção das impressões?

21.2. Qual o protocolo de desinfecção dos modelos de gesso?

21.3. Qual o protocolo de desinfecção dos dispositivos de prova (coifas, ceras de registo, <i>try-in</i> , coroas/pontes e próteses removíveis?
21.4. Qual o protocolo de desinfecção de próteses pré-existentes?
22.1. Qual a sequência de remoção do EPI em cada um dos graus (1, 2 e 3)?
22.2. O EPI descartável, depois de removido, onde deve ser colocado? Em que tipo de contentor?
22.3. Qual o protocolo para remoção de luvas?
22.4. Quando e como deve o médico dentista remover a máscara?
22.5. Quando deve o assistente retirar o EPI?
22.6. As máscaras FFP2 (N95) e FFP3 podem ser reutilizadas?
22.7. Em que local deve remover-se o EPI? No gabinete clínico ou noutro local?
22.8. Onde deve o assistente colocar os EPI depois de removidos?
22.9. Como lavar e desinfetar a viseira e os óculos?
22.10. Os uniformes podem ser reutilizados no dia seguinte sem serem lavados?
22.11. Que tipo de tratamento deve fazer-se aos materiais tecidos não críticos: uniformes?
22.12. Depois de um dia de trabalho como proceder ao chegar a casa?
23.1. O uso de máscara cirúrgica pelo paciente no interior da clínica reduz o risco de infeção cruzada por SARS-CoV-2?
23.2. Deve limitar-se o movimento dos pacientes dentro do gabinete clínico após os procedimentos operatórios?
23.3. Deve providenciar-se informação adicional ao paciente em meio digital em detrimento do suporte papel?
23.4. Como proceder à antissepsia das mãos antes da saída do gabinete aplicável ao médico, assistente, doente/acompanhante?
24.1. O paciente deve manter o distanciamento social na receção e os meios de proteção após a consulta?
24.2. O paciente deve manter a máscara colocada na zona de receção após a consulta?
24.3. Que informações adicionais importantes devem ser disponibilizadas ao paciente pela rececionista, no contexto da infeção por COVID-19, no pós-consulta?
24.4. O que deve ser confirmado ao paciente pela rececionista antes de sair da clínica?
25.1. Que formas de pagamento e de emissão de recibo devem ser recomendadas?
26.1. A contaminação por SARS-CoV-2 implica a alteração de procedimentos na lavagem, descontaminação e esterilização dos materiais e instrumentos?
26.2. Que tipo de saco está indicado para acondicionar os resíduos do grupo III?

26.3. A colocação dos resíduos do grupo III no respetivo contentor deve ser efetuada ainda no gabinete ou na sala de esterilização?

26.4. A contaminação por SARS-CoV-2 implica a alteração de procedimentos na manipulação e processamento dos resíduos?

26.5. O material/instrumental manipulado pelo médico dentista deve ser considerado semicrítico ou crítico?

26.6. O material/instrumental manipulado pelo assistente dentário deve ser considerado semicrítico ou crítico?

26.7. Podemos desinfetar as máscaras FFP2 (N95) e FFP3?

27.1. A cavidade oral é um local de tropismo para o SARS-CoV-2?

27.2. No caso de exposição acidental a contaminantes biológicos de paciente COVID-19 positivo, qual o procedimento a adotar?

Secção 2 | Pesquisa Bibliográfica

Tabela 1 - Algoritmo elaborado pelos revisores – Fase 1 (AV; CM)

1	SARS.ti,ab,kw
2	MERS.ti,ab,kw
3	SARS-Co-2.ti,ab,kw
4	COVID-19 or COVID-19 or coronavirus*.ti,ab,kw
5	OR/3,4
6	Influenza.ti,ab,kw
7	Dentistry/
8	AND/1,7
9	AND/2,7
10	AND/5,7
11	AND/6,7
12	Aerosol.ti,ab,kw
13	Air.ti,ab,kw
14	OR/12, 13
15	AND/1, 14
16	Ventilator.ti,ab,kw
17	Oral hygiene.ti,ab,kw
18	OR/16, 17
19	AND/7, 18

Tabela 2 - Algoritmo adaptado da NICE – Fase 2^[1]

1	exp coronavirus/
2	((corona* or corono*) adj1 (virus* or viral* or virinae*)).ti,ab,kw.
3	((coronavirus* OR coronavirus* OR coronavirinae* OR Coronavirus* OR Coronovirus* OR Wuhan* OR Hubei* OR huanan OR "2019-nCoV" OR 2019nCoV OR nCoV2019 OR "nCoV-2019" OR "COVID-19" OR COVID19 OR "CORVID-19" OR CORVID19 OR "WN-CoV" OR Inco OR "HCoV-19" OR HCoV19 OR CoV OR "2019 novel*" OR ncov OR "n-cov" OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS-CoV2" OR SARSCov19 OR "SARS-Cov19" OR "SARSCov-19" OR "SARS-Cov-19" OR ncolor OR Ncorona* OR Ncorono* OR NcovWuhan* OR NcovHubei* OR NcovChina* OR NcovChinese*) .ti, ab, kw.) all
4	((respiratory* adj2 (symptom* or disease* or illness* or condition*)) or "seafood market*" or "food market*") adj10 (Wuhan* or Hubei* or China* or Chinese* or Huanan*).ti,ab,kw.
5	((outbreak* or wildlife* or pandemic* or epidemic*) adj1 (China* or Chinese* or Huanan*).ti,ab,kw.
6	"severe acute respiratory syndrome*".ti,ab,kw.
7	or/1-6
8	limit 7 to yr="2019 -Current"

Secção 3 | Artigos Incluídos

Referência	Autor, Ano	Participantes	Intervenção	Comparação	Outcome	Notas
1	NICE. 2020	-	-	-	Guidelines para a elaboração de NOC de forma rápida	-
2	El Zowalaty ME, Jarhult. 2020	-	-	-	SARS-CoV-2 como potencial pandemia	-
3	Xu J, Chen Y, et al. 2020	-	-	-	Coronavirus: uma pandemia global?	-
4	Sohraibi C, Alsafi Z, et al. 2020	-	-	-	Coronavirus -a pandemia do século 21	-
4	Amodio E, Vitale F, et al. 2020	-	-	-	SARS-CoV-2 -uma pandemia emergente	-
6	Chan KW, Wong VT,	-	-	-	SARS-CoV-2: epidemiologia, aspectos clínicos, medidas de prevenção e terapêutica	-
7	Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy 2019	-	-	-	Classificação do novo coronavirus	-
8	Guan W, Ni Z, et al. 2020	-	-	-	Características clínicas do vírus SARS-CoV-2, diagnóstico	Processo de triagem dos pacientes/acompanhantes
9	Spagnuolo G, de Vito D, et al. 2020	-	-	-	Cuidados a ter antes de agendar uma consulta de urgência	-
10	Ungaro RC, Sullivan T, et al. 2020	-	-	-	Medidas de prevenção relacionadas com o novo coronavirus	-
11	Borges Nascimento IJ 2020	-	-	-	SARS-CoV-2 - transmissão inter-humana	-
12	WHO 2020	-	-	-	Triagem de pacientes. EPI's de acordo com o risco do paciente, 5 momentos fulcrais de lavagem de mãos, precauções empíricas, precauções relativas à formação de aerossóis, limpeza de superfícies	-
13	Xia N, Wang G, et al. 2020	-	-	-	Testes serológicos	-
14	Meng L, Hua F, Bian Z. 2020	-	-	-	Controlo de infeção na consulta de MD + recomendações	-
15	Droegemeier K. 2020	-	-	-	Estabilização em superfícies do SARS-CoV 2, período de incubação	-
16	Bai Y, Yao L, et al. 2020	-	-	-	Transmissão do SARS-CoV-2 em pacientes assintomáticas	-
17	Wang Q, Yu C. 2020	-	-	-	Zonas endémicas do SARS-CoV-2	-
18	Zou L, Ruan F, et al, 2020	-	-	-	Carga viral do tracto respiratório superior por SARS-CoV-2	-
19	National Research Council 2020.	-	-	-	Bioaerossóis: potencial de permanência em superfícies do Sars-Cov-2	-
20	CDC 2020	-	-	-	Protocolo de prevenção da infeção por SARS-CoV-2	-

21	Huang C, Hang Y, <i>et al.</i> , 2019	-	-	-	Aspectos clínicos de pacientes infectados com SARS-CoV-2	-
22	Santarpia J, Rivera D, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Transmissão do SARS-CoV-2 na saliva	-
23	Li Y, Leung GM, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Controlo de duração do ar: ventilação de espaços, pressão negativa etc	-
24	Peng X, Xu X, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Mecanismos de transmissão do vírus Covi-19 no exercício da profissão de Medicina Dentária, assim como medidas de prevenção pré, peri e pós-operatórios	-
25	Rosenfeld RM, Shiffman RN. 2009	-	-	-	Guideline de EBD	-
26	CDC. 2005	-	-	-	Guidelines de prevenção da transmissão de <i>Mycobacterium</i>	-
27	Administração Central do Sistema de Saúde IP. 2008	-	-	-	Especificações Técnicas para Instalações de AVAC.	ET 06/2008 V.2014
28	CDC. 2003	-	-	-	Apêndice B - qualidade do ar e controlo de infeção cruzada	-
29	New York Stat Department of Health. 2014	-	-	-	Guidelines para construção de hospitais e clínicas.	-
30	US Department of Veterans Affairs. Office of Construction & Facilities Management. 2014	-	-	-	Guia para clínicas de medicina dentária	-
31	Harrel SK, Molinari J. 2004	-	-	-	Aerossóis em Medicina Dentária: implicações no controlo da infeção	-
32	Helmis CG, Tzoutzas J, <i>et al.</i> 2007	-	-	-	Qualidade do ar no gabinete de medicina dentária	-
33	Li Y, Leung GM, <i>et al.</i> 2007	-	-	-	Papel da ventilação na transmissão aérea de agentes infecciosos no ambiente construído - uma revisão sistemática multidisciplinar	-
34	Raghunath N, Meenakshi S. 2016	-	-	-	Aerossóis na Prática Clínica	-
35	Qian H, Zheng X. 2018	-	-	-	Controlo de ventilação para transmissão aérea de bio-aerossóis exalados humanos em edifícios	-
36	Silva, MG. 2020	-	-	-	Modos de transmissão do SARS-CoV-2	-
37	OSHA. 2020	-	-	-	Guidelines de preparação dos diferentes sectores de trabalho pós-pandemia	Definição de risco dos procedimentos, das diferentes classes
38	WHO. 2020	-	-	-	Guidelines de monitorização de pacientes suspeitos de infeção por SARS-CoV-2	-
39	Bioseguridad para la Atención Odontológica COVID 19 2020	-	-	-	Medidas dirigidas para a prevenção: Telemedicina, Instruções para ir à consulta, entrada na clínica, receção, sala de espera, casa de banho	-
40	Zhang W, Jiang X. 2020	-	-	-	Prevenção e controlo do corona virus nas clínicas de medicina dentária - controlo de equipas médicas, triagem de pacientes	-
41	Huh S. 2020	-	-	-	EPI's para o tratamento de pacientes COVID positivo	-

