

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE CRIANÇAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: O QUE FAZER?

*Dental care in primary health care of children during
COVID-19 pandemic: what to do?*

¹Professor Assistente,
Centro Ciências da
Saúde, Centro Universi-
tário Sagrado Coração,
Bauru, São Paulo, Brasil.

²Professora Associada,
Departamento de Odon-
topediatria, Ortodontia
e Saúde Coletiva, Facul-
dade de Odontologia de
Bauru, Universidade de
São Paulo, Bauru, São
Paulo, Brasil.

²Professora Associada,
Departamento de Odon-
topediatria, Ortodontia
e Saúde Coletiva, Facul-
dade de Odontologia de
Bauru, Universidade de
São Paulo, Bauru, São
Paulo, Brasil.

¹Professor Assistente,
Centro Ciências da
Saúde, Centro Universi-
tário Sagrado Coração,
Bauru, São Paulo, Brasil.

Luciana Lourenço Ribeiro Vitor¹
Daniela Rios²
Thais Marchini Oliveira²
Sara Nader Marta¹

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

RESUMO

Este artigo objetivou discutir estratégias de atendimento odontológico para crianças na atenção básica à saúde considerando a transmissibilidade do SARS-COV-2. O telemonitoramento seria o meio mais exequível de prestar a promoção da orientação/reforço da higiene oral/aconselhamento dietético. Os procedimentos de mínima intervenção em dentes decíduos/permanentes possibilitariam o manejo

Autor correspondente:
Luciana Lourenço Ribeiro Vitor
Email: luciana.vitor@unisagrado.edu.br

Recebido em: 24/09/2020
Aceito em: 14/11/2020

de lesões de cárie iniciais, moderadas e severas, sem geração de aerossol. Quando procedimentos com geração de aerossol são necessários, esses devem ser agendados para o final do período, esperando-se pelo menos 30 minutos para iniciar a desinfecção do ambiente. A abordagem odontológica às crianças com necessidades especiais deve ser direcionada primeiramente para promoção e prevenção da saúde bucal, seguida da preferência pelas técnicas não farmacológicas para o gerenciamento do comportamento, como FALAR-MOSTRAR-FAZER, para aqueles pacientes com cognitivo que permita a interação e entendimento razoáveis. Recursos como estabilização protetora devem ser utilizados para os casos de comportamentos mais difíceis e, por fim, a intervenção sob anestesia geral com indicação bem restrita.

Descritores: Infecções por Coronavírus. Atenção à Saúde. Cárie dentária.

ABSTRACT

This study aimed to discuss dental care approaches for the primary health care of children considering the SARS-COV-2 transmissibility. Teledentistry would be the most reasonable way of promoting oral health guidance and dietary counseling. Minimum intervention procedures in primary/permanent teeth would enable the management of initial, moderate, and severe caries lesions without generating aerosol. When aerosol-generating procedures are necessary, these should be scheduled at the end of the working day, waiting for at least 30 minutes after the procedure for disinfection. The dental care of children with special needs should firstly address oral health promotion and prevention, followed by non-pharmacological behavioral techniques (TELL-SHOW-DO) in children with reasonable cognitive understanding. For difficult behaviors, we suggest the use of resources as protective stabilization and general anesthesia in a very restrictive manner.

Keywords: Coronavirus Infections. Health Care (Public Health). Dental Caries.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

INTRODUÇÃO

O novo coronavírus (SARS-COV-2) pertence ao gênero dos beta-coronavírus (β -Cov) e infecta principalmente os sistemas respiratório, gastrointestinal e nervoso central (PENG et al. 2020). A transmissão ocorre por meio de gotículas respiratórias e contato direto entre pessoas, sendo que a transmissão aérea e oral-fecal necessita de mais investigação (PENG et al. 2020; MENG et al., 2020; ATHER et al. 2020). Os indivíduos com COVID-19 sintomáticos são a maior fonte de transmissão, no entanto, indivíduos assintomáticos ou em período de incubação também são transmissores do SARS-COV-2 (MENG et al., 2020). Crianças podem ter o SARS-COV-2 e permanecer assintomáticas ou com sintomas leves e inespecíficos, sendo consideradas transmissores (MALLINENI et al, 2020).

O SARS-COV-2 é encontrado na saliva e pode se ligar ao receptor enzima angiotensina-conversor 2, altamente presente nas glândulas salivares (ATHER. et al. 2020; PENG et al. 2020; SABINO-SILVA et al. 2020; TO et al. 2020;). Desta forma, o grande número de gotículas e aerossóis gerados pelo atendimento odontológico leva a um alto risco de infecção por SARS-COV-2 e exige o uso de precauções padrão, de contato e respiratória pela equipe durante o tratamento de todos os indivíduos, inclusive crianças (ATHER et al. 2020; MALLINENI et al, 2020; SETTI et al, 2020; LO GIUDICE 2020).

