Recomendações Para a Retoma da Atividade Clínica em Estomatologia no Contexto da Pandemia COVID-19

Preâmbulo

Sendo a Estomatologia a área da Medicina que previne, diagnostica e trata a patologia do aparelho estomatognático e dos seus anexos, integrando-a com as restantes áreas do conhecimento médico, obviamente não ficou incólume perante o decurso desta pandemia COVID-19 que tanto transformou as nossas vidas. O facto de tratar a boca, "autoestrada" das vias aerodigestivas, porta de entrada e saída do organismo, área infetada e infetante por excelência, a isso, e por dever de ofício, foi inexoravelmente conduzida.

Tendo sido uma das primeiras áreas do conhecimento médico a ver-se reconhecida como especialidade em Portugal, a 26 de maio de 1911; Introduzida no ensino médico em 1916, foi a primeira especialidade a fundar uma sociedade científica, a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, a 21 de junho de 1919.

No seu longo e fecundo caminho, o seu saber e "saber fazer" cruzaram-se e enriqueceram-se com os de outras especialidades com quem partilha território anatómico, métodos e técnicas, como é o caso da Cirurgia Pediátrica, da Cirurgia Plástica Estética e Reconstrutiva, da Cirurgia Maxilofacial, da Dermatologia, da Medicina Física e Reabilitação, da Otorrinolaringologia e da Radiologia. É também a especialidade de referência para a articulação com profissionais de áreas técnicas superiores e de diferenciação não médica nomeadamente a Fisioterapia, a Medicina Dentária, a Odontologia, a Prótese Dentária e a Terapia da Fala.

Atualmente a especialidade tem 684 inscritos na Ordem dos Médicos e cerca de 450 titulares no ativo, dos quais 22 especialistas em hospitais privados e 122 especialistas em 27 serviços hospitalares do SNS (23 no Continente e 4 nas Regiões Autónomas), onde possui 11 centros formadores com **63 médicos internos em formação especializada** estando assim assegurada a dinâmica de substituição das gerações. Foi esse aliás o refundador trabalho da década finda em que formamos 36 novos especialistas.

A relevância da especialidade na atividade privada e, particularmente pela sua especial diferenciação, nos hospitais do SNS, traduz-se numa multifacetada atividade que inclui consulta externa, consulta interna, bloco operatório, internamento, serviço de urgência, participação em consultas de grupo e atividades de formação médica e paramédica, pré e pós-graduada.

No País, a última estatística publicada pelo INE data de 2017 e refere que se produziram 297167 consultas/MCDT e 12312 cirurgias. Por outro lado, a taxa de ambulatoriedade cirúrgica referente a 2015 atingia 91,5% e nesse ano a Estomatologia cuidou de 890 internamentos, sem esquecer a intensa atividade de urgência.

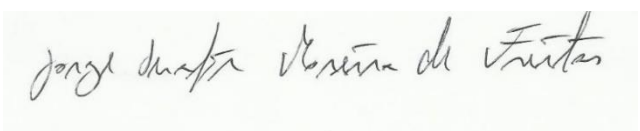
No seguimento do trabalho, com caráter de urgência, e em boa hora promovido pela Direção do Colégio de Estomatologia da Ordem dos Médicos e pela Direção da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses, denominado "**Plano de contingência para ajustamento urgente da atividade clínica dos Serviços e Clínicas ou Consultórios de Estomatologia**", que viu a luz do dia em 15 de Março de 2020, entenderam as duas Direções prosseguir o esforço e fornecer aos profissionais médicos, de enfermagem, técnicos superiores de saúde, assistentes técnicos e operacionais, aos decisores políticos, às administrações hospitalares, às chefias intermédias e de Serviço ou Unidade, aos Diretores Clínicos dos muitos consultórios espalhados pelo País e ao público em geral, um conjunto de recomendações cientificamente baseadas, que permitam um melhor enfrentar pela especialidade das dificuldades que a pandemia COVID-19 nos tem colocado, nomeadamente durante este especialmente crítico, tempo de desconfinamento, que está em curso.

A evidência científica referente à COVID-19 e ao vírus SARS-CoV-2 está a ser construída e o bom senso clínico dos peritos (o nível menor da evidência científica) ainda pesa bastante nestas recomendações. No futuro haverá com certeza necessidade de as atualizar à medida que a evidência científica se torne mais forte.

Tem a especialidade a perfeita noção dos desafios que enfrentamos nomeadamente em relação à adaptação organizativa e logística que a Estomatologia, e todos os que com ela colaboram, terão que sofrer e aos necessários aperfeiçoamentos em curso nomeadamente em relação à criteriosa aplicação dos exigentes métodos de limpeza, desinfeção e esterilização, do uso judicioso dos equipamentos de proteção individual, do obedecer fundamental às boas regras de ventilação e climatização, das alterações referentes aos tempos destinados às consultas e procedimentos, à transformação dos espaços abertos em consultórios tendencialmente estanques, e de tudo aquilo com que o futuro nos interpelará.

Sem esquecer que as bases que agora lançarmos nos permitirão progredir para um devir que se espera seguro e gerador de melhores resultados em saúde, melhorando a qualidade de vida dos nossos doentes, razão última da nossa ação.

Os Coordenadores



J. Serafim Freitas

(Presidente da Direção do Colégio de especialidade de Estomatologia)

Rui Moreira

(Presidente da Direção da AMEP)

Índice

1. Introdução 5
   1.1. Contextualização da COVID 19 na *práxis* Estomatológica 5
2. Gestão de Instalações e Equipamentos 8
   2.1. Áreas Não Clínicas 8
      2.1.1. Entrada 9
      2.1.2. Sala de Espera 9
      2.1.3. Receção / Serviços Administrativos 10
      2.1.4. Sala de Imagiologia 10
   2.2. Áreas Clínicas 11
3. Gestão da Desinfeção dos Equipamentos e Ambiente 12
   3.1. Sistema de Aspiração 12
   3.2. Descontaminação de superfícies, entre consultas 12
   3.3. Limpeza 12
   3.4. Ventilação e controlo da qualidade do ar 13
   3.5. Climatização 15
   3.6. Radiação Ultravioleta 15
4. Gestão dos Profissionais de Saúde e seus Circuitos 16
   4.1. Indicações para suspensão da atividade do profissional de saúde 16
   4.2. Testes 16
   4.3. Gestão de Equipas 17
   4.4. Equipamentos de Proteção Individual 17
   4.5. Cuidados Higiossanitários 18
5. Gestão da Consulta, dos Doentes e seus Circuitos 19
   5.1. Considerações gerais para a gradual retoma da atividade clínica assistencial 19
   5.2. Consultas não presenciais 19
   5.3. Triagem para consultas presenciais 20
   5.4. Definição dos agendamentos para consultas presenciais 21
   5.5. Admissão 21
   5.6. Consultas presenciais 22
   5.7. Circuito da Prótese Dentária 22
   5.8. Serviço de Urgência (Instituições Hospitalares) 23
6. Gestão da Cirurgia 24
7. Gestão de Resíduos 26

7.1. Classificação dos Resíduos Hospitalares 26
7.2. Medidas de Higiene e Segurança do Trabalho 26
7.3. Triagem e Acondicionamento/ Recolha segura de resíduos 27
7.4. Medidas Operacionais de Gestão dos Resíduos 28
Autores: 29
Anexos 30
Etiqueta Respiratória 30
Colocação e remoção da máscara 31
Técnica de lavagem de mãos com água e sabão 32
Técnica de lavagem de mãos com SABA 33
Colocação do Equipamento de Proteção Individual 34
Remoção do Equipamento de Proteção Individual 35
Questionário Clínico e Epidemiológico 36
Referências Bibliográficas 38

1. Introdução

A pandemia COVID-19 tem criado desafios constantes.

Atualmente, com a diminuição em Portugal do número de novos casos/dia, que, tendo atingido o número de 1516 casos a 10 de abril, passou recentemente para cerca de 500 casos diários, decidiu o Governo diminuir algumas das restrições impostas, nomeadamente na área da Saúde.

Assim, com efeito a partir de 4 de maio de 2020, foi permitido retomar a atividade clínica não urgente nem inadiável.

No entanto, não é possível prever como evoluirá a pandemia pelo SARS-CoV-2, admitindo mesmo as entidades governamentais a eventual necessidade de retorno às restrições em vigor até 2 de maio, caso a situação epidemiológica se degrade.

1.1. Contextualização da COVID 19 na *práxis* Estomatológica

A infeção por coronavírus (COVID-19) é uma ameaça global causada por um agente muito contagioso, inclusivamente na fase assintomática. O período de incubação é, em média, de 14 dias, mas pode variar entre 2 e 24 dias.