42	van Doremalen N, Bushmaker T, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Estabilidade dos aerossóis no sars-cov 1 e 2	-
43	Lurie N, Carr BG. 2020	-	-	-	Telemedicina na resposta e apoio em situações de desastre	-
44	Reeves JJ, Hollandsworth HM, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Descrever a implementação de um sistema de suporte tecnológico importante para otimizar a gestão clínica durante a pandemia de COVID-19.	-
45	DGS. 2020	-	-	-	Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): EPI	Norma 007/2020 29/03/2020
46	Smales FC, Samaranyake LP. 2003.	-	-	-	Manutenção das consultas de MD em sars-cov1 (2003)	-
47	Li RW, Leung KW, <i>et al.</i> 2004	-	-	-	Recomendações na gestão de pacientes sars-cov-1 (possíveis casos, contactos não protegidos, contactos com pacientes sars-cov 1 em menos de 10 dias ou pacientes assintomáticos; medidas de controlo da infeção cruzada	Tosse e espirro podem produzir aerossóis de 0,001 µm a 10,000 µm
48	Samaranayake LP, Peiris M. 2004	-	-	-	Implicações do sars-cov-1 na medicina dentária: identificar paciente, higiene de mãos, EPI's	Referem bochecho com chx entre 0,12 e 2% antes da consulta
49	Huang Z, Zhao S, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Estabelecer estratégias de gestão e protocolo de atuação dos procedimentos no departamento de radiologia durante o surto de COVID-19	Estratégias para <i>staff</i> e pacientes
50	Lai T, Tang E, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Proposta de modelo a adotar na consulta de oftalmologia para prevenção da infeção cruzada por covid (pre, peri)	Inclui questionário a fazer ao paciente antes da consulta
51	Maragakis, L. 2020	-	-	-	Questionário que ajuda o paciente a perceber se pode estar infetado ou não com SARS-CoV-2 e de deve ou não agendar uma consulta.	-
52	Repici A, Maselli R, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Utilização de EPI's segundo o risco do paciente; vestuário do paciente; EPI's do OS: em função do risco; como vestir e remover. Tratamentos em quartos de pressão negativa	Realização de endoscopia alta e baixa. Possível extrapolação para a MD?
53	Zhang Y, Sun Z, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Procedimentos adotados num hospital na China no controlo de pacientes infetados com COVID-19	O questionário do final parece-me relevante para classificação de indivíduos de risco - deixo à consideração dos <i>experts</i> a relevância da evidência para inclusão nas recomendações
54	DGS. 2020	-	-	-	COVID-19: Fase de Mitigação. Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas; instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco.	Orientação 009/2020 de 11/03/2020. Atualizada a 07/04/2020.
55	DGS. 2020	-	-	-	COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO: Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2	Norma 004/2020 23/03/2020
56	ADA 2020	-	-	-	Minimizar risco de transmissão de COVID-19	-

57	ECDC. 2020	-	-	-	Crítérios para identificação de COVID-19	-
58	DGS. 2020	-	-	-	Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento	Orientação 010/2020 de 16/03/2020.
59	OMD 2020	-	-	-	Atendimento de pacientes com COVID-19 ou alto risco de contágio	-
60	OMD 2020	-	-	-	Cuidados preventivos e consultas de Medicina Dentária	-
61	DGS. 2020	-	-	-	COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO: Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2	Norma 004/2020 23/03/2020 atualizada a 25/04/2020
62	Zhang W, Jiang X. 2020	-	-	-	Prevenção e controlo do corona virus nas clínicas de Medicina Dentária - controlo de equipas médicas, triagem de pacientes	-
63	DGS. 2020	-	-	-	Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Medidas de prevenção da transmissão em estabelecimentos de atendimento ao público	Orientação 011/2020 17/03/2020
64	Boyce JM, Pittet D, et al. 2002	-	-	-	Guidelines para a higienização das mãos em instituições de saúde	-
65	Guangming Y, Hualiang L, et al. 2020	-	-	-	Contaminação do ar pelo vírus SARS-CoV-2	Chamada de atenção para a importância dos EPIs
66	CDC 2020	-	-	-	Guidelines para controlo de infeção em ambientes hospitalares	-
67	Consejo Dentistas. Organizacion Colegial de Dentistas de España 2020	-	-	-	Guidelines do Colégio de dentistas para atuação na pandemia COVID 19	-
68	CDC. 2019	-	-	-	Guidelines para limpeza de unidades de saúde	-
69	Lotfinejad N, Peters A, et al. 2020	-	-	-	Recomendações referentes à importância da lavagem das mãos em período de pandemia por COVID-19	-
70	Allegranzi B, Bagheri NS, et al. 2011	220 artigos para revisão final	-	-	Países em desenvolvimento - prevalência/incidência de infeções (incluindo infeções gerais associadas aos cuidados de saúde, principais locais de infeção e causas microbiológicas)	-
71	Jefferson T, Del Mar CB, et al. 2011	66 artigos	-	-	Medidas de intervenção físicas para reduzir ou interromper a disseminação de vírus associados a doenças respiratórias	SARS-CoV-2 é um vírus associado a Síndrome Respiratória Aguda
72	Basile C, Combe C, et al. 2020	-	-	-	Guidelines para práticas de controlo de transmissão e monitorização de pacientes infetados com COVID-19 num centro de diálise	-
73	WHO. 2009	-	-	-	Guidelines educativas do processo de higienização das mãos. Consciencialização para a importância da mesma como medida preventiva	-
74	Picheansathian W. 2004	-	-	-	Efetividade das soluções para lavagem de mãos	-
75	CDC. 2003	-	-	-	Controlo de infeção em instituições dentárias	Adaptação para SARS-CoV-2

76	Sebastiani FR, Dym H, <i>et al.</i> 2017	-	-	-	Guidelines para práticas de controlo de infeções no consultório de MD	Melhorar eficácia e o impacto das intervenções em saúde pública.
77	Kampf G, Löffler H. 2003	-	-	-	Alterações dermatológicas nas mãos expostas a SABA	-
78	DGS.2020	-	-	-	Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Limpeza e desinfeção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares	Orientação 014/2020 21/02/2020
79	CDC. 2003	-	-	-	Guidelines para controlo de infeção em ambientes hospitalares	-
80	Kundrapu S, Sunkesula V, <i>et al.</i> 2012	215 quartos de pacientes com CDI e MRSA	Eficácia da desinfeção de superfícies de toque frequentes na contaminação de PS	-	A desinfeção diária das superfícies de toque frequente reduz a aquisição destes patogénicos nas mãos de PS após o contacto com estas superfícies	-
81	European Centre for Disease Prevention and Control 2020	-	-	-	Desinfeção/ Limpeza de espaços de saúde	-
82	Consejo Dentistas. Organizacion Colegial de Dentistas de España 2020	-	-	-	Guidelines do Colégio de dentistas para atuação na pandemia COVID 19	-
83	Consejo Dentistas. Organizacion Colegial de Dentistas de España 2020	-	-	-	Recomendação de boas práticas para consultas de urgência em medicina dentária	-
84	DGS. 2020	-	-	-	Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): EPI	Norma 007/2020 29/03/2020
85	Handbook of COVID19 Prevention and Treatment. 2020	-	-	-	Prevenção do SARS-CoV-2: Isolamento de áreas, gestão de equipas, proteção individual, protocolos hospitalares e suporte digital	-
86	Chughtai AA, Seale H, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Regulamentação para o uso de máscaras por profissionais de saúde em hospitais	-
87	Giwa AL, Desai A, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Características epidemiológicas, preventivas, imunológicas da pandemia por COVID-19	"Use of Personal Protective Equipment"
88	Leung NHL, Chu DKW, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Máscaras cirúrgicas na transmissão do SARS-CoV-2 e Influenza	-
89	Murthy S, Gomersall CD, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	EPIs para PS para tratamentos com e sem aerossóis (ao nível do tratamento do paciente COVID +)	-
90	Ng K, Poon BH, <i>et al.</i> 2020	41 Profissionais de saúde expostos a aerossóis pacientes COVID +	Exposição de pelo menos 10 min a uma distância de menos de 2m	Utilização de máscara cirúrgica ou N95 + Isolamento com monitorização de sintomas	Os PS não desenvolveram a doença. Teste covid negativo	Case report
91	Wang Q, Yu C. 2020	-	-	-	Indicações referentes a diferentes máscaras	-

92	Chinese Center for Disease Control and Preventions	-	-	-	Pontos chave para a prevenção de profissionais de saúde contra o SARS-CoV-2	-
93	CDC 2019	-	-	-	Risco de exposição dos médicos	-
94	Rimmer A. 2020	-	-	-	EPIs em pacientes covid +	-
95	Rombolà G, Hedemperger M, et al. 2020	-	-	-	Indicações práticas para a prevenção e gestão/manuseamento de SARS-Cov-2, <i>experienced-based</i>	Extrapolação para COVID-19?
96	Krithikadatta J, Nawal RR, et al. 2020	-	-	-	Guideline de recomendações para a prevenção do médico dentista na consulta de endodontia. Prevenção da Infecção cruzada na comunidade	-
97	Cowling BJ, Aiello A. 2020	-	-	-	Epidemiologia, medidas de prevenção na comunidade para combater a transmissão/propagação do COVID-19	-
98	Leung LV, Chu DKW, et al. 2020	-	-	-	Máscaras cirúrgicas na transmissão do SARS-CoV-2	-
99	van Doremalen N, Bushmaker T, et al. 2020	-	-	-	Estabilidade dos aerossóis no sars-cov 1 e 2	-
100	DGS. 2020	-	-	-	Infeção por SARS-CoV-2 (COVID19) - Recolha, Transporte e Tratamento dos Resíduos Hospitalares	Orientação n.º 012/2020 de 19/03/2020
101	WHO 2020	-	-	-	Guia para Profissionais de Saúde	-
102	-	-	-	-	COVID-19: Infecção, prevenção	-
103	ECDC. 2020	-	-	-	Infecção, preparação e medidas de prevenção da doença COVID-19 em ambientes de saúde	-
104	Association of Occupational health Professionals in Healthcare (AOHP) 2020	-	-	-	Infecção através de bioaerossóis	-
105	Verbeek JH, Rajamaki B, et al. 2019	1950 pacientes num total de 17 estudos	21 intervenções relativas aos EPIs corpo inteiro, vestir e remover EPIs; Compliance dos profissionais de saúde	EPIs Como vestir e remover sem auto-contaminação dos profissionais de saúde, avaliar métodos de treino dos OS para melhorar a compliance	EPIs respiráveis com evidencia de baixa qualidade, 2 pares de luvas para a remoção de EPIs, treino cara-cara apresentam melhores índices na prevenção da auto-contaminação	Possível extrapolção para MD
106	Long Y, Hu T, et al. 2020	9171 pacientes de 6 RCTs	Efetividade dos respiradores N95	Efetividade das mascaras cirurgicas	Respiradores N95 não estão associados a um menor risco de Influenza	Estudo com Influenza
107	CDC. 2020	-	-	-	Guidelines monitorização do risco em ambientes profissionais	-
108	CAL/OSHA	-	-	-	Doenças transmissíveis via aerossóis	-
109	ECDC. 2020	-	-	-	Guidelines de critérios de colocação e remoção de EPIs quando de tratamento de pacientes suspeitos de infecção por SARS-CoV-2	-
110	ECDC. 2020	-	-	-	EPIs necessários para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pos SARS-CoV-2	-

