



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC

SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE
A PANDEMIA DA COVID-19**

LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA, GESTÃO E CUIDADO

João Pessoa – PB

2023

SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS

A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19.

LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA, GESTÃO E CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para o título de Mestre Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho

João Pessoa - PB

2023

S237a Santos, Suelen Farias Costa dos.

A atuação do cirurgião-dentista na atenção básica durante a pandemia da covid-19 / Suelen Farias Costa dos Santos. - João Pessoa, 2023.

90 f. : il.

Orientação: André Luis Bonifácio de Carvalho.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Pandemia - Covid-19. 2. Atenção básica. 3. Odontologia. I. Carvalho, André Luis Bonifácio de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-036.21(043)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pois Ele rege, guarda e guia todos os meus caminhos. O senhor Deus se fez presente em toda essa jornada me mostrando soluções para cada problema surgido e retirando as pedras existentes do meu caminho, com a intercessão da Virgem Maria que se fez presentes em todos os momentos que mais precisei, Ao meu Senhor e meu Deus dou graças a todo momento pois me permitiu a realização de um sonho de ser Mestre, mesmo com todas as adversidades.

A meu filho Pedro Henrique, que é a razão de todos os meus esforços, e o ser que ilumina minha vida e a enche de alegria e esperança, nos momentos que estive triste e desanimada, seu sorriso e abraço me deu forças para continuar. Agradeço por mesmo eu estando ausente para poder desenvolver este trabalho e terminar o curso, sempre me demonstrou muito amor e entendimento que sua mamãe precisava estudar para lhe dar um futuro melhor.

Ao meu Marido Suelio, que sempre me apoiou para concluir o curso, estando ao meu lado, aconselhando, escutando minhas angústias e me impulsionando para dar sempre o meu melhor, lembrando a mim que eu sou forte e consigo vencer. Agradeço por mesmo eu estando ausente para poder desenvolver este trabalho, sempre foi muito compreensivo.

A minha Mãe Márcia, que é meu porto seguro, pelo seu amor incondicional, que acredito ter sido através desse amor ter dito forças para criar a mim e meus irmãos sozinha, nunca nos abandonou e sempre lutou para que não nos faltasse nada. Me ensinou valores imensuráveis e me mostrou o caminho do bem, acreditou em meu sonho, torceu e vibrou por cada conquista e fez tudo que pode dentro de suas possibilidades para me ver chegar nessa etapa tão especial e importante de minha vida, cuidando muitas vezes de meu filho.

A minha avó Josefa, que sempre acreditou em mim e sempre se alegrou com minhas conquistas, que por muitas vezes se abdicou para cuidar de mim e do meu filho para que eu pudesse concluir o curso. Aquela que sempre se preocupava de como eu estava e sempre me estendeu a mão, e sempre rezava por mim, o meu muito obrigado.

A minha Tia Noaide, que sempre se fez presente quando eu mais precisava, que me ama incondicionalmente e se alegra por minhas conquistas e que sempre acreditou em mim e que eu conseguiria conquistar meus objetivos.

A meu irmão Wesley, pois sempre esteve que meu lado, me impulsionou e sonhou junto comigo. Sempre me alegrando e me colocando para cima sempre que eu mais precisava, se dispondo a me ajudar quando precisava.

A meu Avô Severino e meu Padrasto Pedro, que exerceram com excelência o papel de pai em minha vida, me orientando e ajudando sempre que eu precisava, com orientação, amor, carinho e sempre mostrando os melhores caminhos com sabedoria.

Ao meu orientador, André Luís, me estendeu a mão para ser meu orientador, no momento que eu mais precisava, sempre tão paciente, prestativo e compreensivo, compartilhando seus saberes e me orientando e aconselhando nos caminhos que deveria seguir, obrigada pelo incentivo e dedicação ao meu trabalho, seus conhecimentos fizeram grande diferença no resultado final deste trabalho e na profissional que me tornei.

Aos demais familiares, que estão todos em meu coração quero expressar a minha gratidão pelo apoio que sempre me deram durante toda a minha vida. Obrigada a Prima Maria Ângela, Tio Márcio, minha sogra Dona Fátima e meu sogro seu José, por compartilharem a alegria de vocês com minha vitória.

Aos meus amigos, agradeço muito a todos vocês, por estarem ao meu lado em todos os momentos, apoiando-nos e torcendo pela minha conquista e alegrando-se com a minha vitória com sinceridade no coração. Em especial ao meu amigo Leanderson que compartilhou das minhas preocupações e angústias na reta final e me deu ânimo para continuar.

Também quero agradecer a Universidade Federal da Paraíba, seu corpo docente, direção, coordenação e administração, que oportunizaram um horizonte superior e prezaram pela elevada qualidade do ensino oferecido. Obrigada pela amizade, convívio, mérito e ética aqui presente.

RESUMO

A pandemia do novo coronavírus, cujo agente etiológico é o vírus SARS-CoV-2, se tornou um tema emergente e um problema de saúde pública, que afeta a vida da população e dos profissionais que nela atuam. Diante deste contexto, a Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil foi modificada por adequações necessárias para o enfrentamento do COVID-19. Estas modificações reformularam as práticas de diversos profissionais no combate à doença, incluindo os Cirurgiões-Dentistas. Neste sentido, o objetivo do estudo foi avaliar a atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica durante o período de pandemia, onde foi realizado um estudo que tem como fonte duas bases de dados complementares. A primeira base utilizada foi a pesquisa financiada pela FAPESQ, que fez um estudo transversal exploratório, descritivo e analítico. Já a segunda base de dados foi a sistematização de um encontro realizado pela APS FORTE, que aborda as vivências relatadas pelos gestores no processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19. Os dados de ambas as bases foram divididos em quatro categorias temáticas: Perfil profissional e estrutura da UBS; Fluxos e rotinas; Medidas de proteção; Promoção em saúde. De acordo com os resultados da pesquisa, surgiu a necessidade da adoção de medidas de reorganização dos serviços, a suspensão de atendimentos eletivos diante da demanda de realização dos atendimentos de urgência e emergência, além de procedimentos relacionados a atuação frente a COVID-19. Em muitas unidades, as visitas domiciliares foram suspensas, os serviços de promoção a saúde ficaram em segundo plano, e profissionais foram afastados com a justificativa da falta de EPI's. Os Cirurgiões-Dentistas são profissionais que apresentam características de atendimento com maior risco de contágio por coronavírus. Diante disso, as situações enfrentadas exigiram a reorganização da rotina de trabalho e atualização das práticas de cuidado, obrigando os profissionais a seguirem as normativas estabelecidas para a contribuição no atendimento aos pacientes de forma integral, com suspensão das atividades eletivas e manutenção dos atendimentos de urgência e emergência.

Palavras- chaves: COVID-19, atenção básica, odontologia, saúde, pandemia.

ABSTRACT

The pandemic of the new coronavirus, whose etiological agent is the SARS-CoV-2 virus, has become an emerging topic and a public health problem, which affects the lives of the population and the professionals who work in it. In view of this context, Basic Health Care (ABS) in Brazil was modified by necessary adaptations to cope with COVID-19. These modifications reformulated the practices of several professionals in the fight against the disease, including Dental Surgeons. In this sense, the objective of the study was to evaluate the performance of the Dental Surgeon in Primary Care during the pandemic period, where a study was carried out based on two complementary databases. The first base used was research financed by FAPESQ, which carried out an exploratory, descriptive and analytical cross-sectional study. The second database was the systematization of a meeting held by APS FORTE, which addresses the experiences reported by managers in the work process during the COVID-19 pandemic. Data from both databases were divided into four thematic categories: Professional profile and UBS structure; Flows and routines; protective measures; Health promotion. According to the results of the survey, there was a need to adopt measures to reorganize the services, suspending elective care in view of the demand for urgent and emergency care, in addition to procedures related to the performance of COVID-19. In many units, home visits were suspended, health promotion services were in the background, and professionals were removed with the justification of a lack of PPE. Dental Surgeons are professionals who have characteristics of care with a higher risk of contagion by coronavirus. In view of this, the situations faced required the reorganization of the work routine and the updating of care practices, forcing professionals to follow the norms established for the contribution to patient care in an integral way, with suspension of elective activities and maintenance of emergency care. and emergency.

Key words: COVID-19, primary care, dentistry, health, pandemic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama esquemático entre os objetivos da pesquisa e as bases de dados utilizadas	30
Figura 2 – Panorama das atividades realizadas pelos profissionais, durante a pandemia	38
Figura 3 – Serviços e ações de saúde de rotina ofertados durante a pandemia.	41
Figura 4 – Frequência do suporte das Redes de Atenção à Saúde para as necessidades de saúde além da COVID-19, durante a pandemia.	43
Figura 5 – Panorama do cumprimento das medidas preventivas para atendimento a usuários com sintomas de síndrome gripal (Febre, tosse, dificuldade respiratória, dor de garganta) que buscaram a UBS	45
Figura 6 – Mudanças de rotina relatadas pelos Cirurgiões-Dentistas.	46
Figura 7 – Oferta e a demanda de insumos e medidas de proteção a COVID-19 disponibilizados na sua UBS.....	49
Figura 8 – Medidas de proteção utilizadas pelos Cirurgiões-Dentistas em seu contexto individual e familiar	50
Figura 9 – Ações de distanciamento social realizadas pelos profissionais em suas residências.	52
Figura 10 – Profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos suspeitos ou positivos após a primeira consulta.....	53
Figura 11 – Ações de cuidado e prevenção utilizadas no combate ao Coronavírus...55	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Profissional dos Cirurgiões-Dentistas e estrutura da UBS.....	34
Tabela 2 – Características da UBS (Estrutura e demanda).....	36
Tabela 3 – Pontos que foram eficientes para evitar o risco de contaminação cruzada	39
Tabela 4 – Atenção prestada a suspeitos, doentes e contatos de COVID-19.....	40
Tabela 5 – Ações realizadas pelos Cirurgiões-Dentistas relacionadas a COVID-19	42
Tabela 6 – Novos fluxos e rotinas na Estratégia Saúde da Família por ocasião da COVID-19	44
Tabela 7 – Locais de realização das vivências selecionadas da base de dados da APS Forte	47
Tabela 8 – Questões relacionadas aos contágios dos profissionais da área de saúde e seu convívio social	51
Tabela 9 – Percentual de profissionais que sofreram algum tipo de discriminação no período de pandemia por ser profissional da saúde, por parte de sua vizinhança ou família.....	52
Tabela 10 – Estratégias de Promoção em Saúde.....	54
Tabela 11 – Reflexões dos Cirurgiões-Dentistas em relação as sugestões de melhorias, a partir das suas experiências individuais.....	56

LISTA DE SIGLAS

CD – Cirurgião-Dentista

ESF – Estratégia Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

ABS – Atenção Básica à Saúde

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CFO – Conselho Federal de Odontologia

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

LRPD – Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

SB – Saúde bucal

AB – Atenção básica

TSB – Técnico em Saúde Bucal

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

ACS – Agente Comunitário de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	16
3.2 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA	20
3.3 REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NAS UBS NO PERÍODO DE PANDEMIA DA COVID-19.....	25
4 METODOLOGIA	30
4.1 BASE DE DADOS DA PESQUISA “PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PANDEMIA DA COVID-19 À LUZ DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”, FINANCIADA PELA FAPESQ.....	31
4.1.1 Desenho do estudo	31
4.1.2 Participantes	31
4.1.3 Fonte de Dados	31
4.1.4 Universo e amostra	31
4.1.5 Ética	31
4.1.6 Coleta e análise de dados	32
4.2 BASE DE DADOS DA SISTEMATIZAÇÃO DE UM ENCONTRO REALIZADO PELA APS FORTE.....	32
4.2.1 Desenho do estudo	32
4.2.2 Participantes	32
4.2.3 Fonte de dados	32
4.2.4 Universo e amostra	32
4.2.5 Ética	33
4.2.6 Coleta e análise de dados	33

5.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS E ESTRUTURA DA UBS	34
5.2 FLUXOS E ROTINAS NA ESF DURANTE A PANDEMIA	37
5.3 MEDIDAS DE PROTEÇÃO.....	48
5.4 PROMOÇÃO EM SAÚDE	52
5.5 REFLEXÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
ANEXOS	66
ANEXO I - RECORTE DA PESQUISA MÃE.....	67
APÊNDICES	90
APÊNDICE 1 – SELEÇÃO DAS PERGUNTAS PROVENIENTES DOS BLOCO DE ORIGEM DA PESQUISA FAPESQ, NAS QUATRO CATEGORIAS BASE DA PESQUISA.....	91

1 INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo novo coronavírus se tornou rapidamente um desafio de escala mundial. O vírus SARS-CoV-2, que apresentou suas primeiras evidências na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, é um microrganismo responsável por uma doença de rápida disseminação e grande potencial de mortalidade. Fato esse que justificou o contágio numa velocidade superior ao estimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a necessidade de organização de planos de enfrentamento a disseminação da doença (LIMA *et al.*, 2022).