Os sintomas iniciais da doença incluem febre, tosse seca e dores musculares. O agravamento do quadro caracteriza-se por dificuldade respiratória grave e culmina, por vezes, em falência multiorgânica.

A taxa de letalidade estimada é de 3,4%, mas na população idosa a mortalidade é muito mais elevada. A existência de comorbilidades assume especial importância, sendo a doença cardíaca isquémica, a hipertensão e a diabetes, as que se associam a prognósticos mais negativos.

O tratamento é demorado e obriga a meios diferenciados, também eles moduladores do prognóstico e da morbilidade.

O rácio de cuidados intensivos em Portugal é dos mais baixos na Europa o que reforça o caráter imperativo de medidas profiláticas, com a adoção de comportamentos que minimizem a possibilidade de contágio.

Apesar de não estarem ainda totalmente esclarecidos os mecanismos de transmissão humano-humano do agente SARS-CoV-2, as evidências apontam para a relevância do contacto direto das mãos com superfícies e objetos contaminados, posteriormente levadas à boca e/ou ao nariz, bem como da via respiratória, por

gotículas e aerossóis[1–3]. Acresce a existência de portadores assintomáticos ou com sintomas *minor,* cujo papel na transmissão do vírus não é totalmente conhecido, mas parece ser significativo.[1,3–6]

Considerando que:

- Todos os doentes devem ser encarados como potencialmente infeciosos, ainda que aqueles que tenham um ou mais testes negativos para a presença do vírus, até um período máximo de 24 a 48h antes da observação/procedimento, possam ser considerados provavelmente não infetados e não contaminantes;[7]
- A proximidade física, espacial, entre o estomatologista e a pessoa observada, colocam o doente e o médico em especial risco de contágio no contexto da infeção por SARS-CoV-2;
- Os tratamentos estomatológicos são demorados;
- Muitos dos procedimentos realizados:
    - produzem elevadas quantidades:
        - de gotículas e salpicos (compostos por partículas com mais de 50 µm), propagáveis até 2 metros e que podem ser inalados por doentes e profissionais e/ou depositar-se nas superfícies ou instrumentos de trabalho contaminando-os (no entanto à medida que a evaporação ocorre, o seu tamanho diminui e podem entrar novamente em suspensão)[8,9];
        - de aerossóis (compostos por partículas com menos de 50 µm) que podem permanecer em suspensão no ar até 30 minutos após o término do procedimento e capazes de viajar distâncias significativas;[10]
    - estão associados a risco aumentado de indução dos reflexos da tosse e do vómito[11];
- O SARS-CoV-2 está presente nos aerossóis durante horas e nalgumas superfícies até 9 dias[12,13];
- Está demonstrada a existência e viabilidade de múltiplos patógenos nos aerossóis assim produzidos[14,15];
- A utilização de máscara cirúrgica pelos doentes submetidos a exame e/ou tratamento estomatológico não é viável.

No decurso da evolução epidemiológica da pandemia por SARS-CoV-2, reconhece-se que os diferentes procedimentos em saúde oral retornarão a um ritmo particular para cada prática, em diferentes momentos e sob diferentes circunstâncias[16].

O regresso à "atividade clínica normal" no âmbito da especialidade de Estomatologia deve ser organizado de forma a que seja possível assegurar a continuação da redução do número de novos casos/dia, prevenindo

eventuais ressurgimentos da infeção, nomeadamente por infeção nosocomial ou infeção dos profissionais de saúde.

Nessa conformidade, a Direção do Colégio de especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos e a Direção da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses (AMEP), emitem as seguintes recomendações para a fase de desconfinamento gradual que se segue ao fim do Estado de Emergência que terminou a 2 de maio de 2020:

2. Gestão de Instalações e Equipamentos

Os Consultórios, as Clínicas e os Serviços Hospitalares de Estomatologia devem adotar políticas de gestão das instalações, equipamentos e procedimentos por forma a minimizar a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o vírus da SARS-CoV-2[17–19].

Caberá à Instituição assegurar que as suas instalações apresentam as condições necessárias, explanadas neste documento, e sem as quais a utilização de EPI (Equipamentos de Proteção Individual) não será suficiente para garantir a segurança de todos os envolvidos, nomeadamente dos doentes. Sempre que estas não estejam reunidas, encorajamos que sejam tomadas as devidas providências, nomeadamente através da realização das obras necessárias e/ou reorganização estrutural, sob pena de inviabilizar a realização de atos e procedimentos médicos, como a utilização de equipamento gerador de aerossóis.

2.1. Áreas Não Clínicas

Recomendam-se como medidas gerais em locais estratégicos, como sejam, entrada, salas de espera, casas de banho, gabinetes administrativos, espaços gerais ou elevadores, as seguintes:

- Afixação de cartazes informativos sobre a "Etiqueta Respiratória" e "Utilização de Máscara" (anexos A e B)[18,20–22];
- Deverão estar à disposição contentores de resíduos do grupo I, idealmente providos de tampa com acionamento por pedal[18,20];
- Deverão estar disponíveis dispensadores de solução antissética de base alcoólica (SABA)[17,18,20,22,23] e dispensador de toalhetes de papel para limpeza da boca e nariz[18,20];
- Deverão ser retirados de todos os espaços, em especial da sala de espera, quaisquer objetos não essenciais, suscetíveis de ser tocados ou manipulados pelos pacientes, como sejam: folhetos informativos e promocionais, comandos de televisão, revistas, livros, entre outros[19,20];
- O espaço deverá estar o mais desimpedido possível, devendo-se eliminar elementos decorativos, máquinas de café ou mesas desnecessárias, sobretudo a menos de 2m das áreas clínicas[19];
- Sistemas centralizados de ar condicionado não deverão estar ligados caso os sistemas de ventilação conectem zonas comuns a zonas clínicas[19], devendo esses sistemas ser revistos com urgência;
- Caso exista um canal de televisão institucional, recomenda-se a utilização desse meio para sensibilização dos pacientes quanto à prevenção de contágio;

- As casas de banho deverão ter dispensadores de sabão líquido e preferencialmente sistemas de dispensa de papel para secagem das mãos em detrimento de toalhas ou secador de mãos[19]. Deve estar afixada informação sobre higiene das mãos e outras precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com a Norma n.º 007/2019 da DGS[21] (anexo C)
- Deverão existir vestiários que contemplem instalações sanitárias com chuveiro.

2.1.1. Entrada

- A porta de entrada deve estar aberta ou semiaberta por forma a evitar que os pacientes tenham de tocar nas maçanetas[20] ou alternativamente dotada de um sistema de campainha ou de vídeo porteiro que o evite;
- A entrada deve dispor de SABA para desinfeção das mãos à chegada dos doentes[18,19];
- À entrada deve constar a indicação que apenas deverá entrar um doente por funcionário administrativo em atendimento e que este deverá entrar com a máscara oronasal corretamente colocada. Os restantes doentes deverão aguardar do lado de fora pela sua vez;
- Sempre que possível, deverão existir entradas separadas para profissionais e doentes[24];
- No caso da entrada abrir diretamente para a sala de espera e/ou receção, em área comum, devem ser criados circuitos (com marcação no piso ou utilizando baias, ou outro sistema eficaz) por forma a evitar cruzamentos e respeitar a distância de segurança.

2.1.2. Sala de Espera

- Garantir que o local destinado à espera dos utilizadores comporte apenas 1/3 da sua capacidade normal[17];
- O posicionamento das cadeiras deve respeitar a distância de 2 metros umas das outras, quando possível. Nas situações em que não é possível mudar a posição das cadeiras, devem bloquear-se assentos por forma a respeitar a distância de segurança;
- Caso as cadeiras ou assentos sejam constituídos por materiais de difícil higienização, devem ser protegidos com uma cobertura de material de fácil desinfeção[18,19];
- As cadeiras da sala de espera deverão ser limpas entre cada utente;
- Devem igualmente ser respeitadas as medidas gerais dos espaços comuns, anteriormente referidas.