111	ECDC. 2020	-	-	-	Uso seguro de EPI aquando tratamento de pacientes infecciosos	-
112	Tang JW, Li Y. 2006	-	-	-	Fatores envolvidos na transmissão de infeções por aerossóis e controlo da ventilação	-
113	Asadi S, Wexler As, et al. 2019	-	-	-	Emissão de aerossóis aquando da fonética	-
114	Sociedad Española de Patología Digestiva; Asociación Española de Gastroenterología. 2020	-	-	-	Guidelines gerais e individuais em unidades de endoscopia aquando da pandemia por SARS-Cov-19	Extrapolação para MD
115	Chin AWH, Chu JTS, et al. 2020	-	-	-	Estabilidade do SARS-CoV-2 em superfícies	-
116	Moriarty LF, Plucinski, et al. 2020	-	-	-	Controlo SARS-CoV-2: isolamento de um navio e a sua importancia na Saúde Publica	-
117	Ong SWX, Tan YK. 2020	3 pacientes COVID 19 positivos sintomáticos	Limpeza do espaço e do material	Amostras antes e depois de descontaminação* testes não foram feitos nos 2 tempos nem os mesmo locais foram avaliados	Eficácia da correta limpeza ?!?!	Possível extrapolação para gabinete MD ?
118	Jiang Y, Wang H, et al, 2020	-	-	-	Dados clínicos sobre a monitorização da higiene ambiental hospitalar e a proteção da equipa médica durante o surto de doença de coronavírus 2019	-
119	Zayas G, Chiang MC, et al. 2012	45 participantes	Tosse voluntária (Avaliação da distribuição, precisa e dependente do tempo, do tamanho das gotículas através de um sistema de difração a laser)	-	Gotículas com tamanho inferior a 1 micra representam 97% do número total de gotículas contidas no aerossol da tosse. Idade, sexo, peso, altura e massa corporal não têm efeito estatisticamente significativo na composição do aerossol (tamanho e número)	
120	Bourouiba L. 2020	-	-	-	Produção de nuvens e de aerossóis: transmissão via respiratória - implicações e como prevenir	-
121	Bentley CD, Burkhart NW, et al. 1994	-	-	-	Estudo dos sprays e aerossóis produzidos na consulta de medicina dentária	-
122	Bennett AM, Fulford MR, et al. 2000	-	-	-	Risco de Exposição dos médicos dentistas: transmissão de doenças via aerossóis produzidos na consulta	-
123	Hokett, s. D., honey, j	-	-	-	Eficácia das proteções dos sensores	-
124	Swaminathan Y, Thomas J. 2013	-	-	-	Aerossóis produzidos durante a consulta são a principal fonte de infeção do gabinete sendo o principal o controlo da infeção	-
125	Otter JA, Donskey C, et al. 2020	-	-	-	Sobrevivência de vírus potencialmente pandémicos em superfícies	-
126	Rutala, WA, Weber DJ, et al. 2019	-	-	-	Guidelines de desinfecção e limpeza	-
127	Kampf G, Löffler H. 2003	-	-	-	Persistência do SARS-CoV-2 nas superfícies inanimadas	-

128	-	-	-	-	Diário da República, regulamentação do ar	-
129	NORMA ISO 7730/2005	-	-	-	Ergonomia do ambiente termico: Determinação e Interpretação analíticas do conforto térmico através do cálculo dos índices PMV e PPD. Critérios Locais de conforto térmico	-
130	Ijaz MK, Brunner AH, <i>et al.</i> 1985	-	-	-	Características de sobrevivência do SARS-CoV-2	-
131	Offner D, Floretti F, <i>et al.</i> 2016	-	-	-	Contaminação do sistema de águas de equipe dentária	-
132	Ji XY, Fei CN, <i>et al.</i> 2019	-	-	-	Infeção bacteriana dos sistemas de água da equipe dentária	-
133	Lizzadro J, Mazzotta M, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Infeção cruzada nas linhas de água de uma unidade de medicina dentária	-
134	Desarda H, Gurav A, <i>et al.</i> 2014	-	-	-	Estudo microbiológico sobre extratores de alto volume no qual a sua eficácia apenas se regista quando estão modificação	-
135	Avasthi A. 2018	-	-	-	Extratores de alto volume para redução de aerossóis em clínicas	-
136	Van der Sluijs M, <i>et al.</i> 2016	-	-	-	Inflamação periodontal após tratamento não cirúrgico	-
137	Jawade R. 2016	-	-	-	Eficácia de diferentes líquidos nos aerossóis dentários	-
138	Sethi KS. 2019	-	-	-	CHX vs. Extracto de canela na redução da carga viral nos aerossóis	-
139	Agência Nacional de Vigilância Sanitária				Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde	
140	3M	-	-	-	Descrição das características FFP2, KN95, and N95	-
141	Infarmed	-	-	-	Máscaras cirúrgicas vs. Aparelhos de Respiração Filtrantes	Descrição de características
142	CDC. 2017	-	-	-	Máscaras e Respiradores	-
143	Kantor J. 2020	-	-	-	Lesões associadas ao uso de EPIs	-
144	CDC 2002	-	-	-	Guideline para a desinfecção de mãos	-
145	Nejatidanesh F, Khosravi Z, <i>et al.</i> 2013	-	-	-	Risco de contaminação cruzada da face dos médicos dentistas: sendo que as partes que estão mais expostas são as zonas peri nasal e peri ocular. Recomendações de proteção facial	-
146	Caldeira D, David C, <i>et al.</i> , 2011	-	-	-	RS sobre antisépticos para a pele na prevenção de contaminação em punções venosas.	-
147	Kamel C, McGahan L, <i>et al.</i> 2011	-	-	-	RS técnicas de preparação antiseptica da pele - prevenção de infeções	-
148	Samaranayake LP, Reid J, <i>et al.</i> 1989	-	-	-	Efetividade do dique de borracha no controlo da contaminação por aerossóis	-
149	El-Din AMT, Ghoname NAEH. 1997	-	-	-	Uso do dique de borracha em pediatria	-
150	Al-Amad SH, Awad MA, <i>et al.</i> 2017	-	-	-	Efeito do dique no controlo da transmissão bacteriana	-
151	CDC. 2020	-	-	-	Guidelines de prevenção de infeções	-

152	Day CJ, Sandy JR, <i>et al.</i> 2006	-	-	-	Tipos de partículas produzidas durante os tratamentos de medicina dentária	-
153	Hu, T. 2007	-	-	-	Risco de transmissão de Hepatite B em instrumentos de medicina dentária	-
154	CDC. 2003	-	-	-	Limpeza e desinfecção dos aparelhos rotatórios	-
155	Tuttnauer Team 2020	-	-	-	Esterilização de materiais dentários	-
156	CDC. 2020	-	-	-	<i>Guidelines</i> provisórias de controlo e prevenção de infeções em pacientes com doença suspeita ou confirmada de coronavírus 2019 (COVID-19) em serviços de saúde	-
157	Hu, X. 2020	-	-	-	A inativação térmica do soro interfere na imunoenálise de anticorpos para SARS-CoV-2	-
158	Colaneri M. 2020	-	-	-	Contaminação ambiental por SARS-CoV-2 em ambiente hospitalar	-
159	United States Environmental Protection Agency Washington, D.C. 20460 Office Of Chemical Safety And Pollution Prevention List N	-	-	-	Lista online de desinfetantes contra o SARS-CoV-2	-
160	Dexter F, Parra MC, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Desinfecção de instrumentos combinada entre desinfetantes e luz UV	-
161	Haralur SB, Al-Dowah OS, <i>et al.</i> 2012	-	-	-	Efeito das técnicas de desinfecção do alginato na contagem de colónias de bactérias	-
162	Azevedo MJ, Correia I, <i>et al.</i> 2019	-	-	-	Desinfecção de impressões de silicões de adição	-
163	Richard A. Bass, K. D. Plummer, <i>et al.</i> 1992	-	-	-	O efeito da descontaminação de superfície no modelo de gesso	-
164	Soares, C.R. and M. Ueti, <i>et al.</i> 2001	-	-	-	Influência de diferentes métodos de desinfecção nas propriedades físicas de gesso tipo IV e V	-
165	Pisulkar SK, Dahane T, <i>et al.</i> 2018	-	-	-	Efeito da contaminação por saliva de modelos de gesso em termos de contagem de colónias bacterianas	-
166	Da Silva FC, Kimpara ET, <i>et al.</i> 2008	-	-	-	Eficácia de 6 desinfetantes na remoção de biofilme de acrílico de próteses	-
167	CDC. 2020	-	-	-	Sequência de colocação de EPIs	-
168	CDC. 2019	-	-	-	Descontaminação e reutilização de máscaras/respiradores	-
169	COEC. 2020	-	-	-	Urgências em medicina dentária	-
170	CDC. 2019	-	-	-	Proteção Ocular	-
171	CDC. 2019	-	-	-	Limpeza e desinfecção	-
172	Auer R, Cornelli G, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Alterações das formas de pagamento perante a pandemia por SARS-CoV-2	-
173	CDC. 2001	-	-	-	Esterilização e desinfecção de instrumentos dentários	-
174	Schwartz, A, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Descontaminação e Reutilização de N95	-

175	Hoffmann M, Kleine-Webber H, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Vias de transmissão do SARS-CoV-2	-
176	Wolfel R, Corman VM, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Análise virológica do SARS-CoV-2: replicação ativa RNA	-
177	To K, Tsang O, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Carga viral em amostras de saliva recolhidas da orofaringe	-
178	Liu L, Wei Q, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Transmissão de SARS-CoV-2 pela saliva	-
179	Xu H, Zhong L, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Expressão do receptor da ECA2 nas células epiteliais da mucosa oral	-
180	Chinese Center for Disease Control and Preventions	-	-	-	Pontos chave para a prevenção de profissionais de saúde contra o SARS-CoV-2	-
181	Neher RA, Dyrda R, <i>et al.</i> 2020	-	-	-	Perspetivas futuras – impacto da sazonalidade da doença	-
182	Dion M, AbdelMalik P, <i>et al.</i> 2015	-	-	-	Big data na saúde	Perspetivas futuras
183	Hollander JE, Carr BG. 2020	-	-	-	Artigo sobre telemedicina	Incluir nas perspetivas futuras
184	Perry, DJ. 2007	-	-	-	Níveis de Evidência	-
185	Kirchhof, P. 2016	-	-	-	Classes de Recomendação	-

Seção 4 | Artigos Excluídos

Tabela 4 - Artigos Excluídos

Autor (1º e 2º), Ano	Critério	DOI/PMID
Kang L, Li Y <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/S2215-0366(20)30047-X
Koh, D. 2020	J	10.1093/occmed/kqaa036
Tang B, Bragazzi NL, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.idm.2020.02.001
To KK, Tsang OT <i>et al.</i> 2020	A	10.1093/cid/ciaa149
Tay JY, Lim PL <i>et al.</i> 2020	A	10.1093/cid/ciaa179
Catton H. 2020	J	10.1111/inr.12578
Callisher C, Carroll D, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/S0140-6736(20)30418-9
Bouadma L, Lescure FX, <i>et al.</i> 2020	A	10.1007/s00134-020-05967-x
Ayittey FK, Ayittey MK <i>et al.</i> 2020	J	10.1002/jmv.25706
Chen Q, Liang M <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/S2215-0366(20)30078-X
Kmietowicz Z. 2020	J	10.1136/bmj.m707
Imai H. 2020	J	10.1111/pcn.12995
Liu J, Liao X, <i>et al.</i> 2020	J	10.3201/eid2606.200239
Joob B, Wiwanitkit <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.jhin.2020.02.016
Zhang S, Diao MY <i>et al.</i> 2020	J	10.1007/s00134-020-05977-9
Zhou P, Huang Z <i>et al.</i> 2020	A	10.1017/ice.2020.60
Xie J, Tong Z <i>et al.</i> 2020	A	10.1007/s00134-020-05979-7
Cao Y, Li Q <i>et al.</i> 2020	K	10.1111/acem.13951
Li X, Qian Y <i>et al.</i> 2020	A	10.1148/radiol.2020200661
Favre G, Pomar L, <i>et al.</i> 2020	E	10.1016/S1473-3099(20)30157-2
Lee IK, Wang CC, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.jhin.2020.02.022
Petersen E, Hui D, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.ijid.2020.02.052
Wang J, Zhou M, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.jhin.2020.03.002
Haines A, de Barros EF, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/S0140-6736(20)30735-2
Al-Tawfiq JA, Auwaerter PG, <i>et al.</i> 2019	J	10.1016/j.jhin.2018.05.021
Park SY, Lee JS, <i>et al.</i> 2019	H	10.1016/j.jhin.2018.09.005
Song Z, Xu Y, <i>et al.</i> 2019	J	10.3390/v11010059
Aldohyan M, Al-Rawashdeh N, <i>et al.</i> 2019	J	10.1186/s12879-019-3898-2
Mobaraki K, Ahmadzadeh J. 2019	J	10.1186/s12879-019-3987-2
Xie J, Hu Y, <i>et al.</i> 2019	J	10.1177/0046958019847865
Corman VM, Lienau J, <i>et al.</i> 2019	I	10.1007/s00108-019-00671-5
Hong J, Chen J, <i>et al.</i> 2019	J	10.3390/ijerph16193758
Zhao Y, Chen Z, <i>et al.</i> 2019	J	10.1007/s11596-019-2114-3
Wang P, Anderson N, <i>et al.</i> 2020	J	10.1093/clinchem/hvaa080
Li W, Zhou Q, <i>et al.</i> 2020	J	10.21037/apm.2020.02.33
Chen Q, Allot A, <i>et al.</i> 2020	J	10.1038/d41586-020-00694-1