Todas as recomendações da OMS foram voltadas para a diminuição de contato com os principais meios de transmissão do vírus. Todos os profissionais de saúde receberam novos protocolos de atendimento, que foram atualizados constantemente ao longo do período pandêmico. Também pela possibilidade da ocorrência de casos sem manifestação sintomática da doença, o combate ao COVID-19 passou a ser preocupação de todos os profissionais de saúde, incluindo os Cirurgiões-Dentistas (CD) atuantes na Atenção Básica de Saúde (ABS) (MELO *et al.*, 2020).

A Atenção Básica no Brasil (ABS) é considerada a principal porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), esta segue os fundamentos da integralidade, equidade e universalidade. Nela o Ministério da Saúde estabelece a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma prioritária para reorganização da ABS. Acopladas a Estratégia Saúde da Família (ESF) estão contidas as equipes de saúde bucal que compõe as UBS desde 2004, com a implantação do programa Brasil Sorridente. Esse programa previu acesso a serviços odontológicos de forma gratuita, desde a prevenção a tratamentos de urgência e emergência (BRASIL, 2012, BRASIL, 2018).

As equipes de saúde bucal das UBS necessitaram modificar suas práticas profissionais, visando a readequação para o cenário de pandemia que o país atravessou. Nesse cenário com grande risco de contágio para os Cirurgiões-Dentistas surgiram discussões sobre novas práticas e rotinas, com ênfase nos novos padrões de biossegurança e novos protocolos de comportamento. (OKUYAMA; SILVA, 2020).

Na atuação dos profissionais de odontologia foram incorporadas diversas atribuições que visaram essa readequação. As mudanças foram adotadas de acordo com a recomendação do Conselho Federal de Odontologia (CFO), e a Norma Técnica do Ministério da Saúde nº 9/2020 (atualizada para a de nº 16/2020). Essas readequações modificaram as características de atendimento dos Cirurgiões-Dentistas, que naturalmente incluem a proximidade com as vias aéreas superiores dos pacientes, aumentou significativamente o risco de contágio por COVID-19, para estes profissionais (BRASIL, 2020a).

Na atuação durante este período complexo de atendimento, pude vivenciar as dificuldades enfrentadas pelos Cirurgiões-Dentistas. Foi possível observar as mudanças significativas no modo de agir dos profissionais, e executar os novos modelos de atendimento. As consequências das mudanças de rotinas e condutas do CD na Atenção Básica replicou diretamente nos serviços de urgência e emergência em saúde bucal.

Baseada nessa experiência vivida, este estudo foi pensado para expor os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde no período da pandemia, em meio a um desmonte do SUS, onde se tornou necessário avaliar a atuação do CD na USF. Para tal, foi necessária a extração de dados presentes em entrevistas e relatos dos profissionais atuantes durante a pandemia, destacando o CD como importante membro da equipe Multiprofissional.

Diante dos temas supracitados, esta pesquisa avaliou os aspectos pertinentes as mudanças de rotina, as readaptações do cotidiano, o uso de instrumentos e EPI's, a reestruturação da unidade e o atendimento aos usuários. Os dados selecionados foram fundamentais para o debate sobre a prática profissional no enfrentamento a COVID-19, com o propósito de analisar as implicações da pandemia no processo de trabalho do Cirurgião-Dentista nas UBS's.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho dos Cirurgiões-Dentistas na Atenção Básica a Saúde durante a pandemia da COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil profissional, as condições de saúde dos Cirurgiões-Dentistas e a estrutura da Unidade Básica de Saúde durante a pandemia da COVID-19;
- Descrever os novos fluxos e rotinas da prática odontológica durante a pandemia da COVID-19;
- Identificar as medidas de proteção ocupacional adotadas para o trabalho dos Cirurgiões-Dentistas durante a pandemia na Atenção Básica;
- Analisar as mudanças ocorridas no processo de trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica durante a pandemia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da luta pela priorização dos cuidados primários e do movimento sanitário. Seus princípios determinam a saúde como um direito ao acesso universal aos bens e serviços de saúde, rompendo com o modelo excludente e fragmentado. Desde sua implantação, o SUS passou por diversas modificações até chegar ao modelo que prioriza a família e os determinantes sociais, e tenta minimizar a falta de equidade social (MATOS *et al.*, 2020).

O efetivo estabelecimento do SUS se iniciou na década de 1990, passando pela promulgação da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e de diversas portarias e normas expedidas pelo Ministério da Saúde para regulamentar o sistema. Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou na APS com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) (MELO *et al* 2018).

Posteriormente, a Atenção Primária no Brasil foi estabelecida através da primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que foi reformulada por mais duas edições: a segunda em 2011 e terceira em 2017. No contexto do Pacto pela Saúde, a primeira edição da PNAB ampliou o escopo e a concepção da Atenção Básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente e reconhecer a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica (DA CRUZ *et al.*, 2019).

Com intuito de colaborar com a organização do SUS e seus princípios, em 2011 foi aprovada a segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica através da portaria nº 2488. Nela ficou estabelecida a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Atenção Básica foi criada visando o desenvolvimento e consolidação do SUS, oferecendo atendimento preferencial aos usuários básicos, de forma descentralizada e capilar na comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

No Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera Atenção Primária como termo equivalente a Atenção Básica e a define como (BRASIL, 2017, p. 02):

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

O emprego do termo “Atenção Básica à Saúde” foi discutido pelo Movimento Sanitário Brasileiro que buscou uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária. O objetivo principal foi o de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada. Desta forma, a política brasileira buscou se distanciar de uma atenção primária seletiva, restrita e focalizada, que eram as concepções mais difundidas no período (GIOVANELLA, 2018).

Como regra, a Atenção Básica deve se orientar nos princípios da: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012). Com relação aos princípios e diretrizes expostos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2012:

A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

De acordo com o previsto, é imprescindível que ocorra a garantia ao acesso a serviços de qualidade nos diferentes níveis de atenção e que se assegure a resolutividade nas necessidades dos usuários. Para isso, torna-se essencial que exista uma equipe atuante e estável, e que em seu processo de trabalho sejam seguidas as diretrizes e princípios definidos na PNAB como norteadores das ações e serviços a serem desenvolvidos.

A PNAB (BRASIL, 2017) apresenta como princípios e diretrizes para a Atenção Básica e, por conseguinte, para a ESF:

1. Princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade.
2. Diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

Dos princípios:

- I- A universalidade: definida como o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, é exercida na Atenção Primária pelo acolhimento de todas as pessoas que procuram seus serviços, oferecendo fácil acesso e sem diferenciações, assim como, busca responder as necessidades da população.

- II- A equidade: definida como a oferta de cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.
- III- A integralidade: alcançada quando as redes de atenção atendem às necessidades de saúde da população adscrita, preservando sua autonomia, de atender aos campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos.

Das diretrizes:

I – A territorialidade: Os profissionais da ESF devem atuar em uma área definida em seus contornos geográficos pelos gestores municipais, onde serão organizadas as propostas de promoção à saúde, prevenção aos agravos e atenção à saúde dos moradores, de forma a estreitar vínculos e a fortalecer as relações entre os sujeitos envolvidos.

II – Adscrição dos usuários: A população residente nestes territórios constitui, pois, o universo de trabalho da ESF. Por sua vez, esse espaço delimitado é subdividido em microáreas, cuja população não deverá exceder 750 pessoas cadastradas. Cada ESF deverá se responsabilizar por, no máximo, 4.000 pessoas, distribuídas por microáreas, no território de adscrição. Vale esclarecer que a PNAB recomenda um quantitativo médio de 3.000 pessoas

III – Hierarquização: À medida que são necessárias outras intervenções em maior nível de complexidade, são articuladas estratégias, de forma a atender às necessidades dos usuários/população nos diferentes níveis do sistema, estabelecidos pela Rede de Atenção à Saúde, o que define o caráter da atenção hierarquizada na ESF.

VI – Participação dos usuários: As ações cotidianas das ESF tendem a ser pensadas e planejadas com o objetivo de atender às necessidades da coletividade. Estimular a sua participação é parte do processo em busca da sua autonomia no gerenciamento das necessidades e propostas de saúde para si e para a coletividade.

Essas diretrizes possibilitam o acesso universal e contínuo a serviços de saúde com qualidade, garantem a continuidade das ações e a construção do cuidado no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde. Isso demanda que as iniciativas sejam visíveis no processo de trabalho e organização das ações (BRASIL, 2021).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família foi utilizada como reorientação do modelo assistencial e como responsável pela reorganização da Atenção Básica no país, visando criar um olhar sobre as necessidades dos indivíduos e das comunidades. A ESF foi operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que foram criadas para a realização das ações de saúde na Atenção Básica (BRASIL, 2000).

Com a implementação do SUS, ocorreram mudanças organizacionais no Programa Saúde da Família. Foi alterada a produção de trabalhos e modificada a práxis, promovendo significativas transformações no decorrer de seu desenvolvimento. Na concepção histórica, o processo de trabalho tem por objetivo atender às demandas, dos homens e mulheres, numa conjuntura de produção comprometida com o aprimoramento de ações voltadas para si ou para a coletividade (MARX, 1983).

Com isso, busca-se a transformação das habilidades e práticas profissionais para que estejam em sintonia com as práticas reais das organizações do trabalho. Na área da saúde essa mudança passa pela criação de ambientes de solidariedade e resolutividade, em conformidade com o nível de complexidade. Sendo assim, o processo de trabalho produzido pela ESF é orientado pelas normatizações apresentadas pelo Ministério da Saúde, muito embora sejam constantes as dificuldades na prática dos serviços e habilidades técnicas na sua implementação (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB (2012), na ESF, as equipes multiprofissionais atuantes desempenham as suas atividades em regime de 20 ou 40 horas semanais. Está previsto que as equipes são multiprofissionais e compostas por: um (a) médico (a), um (a) enfermeiro (a), um (a) Cirurgião-Dentista, um (a) técnico (a) de saúde bucal, um(a) técnico(a) de enfermagem, 04 (quatro) a 06 (seis) agentes comunitários de saúde (ACS). Existem exceções de equipes que

Esses profissionais atuam sobre a realidade epidemiológica e institucional, além das necessidades de saúde da população. São eles que reforçam a característica da abordagem comunitária da ESF e é por meio da intermediação desse trabalho, que as ações se desenvolvem para dar prosseguimento aos serviços das equipes de saúde na ESF (GOMES, 2015).

No entanto, para garantir o atendimento integral ao usuário é necessária a manutenção da equipe completa da ESF, que é afetada diretamente por problemas advindos da alta rotatividade de profissionais. A precariedade dos vínculos empregatícios, o baixo valor de salários aplicados, a falta de comprometimento com a política do SUS são alguns fatores determinantes para o desmanche contínuo das equipes (GOMES, 2015).

A equipe prevista pela PNAB, para os cuidados com a saúde bucal na ESF, é composta por um Cirurgião-Dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. A atuação

dessa equipe possibilita a criação de espaços para a prática de promoção à saúde, relações de reorientação do processo de trabalho e da própria atuação da saúde bucal. Deste modo são possíveis as ações de proteção da saúde, as resoluções da urgência, e até mesmo a inclusão de procedimentos mais complexos, como a recuperação, prevenção e controle de câncer bucal (BRASIL, 2018a).

O cuidado completo em saúde bucal passou a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com os usuários e que participe da gestão dos serviços, visando assim atender às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços. Para tal, são necessárias medidas de caráter coletivo e estabelecimento de vínculo territorial com o intuito de melhorar a disponibilidade de serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2018b).