2.1.3. Receção / Serviços Administrativos

- Caso a receção não seja dotada de balcão protegido de atendimento, recomenda-se o recurso a uma barreira de proteção em vidro ou acrílico[17–20];
- Enquanto não existir a citada barreira deve-se colocar uma marca no chão, indicando a distância de segurança de 2 metros do paciente para o funcionário de atendimento, onde o paciente deve permanecer enquanto é atendido[17,19];
- Ao entrar na receção, o funcionário deve lembrar o paciente da necessidade de desinfetar as mãos com a SABA à disposição[20–22] e caso o doente não esteja a utilizar máscara, esta deve ser-lhe fornecida;
- Quando for necessário recorrer à utilização de esferográfica, por parte do paciente, esta deve ser a do próprio. Caso o paciente não tenha consigo esferográfica, esta deve ser fornecida pelo funcionário do atendimento que a deverá desinfetar imediatamente após a sua utilização[21];
- No ato do pagamento:
    - Deve ser incentivado o pagamento através de meios que permitam evitar o contacto (por exemplo, pagamento eletrónico, terminal de pagamento automático sem contacto / *contactless*); Quando tal não for possível, o terminal de pagamento automático deverá ser desinfetado logo após a sua utilização; No caso de pagamento em dinheiro deve-se desinfetar as mãos, imediatamente após a sua manipulação[18,21];
    - A emissão de recibos deverá ser preferencialmente em formato digital (SMS, correio eletrónico);
- Quando no mesmo espaço físico existir mais do que um funcionário administrativo, estes deverão adotar a distância mínima de 2m, preferencialmente com uma barreira física entre eles[19].

2.1.4. Sala de Imagiologia

- Nos períodos de não utilização, a porta da sala de imagiologia deve manter-se aberta de forma a promover o arejamento deste espaço e para evitar que alguém toque na maçaneta ou puxador[18,20];
- Todos os equipamentos em contacto direto com a boca dos doentes, devem estar protegidos com manga plástica ou outra proteção descartável;
- Todos os equipamentos devem ser desinfetados após cada utilização.

2.2. Áreas Clínicas

- O material e equipamentos deverão estar arrumados em armários e gavetas para evitar a contaminação cruzada, limitando assim a sua exposição ao tempo indispensável à realização de cada ato clínico[19];
- Todo o material e equipamento exposto durante os atos clínicos (por ex.: fotopolimerizadores, sensores digitais, câmaras digitais, asa do candeeiro, asa da bandeja, área dos botões do equipamento, etc.), deverá ser convenientemente limpo e desinfetado entre consultas; Em alternativa poderão ser utilizadas películas descartáveis, que no entanto não dispensam a desinfeção das superfícies protegidas[19];
- O instrumental rotatório, ultrassónico, pontas das seringas de ar/água, etc., deverá, além de protegido com mangas plásticas descartáveis, ser descontaminado e esterilizado entre cada consulta[19,26].
- Os instrumentos rotatórios deverão ter válvulas antirretorno[19];
- Outros equipamentos, como teclados ou rato deverão ser protegidos com películas descartáveis substituídas entre consultas;
- Pelo elevado risco de infeção cruzada, nenhum tipo de ato clínico do foro estomatológico poderá ser realizado em espaços clínicos abertos, com múltiplos postos de consulta ("*open space*"), apenas se aceitando que sejam realizados em gabinetes individuais fechados[24];
- Deve estar afixada no gabinete informação sobre higienização das mãos, seguindo a Norma n.º 007/2019 da DGS (anexos C e D), bem como as normas de colocação e remoção de EPI (anexos E e F);
- Os profissionais não devem entrar noutros gabinetes além daquele ao qual estão alocados;

3. Gestão da Desinfeção dos Equipamentos e Ambiente

Salientamos alguns aspetos a ter em conta para minimizar a propagação da COVID-19:

3.1. Sistema de Aspiração[10,16,28]

- Recomenda-se aspiração de alto débito (HVE – *High Volume Evacuation*), vulgo aspirador cirúrgico, que pode diminuir a contaminação do ar ambiente em 90%;
- Para ser classificado como HVE:
    - A taxa de remoção de ar deve ser superior a 2.83 m^3/minuto
    - O bocal do aspirador deve ter no mínimo 8 mm;
- As tubagens dos aspiradores devem ser previamente desinfetadas e protegidas com películas plásticas substituídas entre consultas;
- Entre consultas deve aspirar-se água e hipoclorito a 0.1%;
- É recomendável o trabalho a quatro mãos.

3.2. Descontaminação de superfícies, entre consultas[19,29]

- A desinfeção das superfícies contaminadas ou potencialmente contaminadas deve fazer-se com um produto virucida (norma europeia EN 14476) sem esquecer a relevância da desinfeção das condutas de água do equipamento por razões que se prendem com a existência do biofilme[10,29].
- O hipoclorito a 0.1%, o álcool a 70º ou o peróxido de hidrogénio a 0.5% são escolhas possíveis a adequar às especificidades dos materiais:
    - O uso do hipoclorito nesta concentração obriga a que as superfícies sejam previamente limpas com detergente neutro;
    - Para existir inativação do vírus parece ser suficiente um tempo de contacto com o hipoclorito de um minuto[10];
    - Estas soluções diluídas a 0.1% perdem a eficácia ao fim de 24 horas (obrigando a preparação diária) e devem ser conservadas em local fresco, ao abrigo da luz, em recipiente não metálico[19];

3.3. Limpeza (paredes, mobiliário, pavimento)[19,30,37]

- A frequência com que se realiza depende do fluxo de doentes, mas deve realizar-se pelo menos 2x/dia, ou sempre que exista contaminação visível.
- Deve ser sempre húmida.

- Deve realizar-se, com detergente, de cima para baixo e da zona mais limpa para a mais suja (o pavimento). No final lavar com hipoclorito a 0.1%.
- Em alternativa fazer a pulverização das superfícies com solução de cloro a 2000mg/L (a solução de cloro obtém-se pela mistura de 3 L de água com 2L de lixívia, na dosagem normalmente fornecida – 5000 mg/L)[37];
- Após a utilização da solução de cloro a 2000 mg/L, o procedimento deve ser completado com a aplicação de álcool etílico a 70%[37];

3.4. Ventilação e controlo da qualidade do ar[19,24, 27, 29,31]

As áreas clínicas devem estar dotadas de sistemas de ventilação mecânica que permitam a renovação do ar e o controlo dos aerossóis em suspensão. Estes equipamentos são fundamentais para minimizar o risco de infeção dos utentes por aerossóis contaminados que subsistam no ar, uma vez que estarão durante uma parte significativa das consultas, procedimentos e/ou cirurgias, sem máscara orofacial.

Nos hospitais do SNS com Serviços de Estomatologia, deve estar reservado um gabinete / sala operatória para tratamentos urgentes e inadiáveis de doentes suspeitos de COVID-19 ou COVID-19 confirmados, o qual deverá obrigatoriamente estar equipado com sistema de pressão negativa, além da adequada ventilação mecânica. Entre consultas deve ser aguardado o tempo suficiente para que 99,9% dos aerossóis sejam removidos[24,27].

De acordo com o tipo de ato, o seu local de realização e a eventual infeção/suspeição de infeção por SARS-CoV-2, deverão ser garantidas condições de ventilação adequada das áreas clínicas conforme descrito na tabela 1. Salienta-se ainda, que os doentes infetados por SARS-CoV-2, não devem ser tratados em ambientes de pressão positiva. Procedimentos dentários, sem necessidade do nível de assepsia de intervenções cirúrgicas, deverão ser, idealmente, realizados em ambientes de pressão negativa para impedir a disseminação de aerossóis contaminados para áreas vizinhas. Não existindo este tipo de sala dedicada, deverão ser criadas salas polivalentes partilhadas por várias especialidades médicas com necessidades semelhantes (p.e. estomatologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, pneumologia, etc.).

	Gabinetes de consulta / MCDT		Bloco operatório	
SARS-CoV-2 (+)	Não	Sim	Não	Sim
Pressão do ar	Neutra	Negativa (idealmente)	Positiva	Neutra* (se Cx contaminada)
				Positiva* (se Cx limpa)
RPH	Idealmente ≥ 12	Idealmente ≥ 12	Idealmente ≥ 15	Idealmente ≥ 15
Sala estanque	Não	Sim (idealmente)	Sim (idealmente)	Sim
Recirculação	Não**	Não***	Não**	Não***

Tabela 1 – Características de ventilação das áreas clínicas em função do tipo de ato, local de realização e eventual infeção por SARS-CoV-2 (SARS-CoV2 (+) – utente com infeção confirmada/suspeita para SARS-CoV-2; Cx – Cirurgia; RPH – renovações por hora do volume da sala).

* em caso de Cirurgia sob anestesia geral, os procedimentos anestésicos devem decorrer em pressão negativa;

** uma vez que todos os utentes são potencialmente infetados, não sendo o ar removido processado através de filtros HEPA adequados para o efeito, não é recomendada a utilização de modos de recirculação de ar;

*** exceto se o ar removido for processado através de filtros HEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance* – Captura de Partículas de Alta Eficiência) adequados para o efeito.

Entre consultas, procedimentos e/ou cirurgias deve assegurar-se que são removidos 99% dos aerossóis, o que obriga a aguardar um período de tempo variável de acordo com as características do sistema de ventilação (RPH), conforme tabela 2.