Klompas M. 2020	J	10.7326/M20-0751
Adams JG, Walls RM. 2020	J	10.1001/jama.2020.3972
Zandifar A, Badrfam R. 2020	E	10.1016/j.ajp.2020.101990
Schwartz J, King CC, <i>et al.</i> 2020	J	10.1093/cid/ciaa255
Kwon KT, Ko JH, <i>et al.</i> 2020	J	10.3346/jkms.2020.35.e123
Li Z, Ge J, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.bbi.2020.03.007
Chen C, Zhao B. 2020	J	10.1016/j.jhin.2020.03.008
Lynch C, Mahida N, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.jhin.2020.03.010
Rimmer A. 2020	J	10.1136/bmj.m1055
Stein R. 2020	J	10.1111/ijcp.13501
Golda A, Malek N, <i>et al.</i> 2011	E	10.1099/vir.0.028381-0
Scully C, Samaranayake LP. 2016	J	10.1111/odi.12356
Sukumaran A, Patil S	J	25095856
Kharma MY, Alalwani MS, <i>et al.</i> 2015	J	10.4103/2231-0762.159951
Ashok N, Rodrigues JC, <i>et al.</i> 2016	J	10.7860/JCDR/2016/17519.7790
Baseer MA, Ansari SH, <i>et al.</i> 2016	J	10.4317/jced.52811
Kim HJ, Ko JS, <i>et al.</i> 2020	J	10.4097/kja.20110
Calvo C, García López-Hortelano M, <i>et al.</i> 2020	A/F/H	10.1016/j.anpedi.2020.02.001
Mossa-Basha M, Meltzer CC, <i>et al.</i> 2020	J	10.1148/radiol.2020200988
Althomairy SA, Baseer MA, <i>et al.</i> 2018	J	10.4103/jispcd.JISPCD_9_18
Elrggal ME, Karami NA, <i>et al.</i> 2018	J	10.1007/s10389-018-0917-5
Gaffar BO, El Tantawi M, <i>et al.</i> 2019	J	10.15537/smj.2019.7.24304
Aminnejad R, Salimi A, <i>et al.</i> 2020	J	10.1007/s12630-020-01627-2
Oxford JS, Bossuyt S, <i>et al.</i> 2003	J	10.1046/j.1365-2567.2003.01684.x
Fang LS. 2003	J	14552214
Huber SJ, Wynia MK. 2004	J	10.1162/152651604773067497
Chang HJ, Huang N, <i>et al.</i> 2004	J	10.2105/ajph.94.4.562
Yu H, Sun X, <i>et al.</i> 2020	J	10.3390/ijerph17051770
Power J. 2004	J	15239585
Li RW, Leung KW, <i>et al.</i> 2004	J	10.1038/sj.bdj.4811469
Testarelli L, D' Aversa L, <i>et al.</i> 2004	J	15278018
Galligan JM. 2004	J	15481238
Adhikari SP, Meng S, <i>et al.</i> 2020	A	10.1186/s40249-020-00646-x
Yip HK, Tsang PC, <i>et al.</i> 2007	J	17405470
Qian F, Lim MK. 2010	J	10.1007/s00038-009-0099-6
Holý O, Matoušková I. 2012	J	10.5114/wo.2012.29298
Iacobucci G. 2020	J	10.1136/bmj.m1097
Rimmer A. 2020	J	10.1136/bmj.m1099
Ebrahim SH, Ahmed QA, <i>et al.</i> 2020	J	10.1136/bmj.m1066
Kain NA, Jardine CG. 2020	J	32165480
Silva AAMD. 2020	J	10.1590/1980-549720200021.

De Ceukelaire W, Bodini C. 2020	J	10.1177/0020731420916725.
Wang H, Wang S, <i>et al.</i> 2020	J	10.1186/s13054-020-2832-8
Rimmer A. 2020	J	10.1136/bmj.m1104
Tanne JH, Hayasaki E, <i>et al.</i> 2020	J	10.1136/bmj.m1090
Thomas-Rüddel D, Winning J, <i>et al.</i> 2020	I	10.1007/s00101-020-00758-x
Giovanetti M, Angeletti S, <i>et al.</i> 2020	J	10.1002/jmv.25773
Koenig KL, Beÿ CK, <i>et al.</i> 2020	J	10.5811/westjem.2020.1.46760.
Bachireddy C, Chen C, <i>et al.</i> 2020	J	10.1001/jama.2020.4272.
Lippi G, Plebani M. 2020	J	10.1515/cclm-2020-0240.
Kakimoto K, Kamiya H, <i>et al.</i> 2020	J	10.15585/mmwr.mm6911e2.
Ng Y, Li Z, <i>et al.</i> 2020	J	10.15585/mmwr.mm6911e1.
Salathé M, Althaus CL, <i>et al.</i> 2020	J	10.4414/smw.2020.20225
Cleveland J, Gray ST, <i>et al.</i> 2020	E	10.1016/j.ada.2016.03.020
Gorbalenya AE. 2020	J	10.1101/2020.02.07.937862
To K, Tsang O <i>et al.</i> 2020	J	10.1093/cid/ciaa149.
Kwok YLL, Gralton J, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.ajic.2014.10.015
Wahba L, Jain N <i>et al.</i> 2020	B	10.1093/cid/ciaa149
Schwartz IS, Friedman DZP, <i>et al.</i> 2020	E	10.1093/cid/ciaa007
Crooks K, Massey PD, <i>et al.</i> 2018	J	10.5365/wpsar.2018.9.5.005
Singh I, Munjal S, <i>et al.</i> 2019	J	10.4103/jfmprc.jfmprc_381_19
Patel AB, Verma A. 2020	D/H	10.1001/jama.2020.4812
Yamamoto Y, Saruta J, <i>et al.</i> 2019	H	10.1080/00016357.2019.1609697
Fessell D, Cherniss C, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.jacr.2020.03.013
Jairaj A, Shirisha P, <i>et al.</i> 2018	C	10.4103/jispcd.JISPCD_347_18
Kumar R, Kratzer D, <i>et al.</i> 2019	J	10.1002/marc.201800530
Gagliano A, Villani PG, Cò FM, <i>et al.</i> 2020	F	10.1017/dmp.2020.51
Roode GJ, Bütow KW. 2018	E	10.3121/cmr.2018.1385
Nicol GE, Piccirillo JF, <i>et al.</i> 2020	J	10.1111/jgs.16443
McKimm-Breschkin JL, Jiang S, <i>et al.</i> 2018	C/D/H	10.1016/j.antiviral.2017.11.013
Naleway AL, Henninger ML, <i>et al.</i> 2018	C	10.1111/jphd.12256
Jiang S, Ojcius DM. 2017	C/D	10.1016/j.micinf.2017.09.013
Zhou Y, Jiang S, <i>et al.</i> 2018	E	10.1111/idj.12335
Sperr M, Kundi M, <i>et al.</i> 2018	E	10.1902/jop.2017.170333
Gambhir RS, Pannu PR, <i>et al.</i> 2016	J	10.7860/JCDR/2016/20387.8536
Tsuruhara A, Aso K, <i>et al.</i> 2017	J	10.1093/intimm/dxx001
Bulgakova VA, Poromov AA, <i>et al.</i> 2017	I	10.17116/terarkh201789162-71
Mishra P, Bhadauria US. 2016	J	27344473
Cusinato R, Pacenti M, <i>et al.</i> 2016	J	10.1016/j.jviromet.2016.03.001
Buckee CO, Balsari S, <i>et al.</i> 2020	J	10.1126/science.abb8021
Lillemoe J, Caplan AL. 2016	J	30512265
Freund Y. 2020	J	10.1097/MEJ.0000000000000699

Li H, Zhou Y, <i>et al.</i> 2020	H	10.1128/AAC.00483-20
Joob B, Wiwanitkit V. 2020	J	10.1016/j.bbi.2020.03.020
Li S, Wang Y, Xue J, <i>et al.</i> 2020	J	10.3390/ijerph17062032
Bouckaert N, Schokkaert E. 2016	J	10.1007/s10198-015-0709-6
Feng S, Shen C, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/S2213-2600(20)30134-X
Misra RS, Johnston CJ, <i>et al.</i> 2015	J	10.1667/RR13917.1
Lai J, Ma S, <i>et al.</i> 2020	J	10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
Dong L, Bouey J. 2020	J	10.3201/eid2607.200407
Perlis RH. 2020	J	10.1001/jamanetworkopen.2020.4006
Broadbent L, Groves H, <i>et al.</i> 2015	C/E/H	10.1111/irv.12313
Ficarra V, Novara G, <i>et al.</i> 2020	E	10.23736/S0393-2249.20.03846-1
Choi KR, Skrine Jeffers K, <i>et al.</i> 2020	F	10.1111/jan.14369
Agarwal A, Nagi N, <i>et al.</i> 2020	J	10.4103/ijmr.IJMR_518_20
Colvard MD, Hirst JL, <i>et al.</i> 2014	C	10.1017/dmp.2014.44
Jin GB, Winans B, <i>et al.</i> 2014	J	10.1002/eji.201343980
Jerant A, Fiscella K, <i>et al.</i> 2013	J	10.3122/jabfm.2013.06.130054
Tjäderhane L, Koivumäki S, <i>et al.</i> 2013	J	10.1177/0022034513504783
Zucker J, Lee J, <i>et al.</i> 2013	J	10.1353/hpu.2013.0009
Wheeler JL, Martin KC, <i>et al.</i> 2013	J	10.4049/jimmunol.1201341
Mahanonda R, Sa-Ard-lam N, <i>et al.</i> 2012	J	10.1002/eji.201141657
The Lancet. 2020	J	10.1016/S0140-6736(20)30644-9
Lima CKT, Carvalho PMM, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/j.psychres.2020.112915
Pang HB, Xu LM, <i>et al.</i> 2020	J	10.12116/j.issn.1004-5619.2020.01.007
Qiu H, Wang HJ, <i>et al.</i> 2020	J	10.12116/j.issn.1004-5619.2020.01.006
Mao DM, Zhou N, <i>et al.</i> 2020	J	10.12116/j.issn.1004-5619.2020.01.003
Willan J, King AJ, <i>et al.</i> 2020	J	10.1136/bmj.m1117
Wicker S, Rabenau HF, <i>et al.</i> 2011	C	10.1016/j.ijheh.2011.08.005
Pyrk K, Strzyz P, <i>et al.</i> 201	J	10.1099/vir.0.032094-0
Bilder L, Machtei EE, <i>et al.</i> 2011	A	10.1177/0022034511413283
Malamud D, Abrams WR, <i>et al.</i> 2011	J	10.1177/0022034511399282
Flaer PJ, Younis MZ, <i>et al.</i> 2010	J	20973377
Kamate SK, Agrawal A, <i>et al.</i> 2009	J	20130372
Molinari JA. 2010	J	20333864
Mays JW, Bailey MT, <i>et al.</i> 2010	J	10.4049/jimmunol.0900183
Merchant VA. 2009	J	19877489
Dewey C, Hingle S, <i>et al.</i> 2020	J	10.7326/M20-1033
Li P, Fu JB, <i>et al.</i> 2020	D	10.1016/j.ijid.2020.03.027
Rueckmann E, Shah MN, <i>et al.</i> 2009	C	10.1080/10903120802471949
McNeary L, Maltser S, <i>et al.</i> 2020	J	10.1002/pmrj.12369
Chen D, Yang H, <i>et al.</i> 2020	E	10.1002/ijgo.13146
Luo M, Cao S, <i>et al.</i> 2020	J	10.1097/ALN.0000000000003288