Na odontologia, o processo de trabalho em saúde bucal “traz uma assistência fragmentada, curativista, em desacordo com os princípios do SUS com a manutenção de práticas tradicionais, com a predominância do atendimento individual, curativo e o trabalho preventivo focalizado em escolares” (FRANCO, 2019, p. 41).

Desta forma, se torna importante a construção de novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho, como a aproximação Cirurgião-Dentista com o usuário, permitindo a compreensão das necessidades de saúde, gerando a oportunidade de criação de vínculos com o paciente (FRANCO, 2019).

3.2 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O acesso ao atendimento odontológico no Brasil enfrentou muitas dificuldades, tornando-se difícil e limitado. A falta de atendimento no momento correto, diversas vezes acarretou doenças bucais agravadas, em casos de atendimento de urgência. Essas situações, atreladas a pouca oferta de serviços, diversas vezes “dificultava o tratamento reabilitador e aumentava a necessidade de extrações dentárias, onde se perpetuava a visão da Odontologia mutiladora e do Cirurgião-Dentista com atuação apenas clínica na rede pública” (BRASIL, 2016).

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde (7ªCNS), realizada em 1980, pela primeira vez um grupo de pesquisa analisou o modelo de atenção da prática odontológica predominante exercida no Brasil. De modo geral, o modelo se caracterizava pela: ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista, e inadequação no preparo dos recursos humanos (BRASIL, 2016).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada em 1986, foi importante para a discussão da implementação de políticas de Saúde Bucal no novo modelo de saúde. Dentre as deliberações aprovadas na CNSB, foi proposta a:

Inserção da saúde bucal no sistema único de saúde [por meio de um] Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal [...] universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal. (CNSB, 1986, p.10).

Após a implementação do SUS, um obstáculo significativo foi a escassez dos recursos financeiros para custear a assistência odontológica. Pela sua complexidade e “alto” custo, essa assistência tinha sua prioridade sempre relegada a um plano secundário, chegando a ser considerada como um apêndice nas políticas de saúde. Foram necessárias muitas discussões e reivindicações, para que as ações de saúde bucal começassem a surgir como direito, contribuindo para o enfrentamento e superação do modelo anterior (SOUSA, 2021).

O Ministério da Saúde sugeriu, como meio estratégico de reorganização da atenção primária à saúde, a integração de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família. Essa iniciativa teve início com o Programa Brasil Sorridente em 2004, com o objetivo minimizar os índices epidemiológicos e aumentar o acesso dos usuários do SUS às ações de saúde bucal (SOUSA, 2021).

A saúde bucal no SUS, ganhou então força dentro da Atenção Básica a Saúde, sendo esta, compreendida como:

O nível primário do sistema de atenção à saúde conceituada como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível. (Brasil, 2015, p.27)

Desta forma, a trajetória brasileira de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal na ABS é marcada cronologicamente por quatro momentos, com potencial de impulsionar mudanças no processo de trabalho (FIGUEIREDO, 2019):

- (I) Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986, seguida da criação da Política Nacional de Saúde Bucal em 1989, e da segunda CNSB em 1993;
- (II) Inserção dos profissionais de odontologia à ESF em 2000;
- (III) Lançamento do Programa Brasil Sorridente em 2004, e da terceira CNSB, que contribuiu para a produção democrática e progressista sobre a temática;

- (IV) Responsabilidades e atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde bucal inseridas na Política Nacional de Atenção Básica em 2006 e reiteradas em 2011.

Em 2004 o Ministério da Saúde no Governo Lula lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, com o intuito de romper com essa visão de odontologia mutiladora. O Brasil Sorridente “se constitui de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população”. (BRASIL, 2016).

O Brasil sorridente objetivou a reorganização das práticas e qualificações das ações e serviços ofertados para cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS. As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são: a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal – ESB – na Estratégia Saúde da Família), e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2016).

A atenção básica tem papel fundamental de ser porta de entrada da população para a garantia do direito ao acesso à saúde bucal. A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem como pressupostos:

Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa; Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita, não descuidando da situação de urgência; informações epidemiológicas relevantes, entre outras (BRASIL, 2004, p. 4).

Como previsto, as equipes de saúde das UBS devem estar preparadas para identificar as necessidades individuais e da coletividade, definindo prioridades de atendimento para determinados casos, com destaque para aqueles de maior sofrimento. Nesse sentido, o cuidado longitudinal e o tratamento concluído são fundamentais, mas não tiram a responsabilidade de UBS fazer o primeiro atendimento no caso de urgência odontológica.

Segundo Baricati (2016), o cuidado longitudinal é um dos atributos da Atenção Básica à Saúde. De acordo com o autor, consiste no acompanhamento do usuário ao longo do tempo, formando uma relação terapêutica que envolva a responsabilidade por parte do profissional de

saúde e a confiança por parte do usuário. Desta forma, o profissional de saúde bucal que integra uma equipe de SB/AB vinculada à população de um território, deve estabelecer relação de confiança e compreender as suas especificidades e necessidades reais (BRASIL, 2018).

Com isso, para a realização de um atendimento integral ao usuário, com qualidade satisfatória, os profissionais da ESF precisam ter autonomia técnica para realizar intervenções próprias da área. Se faz necessário, porém, que essas ações sejam articuladas com outras áreas profissionais, fortalecendo o trabalho multiprofissional.

Desta forma de acordo com PNAB (BRASIL, 2012), estas atribuições são:

❖ *Atribuições comuns a todos os profissionais*

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

❖ *Atribuições específicas do Cirurgião-Dentista*

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; 47

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD;

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF

No que se refere ao tipo de atendimento e de consultas realizadas pelo CD na UBS, estes podem ser atendimentos de urgência e emergência, de demandas espontâneas e programadas, de consultas de retorno e manutenção ou até mesmo a primeira consulta odontológica. As ações

desenvolvidas pela equipe de saúde bucal também merecem destaque, como: a educação em saúde; saúde na escola; a atenção a gestante e pré-natal; a atenção na infância; a atenção à adolescência; a atenção ao adulto, atenção ao idoso; atenção a doenças crônicas; atenção a pacientes especiais e atenção a pacientes com câncer, que vão além do cuidado apenas com a cavidade oral (BRASIL, 2018b).

Na cobertura da atenção básica são contemplados todos os procedimentos de adequação do meio bucal. Os cuidados vão desde a remoção de focos infecciosos, até a realização de procedimentos clínicos e procedimentos de urgência. São previstos também os procedimentos cirúrgicos básicos e de identificação das alterações não compatíveis com a normalidade (BRASI, 2018b).

Para atender com excelência essas atribuições, o CD precisa ter a clareza de que suas ações e competências na atenção básica fazem parte de um conjunto de ações estratégicas, que objetivam a redução de riscos à saúde dos pacientes. É preciso que se assegure o acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2018b).

O Cirurgião-Dentista precisa ser generalista, tecnicamente competente e com sensibilidade social. Isto porque o Setor público considera a Estratégia de Saúde da Família como orientadora dos seus serviços, exigindo uma assistência humanizada e alta qualidade e resolutividade (MOTTA; GONÇALVES; LOPES, 2015).

3.3 REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NAS UBS NO PERÍODO DE PANDEMIA DA COVID-19

O Cirurgião-Dentista na ABS, precisou desenvolver novas habilidades para atuar na ESF, no intuito de romper com o modelo restrito às práticas de consultório para uma incorporação à equipe multidisciplinar de saúde. Neste contexto, em 2020 emerge um novo desafio para atuação do Cirurgião-Dentista com a pandemia causada pelo SARS-Cov-2, o novo coronavírus, que necessitou reformular a prática profissional e intensificar o trabalho integral e em equipe (OMS, 2020).

O novo coronavírus se tornou uma ameaça global e um desafio para a saúde pública mundial. A COVID-19 foi declarado como pandemia global em março de 2020 e é caracterizada como uma doença infecciosa causada por um vírus recém-descoberto. O patógenocausador foi identificado como síndrome respiratória aguda grave coronavírus (SARS-CoV-2), que é o sétimo tipo da família do coronavírus a afetar humanos (OMS, 2020).

O vírus é transmitido de pessoa para pessoa por meio de gotículas e pode ser transportado pelo ar por meio de aerossóis assim como o da Influenza. A partir das gotículas, o

vírus é liberado nas secreções uma vez que a pessoa infectada tosse, espirra ou fala próximo a outra pessoa. O vírus também pode entrar em contato direto com as membranas mucosas, neste caso, a infecção pode ocorrer quando uma pessoa entra em contato uma superfície infectada e logo depois toca nos olhos, nariz ou boca (LANA *et al.*, 2020; OMS, 2020).

Em fase inicial, o vírus pode promover sintomas nas vias aéreas, fraqueza muscular, febre e sintomas gripais como tosse, secreção, espirro entre outros. Esta fase então é caracterizada como contaminante. Sete dias após esse período pode ocorrer a fase pulmonar com infiltração e proliferação do vírus nos pulmões, determinando pneumonia com vasodilatação, entre outras complicações a saúde (JOSEPH; MOLESHI, 2020).

Estas características ampliam o risco aos profissionais de saúde que realizam atendimentos de forma direta às pessoas que necessitam dos serviços de saúde bucal, e indiretamente afetam os usuários dos outros serviços das unidades de saúde. Sendo assim, se fez necessário a adoção de medidas para a vigilância, prevenção e redução da propagação da doença, e uma forma adequada de tratamento para pessoas com suspeita ou confirmação por COVID-19. Para proporcionar maior segurança aos usuários e profissionais em atendimento, estas medidas foram se modificando durante a pandemia, pelas autoridades em todo o mundo (MELO *et al.*, 2020).

A área odontológica é conhecida pelo contato próximo do profissional com o paciente, em razão do profissional de saúde bucal envolver consideravelmente o contato com fluidos corporais, como sangue, saliva e inalação de gotículas. O contato com as mucosas orais, nasais e oculares, além de se caracterizar pela realização de muitos procedimentos com a utilização de equipamentos rotatórios, geram aerossóis e gotículas muito pequenas em grande quantidade, sendo capazes de permanecer suspensas no ar por períodos mais longos, tornando uma área de alto potencial de contaminação pelo sars-cov-2 (MELO *et al.*, 2020).

Estudos como o do Risco de Contágio por Ocupação no Brasil, desenvolvido pela LabFuturo, em conjunto com a LABOR em 2020, mostram que o Cirurgião-Dentista é um dos profissionais com as maiores taxas de contaminação em função do grau de contato durante as atividades e à proximidade com os pacientes, alcançando a pontuação de 98% (LIMA; COSTA; SOUZA, 2020).

Ainda contribuindo com estes dados o estudo “Prevalência de Contaminação por SARS-CoV-2 entre Cirurgiões-Dentistas e Níveis de Distanciamento Social de Profissionais de Odontologia do Distrito Federal de 2020” da Professora Erica Negrini Lia, nos mostra que os profissionais de odontologia estão entre os mais vulneráveis quanto à chance de contágio por

covid-19, pois diariamente correm o risco de se expor às partículas do Sars-CoV2 no contato com os seus pacientes (LIA, 2020).

Neste sentido, a elevada exposição ao risco de contaminação e disseminação do Sars-CoV-2 em seu contexto de produção da atenção em saúde bucal, assim como o conhecimento acumulado até o presente momento, o Ministério da Saúde lançou em 2020 um guia de orientações para atenção odontológica no cenário da COVID-19, visando a readequação dos processos de trabalho com o objetivo de diminuir o contágio do Sars-CoV-2, causador do COVID-19 (BRASIL, 2020a).

Neste guia de orientações em conjunto com as recomendações de 2020 do CFO (2020a) (Conselho Federal de Odontologia) pela Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020, 31 de Março de 2020 para atendimento odontológico da COVID-19, foram expostas alternativas de ações e condutas para o atendimento odontológico neste período, visando a diminuição de contaminação cruzada. Dentre as medidas podemos citar:

Mudanças na dimensão da prática clínica, como a utilização de recursos da odontologia de mínima intervenção, redução do número de consultas, priorização de atendimento de urgência e emergência, otimização do tempo clínico e utilização de ferramentas de atendimento remoto na assistência odontológica (BRASIL, 2020a, p. 13).