RPH	Minutos necessários para remover 99% dos aerossóis
2	138
4	69
6	46
12	23
15	18
20	7
50	3

Tabela 2 - Tempo necessário para a remoção de 99% dos aerossóis tendo em conta o número de renovações de ar por hora (RPH) (adaptado de: *Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities - 2003)*[24].

Na eventualidade da unidade de saúde não estar equipada com sistema de ventilação mecânica, deverá proceder-se à sua instalação, tendo em conta a potência necessária para uma eficaz renovação do ar em tempo útil, não sendo na prática aconselhável menos do que 15 RPH dada a necessidade dos intervalos entre as consultas ou procedimentos não serem demasiado prolongados.

Poderá admitir-se, de forma transitória e excecional, que seja realizada renovação do ar dos gabinetes de consulta através da abertura de janelas para o exterior, desde que estas sejam dotadas de filtros que evitem a entrada de insetos e apenas no intervalo entre consultas. Não devem ser realizadas consultas ou procedimentos com janelas ou portas abertas.

As áreas não clínicas também devem estar dotadas de sistema de ventilação mecânica.

3.5. Climatização[19,24, 29,31]

De acordo com a legislação em vigor a temperatura média deve ser de 23º e a humidade deve variar entre 30 a 50%. O cumprimento destes normativos é fundamental, especialmente tendo em conta os desconfortáveis EPI em uso, não sendo desejável ou sequer possível fazer procedimentos em segurança sem estas condições de climatização.

No entanto, os aparelhos de ar condicionado constituem um potencial risco de contaminação, apesar de este ser um tema ainda sob análise. Será prudente, evitar modos com recirculação de ar, exceto se o ar removido for processado através de filtros HEPA adequados para o efeito.

3.6. Radiação Ultravioleta[13,32]

A radiação ultravioleta (UV) é qualquer energia radiante com um comprimento de onda entre 100 e 400nm. Entre 200 e 280nm (UVC) inativa o SARS-CoV-1 e o MERS-CoV. Esperam-se resultados semelhantes para o SARS-CoV-2 ainda que a inativação tenha sido demonstrada apenas em laboratório.

Desta forma, a UVC pode ser instalada em ambientes clínicos para complementar protocolos de desinfeção existentes ou quando outros métodos estão esgotados devido à pandemia.

A eficácia da luz UVC, na prática, depende de fatores como o tempo de exposição e a capacidade da luz UVC atingir o vírus no ar e nos materiais e superfícies (incluindo dobras e fendas).

Nos casos em que a UVC não atinge um determinado agente patogénico, esse patógeno não será inativado, mas a carga patogénica total pode ser substancialmente reduzida. Seria assim uma questão a ponderar irradiar as zonas relevantes, como por exemplo, as superfícies de trabalho e equipamentos de proteção. São muitos os dispositivos UVC comercializados, mas não existem padrões uniformes de desempenho, nem certificação que permita recomendar a aquisição de determinado equipamento. Por outro lado, geralmente representam um investimento significativo e que poderá não ser custo efetivo.

4. Gestão dos Profissionais de Saúde e seus Circuitos

O profissional de saúde desempenha um papel essencial na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

É, portanto, fulcral que o mesmo não atue como agente transmissor e/ou se veja impedido de prestar cuidados na ausência de equipamento de proteção individual adequado, que garanta a sua segurança e a do doente.

Neste sentido, para evitar o colapso dos cuidados de saúde, quer pelo aumento exponencial do número de doentes, quer pela contaminação em grande escala dos profissionais, será fundamental:

4.1. Indicações para suspensão da atividade do profissional de saúde[7,17,18,27,33–43]

Os profissionais que em qualquer momento se enquadrem na definição de caso suspeito (conforme definido pela DGS) ou confirmado devem suspender de imediato todas as atividades profissionais e contactar a linha SNS 24 ou o Serviço de Saúde Ocupacional da sua Instituição, nomeadamente nos casos de:

- antecedentes de contacto com doentes com diagnóstico estabelecido de infeção por vírus SARS-CoV-2, sem o equipamento de proteção individual adequado;
- sinais ou sintomas com elevado índice de suspeição de associação à infeção pelo vírus SARS-CoV-2, detetados atempadamente através de auto monitorização diária;
- teste diagnóstico positivo para o vírus SARS-CoV-2.

Sempre que algum profissional tenha conhecimento de que está infetado pelo SARS-CoV-2, deverão ser informados todos os doentes que com ele contactaram nos 14 dias anteriores.

4.2. Testes[7,17,18,27,33–43]

Realização de testes de diagnóstico (PCR), de acordo com os protocolos clínicos vigentes.

A avaliação serológica para a identificação de contactos anteriores com o agente patogénico em questão, no sentido do estabelecimento e estratificação do eventual estado de imunidade e do risco individual, encontra-se, ainda, a aguardar validação.

4.3. Gestão de Equipas[7,17,18,27,33–43]

Elaboração de escalas de trabalho dos profissionais de saúde, de acordo com as possibilidades humanas e logísticas, com equipas preferencialmente fixas.

Deverá manter-se o distanciamento entre profissionais e desencorajada a partilha de equipamentos e bens pessoais entre os mesmos.

Este ponto pretende prevenir o aparecimento de "*clusters*" de contágio nos Serviços, Unidades e Clínicas de Estomatologia com um prejuízo imensurável para a população, pela subsequente incapacidade estabelecida da prestação de cuidados.

4.4. Equipamentos de Proteção Individual[7,17,18,27,33–43]

A utilização de equipamento de proteção individual (EPI) adequado, considerando-se que a não existência deste inviabiliza a realização de qualquer procedimento, nomeadamente a simples observação da cavidade oral, é fundamental no contexto que vivemos.

Os Serviços, Unidades e Clínicas de Estomatologia devem dotar os seus profissionais de saúde dos EPI apropriados e ajustados ao local, papel desempenhado, procedimento a realizar e risco associado.

Para o efeito mantêm-se, assim, em vigor as recomendações estabelecidas no "Plano de contingência para ajustamento urgente da atividade clínica dos Serviços e Clínicas ou Consultórios de Estomatologia", nomeadamente:

- O(s) funcionário(s) adstrito(s) exclusivamente à receção deverão usar máscara cirúrgica, óculos de proteção ou viseira, uniforme e calçado de uso clínico;
- Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento direto aos doentes devem utilizar EPI nos termos da Norma 007/2020 da DGS[41], complementada pelas restantes orientações científicas internacionais:
    - Triagem/Observação: touca + máscara N95/PFF2 ou P2 + óculos + bata descartável impermeável + luvas – Proteção de nível 1;
    - Procedimentos não geradores de aerossóis em casos não suspeitos: igual ao anterior + cobertura de pés + viseira/escudo facial – Proteção de nível 2;
    - Procedimentos geradores de aerossóis e nos casos suspeitos ou confirmados para SARS-CoV-2 (em qualquer circunstância): acrescentar fato de proteção completo + máscara N99/PFF3 ou P3 + capuz protetor/cogula + cobertura de pés impermeáveis descartável (sobre a anterior) – Proteção de nível 3.

4.5. Cuidados Higiossanitários[7,17,18,27,33–43]

Deverá ser adotada a obrigatoriedade de utilização de farda, exclusiva para a atividade laboral e que deve ser trocada ao fim de cada período de trabalho ou sempre que se encontre visivelmente contaminada. O profissional não deve, em circunstância alguma, circular no interior da instituição com a sua roupa pessoal.

É obrigatória a utilização de calçado clínico de uso exclusivo na unidade ou cobre-botas (se não estiver a usar calçado adequado e higienizável).

Os profissionais deverão retirar todos os adornos (p.e. anéis, pulseiras, colares, brincos, *piercings,* relógios, etc.). As unhas devem apresentar-se naturais, curtas e limpas.

Todos os profissionais devem utilizar sempre, pelo menos, máscara cirúrgica (excetua-se os períodos de alimentação).

Locais como copas, salas de pausa ou outros deverão ter a sua lotação limitada em função das regras de etiqueta social pré-estabelecidas.

Preconiza-se o estabelecimento e identificação de zonas consoante o risco clínico associado, não devendo as mesmas serem cruzadas sem a remoção, substituição ou adequação do fardamento e equipamento de proteção individual.

Qualquer movimentação dentro da instituição deve ser reduzida ao absolutamente indispensável.