Durante a pandemia, no Brasil e no mundo, visando diminuir o risco de contaminação por procedimentos odontológicos, os tratamentos eletivos foram suspensos, sendo mantidos somente os tratamentos de urgência e emergência, tanto no serviço público como no privado, almejando a proteção da equipe odontológica e a prevenção de infecção cruzada (PENG et al. 2020; MENG et al., 2020; ATHER et al. 2020; LO GIUDICE, 2020; GE et al., 2020). A geração do aerossol tem implicação na desinfecção das superfícies e na contaminação do ar dentro da sala clínica, de forma que tem sido recomendado que haja ventilação suficiente para dispersão, inclusive com pressão negativa, e a espera de pelo menos 30 minutos entre pacientes (VOLGENANT et al., 2020).

Considerando a necessidade e o custo dessas medidas estruturais, a literatura tem reportado alternativas de controle dessa fonte de aerossóis durante o tratamento odontológico como: triagem dos pacientes para sintomas de COVID-19, bochecho com antissépticos, uso de isolamento absoluto, uso de bomba a vácuo, trabalho a quatro mãos e o uso de procedimentos sem geração de aerossol com instrumentos manuais (VOLGENANT et al., 2020; CLARKSON et al., 2020).

Os protocolos de atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde preconizam que todas as crianças residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde deverão ter atendimento odontológico priorizado e garantido (BRASIL, 2018). Conforme a reabertura dos serviços pareça estar mais próxima, sem a perspectiva de uma vacina e considerando a potencial transmissibilidade do SARS-COV-2 por crianças, faz-se necessário o estabelecimento de estratégias de atendimento considerando as necessidades e particularidades do serviço público. Assim, o objetivo deste artigo é apresentar e discutir tais estratégias de atendimento odontológico para crianças na atenção básica à saúde considerando a transmissibilidade do SARS-COV-2.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO

No ciclo de vida da infância, a equipe de saúde bucal desenvolve ações de prevenção, promoção, proteção de saúde e reabilitação (BRASIL, 2018). A doença cárie é dinâmica e multifatorial, mediada pelo biofilme modificado pelo açúcar, que resulta no desequilíbrio entre a desmineralização e remineralização dos tecidos dentários (TINANOFF *et al.*, 2019; PITTS, *et al.*, 2019), com determinantes biológicos, comportamentais e psicossociais ligados ao ambiente do indivíduo (PITTS, *et al.*, 2019). A seguir, serão detalhadas as estratégias de atendimento para a prevenção e o manejo de lesões de cárie em crianças na atenção básica à saúde, na presença do potencial de transmissibilidade do SARS-COV-2.

Atividades educativas e de promoção de saúde

Considerando-se os determinantes ambientais e psicossociais da doença cárie, as atividades de promoção de saúde incluem orientações sobre dieta e higiene oral nos ciclos de vida do bebê (0 a 24 meses) e da criança (0 a 9 anos) (BRASIL, 2018; JEPSEN *et al.*, 2017). Enquanto não se vislumbra a possibilidade de usar espaços coletivos, uma possibilidade para o ensino, monitoramento e treinamento da higiene oral e aconselhamento sobre dieta é a teleodontologia (TELLES-ARAUJO *et al.*, 2020).

A teleodontologia compreende o uso da tecnologia de informação ao invés do contato pessoal com o paciente na educação, tratamento e monitoramento odontológico (GHAI, 2020; ALABDULLAH, J.H.; DANIEL, 2018). O telemonitoramento pode substituir as visitas físicas para atividades de promoção de saúde (GHAI, 2020; TELLA,

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

2019). No Brasil, a resolução 226 do Conselho Federal de Odontologia admitiu o telemonitoramento no âmbito do SUS como estratégia de Saúde Digital (e-saúde), devendo ser registrada no prontuário toda e qualquer atuação realizada nestes termos (CFO, 2020). As habilidades no treinamento da higiene oral são melhoradas quando a demonstração e a supervisão são oferecidas, sendo, portanto, indispensável a manutenção desse cuidado (JEPSEN *et al.* 2017; FRANCO *et al.*, 2018; HABBU e KRISHNAPPA, 2015).

Atividades preventivas

O corpo de evidência científica atual sinaliza que as atividades de prevenção a novas lesões de cárie dentária em bebês e crianças devem ser centradas na determinação do risco de forma individualizada (MARTIGNON *et al.*, 2019). A determinação do risco leva em consideração fatores em níveis comportamental/médico/social e clínico, incluindo a presença de fatores protetores. Assim, ao nível social/médico comportamental, sempre que a criança apresentar irradiação e/ou qualquer doença de cabeça e pescoço, é classificada como alto risco a novas lesões de cárie. Ainda nesse nível, uma inabilidade em cooperar, ou a presença de necessidades especiais, também classificam a criança como alto risco. Clinicamente, a presença de hipossalivação e de história atual ou pregressa de fístulas e dentes com envolvimento pulpar, automaticamente coloca a criança como alto risco a novas lesões de cárie. A ausência de qualquer fator protetor (escovação com dentífrico fluoretado duas vezes ao dia, abastecimento com água fluoretada) coloca a criança em alto risco de desenvolver novas lesões de cárie. Um resumo dos níveis e seus fatores e da classificação do risco a novas lesões de cárie encontra-se nas Figuras 1 e 2, respectivamente.