Zhang HF, Bo LL, <i>et al.</i> 2020	J	10.1097/ALN.00000000000003300
Zhu W, Wang Y, <i>et al.</i> 2020	J	10.1097/ALN.00000000000003299
Chen X, Liu Y, <i>et al.</i> 2020	J	10.1097/ALN.00000000000003301
Greenland JR, Michelow MD, <i>et al.</i> 2020	J	10.1097/ALN.00000000000003303
Owens MD, Beckles GL, <i>et al.</i> 2008	E	10.1089/jwh.2008.1125
Banerjea R, Findley PA, <i>et al.</i> 2008	J	10.1080/03630240802099261
Fiscella K, Holt K. 2007	J	10.3122/jabfm.2007.06.070053
Fiscella K, Holt K, <i>et al.</i> 2006	J	10.1186/1472-6963-6-122
Shah MN, Clarkson L, <i>et al.</i> 2006	J	10.1111/j.1532-5415.2006.00736.x
Oxford JS, Lambkin R. 2006	E/H	10.1016/j.ijantimicag.2006.02.007
Szilagyi PG, Shone LP, <i>et al.</i> 2005	J	10.1016/j.ypmed.2004.05.010
Marin MG, Zitter JN. 2004	J	10.1016/j.ypmed.2004.03.017
Falsey AR, Walsh EE, <i>et al.</i> 2002	A	10.1086/339881
Shuman SK, McCusker ML, <i>et al.</i> 1993	E	10.14219/jada.archive.1993.0177
Fernandez JB, Glotzer DL, <i>et al.</i> 2008	J	10.5055/ajdm.2008.0019
Osterholm MT. 2006	J	16573182
Wessner M. 2005	J	16379153
Palenik CJ, Govoni M. 2004	J	15641330
McClarey M. 2000	J	12026448
Wang Y, Zhou CC, <i>et al.</i> 2020	I	10.12182/20200360101
Bol P. 2001	I	11441718
Janes GR, Blackman DK, <i>et al.</i> 199	J	10634271
Vingilis ER, Brown U, <i>et al.</i> 1999	J	PMC6979913
Carter WB, 1992	J	1487582
Ship JA. 1992	J	1504940
Palenik CJ, Miller CH. 1990	J	2284556
Oehring H, Welker D, <i>et al.</i> 1990	J	2150255
Oehring H, Welker D, <i>et al.</i> 1990	J	2149903
Dolin R. 1990	C	PMC2376495
Weintraub TL, Iftimovici R. 1981	J	7245605
Waldman HB. 1977	J	275493
Constantin I, Severineanu V, <i>et al.</i> 1977	I	266299
Lang W. 1973	H	4582161
KALMI. 1952	J	13048973
Alwan NA, Bhopal R, <i>et al.</i> 2020	J	10.1016/S0140-6736(20)30667-X
Pan X, Ojcius D, <i>et al.</i> 2020	D	10.1016/j.micinf.2020.02.004
Liu K. 2020	J	10.1126/science.367.6484.1398
Cohen J, Kupferschmidt K. 2020	D	10.1126/science.367.6484.1287
Wang J, Xu C, <i>et al.</i> 2020	D/E	10.1016/S0140-6736(20)30561-4
Pung R, Chiew CJ, <i>et al.</i> 2020	D	10.1016/S0140-6736(20)30528-6
Morishima T. 2006	J	17037365

Hartmann-Boyce J, Mahtani K. 2020	J	https://www.cebm.net/COVID-19/supporting-people-with-long-term-conditions-ltcs-during-national-emergencies/
Health Protection Scotland 2020	J	https://www.hps.scot.nhs.uk/web-resources-container/COVID-19-guidance-for-first-responders-and-others-in-close-contact-with-symptomatic-people-with-potential-COVID-19/
Intensive Care medicine 2020	J	https://static1.squarespace.com/static/5e6613a1dc75b87df82b78e1/t/5e6d0530d0babc2b370bf29b/1584203289238/COVID-19_Airwayshort.pdf
Hartmann-Boyce J, Narthan D, <i>et al.</i> 2020	J	https://www.cebm.net/COVID-19/maximising-mobility-in-the-older-people-when-isolated-with-COVID-19/
Health Protection Scotland 2020	J	https://www.hps.scot.nhs.uk/web-resources-container/COVID-19-guidance-for-infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings/
Health Protection Scotland 2020	J	https://www.hps.scot.nhs.uk/web-resources-container/COVID-19-guidance-for-secondary-care/
Health Protection Scotland 2020	A	https://hpspubsrepo.blob.core.windows.net/hps-website/nss/2935/documents/1_COVID-19-guidance-for-hpt.pdf
Khunti K, Greenhalgh T <i>et al.</i> 2020	J	https://www.cebm.net/COVID-19/what-is-the-efficacy-of-eye-protection-equipment-compared-to-no-eye-protection-equipment-in-preventing-transmission-of-COVID-19-type-respiratory-illnesses-in-primary-and-community-care/
INTERIM ClínicaL GUIDANCE FOR ADULTS WITH SUSPECTED OR CONFIRMED COVID-19 IN BELGIUM April 2020	F	https://epidemio.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_InterimGuidelines_Treatment_ENG.pdf
Ministry Of health ontario 2020	J	http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_primary_care_guidance.pdf
University of Oxford 2020	J	https://bjgpplife.com/wp-content/uploads/2020/03/Video-consultations-a-guide-for-practice.pdf
He Knowledge and Library Services Team 2020	J	https://phelibrary.koha-ptfs.co.uk/coronavirusinformation/

Secção 5 | Graduação da Evidência e Classe de Recomendação

Níveis de Evidência. Adaptado e traduzido de Perry, DJ, et al. 2007^[184]

Nível de Evidência	Descritivo
Nível Ia	Evidência obtida a partir de revisões sistemáticas ou meta-análises de ensaios controlados aleatorizados
Nível Ib	Evidência obtida a partir de, pelo menos, um ensaio controlado aleatorizado
Nível IIa	Evidência obtida a partir de pelo menos um estudo controlado bem delineado não aleatorizado
Nível IIb	Evidência obtida a partir de, pelo menos, um outro tipo de estudo quase experimental bem delineado
Nível III	Evidência obtida a partir de estudos descritivos não experimentais bem delineados, como estudos comparativos, estudos de correlação e estudos de caso
Nível IV	Evidência obtida a partir de relatórios ou pareceres de comités de especialistas ou experiências de autoridades respeitadas

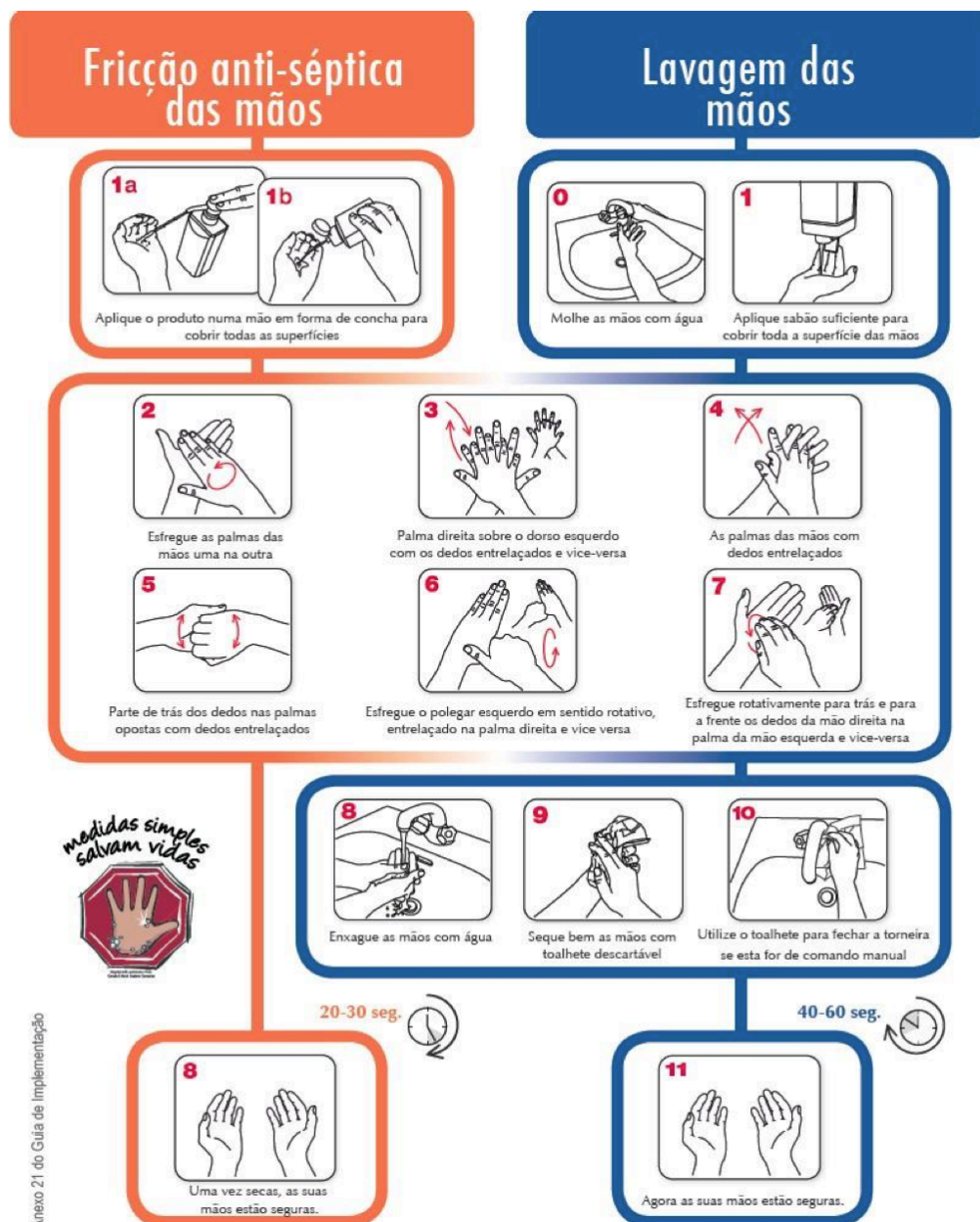
Classes de recomendação. Adaptado e traduzido de Kirchhof P, et al. 2016^[185]

Classe de Recomendação	Descritivo	Implementação
Classe I	Evidência e/ou consentimento geral que determinado tratamento ou procedimento é benéfico, útil e efetivo	Recomendado/Implementado
Classe II	Evidência controversa e/ou opiniões divergentes acerca da utilidade/eficácia do tratamento ou procedimento	
Classe IIa	Evidência/opinião privilegiam a utilidade/eficácia	Deve ser considerado
Classe IIb	Utilidade/eficácia menos suportada pela evidência/opinião	Pode ser considerado
Classe III	Evidência e consentimento geral de que o tratamento ou procedimento não é útil/efetivo, e em determinados casos pode ser prejudicial	Não recomendado

Apêndice III

Material de Apoio

Secção 1 | Técnica de higienização das mãos com Solução Anti-séptica de Base Alcoólica (SABA) ou água e sabão^[84]



Secção 2 | Sequência de colocação e remoção do EPI

Colocação do EPI

Proteção de grau 1 (para nível de risco moderado)	Proteção de grau 2 (para nível de risco elevado)	Proteção de grau 3 (para nível de risco muito elevado)
1º Antissepsia das mãos; 2º Adaptar a máscara cirúrgica e verificar o ajuste; 3º Vestir a bata impermeável; 4º Colocar o gorro cirúrgico ou touca; 5º Antissepsia das mãos com SABA; 6º Colocar luvas bem adaptadas cobrindo a bata.	1º Antissepsia das mãos; 2º Adaptar o respirador e efetuar o teste de ajuste; 3º Vestir a bata impermeável; 4º Colocar sobre botas descartáveis; 5º Antissepsia das mãos com SABA; 6º Colocar os óculos de proteção (se adequado); 7º Colocar o gorro cirúrgico ou touca com proteção de pescoço; 8º Colocar a viseira de proteção facial (se adequado); 9º Colocar as luvas bem adaptadas cobrindo a bata; 10º Verificar a adaptação de todos os elementos.	1º Antissepsia das mãos; 2º Adaptar o respirador e efetuar o teste de ajuste; 3º Vestir a bata impermeável ou fato completo impermeável; 4º Colocar sobre botas descartáveis; 5º Antissepsia das mãos com SABA; 6º Colocar par de luvas cobrindo a bata/fato; 7º Colocar os óculos de proteção (se adequado); 8º Colocar o capuz do fato ou gorro cirúrgico; 9º Colocar a viseira de proteção facial; 10º Desinfetar as luvas interiores com SABA; 11º Colocar par de luvas exterior; 12º Verificar a adaptação de todos os elementos.