No período inicial da pandemia da COVID-19, o Ministério da Saúde (MS) recomendou a suspensão dos atendimentos de saúde bucal eletivos e a manutenção do atendimento às urgências odontológicas em todo o território nacional. Os profissionais de saúde bucal neste contexto necessitaram conversar com outros profissionais da unidade de ABS para que as demandas fossem avaliadas de acordo com a gravidade de cada caso, como dor dentária espontânea, fratura dento-alveolar, sangramento espontâneo, presença de abscessos e o que mais julgar como atendimento prioritário (CFO, 2020a).

Neste sentido, entende-se como atendimento prioritário de urgência:

Abscesso ou infecção bacteriana localizada, resultando em dor e inchaço localizados; ajustes de próteses totais em pacientes com radiação / oncologia; ajustes ou reparos da prótese total quando a função é impedida; confecção de restauração temporária caso a restauração for perdida, quebrada ou esteja causando irritação gengival; Carie extensa ou restaurações defeituosas que causam dor; corte ou ajustes do fio ou aparelhos ortodônticos que perfuram ou ulceram a mucosa bucal; Fratura de dente resultando em dor ou causando trauma nos tecidos moles; Osteíte pós-operatória cirúrgica ou troca de curativos de cavidade seca, Pericoronite; Pulpite irreversível; Substituir o preenchimento temporário na aberturas de acesso endodôntico em pacientes com dor; Trauma dentário com avulsão ou luxação (Areias; Oliveira; Cavalcanti, 2020. p.259).

Estes são comumente os principais atendimentos de urgência que o Cirurgião-Dentista realiza nas unidades básicas não sendo suspensos no período da pandemia. Todos estes procedimentos possibilitam alto risco de contaminação pelo vírus Covid-19 para o Cirurgião-Dentista, por serem considerados como procedimentos invasivos.

De acordo com Sarti *et al.* (2020), o atendimento na ABS tanto em casos eletivos como em casos de urgência e emergência, devem ocorrer de forma segura e com qualidade, sendo imprescindível que os profissionais de saúde sejam capacitados por meio de protocolos que abordem a reorganização do atendimento.

A recepção e triagem dos usuários, adequação na estrutura física, utilização de EPIs, padrão de atendimento e adicionais como higienização das mãos, prevenção contra gotículas contaminadas e aerossóis, além evitar o uso de instrumentos rotatórios, e jatos de ar, fazem parte deste novo modelo de readaptação de serviço. Os cuidados devem ser seguidos pela equipe que pode contar com o apoio de fluxogramas e manuais de biossegurança específicos para o enfrentamento do COVID-19 (DE CHECCHI *et al.*, 2020).

O uso correto dos EPI's e o respeito aos manuais e normas técnicas vigentes sobre a desparamentação são fatores cruciais para evitar a contaminação. Contudo, mesmo com todos os EPI necessários, os equipamentos de trabalho também são capazes de produzir aerossóis, que permanecem no ar por algumas horas, o que possibilita a contaminação cruzada de outros pacientes. A vacinação desses profissionais, incluindo as doses de reforço, contribuiu para minimizar o alto risco de contaminação e agravos (THOMÉ *et al.*, 2020).

O Cirurgião-Dentista da ABS na pandemia, ampliou o seu escopo de atuação profissional a partir de um contexto mais amplo e ativo, remetendo a uma abordagem de construção de conhecimento a partir de necessidades de saúde dos usuários naquele momento, com uma atuação multiprofissional. Fortalecendo o atendimento de forma integral ao usuário, em sua totalidade e não apenas nas vias bucais, reforçado no exposto por meio do Ofício N° 572/2020/CFO, de maio de 2020, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) dispõe sobre a participação dos Cirurgiões-Dentistas no processo de combate ao novo coronavírus:

Os Cirurgiões-Dentistas, além da testagem SWAB, possuem competência legal e conhecimento técnico para solicitar exames para detecção do novo Coronavírus (SARS-CoV-2), bem como outros exames complementares. De acordo com a Lei 5.081/1966, que regula o exercício da Odontologia, o Cirurgião-Dentista tem competência para isto, entre outros atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação e prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia. Nota-se, portanto, que a testagem SWAB encontra-se dentro da área de atuação do Cirurgião-Dentista (CFO, 2020a. p. 4).

Conforme melhorias no cenário epidemiológico, as equipes de saúde bucal na ABS destinavam seus atendimentos a urgência e emergência, bem como auxiliavam no enfrentamento da COVID-19, auxiliando nas ações prestadas dentro da UBS. Além de atendimento de condições eletivas essenciais e ampliadas, conforme decreto de cada região (BRASIL, 2020a).

A partir de decretos e liberações, os estados e municípios criaram parâmetros de atendimento que orientaram e promoveram o retorno gradual de forma responsável das atividades diárias. Com planejamento, o retorno dos atendimentos eletivos ampliou a oferta de cuidados, a fim de garantir o acesso e minimização de danos oriundos do adiamento da atenção à saúde bucal (BRASIL, 2020a).

Para o retorno gradual dos atendimentos eletivos algumas questões foram levadas em consideração, como o cenário epidemiológico da COVID-19 no município, a disponibilidade de EPI adequados e necessários ao atendimento odontológico, a qualificação da equipe no manejo do atendimento de pessoas infectadas ou não, e conseqüentemente a diminuição do risco de contaminação. A retomada dos atendimentos eletivos ocorreu de forma ordenada e gradativa, priorizando os grupos e as necessidades urgência de cada usuário. (BRASIL, 2020a).

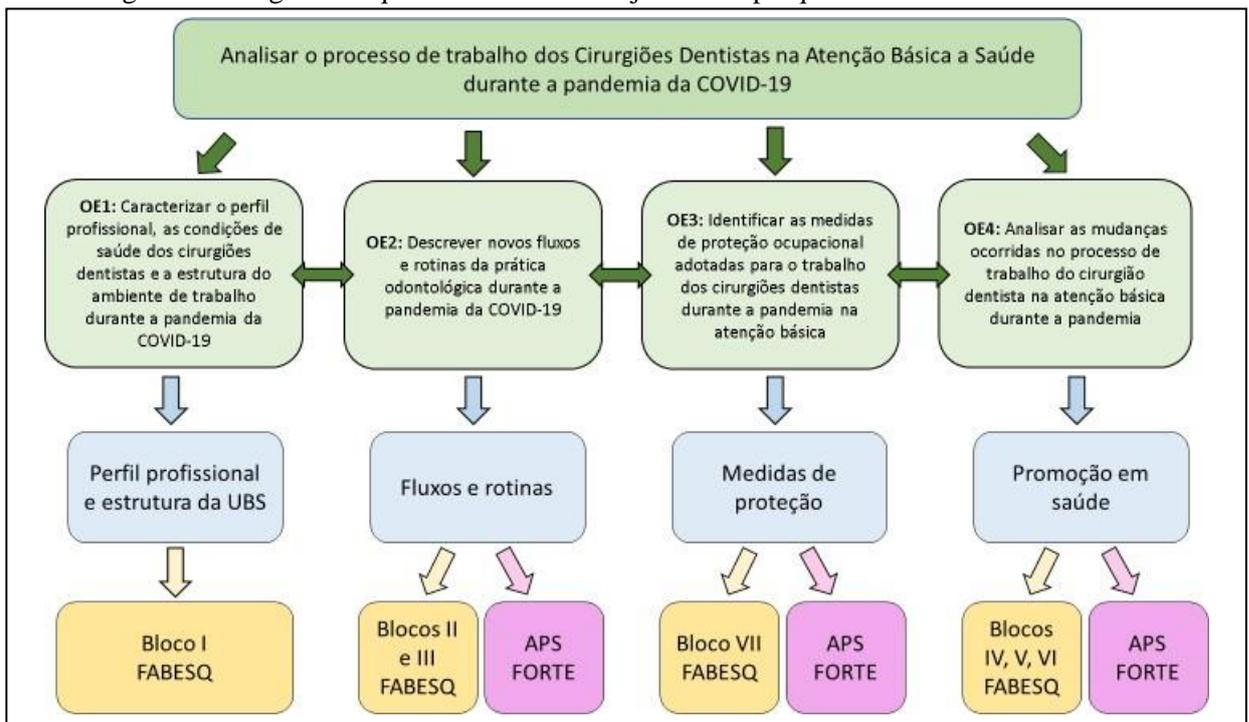
Desta forma, foi necessário um novo arranjo na prática clínica odontológica, visando um modelo de atendimento integral e universal que evidenciasse o potencial e as habilidades que estes profissionais podem desenvolver e agregar para a promoção da saúde, fugindo da imagem limitada com foco apenas na prática de consultório.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foram utilizadas duas bases de pesquisa (uma pesquisa financiada pela FAPESQ e a sistematização de um encontro realizado pela APS FORTE BRASIL) que foram utilizadas de forma articulada para obtenções de informações complementares acerca do processo de trabalho dos CDs na ABS durante a pandemia de COVID-19.

Para otimizar a análise, a pesquisa foi dividida em quatro categorias: Perfil profissional, Fluxos e Rotinas, Medidas de Proteção e Promoção a Saúde. Essa divisão (APÊNDICE 1) norteou a seleção das perguntas provenientes dos Blocos contidos na pesquisa FAPESQ (2021), e também auxiliou na triagem dos dados contidos na APS FORTE (2021). A Figura 1 contém o Diagrama esquemático que ilustra a articulação entre os objetivos da pesquisa e as bases de dados utilizadas. Esses dados apresentaram respostas quantitativas (divididas nas quatro categorias) e qualitativas (reflexões dos cirurgiões-dentistas) para o entendimento do quadro enfrentado pelos CD durante o período pandêmico.

Figura 1 – Diagrama esquemático entre os objetivos da pesquisa e as bases de dados utilizadas.



* A divisão dos Blocos presentes na pesquisa mãe da FAPESQ (2021) estão presentes no APÊNDICE 1.

4.1 BASE DE DADOS DA PESQUISA “PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PANDEMIA DA COVID-19 À LUZ DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”, FINANCIADA PELA FAPESQ

4.1.1 Desenho do estudo

A pesquisa foi do tipo quantitativa, de característica transversal exploratória, de caráter descritivo e analítico, com levantamento de dados primários, que teve como objetivo analisar o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família do Brasil na pandemia de COVID-19.

A metodologia quantitativa de caráter analítico baseou-se nos estudos de LAKATOS e MARCONI (2005), a qual envolve uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, ou população.

4.1.2 Participantes

Para esta pesquisa era necessário que os participantes selecionados fossem Cirurgiões-Dentistas e que tivessem atuado na Estratégia Saúde da Família no período da Pandemia.

4.1.3 Fonte de Dados

Os dados foram obtidos através de um questionário online intitulado como “Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia da COVID-19 à luz dos atributos essenciais da Atenção Básica à Saúde”, aplicado entre outubro de 2020 e maio de 2021.

4.1.4 Universo e amostra

A pesquisa teve como universo um total de 1.742 profissionais da ESF de todos os estados brasileiros e foi realizada uma amostra intencional, representada pelo universo de Cirurgiões-Dentistas que participaram da pesquisa e de questões pertinentes ao objetivo do presente estudo, em que foram incluídos os Cirurgiões-Dentistas respondentes, totalizando 153 profissionais da área.

4.1.5 Ética

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cumprindo assim, todas as formalidades éticas e legais, conforme resolução 466 de 2012 e do Ofício Circular nº 2 de 2021 da Comissão Nacional de ética em Pesquisa.

4.1.6 Coleta e análise de dados

O procedimento para coleta de dados foi realizado através de um survey eletrônico chamado Plataforma Survey Monkey, onde foram selecionadas as respostas apenas dos Cirurgiões-Dentistas, com as questões pertinentes ao objetivo deste estudo, que estivessem incluídas na pesquisa mãe. Foram realizados também gráficos e tabelas para melhor compreensão e análise.

4.2 BASE DE DADOS DA SISTEMATIZAÇÃO DE UM ENCONTRO REALIZADO PELA APS FORTE

4.2.1 Desenho do estudo

O Estudo foi baseado em relatos de experiências dos gestores do SUS voltados para odontologia. O objetivo foi promover a troca de conhecimento no encontro promovido pela Organização Pan Americana da Saúde no Brasil e pelo Ministério da Saúde, utilizando os melhores exemplos como subsídio para a melhoria das políticas desenvolvidas no âmbito federal, sempre priorizando e reforçando o seu papel como porta de entrada prioritária da Atenção Básica no sistema de saúde.