É recomendável que o fluxo de consultas de prevenção das crianças atendidas na unidade básica de saúde se baseie no risco a novas lesões de cárie destes indivíduos, considerando a necessidade de um cuidado regular, porém evitando consultas desnecessárias.

Figura 1 - Fatores de risco a novas lesões de cárie

Nível	Fatores
Social/médico/comportamental	• Irradiação de cabeça e pescoço*
	• Qualquer doença de cabeça e pescoço*
	• Alta ingestão (quantidade/frequência) de açúcares livres em bebidas, lanches e refeições
	• Nível socioeconômico baixo, baixo nível de instrução, inacessibilidade a serviços de saúde
	• Inabilidade de cooperar, baixa motivação e engajamento
	• Necessidades especiais
Clinico	• Necessidade de atendimento odontológico sintomático
	• Hipossalivação*
	• Presença de fistulas e dentes com envolvimento pulpar*
	• Experiencia de lesões de cárie recente
	• Presença de lesões de cárie ativa
	• Higiene oral ruim com acúmulo de biofilme espesso
	• Áreas de retenção de biofilme
	• Fluxo salivar baixo
	• Presença de lesões de cárie em mãe/cuidador
	• Uso de aleitamento artificial com açúcar frequente ou a noite
	• Escovação com dentifrício fluoretado pelo menos 1000 ppm flúor) infrequente
• Erupção dos molares	
Protetor	• Escovação com dentifrício fluoretado (pelo menos 1000 ppm flúor) duas vezes ao dia
	• Consultas preventivas regulares incluindo aplicação tópica de flúor
	• Acesso a água de abastecimento fluoretada

* automaticamente classifica o indivíduo como o alto risco a cárie. Adaptado de MARTIGNON et al., 2019

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

Figura 2 - Classificação do risco a novas lesões de cárie

Classificação	Definição
ALTO	Um dos riscos com asterisco está presente Ausência dos fatores protetores A combinação dos outros fatores de risco sugere alto risco a cárie
MODERADO	Um estágio em que o indivíduo não é considerado definitivamente no ALTO ou BAIXO risco
BAIXO	Presença dos fatores protetores Nenhum dos riscos com asterisco está presente A ingestão e frequência de açúcares está dentro de um limite seguro

Adaptado de MARTIGNON *et al.*, 2019

Manejo das lesões de cárie

As lesões de cárie podem ser classificadas em iniciais, moderadas e severas assim como em ativas e inativas (MARTIGNON *et al.*, 2019). A lesão ativa é aquela com grande probabilidade de progressão, já a lesão inativa é aquela com pequena probabilidade de progressão (ISMAIL *et al.*, 2015). A lesão inicial em esmalte ativa se baseia na mudança óptica da superfície devido ao aumento de porosidade da lesão de subsuperfície e do espalhamento da luz (EKSTRAND *et al.*, 2009; PITTS *et al.*, 2014; PRETTY e EKSTRAND, 2015). Se o desafio cariogênico continua, ocorre uma dissolução direta dos cristais na superfície mais externa do esmalte e a lesão de cárie se torna rugosa ao tato quando uma sonda de ponta romba é gentilmente movida sob a superfície (EKSTRAND *et al.*, 2009; MATTOS-SILVEIRA *et al.*, 2016; PITTS *et al.*, 2014). Quando fatores protetores estão presentes, como a presença de fluoretos, por exemplo, pode haver a remineralização e a mancha mudar para uma superfície brilhante e lisa, indicando sua inatividade. Histologicamente, quando os ácidos bacterianos dissolvem o esmalte e penetram na dentina, levam a desmineralização e mudam a cor dessa para amarelada/amarronzada (EKSTRAND *et al.*, 2009). Clinicamente, uma sombra pode ser observada mesmo com a superfície do esmalte intacta (EKSTRAND *et al.*, 2009; PRETTY; EKSTRAND, 2015). Se a lesão progride, a superfície do esmalte quebra, expondo a dentina (PRETTY e EKSTRAND, 2015). Essa dentina desmineralizada apresenta-se amolecida a sondagem, caracterizando sua atividade (EKSTRAND *et al.*, 2009; PITTS *et al.*, 2014). Em paralelo ao aprofundamento da lesão no esmalte, histologicamente, visualiza-se

uma dentina reparadora, a qual é influenciada pela velocidade da progressão da doença (EKSTRAND et al., 2009): nos casos de progressão lenta, os odontoblastos primários secretam dentina tubular; nos casos de progressão rápida, com a destruição dos odontoblastos, outras células da camada subodontoblástica têm papel na secreção de dentina reparadora na forma atubular. Essa dentina reparadora possui uma coloração acinzentada e revela-se mais resistente (endurecida) à sondagem (EKSTRAND et al., 2009; PITTS et al., 2014). A Figura 3 apresenta um resumo das características das lesões de cárie.