Remoção do EPI

Proteção de grau 1 (para nível de risco moderado)	Proteção de grau 2 (para nível de risco elevado)	Proteção de grau 3 (para nível de risco muito elevado)
1º Remover a bata impermeável; 2º Remover as luvas juntamente com a bata; 3º Antissepsia das mãos com SABA; 4º Remover o gorro cirúrgico ou touca; 4º Remover a máscara cirúrgica; 5º Antissepsia das mãos com SABA.	1º Remover a bata impermeável; 2º Remover as luvas juntamente com a bata; 3º Antissepsia das mãos com SABA; 4º Remover a proteção ocular e touca/gorro (de trás para a frente); 5º Remover sobre botas; 6º Antissepsia das mãos com SABA; 7º Remover o respirador; 8º Antissepsia das mãos com SABA.	1º Remover o par de luvas exteriores; 2º Desinfetar as luvas interiores com SABA; 3º Remover a proteção ocular e gorro (de trás para a frente) ou o capuz do fato cirúrgico; 4º Remover a bata e simultaneamente o par interior de luvas; ou remover o fato e de seguida as luvas; 5º Remover sobre botas; 6º Antissepsia das mãos com SABA; 7º Remover o respirador; 8º Antissepsia das mãos com SABA.

Solução de Etanol 70%

Para obter 1 L de solução de Etanol 70% com base numa solução-mãe de Etanol 96% é necessário:

- 729,2 mL Etanol a 96%
- 270,8 mL Água Destilada

Solução de Hipoclorito de Sódio 0,1%

Para obter 1 L de solução de Hipoclorito de Sódio 0,1% com base numa solução-mãe de Hipoclorito de Sódio 5% é necessário:

- 20 mL Hipoclorito de Sódio 5%
- 980 mL Água Destilada

Solução de Hipoclorito de Sódio 0,5%

Para obter 1 L de solução de Hipoclorito de Sódio 0,5% com base numa solução-mãe de Hipoclorito de Sódio 5% é necessário:

- 100 mL Hipoclorito de Sódio 5%
- 900 mL Água Destilada

Solução de Hipoclorito de Sódio 1%

Para obter 1 L de solução de Hipoclorito de Sódio 1% com base numa solução-mãe de Hipoclorito de Sódio 5% é necessário:

- 200 mL Hipoclorito de Sódio 5%
- 800 mL Água Destilada

Solução de Iodopovidona 0,2%

Para obter 1 L de solução Iodopovidona 0,2% com base numa solução-mãe de Iodopovidona 10% é necessário:

- 20 mL Iodopovidona 10%
- 980 mL Água Destilada

Solução de Peróxido de Hidrogénio 1%

Para obter 1 L de solução Peróxido de Hidrogénio 1% com base numa solução-mãe de Peróxido de Hidrogénio 3% (equivalente a Água Oxigenada de 10 volumes) é necessário:

- 333,3 mL Peróxido de Hidrogénio 3%
- 666,7 mL Água Destilada

Solução de Peróxido de Hidrogénio 1%

Para obter 1 L de solução Peróxido de Hidrogénio 1% com base numa solução-mãe de Peróxido de Hidrogénio 9% (equivalente a Água Oxigenada de 30 volumes) é necessário:

- 111 mL Peróxido de Hidrogénio 9%
- 889 mL Água Destilada

Bibliografia

1. National Institute for Health and care Excellence, Interim process and methods for developing rapid guidelines on COVID-19. Published date: 20 March 2020. <https://www.nice.org.uk/process/pmg35/chapter/scoping> (acedido a 16 de Abril de 2020).
2. El Zowalaty, M.E. and Jarhult, J.D., From SARS to COVID-19: A previously unknown SARS- related coronavirus (SARS-CoV-2) of pandemic potential infecting humans - Call for a One Health approach. *One Health*, 2020. 9: p. 100124.
3. Xu, J., *et al.*, 2019 novel Coronavirus outbreak: a quiz or final exam? *Front Med*, 2020.
4. Sohrabi, C., *et al.*, World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*, 2020. 76: p. 71-76.
5. Amodio, E., *et al.*, Outbreak of Novel Coronavirus (SARS-Cov-2): First Evidences From International Scientific Literature and Pending Questions. *Healthcare (Basel)*, 2020. 8(1).
6. Chan, K.W., *et al.*, COVID-19: An Update on the Epidemiological, Clinical, Preventive and Therapeutic Evidence and Guidelines of Integrative Chinese-Western Medicine for the Management of 2019 Novel Coronavirus Disease. *Am J Chin Med*, 2020: p. 1-26.
7. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses, The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*, 2020. 5(4): p. 536-544.
8. Guan, W.J., *et al.*, Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*, 2020.
9. Spagnuolo, G., *et al.*, COVID-19 Outbreak: An Overview on Dentistry. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. 17(6).
10. Ungaro, R.C., *et al.*, What Should Gastroenterologists and Patients Know About COVID-19? *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2020.
11. Borges do Nascimento, I.J., *et al.*, Novel Coronavirus Infection (COVID-19) in Humans: A Scoping Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*, 2020. 9(4).
12. World Health Organization, Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). (acedido a 20 de abril de 2020).

13. Xia, N., *et al.*, Serological Test is an Efficient Supplement of RNA Detection for Confirmation of SARS-CoV-2 Infection. Preprints 2020, 2020030184 (doi: 10.20944/preprints202003.0184.v1).
14. Meng, L., *et al.*, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. J Dent Res, 2020: p. 22034520914246.
15. Droegemeier, K., Rapid Expert Consultation Update on SARS-CoV-2 Surface Stability and Incubation for the COVID-19 Pandemic. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020.
16. Bai, Y., *et al.*, Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. JAMA, 2020.
17. Wang, J., *et al.*, Preparedness is essential for malaria-endemic regions during the COVID-19 pandemic. Lancet, 2020. 395(10230): p. 1094-1096.
18. Zou, L., *et al.*, SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. N Engl J Med, 2020. 382(12): p. 1177-1179.
19. National Research Council 2020. Rapid Expert Consultation on the Possibility of Bioaerosol Spread of SARS-CoV-2 for the COVID-19 Pandemic (April 1, 2020). Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25769>.
20. Protocol for prevention and control of COVID-19, CDC - China 2020. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202003/4856d5b0458141fa9f376853224d41d7.shtml>. (acedido a 17 de abril de 2020).
21. Huang, C., *et al.*, Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet, 2020. 395(10223): p. 497-506.
22. Santarpia, J.L., *et al.*, Transmission Potential of SARS-CoV-2 in Viral Shedding Observed at the University of Nebraska Medical Center. medRxiv, 2020.
23. Li, J.Y., *et al.*, The epidemic of 2019-novel-coronavirus (2019-nCoV) pneumonia and insights for emerging infectious diseases in the future. Microbes Infect, 2020. 22(2): p. 80-85.
24. Peng, X., *et al.*, Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci, 2020. 12(1): p. 9.
25. Rosenfeld, R.M. and Shiffman R.N., Clinical practice guideline development manual: a quality-driven approach for translating evidence into action. Otolaryngol Head Neck Surg, 2009. 140(6 Suppl 1): p. S1-43.
26. Centers for Disease Control and Prevention, Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings, 2005. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5417a1.htm>. (acedido a 19 de abril de 2020).

27. ACSS, Especificações Técnicas para Instalações de AVAC – ET 06/2008.
http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Especificacoes_Tecnicas_06_2008.pdf. (acedido a 19 de abril de 2020).
28. Centers for Disease Control and Prevention, Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities (2003). Appendix B. Air. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/appendix/air.html#tableb1>. (acedido a 19 de abril de 2020).
29. New York State Department of Health. New York State Department of Health. 2017. <https://www.health.ny.gov/facilities/cons/docs/3-14-0.pdf> (acedidos a 19 de abril de 2020).
30. Veterans Affairs. Dental Service design guide. 2014. <https://www.cfm.va.gov/til/dGuide/dgDental.pdf>. (acedido a 19 de abril de 2020).
31. Harrel, S.K. and Molinari J., Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. J Am Dent Assoc, 2004. 135(4): p. 429-37.
32. Helmis, C.G., *et al.*, Indoor air quality in a dentistry clinic. Sci Total Environ, 2007. 377(2-3): p. 349-65.
33. Li, Y., *et al.*, Role of ventilation in airborne transmission of infectious agents in the built environment - a multidisciplinary systematic review. Indoor Air, 2007. 17(1): p. 2-18.
34. Raghunath, N., *et al.*, Aerosols in Dental Practice- A Neglected Infectious Vector. Microbiology Research Journal International, 2016. 14.
35. Qian, H. and Zheng, X., Ventilation control for airborne transmission of human exhaled bio-aerosols in buildings. J Thorac Dis, 2018. 10(Suppl 19): p. S2295-S2304.
36. Silva, M.G., Cientista da UC analisa os modos de transmissão da COVID-19 à luz dos conceitos de Qualidade do Ar Interior. <http://noticias.uc.pt/universo-uc/cientista-da-uc-analisa-os-modos-de-transmissao-da-covid-19-a-luz-dos-conceitos-de-qualidade-do-ar-interior/>. (acedido a 18 de abril de 2020). 2020.
37. OSHA, Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. 2020: p. 18-20.
38. World Health Organization, Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected Interim guidance. ISBN 978-92-4-000091-9. 2020.
39. Bioseguridad para la atención odontológica: COVID 19. Protocolo para gestión y cumplimiento de normas de higiene y bioseguridad. Helga Lang. <https://www.colegiohigienistascv.es/wp-content/uploads/2020/04/PROTOCOLO-DE-BIOSEGURIDAD-pdf.pdf.pdf> (acedido a 15 de Abril de 2020).