Esses dados foram referentes as vivências dos Gestores da Atenção Básica à Saúde no Brasil, no período da pandemia da COVID-19, referentes ao ano de 2021.

4.2.2 Participantes

Os participantes foram gestores do SUS, que tiveram cargos de liderança na ESF durante a pandemia.

4.2.3 Fonte de dados

A coleta de dados teve como fonte, a pesquisa da APS FORTE no ano de 2021, que permitiu os gestores do SUS relatarem sobre as experiências dos profissionais Cirurgiões-Dentistas atuantes na ESF, no período da pandemia. Esses dados foram disponibilizados pelo Coordenador-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde.

4.2.4 Universo e amostra

Foram disponibilizados 58 arquivos contendo relatos de vivências na área da odontologia. Destes arquivos, 28 relatos foram selecionados por apresentarem temas ligados ao foco da pesquisa. Pelo mesmo critério, 30 registros foram descartados por não terem aproximação com a temática de atuação direta dos CD durante a pandemia.

4.2.5 Ética

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cumprindo assim, todas as formalidades éticas e legais.

4.2.6 Coleta e análise de dados

A divisão dos relatos de vivência da APS FORTE foi feita com base na seleção dos documentos com temas em comum. Os temas relacionados com a experiências dos Gestores em relação a odontologia na ABS, no período da pandemia da COVID-19, foram:

- Processo de Trabalho (10 experiências);
- Medidas de Proteção (5 experiências);
- Promoção em Saúde (18 experiências);

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados proporcionou a obtenção de uma visão quantitativa e qualitativa dos aspectos de comportamento e adaptação dos profissionais de odontologia durante a pandemia. A separação dos assuntos mais relevantes por categorias facilitou a compreensão e o levantamento de reflexões acerca do tema do estudo.

5.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS E ESTRUTURA DA UBS

Os dados obtidos quanto ao Perfil profissional dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados na Pesquisa FAPESQ estão expostos na Tabela 1. As respostas percentuais possibilitaram a avaliação de forma abrangente em relação as características específicas dos profissionais abordados.

Tabela 1 – Perfil Profissional dos Cirurgiões-Dentistas e estrutura da UBS.

Parâmetros	Dados
Gênero	Feminino – 75,82%
	Masculino – 24,18%
Faixa Etária	20-39 anos – 58,82%
	40-59 anos – 36,60%
	60-79 anos – 4,58%
Vínculo Empregatício	Servidor efetivo – 42,48%
	Terceirizado – 7,19%
	Contrato temporário – 33,99%
	Residente ou comissionado – 16,34%
Tempo de atuação na Equipe de Saúde da Família	Maior que 10 anos – 19,29%
	5 a 10 anos – 15,71% /
	3 a 5 anos – 18,57%
	1 a 3 anos – 29,29%
	Menos de 1 ano – 16,43%
	Menos de 1 ano, para o combate ao COVID-19 – 0,71%
Característica do território onde realiza atendimento	Zona urbana – 66,67%
	Zona rural – 18,30%
	Ambas – 15,03%
Regiões de origem dos profissionais participantes da pesquisa	Nordeste – 57%
	Sudeste – 22%
	Demais regiões – 21%

Fonte: FAPESQ, 2021.

A maioria dos entrevistados tinha idade entre 20 e 39 anos, do sexo feminino e afirmaram não apresentar nenhum tipo de comorbidade. Segundo o CFO (2023), em todo o Brasil, mais de 70% dos profissionais Cirurgiões-Dentistas são mulheres, o que reafirma o exposto neste estudo e ratifica o avanço significativo de uma profissão que até os anos 80 era majoritariamente composta por homens.

Em relação à localização, mais de 50% eram domiciliados na região nordeste do País. Apesar de a região sudeste ter o maior número de Cirurgiões-Dentistas no Brasil, segundo dados do CFO (2023), a região nordeste apresentou maior número de respondentes, este resultado, pode estar relacionado ao fato de a pesquisa mãe ter tido origem na região nordeste.

Com relação aos dentistas atuantes em zona urbana e rural, um percentual de 33% afirma que trabalham em zona rural, representando um baixo quantitativo. Esse dado está de acordo com o estudo de Corassa *et al.* (2022) que aponta um déficit significativo na oferta dos serviços de saúde nas zonas rurais do país.

Moradores de áreas rurais representam cerca da metade da população mundial, com menos acesso a cuidados, e apresentando as piores condições de saúde. O Brasil, não obstante a expansão da AB no território nacional, ainda registra forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissionais como os CDs. (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

Quanto ao vínculo empregatício, menos da metade dos CDs eram servidores efetivos, sendo 33,99% vinculados apenas por contrato temporário. Isso se explica pelo fato de a odontologia ter passado por precárias situações de contratações de trabalho no Sistema Único de Saúde, que se estende além do período de pandemia. Esse fato também justifica a baixa quantidade de CD com atuação maior do que 5 anos, evidenciada pela pesquisa.

De acordo com Azevedo *et al.* (2022), o número de profissionais concursados ou com contratos estáveis é mínimo no Brasil. Os autores explanaram que os profissionais da saúde bucal permanecem por curtos períodos nas equipes de ABS. O prejuízo desse regime de trabalho reflete diretamente na qualidade do serviço. O vínculo do profissional com os usuários depende do acompanhamento longitudinal das famílias, criando uma relação de confiança conquistada através do tempo em que se atua na comunidade adscrita ao território de responsabilidade, assim como exposto na Política Nacional de Atenção Básica.

Em concordância ao tema, BELÉM *et al.* (2023) afirmaram que o baixo número de concursos públicos, os vínculos contratuais instáveis e os salários baixos são obstáculos para o desenvolvimento de um bom processo de trabalho dentro da saúde pública. A precarização do trabalho é expressa nas formas de contratação, com aumento dos serviços temporários se notam

as mudanças nas relações de trabalho, trazendo insegurança e instabilidade para os trabalhadores. A curta permanência do profissional na unidade ocasiona a quebra de vínculos com o usuário e o serviço.

Tabela 2 – Características da UBS (Estrutura e demanda).

Parâmetros	Dados
Existência de conexão com a internet	Sim, boa – 36,43% Sim, regular – 45,71% Sim, ruim – 7,14% Não – 10,71%
Sistema utilizado para a coleta de dados primários dos usuários na UBS	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC do E-SUS AB) – 57,86% Coleta de dados simplificada (CDS do E-SUS AB) – 25,71% Registro feito em documentos em papel – 26,43% Desconheço a forma da coleta de dados primários da UBS – 4,29% Outra solução tecnológica – 8,57%
Instrumentos de registro utilizados para realizar o atendimento à distância*	Formulário Fast-Track COVID-19 – 17,65% Planilha de acompanhamento – 37,25% Anotação no prontuário, com informação sobre a tecnologia utilizada no atendimento – 54,90% Anotação no prontuário, procedência normal – 29,41% Desconhece a forma de registro – 3,92% Outro – 3,92%
Frequência de realização do registro em prontuário clínico para atendimentos a distância	Sempre – 25,23% A maioria das vezes -19,63% Ocasionalmente – 1,87% Raramente – 3,74% Nunca – 6, 54% Não realizo atendimento a distância – 42,99%

Fonte: FAPESQ, 2021.

Os dados da Tabela 2 indicam que mais de 80% dos entrevistados classificaram a conexão de internet na UBS como regular ou boa. A qualidade na conexão de internet possibilita que os dados primários dos pacientes sejam coletados de forma digital, o que contribui para que as consultas a esses dados sejam realizadas de forma fácil e rápida.

A infraestrutura tecnológica disponível para a consulta remota foi considerada suficiente e o acompanhamento ao paciente foi de fácil disponibilidade, necessitando apenas de um smartphone ou computadores e um provedor de internet de qualidade. Neste sentido, a pesquisa possibilitou observar que 82% das unidades de saúde possuíam internet, tendo uma conexão boa ou regular.

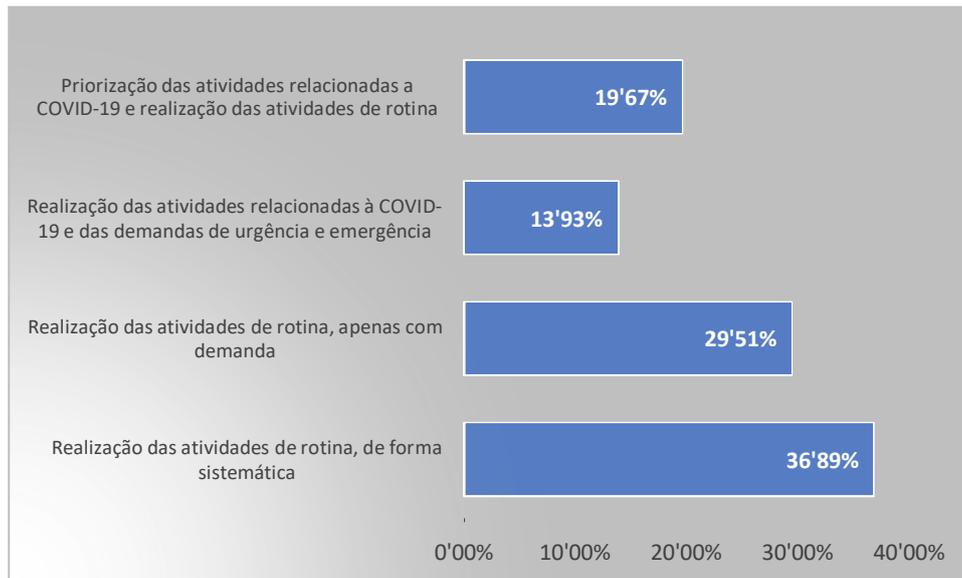
Em 2020, foi lançado pelo Ministério da saúde um manual do uso do sistema com prontuário eletrônico, que possibilita que o profissional da UBS tenha acesso ao sistema por meio de computador ou tablet, utilizando um navegador de internet. Além disso, os gestores municipais podem acompanhar as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde registradas pelo prontuário eletrônico no próprio Sistema e-SUS AB, por meio de relatórios gerenciais, ou ainda, por meio dos relatórios de saúde (BRASIL, 2020b).

Mais de 50% dos respondentes afirmaram que utilizaram prontuário eletrônico. Essa informação é bastante positiva, visto que esta plataforma é um grande avanço para a odontologia na ABS. Como afirmou o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), o odontograma digital permite fazer o acompanhamento da saúde bucal dos cidadãos (incluindo crianças e gestantes); possibilita a integração com a plataforma para consulta da disponibilidade de medicamentos durante a prescrição, assim como facilita o acesso à informação de cada cidadão de forma individual ou coletiva (acompanhamento do histórico dos atendimentos).

5.2 FLUXOS E ROTINAS NA ESF DURANTE A PANDEMIA

Nesta categoria, a Pesquisa FAPESQ indicou como se deu o processo de trabalho na pandemia, caracterizando os novos fluxos e rotinas na ESF nesse período. Com relação à Manutenção dos serviços de rotinas da Estratégia Saúde da Família, a Figura 2 ilustra quais as atividades que foram realizadas neste período de pandemia.

Figura 2 – Panorama das atividades realizadas pelos profissionais, durante a pandemia.



Fonte: FAPESQ, 2021.

De acordo com os dados da Figura 2, em sua maioria foram mantidas as atividades de rotina, mesmo que adaptadas para cada situação (de forma sistemática, de acordo com a demanda ou em paralelo as atividades relacionadas a Covid-19). A manutenção dessas atividades foi fundamental para assegurar o suporte aos pacientes das UBS.

Nesse contexto, a Atenção Básica à Saúde passou por inúmeros desafios durante a pandemia da COVID-19, necessitando reorganizar o processo de trabalho nas unidades de atendimento e dos profissionais responsáveis pela linha de frente, entre eles, os Cirurgiões-Dentistas. Os profissionais da odontologia, em todo mundo, necessitaram se readaptar às novas rotinas de manejo no atendimento, que geraram medo e insegurança quanto aos riscos de contato com o patógeno, e com alto desgaste profissional e psicológico, justificados pela atuação em situações diferentes do habitual e com dinâmica estressante (DEANA *et al.*, 2021).