Figura 3 - Características clínicas do estágio e atividade de lesão de cárie

Estágio da lesão de cárie		
Sadio	Nenhuma evidência de mudança na translucidez do esmalte ao exame clínico visual-tátil. Presença de opacidades ou perda de estrutura devido a defeitos de desenvolvimento do esmalte	
Inicial	Mudança na translucidez do esmalte (mancha branca ou acastanhada) ao exame clínico visual tátil	
Moderado	Quebra da integridade do esmalte localizada com presença de mancha branca ou acastanhada OU sombreamento da dentina subjacente	
Extenso	Cavidade com dentina exposta	
Atividade da lesão de cárie		
Esmalte	Dentina*	
Ativa	Lesão de mancha branca, opaca, aspecto de giz, rugosa à sondagem com sonda de ponta romba Lesão em área de acúmulo de biofilme Lesão coberta por biofilme espesso	Aspecto amolecido, ou coráceo à sondagem Dentina amarelada/amarronzada Lesão úmida coberta por biofilme espesso
Inativa	Lesão de mancha branca, amarronzada ou enegrecida, mas brilhante e lisa à sondagem com sonda de ponta romba. Em áreas de superfície lisa (vestibular e lingual/palatina), lesão longe da margem gengival. Geralmente não há biofilme espesso	Dentina brilhante, dura à sondagem. Coloração acinzentada/enegrecida

*A característica de dureza do tecido é preponderante à colocação no diagnóstico da atividade.

Toda decisão de tratamento deve-se basear no estágio, na atividade da lesão de cárie e no melhor prognóstico para o dente e para o paciente (MARTIGNON et al., 2019), considerando abordagens sem geração de aerossol devido à possibilidade de transmissão do SARS-COV-2. Cabe ressaltar, que essas abordagens são aplicáveis para lesões que não comprometeram de forma irreversível a vitalidade pulpar, ou seja, não são indicadas nos casos de pulpite irreversível ou necrose pulpar. Lesões de cárie em qualquer estágio podem ser paralisadas pela diminuição da produção de ácido pelo biofilme por meio da restrição de acesso aos açúcares e retorno a homeostase do biofilme (PITTS et al. 2017). Assim, lesões com dentina exposta na cavidade bucal, submetidas à remoção mecânica do biofilme podem apresentar-se paralisadas com aspecto brilhante e endurecido à sondagem e, do ponto de vista biológico, essas lesões não precisariam

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

receber um material restaurador para serem consideradas “tratadas”. Portanto, lesões inativas, seja em esmalte ou dentina, levam a uma decisão de tratamento não operatório com reforço de instrução de higiene oral com dentifrício fluoretado (1000 ppm de flúor) duas vezes ao dia com reforço da instrução sobre dieta (MARTIGNON *et al.*, 2019; BANERJEE *et al.*, 2020).

Para lesões ativas, já há evidências científicas do uso de técnicas sem geração de aerossol, de baixo custo e alta efetividade para lesões iniciais, moderadas e severas sem sintomatologia que indiquem envolvimento pulpar (PITTS *et al.* 2017; AL-HALABI *et al.*, 2020). É imprescindível que lesões iniciais sejam tratadas não operatoriamente seja pela aplicação de fluoretos em superfícies dentárias lisas ou aplicação de selantes preventivos nas cicatrículas e fissuras (PITTS *et al.* 2017). O tratamento restaurador atraumático tem sido recomendado para o caso de lesões de cárie cavitadas (moderadas e extensas) de dentes decíduos e permanentes que não podem ser higienizadas. Esse se baseia na remoção seletiva do tecido cariado, diminuindo o risco de exposição pulpar (AMORIM *et al.*, 2018). O diamino fluoreto de prata tem sido reconhecidamente capaz de paralisar lesões de dentina moderadas e severas, apesar do potencial manchamento da estrutura dentária (PITTS *et al.* 2017). Um resumo dessas estratégias se encontra na Figura 4.

Figura 4 - Intervenções operatórias de mínima ou micro intervenção, sem geração de aerossol em lesões de cárie ativas

Lesão	Tratamento
Inicial	Aplicação de verniz/gel com flúor
	Selante preventivo
Moderada	Selante terapêutico
	Diaminofluoreto de prata
	Tratamento restaurador atraumático
Extensa	Tratamento restaurador atraumático
	Diaminofluoreto de prata

Nos tratamentos pulpares que demandem geração de aerossol, é recomendado o uso de isolamento absoluto (GE et al., 2020). Esses procedimentos assim como os cirúrgicos devem ser agendados para os últimos horários a fim de haver uma adequada descontaminação do ambiente (BRASIL, 2020).

Atendimento à criança com necessidades especiais

O contexto da pandemia da COVID-19 traz outro desafio para os cirurgiões dentistas que cuidam do atendimento às pessoas com necessidades especiais. Essa população apresenta, com muita frequência, diversas comorbidades, incluindo a imunossupressão. Este fato as inclui no Grupo de risco para o desenvolvimento da COVID-19.

A realização de qualquer intervenção odontológica nesses pacientes deverá respeitar a sua condição clínica, acrescida de outros fatores, como o tipo de comportamento do paciente, que, por vezes, pode dificultar a utilização dos protocolos de biossegurança, como preconizado.