5. Gestão da Consulta, dos Doentes e seus Circuitos

5.1. Considerações gerais para a gradual retoma da atividade clínica assistencial

- Manter disponíveis as consultas não presenciais através da tele ou vídeo consulta.
- Realizar contactos telefónicos prévios para agendamento de consultas / tratamentos presenciais, sob critérios estritamente clínicos;
- Reagendar consultas/tratamentos considerando os níveis de prioridade relativos de cada doente tendo em conta o seu diagnóstico principal e as suas comorbilidades;
- Manter a diminuição da circulação e do número de doentes e seus acompanhantes nas instalações de saúde;
- Criar condições para evitar cruzamento de funcionários e utentes, bem como entre utentes;
- Assegurar o cumprimento do horário agendado, ponderando a possibilidade de o doente aguardar chamada fora das instalações, por contacto remoto;
- Reduzir a permanência de utentes na sala de espera ao mínimo possível, e cumprindo as normas de distanciamento físico (assentos disponíveis a distância de segurança de 2 metros).

5.2. Consultas não presenciais

No sentido de evitar deslocações desnecessárias dos utentes aos serviços de saúde, diminuindo riscos de transmissão do agente SARS-CoV-2, sempre que clinicamente exequível, as consultas devem ser realizadas sem a presença do doente.

Esta medida é particularmente relevante nos grupos com maior risco[45] (idade superior a 65 anos, residente num lar, imunocomprometido, doença pulmonar crónica ou asma moderada a severa, doença cardiovascular, obesidade severa, diabetes mellitus, IRC em hemodiálise, doença cerebrovascular, doença hepática crónica, hábitos tabágicos marcados)[46,47].

Assim, é altamente desejável o recurso à telemedicina que pode ser realizada através de telefone, mensagem de texto segura, correio eletrónico, portal eletrónico, envio de imagens/vídeos e videoconferência[16,18,46].

Seja diretamente com o doente ou em articulação com os cuidados de saúde primários, a telemedicina, se bem utilizada, permite um diagnóstico mais precoce, um maior número de utentes tratados nos cuidados primários, o uso racional dos recursos, e menor necessidade de consultas presenciais nos centros especializados em Estomatologia[36].

Em especial, salienta-se a utilidade da teleconsulta para:

- Consultas de seguimento em áreas como a dor orofacial e medicina oral;
- Consultas pré-operatórias (validação de listas de verificação (*checklists)* e orientações para o doente);
- Consultas pós-operatórias (avaliação do estado clínico pós-cirúrgico e exclusão de sintomas COVID-19)[36].

5.3. Triagem para consultas presenciais

Deve ser realizada a validação clínica prévia da necessidade de consulta presencial, hierarquizando critérios como doentes em pré ou tratamento oncológico, outros imunossuprimidos, pré cirurgia cardíaca, pré transplante, trauma, infeção oromaxilocervicofacial, hemorragia oral, dor orofacial aguda ou crónica.

Nos casos em que seja necessária consulta presencial, na véspera, deve ser realizado, por via telefónica, um questionário clínico e epidemiológico, ao próprio e acompanhante (se for o caso) (anexo G). Do resultado do inquérito dependerá a confirmação da consulta.

Se da realização do inquérito epidemiológico resultar suspeita de infeção por SARS-CoV-2, o doente deverá ser orientado para a linha de saúde adequada (SNS24 - 808 24 24 24; SRS24 Açores - 808 24 60 24; SRS24 Madeira - 800 24 24 20), de acordo com as recomendações da DGS (Norma nº 004/2020 e Orientação nº 010/2020, DGS)[7,42, 48, 59].

Paralelamente, se não se tratar de uma urgência inadiável:

- a consulta deve ser adiada[51];
- poderá ser reagendada após:
    - o utente ser considerado curado, nos termos da Orientação nº 015/2020 e da Norma 007/2020 da DGS;
    - 14 dias de isolamento social, caso não realize teste, e desde que nesse período não desenvolva sintomas suspeitos;

Por outro lado, se se tratar de uma urgência inadiável:

- O tratamento deverá ser realizado em unidade de saúde que disponha de ventilação mecânica adequada e, idealmente, de sala de pressão negativa[16,27], conforme referido no ponto 3.4;

Devem ser fornecidas ao doente instruções gerais dos cuidados preconizados para esse agendamento:

- Cumprimento rigoroso do horário do agendamento;
- Evitar o uso de adornos (como brincos, anéis, objetos pessoais como carteiras, pastas);
- Recomendar formas de pagamento eletrónico sem contacto;
- Uso de máscara;
- Se possível, evitar acompanhantes[49];
- Necessidade de informar a unidade de saúde caso desenvolva sintomas compatíveis com COVID-19 nos 14 dias subsequentes à consulta.

5.4. Definição dos agendamentos para consultas presenciais

O tempo de consulta deve ser sempre submetido ao critério do médico, no melhor interesse do doente e das boas práticas sem qualquer sujeição a pressões administrativas, por forma a que em caso algum possa comprometer-se, entre outros, a Qualidade dos Cuidados Médicos (art.º 5º), a Independência dos Médicos (art.º 6º), a Isenção e Liberdade Profissionais (art.º 7º), as Condições de Exercício (art.º 8º), o Direito à Objeção Técnica (art.º 13º), tudo bens consagrados no Regulamento de Deontologia Médica nº 107/2016 publicado em D.R., 2ª Série – nº 139 – de 21 de julho de 2016.

Com exceção das primeiras consultas, o tempo de consulta deve ser parametrizado individualmente aquando do ato de marcação da consulta, por forma a garantir uma adequada gestão da sala de espera, uma vez que a maioria das "consultas" do foro estomatológico inclui atos procedimentais (muitos deles operatórios ou cirúrgicos) cujo tempo é muito variável. A alteração desses tempos conforme as necessidades terapêuticas do doente é um simples ato de gestão clínica cuja expectativa de resultados é auspiciosa.

De acordo com as recomendações do Colégio de Especialidade de Estomatologia e da OM, deverão ser considerados os seguintes tempos mínimos de consulta[52,53]:

- 1.as consultas: 30 minutos;
- Subsequentes: 45 minutos;
- Consulta não presencial: 10 minutos.

Na programação de consultas subsequentes, deverá ser ponderada a realização de múltiplos tratamentos/procedimentos em cada consulta, desde que clinicamente viável. Ainda que alargando a duração de cada consulta, consegue-se minimizar as deslocações do doente, a sua exposição ao risco infecioso e o consumo de EPI.

5.5. Admissão

À entrada do Serviço ou Clínica o doente e eventual acompanhante deverão:

- fazer a desinfeção do seu calçado em tapete desinfetante bactericida, ou, em alternativa colocar protetores de calçado[49];
- colocar máscara orofacial, após higienização das mãos com SABA ou lavagem com água e sabão durante pelo menos 20 segundos, secando bem, conforme as medidas de circulação da população, do plano de desconfinamento do Conselho de Ministros de 30/04/2020;
- realizar avaliação da temperatura corporal, de preferência através de equipamentos que não requeiram contacto físico;
- receber instruções sobre distanciamento, prática de etiqueta respiratória, cuidados de evicção do toque de superfícies[21];

- efetuar o registo junto da receção administrativa, mantendo a distância de segurança de 2 metros, caso a receção não disponha de barreira de proteção.

5.6. Consultas presenciais

Na área clínica:

- Não devem ser admitidos acompanhantes, exceto nos casos de crianças ou pessoas dependentes, em que se admite a presença de apenas um acompanhante, com uso de máscara oronasal (P1 ou cirúrgica);
- A circulação do doente no gabinete de consulta deve ser limitada ao indispensável sentando-se este diretamente na cadeira de exame, de modo a reduzir o tempo de consulta e o contacto com diferentes objetos;
- O doente só retira a máscara de proteção individual, por indicação médica, para observação e eventual tratamento e coloca-a logo que termine;
- O doente deve realizar bochecho com peróxido de hidrogénio a 1% ou iodopovidona a 0,2%, durante 30 a 60 segundos antes de ser iniciada a observação ou tratamento[50,51];
- Sempre que clinicamente possível, é recomendável a utilização de dique de borracha, que deve cobrir a boca e o nariz, fornecendo uma proteção de barreira da fonte primária, diminuindo significativamente a contaminação patogénica que emerge da área de trabalho[36];
- Em face da imprevisibilidade do comportamento, deve ser adotada a proteção nível 3 no atendimento de crianças ou adultos com alterações do comportamento/cognição;
- Os registos clínicos informáticos e a prescrição digital podem ser efetuados de forma diferida para reduzir o tempo de permanência dos doentes no gabinete;
- Ao sair do gabinete e antes dos procedimentos administrativos o doente deve repetir a desinfeção das mãos com SABA.

5.7. Circuito da Prótese Dentária[19,28]

As impressões dentárias devem ser limpas, enxaguadas com água corrente (para diminuir a biocarga) e depois colocadas em desinfetante.