Assim, o enfrentamento à COVID-19 e os atendimentos dos pacientes da ABS, passou por um processo de reestruturação imediata. Sendo necessário designar novos planos de contingência baseados nas experiências a nível internacional, exigindo desta forma, a remodelação e adequação das normas conforme a nova rotina do serviço, exigindo desta forma a remodelação e adequação das normas conforme a nova rotina do serviço (WIENCI, 2021).

Diante do questionamento sobre a forma de atuação, 95% dos CD entrevistados responderam que estavam atuando presencialmente no período pandêmico. Aqueles que responderam que a atuação era de forma remota, justificaram tal situação pela: falta de EPI para todos os profissionais atuantes na UBS, pela suspensão das atividades que eles desempenhavam durante a pandemia ou por de serem ou possuírem familiares dentro dos grupos de risco. Alguns

profissionais indicaram que foram remanejados por conta dos mesmos fatores, e ainda também pela necessidade de reforçar outros locais de atuação.

As vivências da APS FORTE destacaram alguns pontos que foram eficientes e fundamentais para evitar o risco de contaminação cruzada, e garantindo o acesso ao atendimento odontológico de forma mais segura, corroborando com os dados obtidos na pesquisa FAPESQ (Tabela 3).

Tabela 3 – Pontos que foram eficientes para evitar o risco de contaminação cruzada.

Ações relatadas	Quantidade de estudos encontrados
Sala de espera sem aglomeração e sem proximidade entre os pacientes	3
Vacinação e uso constante de EPI	4
Os pacientes do grupo de risco eram atendidos antes dos demais pacientes	3
Rotina de limpeza e desinfecção	3
Atendimentos mais rápidos e intervalos entre os atendimentos ambulatoriais	2
Escuta qualificada para reorganizar os atendimentos por níveis de prioridade	3
Atendimento por hora marcada	5

Fonte: APS FORTE BRASIL, 2021.

Essas condutas contribuíram para um baixo risco de contágio e infecção cruzada. Os maiores intervalos entre as consultas, proporcionaram maior tempo para realizar uma descontaminação adequada dos ambientes. A vacinação dos profissionais também contribuiu significativamente para a não proliferação do vírus e disseminação da doença, concordando com o exposto por Thomé et al (2020) que afirmou que a vacina minimizava a contaminação e os agravos.

O usuário, ao chegar no serviço da UBS, passava por uma triagem e escuta qualificada, primeiramente visando à identificação precoce de uma possível contaminação pelo coronavírus, e em seguida passava por uma correta anamnese para avaliar se o paciente se enquadrava no perfil de atendimento de urgência e emergência odontológica, seja para tratamento imediato ou

prescrição medicamentosa e posteriormente o agendamento programado para realização do procedimento necessário.

Durante o período pandêmico, para que o profissional conseguisse atender os pacientes suspeitos e positivados da forma adequada, foi necessária a capacitação destes profissionais com relação aos novos protocolos de atendimento estabelecidos (com atualização constante). Neste sentido, os dados da Tabela 4 indicam se houve incentivo da gestão pública de saúde para essa qualificação.

Tabela 4 – Atenção prestada a suspeitos, doentes e contatos de COVID-19.

Parâmetros	Dados
Participação na capacitação para abordagem da COVID-19*	Sim, realizada por incentivo da gestão (municipal, estadual ou federal) – 46,30%
	Sim, realizada por interesse próprio – 50,93%
	Não – 13,89%

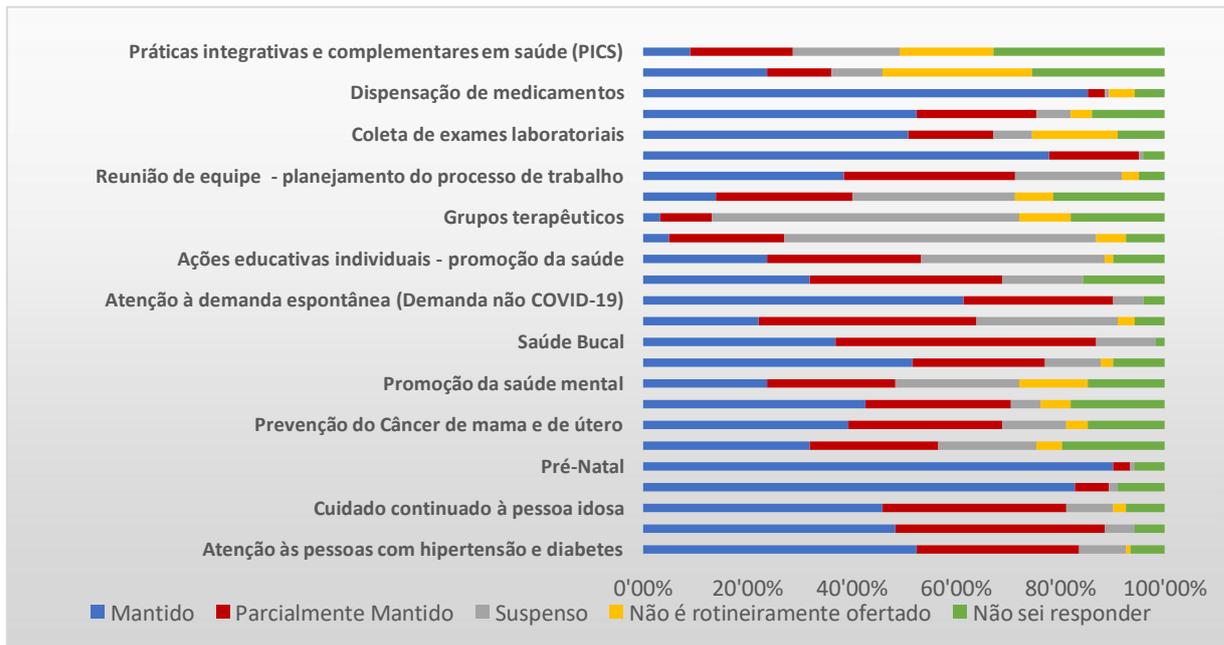
*O somatório dos dados ultrapassa 100%, visto que os entrevistados poderiam assinalar, simultaneamente, duas hipóteses. Fonte: FAPESQ, 2021.

Os dados fornecidos mostram que a maioria dos CD's realizou capacitação para abordagem da COVID-19, porém mais da metade, assinalou que realizou por interesse próprio e não por incentivo da gestão. Esse fato aponta a má gestão dos órgãos competentes, o que causou preocupação com relação a falta de assistência por parte dos governos estaduais e municipais, falta de preparo dos profissionais e possíveis abordagens equivocadas (sem embasamento científico).

Com relação aos indivíduos que realizaram a capacitação por incentivo da gestão, podemos citar que o Governo Federal desenvolveu uma ação voltada para a capacitação dos profissionais de saúde conhecida como “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”. Segundo Farias *et al* (2020) essa capacitação se deu de forma remota, e o Brasil Conta Comigo contribuiu nas condutas de modo a atualizar e alinhar a melhor forma de assistência aos usuários. Além disso, foi realizado o cadastramento de profissionais voluntários que atuaram durante a pandemia (BRASIL, 2020c).

No gráfico da Figura 3 é possível identificar o impacto da pandemia sobre os serviços e ações de saúde de rotina, destacando a saúde bucal. Atividades como a de grupos terapêuticos e a participação comunitária, por se tratar de atividades que inevitavelmente aglomerariam as pessoas, foram suspensas ou reduzidas, em sua maioria.

Figura 3 – Serviços e ações de saúde de rotina ofertados durante a pandemia.



Fonte: FAPESQ, 2021.

Um dado importante a ser analisado nesta figura é a queda nos atendimentos de rotina relacionados a saúde bucal, em que apenas 36,89% mantiveram a oferta de serviços de rotina, 50% mantiveram parcialmente e 11,48% foram suspensos completamente. Esta redução refletiu na diminuição da demanda de usuários com diferentes necessidades de atendimento odontológico e na alteração do perfil daqueles que procuraram o serviço, devido ao atraso ou a não realização dos atendimentos.

A alteração no perfil citada anteriormente, se refere aos pacientes que procuram o serviço para realizar procedimentos preventivos ou procedimentos de reabilitação, mas que com a suspensão dos serviços de rotinas, sofreram agravamento da condição clínica, em um processo de agudização, tornando-se um paciente emergencial, com condições bucais precárias que poderiam gerar comprometimento sistêmico.

De acordo com Areias, Oliveira e Cavalcanti (2020), esta diminuição nos atendimentos está diretamente ligada as normas e orientações do Ministério da Saúde e CFO. Nelas foram reorganizadas as necessidades de saúde bucal, priorizando a preservação da saúde dos indivíduos como etapa prévia às decisões envolvidas no atendimento de saúde bucal, para realização de atendimentos exclusivamente emergenciais.

Um estudo realizado no estado de Pernambuco afirmou que os atendimentos odontológicos na Atenção Básica nos primeiros 12 meses de pandemia no Brasil, caíram 75,6% em relação ao ano anterior, saindo de um total de 1.362.597 procedimentos odontológicos

(2019-2020) para um total de 332.309 (2020-2021), realizados no período de pandemia (CARNEIRO; PEIXOTO, 2021).

Os dados da Figura 3 indicam que foram realizados trabalhos voltados para a manutenção de serviços aos grupos de risco. Os entrevistados assinalaram positivamente quanto a realização de ações de cuidados com gestantes, pessoas idosas, pessoas com agravos crônicos e pessoas hipertensas e/ou diabéticas. A integração do Cirurgião-Dentista com a equipe multidisciplinar, comprova sua participação na reestruturação do fluxo de atendimento presente nas etapas essenciais do atendimento (desde o acolhimento até o acompanhamento).

Tabela 5 – Ações realizadas pelos Cirurgiões-Dentistas relacionadas a COVID-19.

Ações citadas*	Percentual
Apoio ao acolhimento, triagem e estruturação do fluxo de atendimento	61,61%
Realização de atendimentos/procedimentos individuais	64,29%
Realização de consultas clínicas individuais	50,89%
Participação em ações educativas / sala de espera na UBS	35,71%
Acompanhamento dos usuários por atendimento remoto (a distância)	28,57%

*O somatório dos dados ultrapassa 100%, visto que os entrevistados poderiam assinalar, simultaneamente, duas hipóteses. Fonte: FAPESQ, 2021.

Na Tabela 5 estão contidas as ações relacionadas a COVID-19 que foram realizadas pelos Cirurgiões-Dentistas na UBS. Foram citadas por mais da metade dos respondentes: a realização de consultas clínicas individuais, a realização de atendimentos/procedimentos individuais e o apoio ao acolhimento, triagem e estruturação do fluxo de atendimento. O acompanhamento dos usuários por atendimento remoto (a distância) e a participação em ações educativas / sala de espera na UBS, ainda foram assinaladas como ações realizadas.

A queda nas ações educativas em sala de espera, marcada apenas em 35% dos respondentes, pode estar relacionada ao fato de neste período, ter sido suspenso qualquer tipo de aglomeração incluindo salas de espera, sempre priorizando atender o menor quantitativo de pessoas por período e com distanciamento social, o que dificulta o trabalho de promoção em saúde e educações educativas neste período.

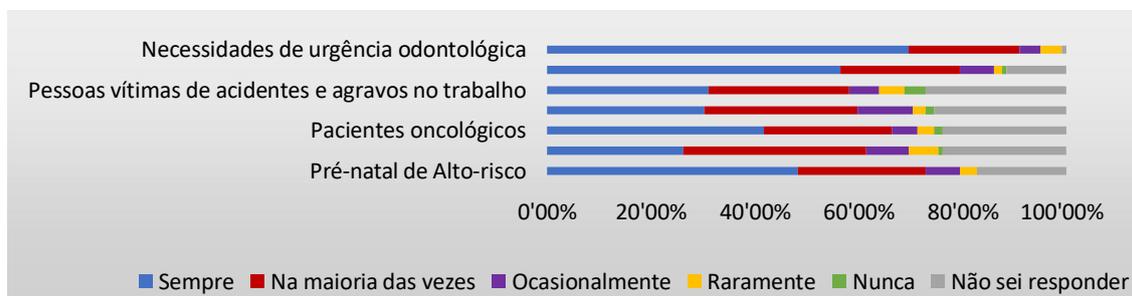
Como acréscimo às ações realizadas durante o combate a COVID-19, cinco Cirurgiões-Dentistas registraram a realização do teste *Swab* e aplicação de teste rápido. Essas informações fazem registro de práticas possíveis após a implementação do novo modelo de rotina estabelecido. Algumas abordagens passaram a ser necessárias por parte do Cirurgião-Dentista, como o acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados e a coleta de *Swab*.