Isso posto, a educação em saúde bucal, como método de prevenção e promoção da saúde bucal, desempenha um papel de suma importância e pode ser realizada por telemonitoramento, com utilização de tecnologias assistivas, por exemplo (RESOLUÇÃO 226/2020 CFO). O que não está previsto nesta Resolução não se trata de realização de consultas, mas sim de um acompanhamento para que não haja o deslocamento do paciente até as dependências do con-

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

sultório odontológico. Este telemonitoramento deverá acontecer no intervalo entre as consultas e com períodos determinados de acordo com o risco identificado de cada paciente (BORGES-OLIVEIRA e AMARAL, 2020). Nas situações de necessidade de intervenção, os protocolos utilizados na odontologia nesse período de pandemia, se aplicam também para este grupo de pacientes, dando prioridade aos atendimentos de urgência/emergência e postergando os atendimentos eletivos (BRASIL, 2020; CROSP, 2020). Sabe-se que a carga viral do SARS-COV 2 é alta nas vias aéreas superiores, associado à proximidade do profissional com o paciente e a possibilidade de geração de aerossóis, faz do procedimento odontológico um grande aliado na contaminação dos ambientes e na ocorrência de infecções cruzadas, ou seja, na disseminação do vírus.

O respeito aos princípios de biossegurança para garantir um atendimento seguro tanto para o paciente quanto para a equipe profissional, deve ser preservado. Porém, no tratamento ambulatorial às crianças com necessidades especiais, alguns elementos que estão presentes diferem dos outros atendimentos de rotina. Um deles é a necessidade, muitas vezes, da utilização de equipamentos de estabilização protetora para os pacientes não colaboradores. Como todos os outros elementos presentes no consultório, esses devem ser devidamente higienizados ou descartados, de acordo com o tipo de material e da sua utilização. (ORTEGA *et al.*, 2020).

Muitos pacientes necessitam de equipamentos para apoio de locomoção. Dispositivos, como cadeira de rodas, andadores, bengalas, muletas, macas, carrinhos infantis, entre outros, podem ser veículos de contaminação e devem ser desinfetados antes e após o atendimento. Os procedimentos de como realizar a higienização desses equipamentos devem fazer parte das orientações fornecidas pela equipe profissional ao paciente/responsável. As estruturas plásticas e metálicas desses dispositivos devem ser higienizadas com pano umedecido em álcool 70% ou em solução de hipoclorito de sódio. As rodas devem ser lavadas com água e sabão ou desinfetadas com hipoclorito de sódio. Nos estofados e encostos de materiais impermeáveis, deve-se utilizar álcool 70% ou hipoclorito de sódio; os não impermeáveis devem ser limpos com escova, água e sabão (BORGES-OLIVEIRA *et al.* 2020).

A presença do acompanhante é outra realidade no atendimento aos pacientes com necessidades especiais. É importante a orientação para a permanência de apenas um acompanhante na sala clínica. Esse deve ser orientado a seguir todos os protocolos de biossegurança, como a utilização de máscara, não tocar nos equipamentos, não entrar com bolsas e telefone celular (CROSP, 2020; FRANCO *et al.*, 2020a; BORGES *et al.* 2020).

Outra possibilidade para o atendimento de pacientes com necessidades especiais é a intervenção hospitalar sob anestesia geral ou com sedação inalatória. Durante o período da pandemia do SARS-COV 2, houve uma restrição importante para o atendimento sob anestesia geral. Isso ocorreu não apenas pela necessidade de reservas de leitos hospitalares para os pacientes com COVID-19, mas também devido à exposição do paciente a uma possível contaminação durante o período de internação. Porém, se caracterizada uma situação de urgência/dor associada à dificuldade de controle do comportamento, a única opção é a realização do tratamento sob anestesia geral. (FRANCO et al., 2020a).

Os tratamentos com sedação em ambulatório não estão recomendados durante esse período de pandemia. A não recomendação desse procedimento é uma tentativa de mitigar a aerossolização e a disseminação do vírus. Além disso, há o risco de ser necessário o suporte de vida, realizado em ambiente hospitalar, que está voltado ao atendimento de pacientes com COVID-19. A sedação inalatória com óxido nítrico e oxigênio provoca aerossóis pelo fluxo de gases em um circuito semifechado que frequentemente ultrapassam o volume de 5 litros por minuto, os quais facilmente chegam ao ambiente pela falta de selamento adequado da máscara nasal (MALLINENI et al., 2020; SOUZA et al., 2020).

Dessa forma, a abordagem odontológica aos pacientes com necessidades especiais deve ser direcionada primeiramente para promoção e prevenção da saúde bucal, seguida da preferência pelas técnicas não farmacológicas para o gerenciamento do comportamento, como FALAR-MOSTRAR-FAZER, para aqueles pacientes com cognitivo que permita a interação e entendimento razoáveis. Os recursos como estabilização protetora devem ser realizados para os casos de comportamentos mais difíceis e, por fim, a intervenção sob anestesia geral com indicação bem restrita. Ainda, é importante ressaltar que durante a pandemia por COVID-19, os atendimentos eletivos devem ser postergados o máximo possível (CROSP, 2020; FRANCO et al., 2020a; BORGES et al. 2020).