40. Zhang, W. and Jiang, X., Measures and suggestions for the prevention and control of the novel coronavirus in dental institutions. *Frontiers of Oral and Maxillofacial Medicine*, 2020. 2.
41. Huh, S., How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 2020. 17.
42. Van Doremalen N, *et al.*, Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *Engl J Med.*, 2020. Mar.
43. Lurie, N. and Carr, B.G., The Role of Telehealth in the Medical Response to Disasters. *JAMA Intern Med*, 2018. 178(6): p. 745-746.
44. Reeves, J.J., *et al.*, Rapid Response to COVID-19: Health Informatics Support for Outbreak Management in an Academic Health System. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2020.
45. Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Norma nº 007/2020 de 29/03/2020.
46. Smales, F.C. and Samaranyake, L.P., Maintaining dental education and specialist dental care during an outbreak of a new coronavirus infection. Part 2: Control of the disease, then elimination. *Br Dent J*, 2003. 195(12): p. 679-81.
47. Li, R.W., *et al.*, Severe acute respiratory syndrome (SARS) and the GDP. Part II: implications for GDPs. *Br Dent J*, 2004. 197(3): p. 130-4.
48. Samaranyake, L.P. and Peiris, M., Severe acute respiratory syndrome and dentistry: a retrospective view. *J Am Dent Assoc*, 2004. 135(9): p. 1292-302.
49. Huang, Z., *et al.*, The Battle Against Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emergency Management and Infection Control in a Radiology Department. *J Am Coll Radiol*, 2020.
50. Lai, T.H.T., *et al.*, Stepping up infection control measures in ophthalmology during the novel coronavirus outbreak: an experience from Hong Kong. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2020.
51. Maragakis, L.L., Coronavirus Symptoms: Frequently Asked Questions. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/coronavirus-symptoms-frequently-asked%20questions>. (acedido a 17 de abril de 2020). Johns Hopkins Medicine, 2020.
52. Repici, A., *et al.*, Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. *Gastrointest Endosc*, 2020.

53. Zhang, Y., *et al.*, Hospital response to the COVID-19 outbreak: The experience in Shanghai, China. J Adv Nurs, 2020.
54. COVID-19: Fase de Mitigação. Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas; instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco. Orientação 009/2020 de 11/03/2020. Atualizada a 07/04/2020.
55. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO. Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2. Norma nº 004/2020 de 23/03/2020.
56. ADA, Interim Guidance for Minimizing Risk of COVID-19 Transmission. ADA.org/InterimGuidance. https://www.ada.org/~media/CPS/Files/COVID/ADA_COVID_Int_Guidance_Treat_Pts.pdf (acedido a 15 de Abril de 2020).
57. European Centre for Disease Prevention and Control, Novel coronavirus (SARS-CoV-2) Discharge criteria for confirmed COVID-19 cases – When is it safe to discharge COVID-19 cases from the hospital or end home isolation? <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-Discharge-criteria.pdf> (acedido a 15 de Abril de 2020).
58. Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento. Orientação 010/2020 de 16/03/2020.
59. OMD, Devo atender um doente infetado com COVID-19, ou que representa um forte risco de contágio? <https://www.ond.pt/covid-19/perguntas/7iietr/>. (acedido a 26 de abril de 2020).
60. OMD, COVID-19: cuidados preventivos e consultas de medicina dentária. <https://www.ond.pt/2020/03/cuidados-preventivos-consultas/>. (acedido a 26 de abril de 2020).
61. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO: Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2. Norma 004/2020 de 23/03/2020. Atualizada a 25/04/2020.
62. Zhang W, J.X., Measures and suggestions for the prevention and control of the novel coronavirus in dental institutions. Front Oral Maxillofac Med, 2020. 2(li): p. 4-4.
63. Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19). Medidas de prevenção da transmissão em estabelecimentos de atendimento ao público. Orientação nº 011/2020 de 17/03/2020.
64. Boyce, J.M., *et al.*, Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious

Diseases Society of America. MMWR Recomm Rep, 2002. 51(RR-16): p. 1-45, quiz CE1-4.

65. Guangming Ye, H.L., *et al.*, Environmental contamination of the SARS-CoV-2 in healthcare premises: An urgent call for protection for healthcare workers. medRxiv, 2020.

66. Centers for Disease Control and Prevention, Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease (COVID-19). 2020: p. 1-7.

67. Consejo General de Dentistas de España, Plan Estratégico de Acción para Periodo Posterior a la Crisis por El Covid 19. 2020 (Version 13 abril de 2020).

68. Centers for Disease Control and Prevention, Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities : in Resource-Limited Settings. 2019: p. 1-91.

69. Lotfinejad, N., *et al.*, Hand hygiene and the novel coronavirus pandemic: The role of healthcare workers. J Hosp Infect, 2020.

70. Allegranzi, B., *et al.*, Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet, 2011. 377(9761): p. 228-41.

71. Jefferson, T., *et al.*, Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane Database Syst Rev, 2011(7): p. CD006207.

72. Basile, C.C., *et al.*, Recommendations for the prevention, mitigation and containment of the emerging SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic in haemodialysis centres. Nephrology Dialysis Transplantation, 2020. in press.

73. World Health Organization, Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. ISBN 978 9241597906. 2009.

74. Picheansathian, W., A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene. Int J Nurs Pract, 2004. 10(1): p. 3-9.

75. Centers for Disease Control and Prevention, Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2003. 52.

76. Sebastiani, F.R., *et al.*, Infection Control in the Dental Office. Dent Clin North Am, 2017. 61(2): p. 435-457.

77. Kampf, G. and Löffler, H., Dermatological aspects of a successful introduction and continuation of alcohol-based hand rubs for hygienic hand disinfection. The Journal of Hospital Infection, 2003. 55.

78. Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Limpeza e desinfecção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares. Orientação nº 014/2020 de 21/03/2020.
79. Centers for Disease Control and Prevention, Healthcare Infection control Practices Advisory Committee: Guidelines for Environmental Infection Control in Health-care Facilities. 2003: p. 1-235.
80. Kundrapu S, *et al.*, Daily Disinfection of High-Touch Surfaces in Isolation Rooms to Reduce Contamination of Healthcare Workers' Hands. *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2012. 33(10): p. 4.
81. European Centre for Disease Prevention and Control, Disinfection of environments in healthcare and non- healthcare settings potentially contaminated with SARS-CoV-2. Stockholm;, 2020.
82. Consejo Dentistas - Organización Colegial de Dentistas de España. Plan estratégico de acción para el periodo posterior a la crisis creada por el COVID-19. 2020.
83. Consejo Dentistas - Organización Colegial de Dentistas de España. Recomendaciones de buenas prácticas para la atención de urgencias. <https://consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1739-recomendaciones-de-buenas-practicas-para-la-atencion-de-urgencias.html>. (accedido a 19 de abril de 2020).
84. Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Protecção Individual (EPI). Norma nº 007/2020 de 29/03/2020.
85. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. <https://www.alnap.org/help-library/handbook-of-covid-19-prevention-and-treatment>. (accedido a 16 de Abril de 2020).
86. Chughtai, A.A., *et al.*, Policies on the use of respiratory protection for hospital health workers to protect from coronavirus disease (COVID-19). *Int J Nurs Stud*, 2020. 105: p. 103567.
87. Giwa, A.L., *et al.*, Novel 2019 coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): An updated overview for emergency clinicians. *Emerg Med Pract*, 2020. 22(5): p. 1-28.
88. Leung NHL, *et al.*, Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nature Medicine*, 2020: p. 1-5.
89. Murthy, S., *et al.*, Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *JAMA*, 2020.
90. Ng, K., *et al.*, COVID-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. *Ann Intern Med*, 2020.
91. Wang, Q. and Yu C., The role of masks and respirator protection against SARS-CoV-2. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2020: p. 1-2.

92. Chinese Center for Disease Control and Prevention, Norms for Prevention and Control Practice in Grass-roots Medical and Health Institutions. (disponível em formato PDF) 2020.
93. Centers for Disease Control and Prevention, Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html#table1%0A%0ANormas%20preven%C3%A7%C3%A3o-CDC%20Chin%C3%AAspdf>. (acedido a 15 de Abril de 2020). 2020.
94. Rimmer, A., Covid-19: What's the current advice for UK doctors? *BMJ*, 2020. 368: p. m978.
95. Rombola, G., *et al.*, Practical indications for the prevention and management of SARS-CoV-2 in ambulatory dialysis patients: lessons from the first phase of the epidemics in Lombardy. *J Nephrol*, 2020. 33(2): p. 193-196.
96. Krithikadatta, J., *et al.*, Endodontic and Dental Practice during COVID-19 Pandemic: Position Statement from International Federation of Endodontic Associations (IFEA) & Indian Endodontic Society (IES). http://www.aede.info/pdf/newsletters/IFEA_IES_Endodontic_and_Dental_Practice_during_COVID-19.pdf. (acedido a 15 de Abril de 2020).
97. Cowling, B.J. and Aiello, A., Public health measures to slow community spread of COVID-19. *J Infect Dis*, 2020.
98. Leung, N.H., *et al.*, Respiratory Virus Shedding in Exhaled Breath and Efficacy of Face Masks. *natureresearch*, 2020.
99. van Doremalen, N., *et al.*, Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*, 2020. 382(16): p. 1564-1567.
100. Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Recolha, Transporte e Tratamento dos Resíduos Hospitalares. Orientação nº 012/2020 de 19/03/2020.
101. World Health Organization, Guidance for health workers. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/health-workers>. (acedido a 16 de Abril de 2020).
102. COVID-19: infection prevention and control (IPC). <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control>. (acedido a 20 de abril de 2020).
103. European Centre for Disease Prevention and Control, Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - second update. <https://>

www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings. (accedido a 20 de abril de 2020).

104. Association of Occupational Health Professionals in Healthcare, Infections by Bio-aerosols. <http://ldh.la.gov/assets/oph/Center-PHCH/Center-CH/infectious-epi/HAI/InfectionsbyAerosolsDropletsHandout.pdf>. (accedido a 20 de abril de 2020).

105. Verbeek, J.H., *et al.*, Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019. 7: p. CD011621.

106. Long Y, *et al.*, Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks against influenza: A systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Med.*, 2020. 2(February): p. 1-9.

107. Centers for Disease Control and Prevention, Guidance for Providing Dental Care During COVID-19. 2020.

108. CAL/OSHA, The California Workplace Guide to Aerosol Transmissible Diseases. https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/ATD-Guide.pdf. (accedido a 20 de abril de 2020).

109. European Centre for Disease Prevention and Control, Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-wearing-and-removing-personal-protective-equipment-healthcare-settings>. (accedido a 20 de abril de 2020).

110. European Centre for Disease Prevention and Control, Personal protective equipment (PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed novel coronavirus (2019-nCoV). <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/personal-protective-equipment-ppe-needs-healthcare-settings-care-patients>. (accedido a 20 de abril de 2020).

111. European Centre for Disease Prevention and Control, Safe use of personal protective equipment in the treatment of infectious diseases of high consequence. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/safe-use-personal-protective-equipment-treatment-infectious-diseases-high>. (accedido a 20 de abril de 2020).

112. Tang, J.W., *et al.*, Factors involved in the aerosol transmission of infection and control of ventilation in healthcare premises. *J Hosp Infect*, 2006. 64(2): p. 100-14.

113. Asadi, S., *et al.*, Aerosol emission and superemission during human speech increase with voice loudness. *Sci Rep*, 2019. 9(1): p. 2348.