Esta prática foi devidamente permitida através da norma técnica N° 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, emitida pelo Ministério da Saúde, que versa sobre o apoio à realização de exames para diagnóstico de COVID-19, e que segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2020b) permitia que o Cirurgião-Dentista realizasse os testes ditos “rápidos” e coletasse material biológico por meio de *Swab* na população, sendo essas medidas formas de cooperar com as ações de enfrentamento da COVID-19.

Os Cirurgiões-Dentistas também trabalharam na triagem, identificação e acompanhamento de pacientes com COVID-19 (Tabela 3), avançando além da prática clínica técnico científica, o que o tornou mais um profissional de saúde ativo no processo de enfrentamento da COVID-19 na ABS.

Um estudo relatou que este enfrentamento possibilitou uma percepção mais abrangente e integrada do usuário, com o desenvolvimento crítico, reflexivo e socialmente responsável, com ressignificação da visão dominante da odontologia. Essas transformações na forma de acompanhamento possibilitaram ampliar o modelo de atendimento humanizado focado na necessidade da população (LOPES; MOREIRA; CANGUSSU, 2020).

Figura 4 – Frequência do suporte das Redes de Atenção à Saúde para as necessidades de saúde além da COVID-19, durante a pandemia.



Fonte: FAPESQ, 2021.

Em relação aos demais serviços realizados na Atenção Básica nesse período, observando o conteúdo da Figura 4, destacamos a necessidade dos atendimentos voltados as urgências odontológicas. Esse tipo de atendimento foi citado como o mais realizado nesse período, seguido pelos atendimentos de urgência em geral, de demanda de pacientes oncológicos e os casos de pré-natal de alto risco. Estes dados reforçam que os profissionais estavam seguindo as orientações do CFO (2020a), focados na mudança do quadro de dor e infecção dos pacientes.

Ao mesmo tempo que se observou uma queda nos atendimentos de rotina, é imprescindível destacar que os atendimentos mais realizados nas UBS no período da pandemia foram aqueles relacionados as urgências odontológicas. Muitos usuários neste período, devido

a suspensão dos serviços de rotina, ficaram sem atendimento odontológico, podendo ocorrer o aumento do processo de infecção, ocasionando um quadro de urgência ou emergência (PEREIRA *et al.*, 2021).

A realização dos atendimentos de casos de urgência e emergência necessitavam seguir, portanto, as recomendações de enfrentamento da COVID-19 na Odontologia, elaboradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com o CFO (2020). Para além das recomendações e cuidados relacionados a biossegurança, os procedimentos deveriam estar classificados dentro da Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020 como urgência ou emergência para realização.

Na atuação em casos específicos de infecção ou trauma, citados por Areias, Oliveira e Cavalcanti (2020), com a necessidade de realizar atendimentos de urgência e emergência com geração de aerossóis, os riscos de contaminação do CD se tornaram consideravelmente altos. No estudo de Lia (2020), houve a ratificação de que os CD foram os profissionais mais expostos a riscos de contaminação, conforme exposto anteriormente no referencial.

Tabela 6 – Novos fluxos e rotinas na Estratégia Saúde da Família por ocasião da COVID-19.

Parâmetros	Dados
Você realiza atendimento a usuários sintomáticos em sala/consultório?	Sim – 24,11%
	Não – 75,89%

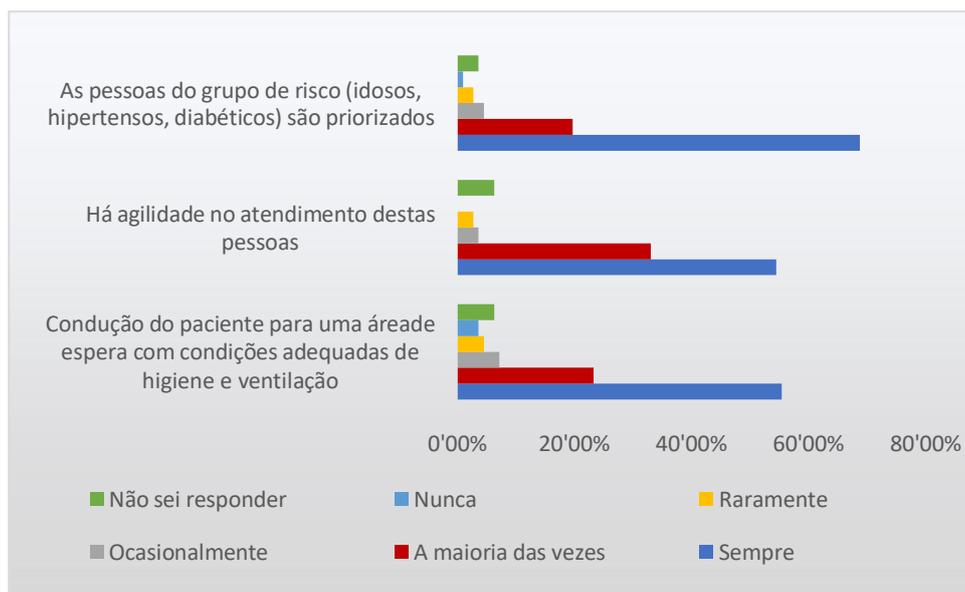
Fonte: FAPESQ, 2021.

Quanto ao atendimento aos usuários sintomáticos em sala/consultório, aproximadamente 76% dos profissionais informaram que essas atividades foram suspensas durante o período pandêmico. Daqueles que continuaram atendendo dessa forma, metade informou que suspendeu o uso do condicionador de ar e passou a utilizar a ventilação natural, com as portas e janelas abertas. Em diversos casos, essa demanda de pacientes apresentou sintomas característicos de COVID-19, o que impossibilitou o atendimento, pois a maioria dos profissionais não atendiam os pacientes positivados e sintomáticos.

O SARS-CoV-2 é excretado na cavidade oral e pode ser transmitido por aerossóis. Os procedimentos de produção de aerossóis no atendimento odontológico tendem a aumentar o risco de transmissão do vírus. Assim, devido a esse risco de infecção tanto do Cirurgião-Dentista, quanto do auxiliar, e toda a equipe de profissionais de saúde bucal, além dos pacientes, foram recomendadas fortemente medidas adicionais de controle ao prestar atendimento na situação daquele momento. Um exemplo foi a mudança do uso de instrumentos rotatórios para uso de instrumentos manuais sempre que possível (VOLGENANT *et al.*, 2020).

Visando compreender o protocolo de atendimento de pessoas com sintomas de síndrome gripal, a pesquisa questionou sobre o cumprimento das medidas preventivas aos pacientes que buscaram o atendimento com sintomas semelhantes aos do Coronavírus (Figura 5). Todas as medidas preventivas presentes na questão foram assinaladas, em sua maioria, como “sempre realizadas”, ou “pelo menos na maioria das vezes que foram necessárias”.

Figura 5 – Panorama do cumprimento das medidas preventivas para atendimento a usuários com sintomas de síndrome gripal (Febre, tosse, dificuldade respiratória, dor de garganta) que buscaram a UBS.



Fonte: FAPESQ, 2021.

Como exposto na Figura 5, para fins diminuição do risco de contaminação, foi necessária uma reorganização nos atendimentos, que com relação a área de espera, foram seguidas as recomendações de Protocolos do Ministério da Saúde, do Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde, Nota Técnica da ANVISA N° 04/2020, como também recomendações da Organização Mundial da Saúde que preconizavam a condução de pacientes para local amplo, e com boa circulação de ar.

A agilidade no atendimento foi preconizada para se evitar aglomeração de pacientes na unidade. No que se refere a priorização nos atendimentos a grupos prioritários, Bousquat *et al.*, (2020) apontam as questões relativas à continuidade da atenção por ações rotineiras ofertadas na ABS e a adaptação destas. Os autores indicam que passou a existir maior preocupação com a preservação da saúde dos usuários e dos grupos prioritários, fortalecidas em todas as normativas do Ministério da Saúde.

Os dados relacionados aos fluxos e rotinas da pesquisa FAPESQ, podem ser reforçados e relacionados com os dados obtidos pela pesquisa da APS FORTE, dentro desta mesma

temática, a partir dos relatos de experiência, foi possível observar como esses resultados expostos anteriormente foram colocados em prática na rotina profissional.

Dentro da reorganização do processo de trabalho, a pesquisa do APS FORTE nos traz algumas vivências que demonstram como se deram essas mudanças de rotina na prática pelos profissionais Cirurgiões-Dentistas da ABS, dentro da amostra dos relatos incluídos. Com relação as mudanças de rotina, essas foram expressas através das reorganizações ilustradas na Figura 6.

Figura 6 – Mudanças de rotina relatadas pelos Cirurgiões-Dentistas.



Fonte: APS FORTE BRASIL, 2021.

As readaptações do ambiente de trabalho, a redução dos atendimentos, a escuta qualificada no acolhimento e o agendamento com hora marcada foram resultados que confirmaram e fortaleceram os resultados anteriores. Ratificaram assim a necessidade de uma reestruturação que pudesse realizar um atendimento com segurança, sem aglomeração, diminuindo os riscos de contágio e priorizando os atendimentos de urgência (CFO, 2020a).

Na Tabela 7, nos dados da APS Forte, quanto as vivências relatadas pelos Cirurgiões-Dentistas, estão detalhados os municípios em que os profissionais atuaram. Nota-se que a maioria dos municípios selecionados foram da região Sudeste do país. Nesta região houve a maior oferta de leitos e atendimento especializado para os casos de COVID-19 (juntamente com o Centro-Oeste), principalmente no início da pandemia no Brasil (FERREIRA *et al.*, 2021).

Tabela 7 – Locais de realização das vivências selecionadas da base de dados da APS Forte.

Categoria das vivências	Local de realização
Teleatendimento	João Pessoa - PB
	Florianópolis - SC
	Maringá - PR
	Uberaba - MG
	Parauapebas - PA
	Sumaré - SP
	Rio das Flores - RJ
	Tefé - AM
	Florianópolis - SC
	Mogéiro - PB
Ações de prevenção	Maricá - RJ
	Presidente Prudente - SP
	Apucarana - PR
	Vargem Alta - ES
	Uberlândia - MG
	Francisco Santos - PI
	Esteio - RS
	Itanhandu - MG
	Campo Grande - MS
	Paranaíba - MT
Reorganização do processo de trabalho	Inácio Martins - PR
	Apucarana - PR
	Presidente Prudente - SP
	Alfenas - MG
	Inácio Martins - PR
	Sarzedo - MG
	Porto Belo - SC
Governador Valadares - MG	

OBS: Todas as vivências selecionadas foram realizadas no ano de 2021. Fonte: APS FORTE, 2021.

Dentro do acompanhamento e atendimento dos pacientes pelos Cirurgiões-Dentistas, o modo de Teleatendimento foi destaque. Este se fez presente na resposta de 40% das vivências, com uma estratégia do Ministério da Saúde que objetivou diminuir a propagação do novo

coronavírus, além de ter levado assistência a toda população que necessitou, com principal atenção aos grupos prioritários.

O Teleatendimento permite que o CD faça diversos tipos de atendimento a distância, como pré-triagem, esclarecimento de dúvidas em caso de queixa de dor ou trauma, orientação a respeito da higiene oral, monitoramento pós-tratamento ou em andamento. Desta forma, o Teleatendimento se manifestou como uma solução imediata, em casos que os pacientes necessitaram de aconselhamento odontológico profissional, sem o risco desnecessário de entrarem em contato com o vírus, em ambientes alheios ao de sua quarentena.

Os casos em que o Teleatendimento não foi suficiente e que houve necessidade de atendimento presencial de urgência, o CD procedeu com todas as medidas necessárias para minimizar o risco de contaminação, pois os Cirurgiões-Dentistas estão no topo da transmissão cruzada entre profissional e paciente (LOPES; COSTA, 2020).