DISCUSSÃO

O presente artigo apresentou estratégias de atendimento odontológico de crianças, inclusive aquelas com necessidades especiais, na atenção primária à saúde na perspectiva da transmissão do SARS-COV-2. A literatura considera que as crianças são transmissoras do vírus, apesar de muitas vezes assintomáticos (MALLINENI et al.,

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

2020). As estratégias sugeridas visam possibilitar o cuidado odontológico sem negligenciar a necessidade de precauções padrão como a respiratória e de contato pela equipe durante o tratamento (ATHER *et al.*, 2020; MALLINENI *et al.*, 2020; SETTI *et al.*, 2020; LO GIUDICE, 2020).

Enquanto os procedimentos coletivos estão suspensos, o telemonitoramento aparenta ser o meio mais exequível de prestar a promoção de saúde, com orientação e reforço da higiene oral e aconselhamento dietético (TELLES-ARAUJO *et al.*, 2020; GHAI 2020; ALABDULLAH e DANIEL, 2018; TELLA, 2019). O telemonitoramento pode substituir as visitas físicas para atividades de promoção de saúde (GHAI, 2020; TELLA, 2019). No Brasil, a resolução 226 do Conselho Federal de Odontologia admitiu o telemonitoramento no âmbito do SUS como estratégia de Saúde Digital (e-saúde), devendo ser registrada no prontuário toda e qualquer atuação realizada nesses termos (CFO, 2020).

A efetividade dos procedimentos de mínima intervenção em dentes decíduos e permanentes, que possibilitaria o manejo de lesões de cárie iniciais, moderadas e severas, sem geração de aerossol é consenso na literatura (GE *et al.* 2020; PITTS *et al.*, 2017; AL-HALABI *et al.*, 2020). Um frequente questionamento é sobre a durabilidade das restaurações realizadas pela técnica de restauração atraumática, principalmente devido ao uso do cimento de ionômero de vidro, considerado erroneamente por alguns profissionais como um material provisório para dentes permanentes. No entanto, uma pesquisa recente mostrou uma taxa de sucesso semelhante após 10 anos de acompanhamento entre a resina composta e o cimento de ionômero de vidro quando utilizados para restaurar classe I e II de dentes permanentes (GURGAN *et al.*, 2020). As taxas de sucesso para a técnica de restauração atraumática são altas para lesões envolvendo uma face em dentes decíduos, mas para obter esses resultados é imprescindível o uso do cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade (AMORIM *et al.*, 2018). Por outro lado, em dentes decíduos, lesões muito extensas envolvendo várias superfícies não têm um bom prognóstico, independentemente da técnica ou material empregados (AMORIM *et al.*, 2018). Nesses casos, uma boa alternativa envolveria o uso do diaminofluoreto de prata e a remoção do biofilme por meio da escovação com dentifrício fluoretado. (PITTS *et al.*, 2017; AL-HALABI *et al.*, 2020).

Ressalta-se que mesmo quando se realiza procedimentos de mínima intervenção para tratamento das lesões focando a manutenção dos dentes, é importante orientar ao paciente/responsável que esse procedimento por si só não resolverá o problema da doença, sen-

do necessário atuar nos seus fatores causais (MARTIGNON et al., 2019; PITTS et al., 2017). Nesse sentido, o telemonitoramento continua sendo aplicável para orientação e reforço da higiene oral e aconselhamento dietético (TELLES-ARAUJO et al., 2020; GHAI, 2020; ALABDULLAH e DANIEL, 2018; TELLA, 2019).

A descontaminação do ambiente clínico deve ser a maior preocupação quando procedimentos com geração de aerossol são necessários, como, por exemplo, nos tratamentos pulpares e cirúrgicos. Nesse caso, deve-se esperar pelo menos 30 minutos para iniciar a desinfecção (VOLGENANT et al., 2020). Portanto, esses procedimentos devem ser agendados para o final do período de trabalho (BRASIL, 2020).

Existe a necessidade de conscientização da população e treinamento dos cirurgiões-dentistas frente ao manejo da doença cárie e as abordagens de mínima intervenção de lesões de cárie dentária, visto que ambos ainda entendem como tratamento da doença apenas a realização de restaurações. A divulgação dessas informações em língua portuguesa é necessária para atenção primária à saúde das crianças, assim como de pessoas com necessidades especiais.

CONCLUSÃO

Assim, considerando-se a pandemia de COVID-19, sugere-se as seguintes abordagens para o atendimento odontológico para crianças, inclusive aquelas com necessidades especiais, na atenção básica à saúde:

O telemonitoramento seria o meio mais exequível de prestar a promoção da orientação/reforço da higiene oral/aconselhamento dietético.

Os procedimentos de mínima intervenção em dentes decíduos/permanentes possibilitariam o manejo de lesões de cárie sem geração de aerossol, sejam elas iniciais, moderadas e/ou severas.

Quando procedimentos com geração de aerossol são necessários, esses devem ser agendados para o final do período, esperando-se pelo menos 30 minutos para iniciar a desinfecção do ambiente.