- Alginato (maior risco de alteração dimensional): pulverizar com hipoclorito a 1% e manter em saco fechado por 10 min.
- Elastómeros (silicones e poliésteres): imersão em hipoclorito de sódio a 1% durante 15-20 min, ou desinfetante à base de amónia e aldeídos durante 5 min, ou peróxido de hidrogénio a 3% durante 10 min.

Após a desinfeção das impressões, estas devem ser enxaguadas novamente e colocadas em saco fechado para o seu envio ao laboratório, indicando o modo de desinfeção (produto) e o tempo da mesma.

Os modelos de gesso que foram manuseados durante a consulta, deverão ser imersos numa solução de água de gesso com hipoclorito de sódio a 0,5% ou glutaraldeído 2% durante 5 min.

Os dispositivos de prova devem ser descontaminados numa solução de base alcoólica a 70º durante 5 min.

As próteses acrílicas devem ser imersas numa solução de hipoclorito de sódio 1% durante 10 min e depois enxaguadas. Se apresentarem componentes metálicos, utilizar peróxido de hidrogénio a 1% durante 10 min.

As próteses metalocerâmicas ou com esqueleto metálico devem ser imersas em álcool a 70º durante 5 min e depois enxaguadas.

5.8. Serviço de Urgência (Instituições Hospitalares)[7,37, 60]

O atendimento em regime de Urgência deverá ser reservado a casos comprovadamente urgentes (Rede de Referenciação Hospitalar de Estomatologia)[60].

Impõe-se, para receção dos doentes oriundos do Serviço de Urgência, a coordenação prévia entre as unidades, que pode ser estabelecida através de telefonema, evitando aglomeração na sala de espera de doentes com sintomas que possam indiciar infeção por SARS-CoV-2.

6. Gestão da Cirurgia

Para retomar a atividade cirúrgica, foram elaboradas estas recomendações, que devem ser adaptadas localmente, tendo em consideração as condições específicas de cada unidade de saúde.

Estas recomendações assentam nos seguintes pressupostos:

- Distinguir entre:
    - cirurgia realizada com Anestesia Geral (AG) e com Anestesia Local (AL);
    - cirurgia eletiva e urgente;
    - ambulatório e internamento;
- Os testes de rastreio para infeção por SARS-CoV-2 devem ser[54]:
    - do tipo PCR;
    - realizados até 48h antes do procedimento;
- Os doentes COVID-19 positivos só devem ser operados em situações clínicas urgentes pois:
    - Ao invadir o epitélio, pode existir o risco de disseminação vírica hematogénica e consequente agravamento da doença[7];
    - Ao realizar intubação oro ou nasotraqueal existe o risco de disseminação vírica para regiões mais baixas da via aérea e consequente agravamento da doença[55];
- Rever todos os casos clínicos dos procedimentos adiados por causa do estado de contingência e, se necessário, rever a prioridade;
- Para além das habituais rotinas pré-operatórias, deve ser utilizada a seguinte estratégia para a utilização do teste COVID-19 nos doentes a intervencionar (estratégia sistematizada na tabela do anexo H):
    - De acordo com o tipo de anestesia:
        - Anestesia geral:
            - Todos os doentes a intervencionar sob AG devem realizar rastreio para infeção por SARS-CoV-2 (ambulatório e internamento);
            - Se COVID- 19 positivo, só intervenções urgentes;
        - Anestesia local:
            - Os doentes a intervencionar sob AL devem, sempre que possível, realizar rastreio para infeção por SARS-CoV-2;
    - De acordo com a prioridade:
        - Cirurgia eletiva:
            - essencial realizar avaliação epidemiológica;

- qualquer suspeita de infeção por SARS-CoV-2 deve levar ao adiamento da intervenção, eventual instituição de medidas paliativas e orientação do doente de acordo com as orientações da DGS para a COVID 19;

  - Cirurgia urgente:
    - só é admissível não realizar rastreio para infeção por SARS-CoV-2 nos casos de intervenções sob AL, em regime ambulatório, e em que a história epidemiológica seja negativa;

- De acordo com o regime da cirurgia:
  - Internamento:
    - Todos os doentes internados devem realizar rastreio para infeção por SARS-CoV-2 de forma a garantir as melhores condições de segurança para o próprio e para os profissionais, mas também para diminuir os riscos de infeção cruzada nas enfermarias;
  - Ambulatório
    - Só é admissível não realizar teste de rastreio nos casos a intervencionar sob AL e com história epidemiológica negativa;
- De acordo com a história epidemiológica:
  - História epidemiológica suspeita (positiva):
    - A intervenção deve ser adiada, exceto se urgente;
  - História epidemiológica não suspeita (negativa):
    - A realização de teste de rastreio só é obrigatória se intervenção sob AG ou em internamento, embora também seja recomendável sempre que possível nos casos de AL em ambulatório;

- As características de pressão, ventilação, estanquicidade e renovação do ar nas salas operatórias devem seguir o referido no ponto 3 destas recomendações (tabela 1).

7. Gestão de Resíduos

O sucesso das medidas preventivas no âmbito da infeção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) depende da colaboração dos cidadãos, das empresas, das instituições e de outras organizações. É importante salvaguardar o papel específico dos operadores de gestão de resíduos hospitalares na quebra das cadeias de transmissão, contribuindo decisivamente para a sua proteção e para a proteção da comunidade[56].

Cumulativamente, tal como consta da Orientação n.º 06/2020[57] da Direção-Geral da Saúde, o empregador é responsável por organizar os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) de acordo com o estabelecido no "Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho" (RJPSST - Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação).

É obrigação do empregador assegurar aos seus trabalhadores condições de segurança e de saúde, de forma continuada e permanente, tendo em conta os princípios gerais de prevenção (artigo 15.º do RJPSST).

As prescrições mínimas de proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos no contexto de trabalho, estão estabelecidas no Decreto-Lei n.º 84/97, de 16 de abril[57].

Os serviços de saúde devem aplicar as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu diagnóstico infecioso.

7.1. Classificação dos Resíduos Hospitalares

Os resíduos produzidos pelo doente com COVID-19 e os resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde a doentes com COVID-19 são considerados contaminados, com risco infecioso associado – característica de perigo H9 (Anexo do Regulamento (UE) n.º 1357/2014, da Comissão, de 18 de dezembro de 2014 - Guia de Classificação de Resíduos da Agência Portuguesa do Ambiente, publicado em 2017).

A classificação dos resíduos hospitalares é estabelecida pelo Despacho nº 242/96, publicado a 13 de agosto, que procede à sua divisão em quatro grupos.

7.2. Medidas de Higiene e Segurança do Trabalho

As atividades dos operadores de gestão de resíduos hospitalares devem ser efetuadas por profissionais devidamente formados e treinados. Todos os trabalhadores do setor dos resíduos hospitalares, de acordo com o correspondente posto de trabalho, devem estar devidamente equipados com os EPI

adequados à atividade que executam e ao risco profissional a que estão expostos, devendo seguir as recomendações dos respetivos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional.

O risco de infeção por SARS-CoV-2 dos trabalhadores do setor da gestão de resíduos hospitalares poderá exigir uma nova avaliação do risco profissional, assim como medidas de prevenção e de proteção suplementares, conforme o Decreto-Lei 84/97, de 16 de abril[57].

7.3. Triagem e Acondicionamento/ Recolha segura de resíduos

- A triagem dos resíduos é realizada no local de produção;
- Os resíduos produzidos durante a prestação de cuidados ao caso suspeito ou confirmado de infeção por SARS-CoV-2 são considerados resíduos do grupo III e descartados de acordo com os procedimentos de rotina internos;
- Os resíduos do Grupo III - risco biológico, são colocados em saco descartável branco, com espessura de 50 ou 70 mícrons, preferencialmente com dimensões adequadas ao volume descartado[58];
- Os contentores destes sacos devem ser higienizáveis, com tampa e mecanismos de abertura sem o uso das mãos; devem estar identificados por cores, por grupo de risco;
- Após devidamente encerrado com abraçadeira, o saco é colocado num contentor rígido identificado com o símbolo, onde será encaminhado para autoclavagem;
- Os resíduos do Grupo IV – resíduos hospitalares específicos de incineração obrigatória, devem ser descartados em recipientes apropriados para corto-perfurantes sem serem desconcertados ou reencapados;
- Os sacos de resíduos e contentores corto-perfurantes devem ser recolhidos antes de atingir 3/4 da sua capacidade;
- A manipulação e o transporte dos recipientes dos resíduos devem ser limitados ao estritamente necessário;
- As áreas de recolha intermédia de resíduos hospitalares devem ser sempre devidamente identificadas, restritas, inacessíveis ao público, laváveis. Idealmente devem ainda ser ventiladas e preferencialmente refrigeradas.