114. Sociedad Española de Patología Digestiva and Asociación Española de Gastroenterología, Recommendations by the SEPD and AEG, both in general and on the operation of gastrointestinal endoscopy and gastroenterology units, concerning the current SARS-CoV-2 pandemic (March, 18). *Rev Esp Enferm Dig*, 2020. 112(4): p. 319-322.
115. Chin, A., *et al.*, Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions. *medRxiv*, 2020.
116. Moriarty L.F., *et al.* Public Health Responses to COVID-19 Outbreaks on Cruise Ships — Worldwide, February–March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:347-352. DOI: [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e3external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e3external%20icon).
117. Ong, S.W.X., *et al.*, Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. *JAMA*, 2020.
118. Jiang, Y., *et al.*, Clinical Data on Hospital Environmental Hygiene Monitoring and Medical Staff Protection during the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *medRxiv*, 2020.
119. Zayas, G., *et al.*, Cough aerosol in healthy participants: fundamental knowledge to optimize droplet-spread infectious respiratory disease management. *BMC Pulmonary Medicine*, 2012. 12.
120. Bourouiba, L., Turbulent Gas Clouds and Respiratory Pathogen Emissions: Potential Implications for Reducing Transmission of COVID-19. *JAMA*, 2020.
121. Bentley, C.D., N.W. Burkhardt, and J.J. Crawford, Evaluating Spatter and Aerosol Contamination during Dental Procedures. *JADA*, 1994. 125.
122. Bennett, A.M., *et al.*, Microbial aerosols in general dental practice. *British Dental Journal*, 2000. 189.
123. Hokett, S.D., *et al.*, Assessing the effectiveness of direct digital radiography barrier sheaths and finger cots. *J Am Dent Assoc*, 2000. 131(4): p. 463-7.
124. Swaminathan, Y. and Thomas, J.T., “Aerosol”—A Prospective Contaminant of Dental Environment! *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 2013. 11.
125. Otter, J.A., *et al.*, Transmission of SARS and MERS coronaviruses and influenza virus in healthcare settings: the possible role of dry surface contamination. *J Hosp Infect*, 2016. 92(3): p. 235-50.
126. Rutala, W.A. and Weber, D.J., Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines-H.pdf>. (accedido a 19 de abril de 2020). 2019.

127. Kampf, G., *et al.*, Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hospital Infect*, 2020. 104(3): p. 246-251.
128. Diário da República Eletrónico, Portaria n.º 353-A/2013.
129. ISO 7730:2005, Ergonomics of the thermal environment — Analytical determination and interpretation of thermal comfort using calculation of the PMV and PPD indices and local thermal comfort criteria. <https://www.iso.org/standard/39155.html>. (acedido a 19 de abril de 2020).
130. Ijaz, M.K., *et al.*, Survival characteristics of airborne human coronavirus 229E. *J Gen Virol*, 1985. 66 (Pt 12): p. 2743-8.
131. Offner, D., *et al.*, Contamination of dental unit waterlines: assessment of three continuous water disinfection systems. *BDJ Open*, 2016. 2: p. 16007.
132. Ji, X.Y., *et al.*, Three key factors influencing the bacterial contamination of dental unit waterlines: a 6-year survey from 2012 to 2017. *International Dental Journal*, 2018. 69.
133. Lizzadro, J., *et al.*, Comparison between Two Types of Dental Unit Waterlines: How Evaluation of Microbiological Contamination Can Support Risk Containment. *Int J Environ Res Public Health*, 2019. 16(3).
134. Desarda, H., *et al.*, Efficacy of High-volume Evacuator in Aerosol Reduction: Truth or Myth? A Clinical and Microbiological Study. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*, 2014. 8(3): p. 176-9.
135. Avasthi, A., High Volume Evacuator (HVE) in reducing aerosol- an exploration worth by clinicians. *Journal of Dental Health Oral Disorders & Therapy*, 2018. 9.
136. Van der Sluijs, M., *et al.*, The effect on clinical parameters of periodontal inflammation following non-surgical periodontal therapy with ultrasonics and chemotherapeutic cooling solutions: a systematic review. *J Clin Periodontol*, 2016. 43(12): p. 1074-1085.
137. Jawade, R., *et al.*, Comparative Evaluation of Two Different Ultrasonic Liquid Coolants on Dental Aerosols. *J Clin Diagn Res*, 2016. 10(7): p. ZC53-7.
138. Sethi, K.S., *et al.*, Comparative evaluation of the chlorhexidine and cinnamon extract as ultrasonic coolant for reduction of bacterial load in dental aerosols. *J Indian Soc Periodontol*, 2019. 23(3): p. 226-233.
139. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde. <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214604/816023/Cartilha+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+Respirat%C3%B3ria+contra+Agentes+Biol%C3%B3gicos+para+Trabalhadores+de+Sa%C3%BAde.pdf/58075f57-e0e2-4ec5-aa96-743d142642f1>. (acedido a 26 de abril de 2020).

140. 3M, Science Applied to Life. Comparison of FFP2, KN95, and N95 and Other Filtering Facepiece Respirator Classes. <https://multimedia.3m.com/mws/media/1791500O/comparison-ffp2-kn95-n95-filtering-facepiece-respirator-classes-tb.pdf>. (acedido a 20 de abril de 2020).
141. Infarmed, Máscaras Cirúrgicas - Dispositivos Médicos (DMs) versus Aparelhos de Proteção Respiratória Filtrantes – Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3584301/Mascaras+Versus+EPIs/733267cf-46d3-c102-bc19-bb5e1b6048a0>. (acedido a 20 de abril de 2020).
142. Centers for Disease Control and Prevention, Facial Hairstyles and Filtering Facepiece Respirator. 2017.
143. Kantor, J., Behavioral considerations and impact on personal protective equipment (PPE) use: Early lessons from the coronavirus (COVID-19) outbreak. *J Am Acad Dermatol*, 2020. 82: p. 1087-1088.
144. Centers for Disease Control and Prevention, Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2002.
145. Nejatidanesh, F., *et al.*, Risk of Contamination of Different Areas of Dentist's Face During Dental Practices. *Int J Prev Med*, 2013. 4(5): p. 611-5.
146. Caldeira, D., *et al.*, Skin antiseptics in venous puncture-site disinfection for prevention of blood culture contamination: systematic review with meta-analysis. *J Hosp Infect*, 2011. 77(3): p. 223-32.
147. Kamel, C., *et al.*, in *Preoperative Skin Antiseptic Preparations and Application Techniques for Preventing Surgical Site Infections: A Systematic Review of the Clinical Evidence and Guidelines*. 2011: Ottawa (ON).
148. Samaranayake, L.P., *et al.*, The efficacy of rubber dam isolation in reducing atmospheric bacterial contamination. *ASDC J Dent Child*, 1989. 56(6): p. 442-4.
149. El-Din, A.M.T. and Ghoname, N.A.E.-H., Efficacy of rubber dam isolation as an infection control procedure in paediatric dentistry. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1997. 3.
150. Al-Amad, S.H., *et al.*, The effect of rubber dam on atmospheric bacterial aerosols during restorative dentistry. *J Infect Public Health*, 2017. 10(2): p. 195-200.
151. Centers for Disease Control and Prevention, Infection Prevention & Control Guidelines & Recommendations. <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/guidelines/index.htm> (acedido a 19 de abril de 2020).

152. Day, C.J., *et al.*, Aerosols and Splatter in Dentistry – A Neglected Menace? Dental Update, 2017. 33.
153. Hu, T., *et al.*, Risk of hepatitis B virus transmission via dental handpieces and evaluation of an anti-suction device for prevention of transmission. Infect Control Hosp Epidemiol, 2007. 28(1): p. 80-2.
154. Centers for Disease Control and Prevention, Guidelines for infection control in Dental Health Care settings. J Am Dent Assoc, 2003. S2(RR17): p. 1-68.
155. Tuttnauer Team. How to better protect dental and medical clinics from airborne contamination? <https://tuttnauer.com/blog/how-to-protect-dental-and-medical-clinics-from-airborne-contamination>. (acedido a 19 de abril de 2020).
156. Centers for Disease Control and Prevention, Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Finfection-control%2Fcontrol-recommendations.html. (acedido a 19 de abril de 2020).
157. Hu, X., *et al.*, Heat inactivation of serum interferes with the immunoanalysis of antibodies to SARS-CoV-2. medRxiv, 2020.
158. Colaneri, M., *et al.*, Lack of SARS-CoV-2 RNA environmental contamination in a tertiary referral hospital for infectious diseases in Northern Italy. J Hosp Infect, 2020.
159. United States Environmental Protection Agency Washington, Prevention List N Products with Emerging Viral Pathogens AND Human Coronavirus claims for use against SARS-CoV-2. 2020.
160. Dexter, F., *et al.*, Perioperative COVID-19 Defense: An Evidence-Based Approach for Optimization of Infection Control and Operating Room Management. Anesth Analg, 2020.
161. Haralur, S.B., *et al.*, Effect of alginate chemical disinfection on bacterial count over gypsum cast. J Adv Prosthodont, 2012. 4(2): p. 84-8.
162. Azevedo, M.J., *et al.*, A simple and effective method for addition silicone impression disinfection. J Adv Prosthodont, 2019. 11(3): p. 155-161.
163. Bass, R.A., *et al.*, The effect of a surface disinfectant on a dental cast. The Journal of Prosthetic Dentistry. 1992.

164. Soares, C.R. and Ueti, M., [Influence of different methods of chemical disinfection on the physical properties of type IV and V gypsum dies]. *Pesqui Odontol Bras*, 2001. 15(4): p. 334-40.
165. Pisulkar, S., *et al.*, Analysis of Bacterial Colonization due to Salivary Contamination on Gypsum Casts and Effect of Various Means of Disinfection of Dental Casts on Bacterial Colonization: An in vitro Study. *International Journal of Oral Care and Research*, 2018. 6.
166. da Silva, F.C., *et al.*, Effectiveness of six different disinfectants on removing five microbial species and effects on the topographic characteristics of acrylic resin. *J Prosthodont*, 2008. 17(8): p. 627-33.
167. Centers for Disease Control and Prevention, Sequence for putting on personal protective equipment (PPE). <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppe-sequence.pdf> (acedido a 19 de abril de 2020).
168. Centers for Disease Control and Prevention, Decontamination and Reuse of Filtering Facepiece Respirators. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html>. (acedido a 19 de abril de 2020).
169. COEC. [COVID-19] Recomendaciones e infografías para la atención de urgencias dentales durante la pandemia. <http://www.coec.cat/es/noticies/atencio-urg-dentals-covid19>. (acedido a 19 de abril de 2020).
170. Centers for Disease Control and Prevention, Strategies for Optimizing the Supply of Eye Protection. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/eye-protection.html>. (acedido a 19 de abril de 2020).
171. Centers for Disease Control and Prevention, Cleaning and Disinfection for Households. www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cleaning-disinfection.html. (acedido a 19 de abril de 2020).
172. Auer, R., *et al.*, Covid-19, cash, and the future of payments. *BIS Bulletin*. ISBN 92-9197-357-5. <https://www.bis.org/publ/bisbull03.pdf>. (acedido a 19 de abril de 2020). 2020.
173. Centers for Disease Control and Prevention, Sterilization or disinfection of dental instruments. *JADA*, 2001. 132.
174. Schwartz, A., *et al.*, Decontamination and Reuse of N95 Respirators with Hydrogen Peroxide Vapor to Address Worldwide Personal Protective Equipment Shortages During the SARS-CoV-2 (COVID-19) Pandemic. *Journal of ABSA International*, 2020.
175. Hoffmann, M., *et al.*, SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*, 2020. 181(2): p. 271-280 e8.

176. Wolfel, R., *et al.*, Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*, 2020.
177. To, K.K.-W., *et al.*, Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *The Lancet*, 2020.
178. Liu, L., *et al.*, Epithelial cells lining salivary gland ducts are early target cells of severe acute respiratory syndrome coronavirus infection in the upper respiratory tracts of rhesus macaques. *J Virol*, 2011. 85(8): p. 4025-30.
179. Xu, H., *et al.*, High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci*, 2020. 12(1): p. 8.
180. Yan Y, *et al.*, Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for health-care workers fighting against coronavirus disease 2019. *Dermatol Ther.*, 2020. 13(e13310).
181. Neher, R.A., *et al.*, Potential impact of seasonal forcing on a SARS-CoV-2 pandemic. *Swiss Med Wkly*, 2020. 150: p. w20224.
182. Dion, M., *et al.*, Big Data and the Global Public Health Intelligence Network (GPHIN). *Can Commun Dis Rep*, 2015. 41(9): p. 209-214.
183. Hollander, J.E. and Carr, B.G., Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med*, 2020.
184. Perry, D.J., *et al.*, Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery. *Br Dent J*, 2007. 203(7): p. 389-93.
185. Kirchhof, P., *et al.*, 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 2016. 50(5).