A abordagem odontológica aos pacientes com necessidades especiais deve ser direcionada primeiramente para promoção e prevenção da saúde bucal, seguida da preferência pelas técnicas não farmacológicas para o gerenciamento do comporta-

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

mento, como FALAR-MOSTRAR-FAZER, para aqueles pacientes com cognitivo que permita a interação e entendimento razoáveis. A utilização de recursos como estabilização protetora para os casos de comportamentos mais difíceis e, por fim, a intervenção sob anestesia geral com indicação bem restrita.

REFERÊNCIAS

- ALABDULLAH, J.H.; DANIEL, S.J. A Systematic Review on the Validity of Teledentistry. *Teledent J E Health: the official journal of the American Telemedicine Association*. v. 24, n.8, p.639-648, 2018.
- AL-HALABI, M.; SALAMI, A.; ALNUAIMI, E.; KOWASH, M.; HUSSEIN, I. Assessment of paediatric dental guidelines and caries management alternatives in the post COVID-19 period. A critical review and clinical recommendations. **Eur Arch Paediatr Dent**. P.1-14, doi 10.1007 / s40368-020-00547-5, 2020.
- AMORIM, R.G.; FRENCKEN, J.E.; RAGGIO, D.P.; CHEN, X.; HU, X.; LEAL, S.C. Survival percentages of atraumatic restorative treatment (ART) restorations and sealants in posterior teeth: an updated systematic review and meta-analysis. **Clin Oral Investig**.v. 22, n.8, p.2703-2725, 2018.
- ATHER, A.; PATEL, B.; RUPAREL, N.B.; DIOGENES, A. HARGREAVES, K.M. Coronavirus disease 19 (COVID-19): implications for clinical dental care. **J Endod**. v.46,n. 5, p.584-595, 2020.
- BANERJEE, A.; SPLIETH, C.; BRESCHI, L.; FONTANA, M. et al. When to intervene in the caries process? A Delphi consensus statement. **Br Dent J**, 229, n. 7, p. 474-482, Oct 2020.
- BORGES-OLIVEIRA, A.C.; AMARAL, A.D. et al. **Diretrizes de atendimento odontológico para pessoas com necessidades especiais em tempos de COVID-19**. Belo Horizonte, UFMG, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. NOTA TÉCNICA Nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. ASSUNTO - COVID-19 E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO SUS. 2020.
- CFO. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-226, de 04 de junho de 2020. 2020.
- CLARKSON, J.; RAMSAY, C.; ACEVES, M.; BRAZZELLI, M.; COLLOC, T.; DAVE, M. et al. Recommendations for the re-opening of dental services: a rapid review of international sources. 2020. Disponível em: <https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.co>
- VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

chrane.org/files/public/uploads/covid19_dental_reopening_rapid_review_13052020.pdf. acesso em: 16/09/2020.

CROSP-Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. Orientação de Biossegurança: adequações técnicas em tempos de COVID-19. 2020. Acesso: 16 jun. 2020. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/uploads/paginas/38f65fd62bd4e5e56b16e859ada6c751.pdf>

EKSTRAND, K. R. et al. Lesion activity assessment. **Monographs in Oral Science**, v. 29, n. 1, p. 63–90, 2009. Disponível em: https://kclpu-re.kcl.ac.uk/portal/files/82045422/Towards_a_cavity_free_future.pdf

FRANCO, A.; VITOR, L.; JORGE, P.K.; VALARELLI, F.P.; OLIVEIRA, T.M. Evaluation of a new method of oral health education in children with cleft lip and palate. **Eur Arch Paediatr Dent**.v.19; n.4, p.267-271, 2018.

FRANCO, J.B.; CAMARGO, A.R.; PERES, M.P.S.M. Cuidados odontológicos na era do COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. v.74, n.1, p.18-21. 2020a.

FRANCO, J.B.; RIBAS, P.F.; VALENTE JÚNIOR, L.A.S.; MATIAS, D.T.; VAROTTO, B.L.R.; HAMZA, C.R. et al. Hospital dentistry and dental care for patients with special needs: Dental approach during covid-19 pandemic. **Braz Dent Sci**. v. 23, n.2, p.1-9, 2020b.

GE, Z-Y; YANG, L-M; XIA, J-J; FU, X-H; ZHANG, Y-Z. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. **J Zhejiang Univ Sci B**. v.21, n.5, p. 361-368, 2020.

GHAI, S. Teledentistry during COVID-19 pandemic. **Diabetes Metab Syndr**.v. 14, n.5, p.933-935, 2020.

GURGAN, S.; KUTUK, Z.B.; YALCIN CAKIR, F.; ERGIN, E. A randomized controlled 10 years follow up of a glass ionomer restorative material in class I and class II cavities. **J Dent**, 94:103175, 2020.

HABBU, S.G.; KRISHNAPPA, P. Effectiveness of oral health education in children - a systematic review of current evidence (2005-2011). **Int Dent J**. v.65, n.2, p.57-64, 2015.

ISMAIL, A.I.; PITTS, N.B.; TELLEZ, M.; BANERJEE, A.; DEERY, C.; DOUGLAS, G. et al. The International Caries Classification and Management System (ICCMSTTM) An Example of a Caries Management Pathway. **BMC Oral Health**.v.15,n.1, p.1-13, 2015.