7.4. Medidas Operacionais de Gestão dos Resíduos

Os resíduos do Grupo III são encaminhados para unidade licenciada para o tratamento de resíduos hospitalares por incineração, ou por pré-tratamento alternativo tal como autoclavagem, sem passar por armazenamento intermédio externo às unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Os resíduos do Grupo IV são encaminhados para unidade licenciada para o tratamento de resíduos hospitalares por incineração, sem passar por armazenamento intermédio externo às unidades prestadoras de cuidados de saúde.

A frequência de recolha para transporte dos resíduos hospitalares é adequada ao quantitativo de resíduos hospitalares produzidos, devendo ser, preferencialmente, diária.

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 contendo no mínimo 1000 mg/l de cloro.

As embalagens/contentores de acondicionamento para/e transporte de resíduos não podem ser utilizadas como recipientes de deposição dos resíduos no local de produção, nem podem entrar no local de produção dos resíduos (ex: enfermaria, quarto de isolamento, laboratório de manipulação de amostras)[56].

Autores:

Dr. Álvaro Ferreira Rodrigues (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho) - AMEP

Dr.ª Ana Fernandes (Assistente Hospitalar Graduada – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – H. D. Estefânia) – AMEP

Dr. António Moreira da Fonseca (Assistente Hospitalar Graduado aposentado – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) - DCEE

Dr.ª Catarina Fraga (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de S. João) - AMEP

Dr.ª Conceição Queiroga (Assistente Hospitalar Graduada – Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António) - DCEE

Dr.ª Cristina Moreira (Interna da Formação Especializada em Estomatologia - Centro Hosp. de Vila Nova de Gaia / Espinho) - AMEP

Dr. Cunha Coutinho (Diretor Clínico de Clínica Estomatológica Privada) – AMEP

Dr.ª Fernanda Costa (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) – AMEP

Dr.ª Joana Alves (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de S. João) – AMEP

Dr. João Mendes de Abreu (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) – DCEE

Dr. Joel Monteiro (Assistente Hospitalar Graduado – Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro) – AMEP

Dr. Jorge Pinheiro (Assistente Hospitalar Graduado – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – H. D. Estefânia) – DCEE

Dr. Luís Fonseca (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital de S. José) – AMEP

Dr. Nuno Gil (Assistente Hospitalar - Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de S. João) - AMEP

Dr.ª Patrícia Caixeirinho (Assistente Hospitalar - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital de S. José) – AMEP

Dr.ª Rita Simão (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria) – DCEE

Dr.ª Rosário Marques (Assistente Hospitalar Graduada – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – H. S. José) – DCEE

Dr. Tiago da Cruz Nogueira (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro) – AMEP

Dr.ª Sara Fontes (Assistente Hospitalar – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria) – AMEP

Coordenadores:

Dr. J. Serafim Freitas (Assistente Hospitalar Graduado – Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de S. João) - DCEE

Dr. Rui Moreira (Assistente Hospitalar Graduado – Centro Hosp. Universitário do Porto – Hospital de Santo António) – AMEP e DCEE

10 e maio de 2020

Anexo A

Etiqueta Respiratória. *Fonte: Orientação DGS 022/2020*[33].

Anexo B

Colocação e remoção da máscara. *Fonte: Orientação DGS nº 022/2020*[33].

Anexo C

Técnica de lavagem de mãos com água e sabão. *Fonte: Norma DGS nº 007/2019*[21].

Anexo D

Técnica de lavagem de mãos com SABA. *Fonte: Norma DGS nº 007/2019*[21].

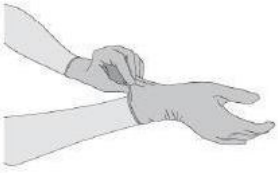
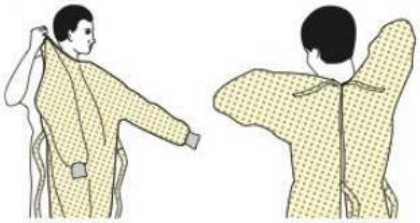
Anexo E

COLOCAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

***Checklist:* Antes de Colocar o EPI:**

☑ Selecionei os EPI corretos para os procedimentos a realizar.
☑ Verifiquei a conformidade/segurança dos EPI a utilizar.
☑ Estou hidratado.
☑ Removi adornos e prendi o cabelo.
☑ As unhas estão naturais e curtas.

Coloque os EPI fora da Área de Isolamento e siga a sequência:

1.Realize a higiene das mãos	**2. Coloque a touca** (se não colocar cogula)	**3. Proteção de calçado**	**4.Realize a higiene das mãos**
5. Coloque 1º par luvas (nitrilo) 	**6. Coloque a bata** cruzando atrás e ate os atilhos do pescoço e da cintura. O punho cobre o punho da luva 		**7. Coloque máscara FFP2**
8. Coloque a proteção ocular (se não colocar viseira)	**9. Coloque cogula**	**10. Coloque a viseira** (se não colocar proteção ocular)	**11. Coloque 2º par luvas** de cano alto, cobrindo o punho do fato

Colocação do Equipamento de Proteção Individual. Fonte: Imagens adaptadas de: Public Health England Gateway Number: 2019-263

Anexo F

REMOÇÃO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

***Checklist:* Antes de iniciar a remoção do EPI:**

☑ O local para a remoção do EPI está preparado.
☑ Conheço a sequência das etapas para remoção do EPI.
☑ Está presente observador treinado.
☑ Está disponível contentor de resíduos grupo III (saco branco).

Retire o EPI seguindo esta sequência:

<table>
<tr>
<td><u>Dentro do quarto:</u>
1. Retire viseira puxando os atilhos por trás da cabeça com ambas as mãos
2. Retire cogula
 </td>
<td>3. Retire 2.º par de luvas e bata em conjunto
 </td>
<td>4. Retire proteção de calçado passando os pés, um por um, para uma “área limpa”
 </td>
</tr>
<tr>
<td>5. Retire o 1.º par de luvas.

Coloque um par de luvas limpas se houver necessidade de abrir portas ou adufas
 </td>
<td><u>Na “área limpa” ou fora do quarto:</u>
6. Retire luvas (se aplicável) e higienize as mãos
 </td>
<td>7. Retire proteção ocular (se aplicável)
 </td>
</tr>
<tr>
<td>8. Retire máscara FFP2 puxando com ambas as mãos os atilhos por trás da cabeça
 </td>
<td>9. Retire a touca
 </td>
<td>10. Realize a higiene das mãos
 </td>
</tr>
</table>

Remoção do Equipamento de Proteção Individual. (Imagens adaptadas de: Public Health England Gateway Number: 2019-263);

Anexo G

Questionário Clínico e Epidemiológico[7,16,27,41,42,48,51,59]

	Sim	Não
1. Tem ou teve febre (≥ 38.0ºC) nos últimos 14 dias?	☐	☐
2. Sente falta de ar, dificuldade em respirar ou tosse seca, com início nos últimos 14 dias?	☐	☐
3. Tem congestão nasal?	☐	☐
4. Sente ausência ou redução no olfato e/ou paladar?	☐	☐
5. Tem dor de garganta, dores musculares, cansaço, dores de cabeça, tonturas ou diarreia?	☐	☐
6. Esteve em contacto com alguém que tenha testado positivo para COVID-19?	☐	☐
7. Já foi testado para COVID-19 e está a aguardar resultado?	☐	☐
8. Testou positivo para COVID-19 e ainda não foi considerado curado?	☐	☐

Não são suspeitos de infeção por SARS-CoV-2 todos os utentes que respondam negativamente a todas as perguntas;
São suspeitos de infeção por SARS-CoV-2 todos os utentes que respondam positivamente a qualquer uma das questões 1 a 7;
São casos confirmados de infeção por SARS-CoV-2 todos os utentes que respondam positivamente à pergunta 8.