IZZETTI, R.; NISI, M.; GABRIELE, M.; GRAZIANI, F. COVID-19 transmission in dental practice: brief review of preventive measures in Italy. **J Dent Res**.v.99, n.9, p. 1030-1038.

JEPSEN, S.; BLANCO, J.; BUCHALLA, W.; CARVALHO, J.C.; DIETRICH, T.; DÖRFER, C. et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. **J Clin Periodontol**;44 Suppl 18:S85-s93. 2017.

LO GIUDICE, R. The Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS CoV-2) in Dentistry. Management of Biological Risk in Dental Practice. **Int J Environ Res Public Health**.17(9):3067. 2020.

MALLINENI, S.K.; INNES, N.P.; RAGGIO, D.P.; ARAUJO, M.P.; ROBERTSON, M.D.; JAYARAMAN, J. Coronavirus disease (COVID-19): Characteristics in children and considerations for dentists providing their care. **Inte J Paediatr Dent**. v.30, n.3, p.245-250, 2020.

MARTIGNON, S.; PITTS, N.B.; GOFFIN, G.; MAZEVET, M.; DOUGLAS, G.V.A.; NEWTON, J.T. et al. CariesCare practice guide: consensus on evidence into practice. **Br Dent J**.v.227, n.5, p.353-362, 2019.

MATTOS-SILVEIRA, J. et al. Do the ball-ended probe cause less damage than sharp explorers?-An ultrastructural analysis. **BMC Oral Health**, v. 16, n. 1, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0197-9>

MENG, L.; HUA, F.; BIAN, Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. **J Dent Res**.v.99, n.5, p.481-487, 2020.

ORTEGA, K.L.; CAMARGO, R.A.; BERTOLDI FRANCO, J.; AZUL, A.M.; SAYÁNS, M.P.; SILVA, P.H.B. SARS-CoV-2 and dentistry. **Clin Oral Invest**.v.24, n.7, p.2541-2542. 2020.

PENG, X.; XU, X.; LI, Y.; CHENG, L.; ZHOU, X.; REN, B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. **Int J Oral Sci**.12(1):9. 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41368-020-0075-9.pdf>; acesso em: 16/09/2020.

PITTS, N. B. et al. ICCMS™ guide for practitioners and educators. London: King's College London, p. 1–45, 2014.

PITTS, N.B.; ZERO, D.T.; MARSH, P.D.; EKSTRAND, K.; WEINTRAUB, J.A. RAMOS-GOMEZ, F. et al. Dental caries. **Nat Rev Dis Primers**.3:17030. 2017.

PITTS, N.; BAEZ, R.; DIAZ-GUALLORY, C. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. **Int J Paediatr Dent**.v.29, n.3, p.384-386, 2019.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al*. Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Tratamento odontológico na atenção básica à saúde de crianças durante a pandemia da COVID-19: o que fazer?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 3, p. 651-669, 2020.

PRETTY, I. A.; EKSTRAND, K. R. Detection and monitoring of early caries lesions: a review. *Eur Arch Paed Dent.*, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 13–25, 2015.

SABINO-SILVA, R.; JARDIM, A.C.G.; SIQUEIRA, W.L. Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential salivary diagnosis. *Clin Oral Investig.* v.24,n.4, p. 1619-1621, 2020.

SETTI, L.; PASSARINI, F.; DE GENNARO, G.; BARBIERI, P.; PERRONE, M.G.; BORELLI, M. et al. Airborne transmission route of COVID-19: why 2 meters/6 feet of inter-personal distance could not be enough. *Int J Environ Res Public Health.* 23;17(8):2932. 2020.

SOUZA, R. C. C.; COSTA, P. S.; COSTA, L. R. Precauções e Recomendações sobre Sedação Odontológica durante a Pandemia de COVID-19 *Rev. Bras. Odontol.*77: e17882020

TELLA, A.J.; OLANLOYE, O.M.; IBIYEMI, O. Potential of tele-dentistry in the delivery of oral health services in developing countries. *Ann Ib Postgrad Med.*v.17, n.2, p.115-123, 2019.

TELLES-ARAÚJO, G.T.; CAMINHA, R.D.G.; KALLÁS, M.S.; SANTOS, P. Teledentistry support in COVID-19 oral care. *Clinics* (Sao Paulo, Brazil). 75:e2030. 2020

TINANOFF, N.; BAEZ, R.J.; DIAZ GUILLORY, C.; DONLY, K.J.; FELDENS, C.A.; MCGRATH, C. et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent.* v.29, n.3, p.238-248. 2019.

TO, KK-W; TSANG, OT-Y; YIP, CC-Y; CHAN, K-H; WU, T-C; CHAN, JM-C et al. Consistent Detection of 2019 Novel Coronavirus in Saliva. *Clin Infect Dis.* v.71, n.15, p.841-843, 2020.

VOLGENANT, C.M.; PERSON, I.F.; DE RUIJTER, R.A.; DE SOET, J. Infection control in dental health care during and after the SARS-CoV-2 outbreak. *Oral Dis.* 10.1111/odi.13408. doi:10.1111/odi.13408, 2020.