Anexo H

	Enquadramento	Regime Cx	Questionário	Teste PCR		Decisão
Anestesia Local	Eletivo	Ambulatório	Negativo	Realizar sempre que possível	N/D	Realizar cirurgia (Nível 1)
					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 1)
					Positivo	Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
						Gerir COVID 19
			Positivo	N/A		Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
						Gerir COVID 19
		Internamento	Negativo	Realizar sempre	Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
						Gerir COVID 19
			Positivo	N/A		Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
						Gerir COVID 19*
	Urgente	Ambulatório	Negativo	Realizar sempre que possível	N/D	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)
			Positivo	Realizar sempre	N/D	Realizar cirurgia (Nível 3)
					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)
		Internamento	Negativo	Realizar sempre	N/D	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)
			Positivo		N/D	Realizar cirurgia (Nível 3)
					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)
Anestesia Geral	Eletivo	Ambulatório	Negativo	Realizar sempre	Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
						Gerir COVID 19
			Positivo	N/A		Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
						Gerir COVID 19
		Internamento	Negativo	Realizar sempre	Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
						Gerir COVID 19
			Positivo	N/A		Adiar cirurgia
						Medidas paliativas
						Gerir COVID 19*
	Urgente	Internamento	N/A	Realizar sempre	N/D	Realizar cirurgia (Nível 3)
					Negativo	Realizar cirurgia (Nível 2)
					Positivo	Realizar cirurgia (Nível 3)

Tabela 3 – Tabela com a sistematização da estratégia de aplicação dos testes de rastreio para infeção por SARS-CoV-2 (Cx – cirúrgico; PCR - *Polymerase Chain Reaction*; N/D – não definido; N/A – não aplicável; cirurgia nível 2 – EPI nível 2 e sem necessidade de sala com pressão negativa; cirurgia nível 3 – EPI nível 3 e com necessidade de sala com pressão negativa, exceto se cirurgia limpa em que a pressão deve ser neutra).

Referências Bibliográficas

1. Workman AD, Welling DB, Carter BS, Curry WT, Holbrook EH, Gray ST et al. Endonasal instrumentation and aerosolization risk in the era of COVID-19: simulation, literature review, and proposed mitigation strategies. Int Forum Allergy Rhinol. 2020;

2. Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, Li X, Li L, Li C et al. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26(7).

3. Cai J, Sun W, Huang J, Gamber M, Wu J, He G. Indirect Virus Transmission in Cluster of COVID-19 Cases, Wenzhou, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26(6).

4. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). Science (80-). 2020;

5. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A CG. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. Euro Surveill. 2020;25(10).

6. Tong ZD, Tang A, Li KF, Li P, Wang HL, Yi JP et al. Potential Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2, Zhejiang Province, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26(5).

7. SPORL. Recomendações de abordagem do doente do foro otorrinolaringológico após a cessação do estado de emergência. Soc Port Otorrinolaringol e Cir da Cabeça e Pescoço. 2020;

8. Discacciati J., Sander H., de Castilho L. R V. [Determination of the dispersion of microorganisms in the course of dental surgical activity]. Rev Panam Salud Publica. 1998;3(2):84–7.

9. Harrel SK MJ. Aerosols and splatter in dentistry: A brief review of the literature and infection control implications. JADA. 2004;135.

10. ADA. Interim Guidance for Management of Emergency and Urgent Dental Care. Updated: 4/1/2020.

11. Al-Sehaibany FS. Middle East respiratory syndrome in children. Dental considerations. Saudi Med J. 2017;38(4):339–43.

12. Kampf G, Todt D, Pfaender S SE. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. Healthc Infect Soc. 2020;

13. Illumination T international commission on. Ultraviolet air disinfection. The international commission on illumination. 2003.

14. Grenier D. Quantitative analysis of bacterial aerosols in two different dental clinic environments. Appl Env Microbiol. 1995;61(8):3165–8.

15. Hallier C, Williams D, Potts A LM. A pilot study of bioaerosol reduction using an air cleaning system during dental procedures. Br Dent J. 2010;209(8):E14.

16. Ge, Z., Yang, L., Xia J et al. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. J Zhejiang Univ Sci B. 2020;

17. DGS. Orientação n. 011/2020 - Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Medidas de prevenção da transmissão em estabelecimentos de atendimento ao público. 2020;

18. Administration USD of LOS and H. Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. March 2020 (OSHA 3990-03 2020). US Dep Labor Occup Saf Heal Adm. 2020;

19. 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;

20. CDC. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. 2020;

21. DGS. Norma n. 007/2019 de 16 de outubro - Higiene das mãos nas Unidades de Saúde. 2019;

22. WHO. Guidelines on hand hygiene in health care, Geneva. 2009;

23. CDC. Interim Infection Prevention and Control Guidance for Dental Settings During the COVID-19. 2020;

24. CDC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. 2019;

25. WHO. Interim Guidelines. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. WHO Interim Guidel. 2007;

26. Harrel SK MJ. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. J Am Dent Assoc. 2004;135(4):429–37.

27. CDC. Dental Settings; 27 April 2020.

28. Department of Health HK. GUIDELINES ON INFECTION CONTROL IN DENTAL CLINICS. Dep Heal Gov Hong Kong Spec Adm Reg. 2019;

29. Guerra F, Mata AD, Vinagre A, Costa AL, Vieira AL, Falcão C et al. COVID-19 - Normas de Orientação Clínica Medicina Dentária. Grup COVID-19 MD. 2020;

30. DGS. Norma n. 014/2020 de 21 de março - Infeção por SARS-CoV-2 (COVID 19) - Limpeza e desinfeção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares. 2020;

31. Sousa KS FJ. Microrganismos em ambientes climatizados de consultórios odontológicos em uma cidade do extremo sul da bahia. Rev Baiana Saúde Pública. 2011;35(2):250–63.

32. International Ultravioleta Association. IUVA Fact Sheet on COVID-19. 2020;

33. DGS. COVID-19: Procedimentos em Clínicas, Consultórios ou Serviços de Saúde Oral dos Cuidados de Saúde Primários, Setor Social e Privado. Orientação nº 022/2020. 01/05/2020;

34. Holland M, Zaloga D FC. COVID-19 Personal Protective Equipment (PPE) for the emergency physician. Vis J Emerg Med. 2020;19.

35. WHO. Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19: interim guidance. World Heal Organ 21 March 2020.

36. Meng L, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. J Dent Res. 2020;99(5):481–7.

37. Ordem dos Médicos e Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses. Plano de contingência para ajustamento urgente da atividade clínica dos Serviços e Clínicas ou Consultórios de Estomatologia. 15 Março 2020.

38. CDC. Coronavirus (COVID-19). Center of Disease Control.

39. Centre of Disease Control. Information for Healthcare Professionals about Coronavirus (COVID-19).

40. DGS. Infeção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Orientação 002/2020. 2020;

41. DGS. Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Norma nº 007/2020. 2020;

42. DGS. Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento. Orientação nº 010/2020. 2020;

43. DGS. Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19). Orientação DGS 013/2020. 2020;

44. DGS. COVID-19: Fase de Mitigação Reconfiguração dos Cuidados de Saúde na Área da Oncologia. Norma DGS nº 009/2020. 2020;

45. Cohen P, Blau J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Outpatient management in adults. 2020.

46. U.S. Department of Health & Human Services. Notification of Enforcement Discretion for Telehealth Remote Communications During the COVID-19 Nationwide Public Health Emergency. 2020;

47. Council, Nursing and Midwifery. High level principles for good practice in remote consultations and prescribing. Counc Nurs Midwifery.

48. DGS. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO - Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2. Norma nº 004/2020.

2020;

49. Thomé G, Bernardes SR, Guandalini S GM. MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM BIOSSEGURANÇA PARA AMBIENTES ODONTOLÓGICOS. 2020;

50. Marui V, Souto M, Romito G, Chambrone L PC. Efficacy of preprocedural mouthrinses in the reduction of microorganisms in aerosol: A systematic review. J Am Dent Assoc. 2019;150(12):1015-1026.e1.

51. Peng, X., Xu, X., Li Y et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci. 2020;12:9.

52. Ordem dos Médicos. Parecer dos Tempos Padrão Mínimos de Consulta em Estomatologia. Direção do Colégio de Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos. 2018;

53. Ordem dos Médicos. Regulamento dos Tempos Padrão das Consultas Médicas. Diário da República nº 178/2019, Série II 2019-09-17. 724/2019:103–18.

54. ASA-APSF Joint. ASA-APSF Joint Statement on Non-Urgent Care During the COVID-19 Outbreak. Am Soc Anesthesiol Anesth Patient Saf Found. 2020;

55. Topsakal V, Van Rompaey V KR. Prioritizing otological surgery during the COVID-19 Pandemic. B-ENT. 2020;1(1).

56. DGS. Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Recolha, Transporte e Tratamento dos Resíduos Hospitalares. Orientação DGS nº 012/2020. 2020;

57. DGS. Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19). Procedimentos de prevenção, controlo e vigilância em empresas. Orientação DGS nº 006/2020.

58. WHO. Disease commodity package - Novel Coronavirus (nCoV). 2020.

59. DGS. COVID-19: Diagnóstico Laboratorial. Orientação DGS nº 015/2020. 2020;

60. Malheiro R, et al. Rede de Referenciação Hospitalar de Estomatologia. Direção do Colégio de Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos. 2016.