O CFO publicou a resolução 226/2020, que dispõe sobre o exercício da odontologia a distância por meio de tecnologias. O documento admite o Telemonitoramento pelo CD aos pacientes que estão em tratamento, devendo ser registradas no prontuário do paciente todas as atuações. Além disso, enquanto durou o estado de calamidade pública, decretado pelo Governo Federal, foi permitida a Teleorientação pelo CD com o objetivo único de identificar o momento ideal para o atendimento presencial, através de questionário pré-clínico.

Dentre as vivências coletadas pelo estudo realizado pela APS FORTE, muitas se referiram às mudanças para o atendimento exclusivo de urgência e emergência, reforçando os dados encontrados na pesquisa da FAPESQ. Foi possível identificar que as consultas passaram a ser, em sua maioria, agendadas com hora marcada e com intervalos maiores entre os atendimentos, reduzindo ao máximo o tempo de espera e a lotação da unidade.

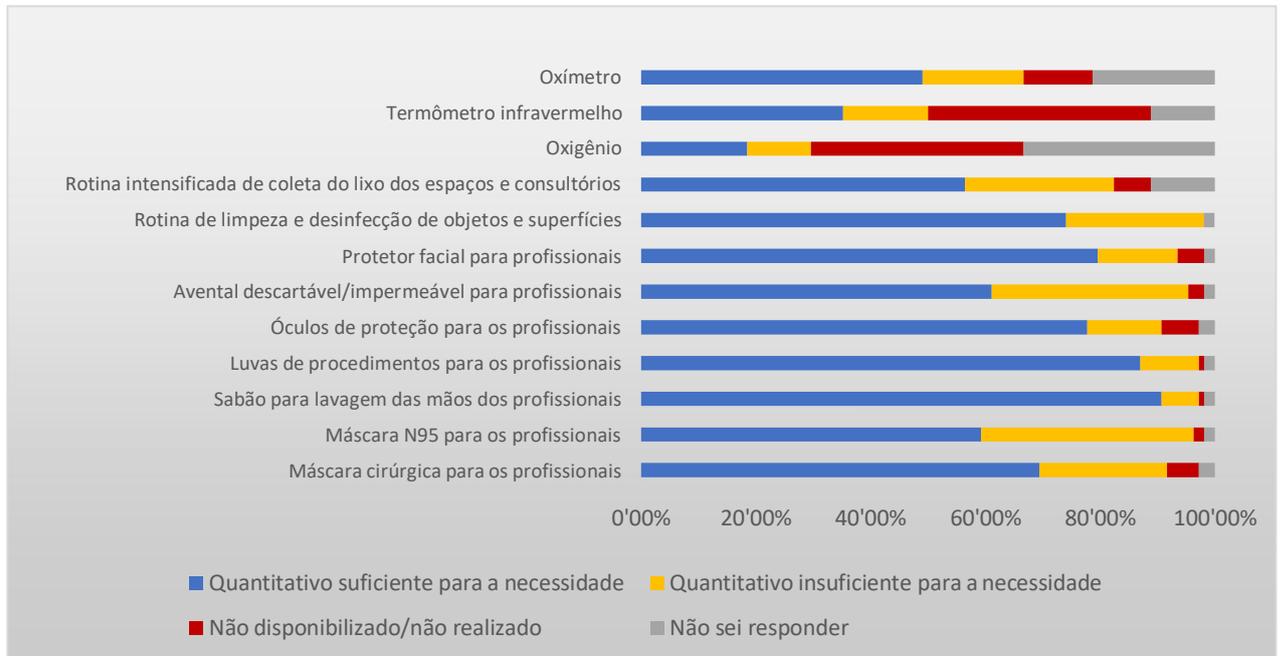
5.3 MEDIDAS DE PROTEÇÃO

Para a manutenção dos atendimentos no período da pandemia, tornou-se importante destacar como se deram as medidas de proteção individual dos Cirurgiões-Dentistas neste período, que contribuíram diretamente para a prevenção de contaminação e agravos dos profissionais.

Os atendimentos presenciais exigiram materiais como máscara com certificação N95 e Avental descartável. De acordo com os dados da Figura 7, 60% dos participantes da pesquisa afirmaram que havia disponibilidade destes materiais, porém 40% dos entrevistados

(quantitativo elevado) responderam que esses materiais essenciais, ou foram distribuídos em quantidade insuficiente, ou não foram disponibilizados.

Figura 7 – Oferta e a demanda de insumos e medidas de proteção a COVID-19 disponibilizados na sua UBS.



Fonte: FAPESQ, 2021.

A pesquisa realizada por Danigno *et al* (2022) aponta que mais 50% dos odontólogos afirmaram que a redução no número de atendimentos se deu também pela falta de EPIs ou pela quantidade insuficiente na rotina odontológica nas UBS. Isso dificultou a continuidade dos atendimentos visando as diretrizes de biossegurança e evitando o risco de contaminação de profissionais e usuários.

Concordando com o exposto por De Checchi *et al.* (2020), vale ressaltar a importância da implementação de políticas capazes de promover a produção de insumos essenciais estratégicos, como os EPIs, principalmente em emergências de saúde mais graves, como é o caso de uma pandemia.

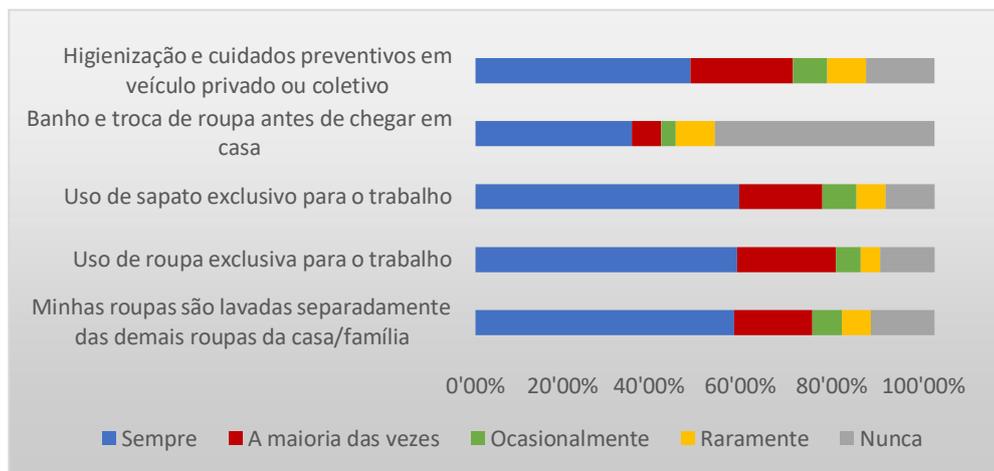
A escassez de equipamentos de proteção individual foi uma situação encontrada na maioria dos ambientes de atendimento aos pacientes com suspeita de COVID-19. Essa realidade tornou o ambiente de trabalho um local com alto risco de contaminação, o que implicou no receio por parte dos profissionais.

O Ministério da Saúde, ao delinear a manutenção dos atendimentos das urgências e emergências, alertou quanto a necessidade aumentar os cuidados em relação ao uso dos EPI's e na anamnese criteriosa antes dos atendimentos. Esse ponto precisou ser discutido entre os

profissionais, pois sem a utilização dos EPIs essenciais, não haveria possibilidade de atuação, uma vez que o risco de contaminação e disseminação do vírus se tornaria evidente.

A Figura 8 contém os dados referentes as medidas de proteção individuais dos Cirurgiões-Dentistas, com relação a sua rotina familiar e pessoal. Essas medidas contribuíram para uma baixa taxa de contaminação, seguindo assim os protocolos orientados pelo Ministério da Saúde.

Figura 8 – Medidas de proteção utilizadas pelos Cirurgiões-Dentistas em seu contexto individual e familiar.



Fonte: FAPESQ, 2021.

O estudo indica que os Cirurgiões-Dentistas tiveram uma taxa de contaminação, de aproximadamente 30% (Tabela 8). Esse fato contestou a hipótese de que as tarefas executadas pela profissão foram consideradas de alto risco de contágio. Possivelmente, por se tratar de indivíduos que têm o costume de manter uma rotina de higiene durante os procedimentos, adicionado o fato de que as estratégias de proteção elaboradas foram eficazes, a contaminação desses profissionais foi relativamente baixa, se for considerado risco inevitável nas ações dos CD.

De acordo com a Tabela 8, um quantitativo considerável de profissionais que não realizaram testes de covid-19 neste período, por falta de disponibilidade da gestão. A pandemia de COVID-19 provocou o aumento na demanda mundial por EPIs e testes de confirmação do contágio. Com isso, houve elevação nos preços, escassez e utilização inadequada desses itens.

Tabela 8 – Questões relacionadas aos contágios dos Cirurgiões-dentistas e seu convívio social.

O profissional apresentou suspeita de COVID-19?	
Sim	46'81%
Não	53'19%

Oferta de testes laboratoriais / COVID-19 para as equipes que atuam na ESF periodicamente pela gestão municipal	
Sim	62,14%
Não	33,98%
Não sei responder	3,88%

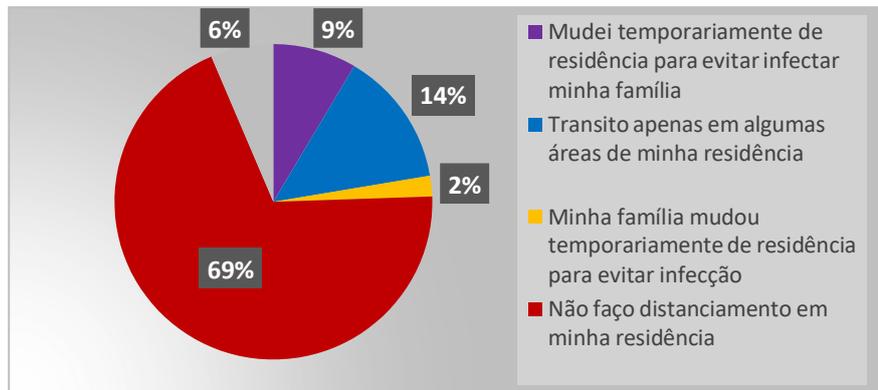
O profissional realizou exame laboratorial?*	
Sim, teste rápido (IgG/IgM) para COVID-19	75'90%
Sim, RT-PCR para COVID-19	43'37%
*Não	8'43%

O profissional testou positivo para COVID-19?	
Sim	29'87%
Não	70'13%

*Podendo serem assinaladas mais de uma resposta e tendo como recomendação que assinalar a opção negativa: “Não” indicava a ausência de testes feitos. Fonte: FAPESQ, 2021.

Com a pandemia da COVID-19, ocorreu o aumento dos níveis de ansiedade e estresse nos profissionais de saúde em consequência das inúmeras condições adversas. A adaptação às novas rotinas, ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a correta descontaminação impactou diretamente a saúde mental dos indivíduos que conviveram com a doença, entre outras situações estressantes, como por exemplo a necessidade que os profissionais tiveram de se afastar do convívio familiar, seja mudando temporariamente de residência ou em isolamento na própria casa (Figura 9).

Figura 9 – Ações de distanciamento social realizadas pelos profissionais CD em suas residências.



Fonte: FAPESQ, 2021.

Corroborando com esses dados, estudos como o de Ahmed *et al* (2020) que nos trazem o perfil emocional de Cirurgiões-Dentistas atuantes na pandemia da COVID-19 onde, 78% dos profissionais estavam ansiosos e assustados com os efeitos devastadores da COVID-19, assim como 92% tinham medo de levar a contaminação do ambiente para suas famílias.

Para além da família, percebe-se que ainda 25% dos entrevistados passaram por algum tipo de discriminação durante a pandemia (Tabela 9), que muitas vezes esteve ligada diretamente ao afastamento do convívio social, pelo medo gerado do risco de contaminação, pois o desconhecimento da doença e a sua proporção gerava medo nas pessoas.

Tabela 9 – Percentual de profissionais que sofreram algum tipo de discriminação no período de pandemia por ser profissional da saúde, por parte de sua vizinhança ou família.

O profissional sofreu algum tipo de discriminação no período de pandemia por ser profissional da saúde, por parte de sua vizinhança ou família?

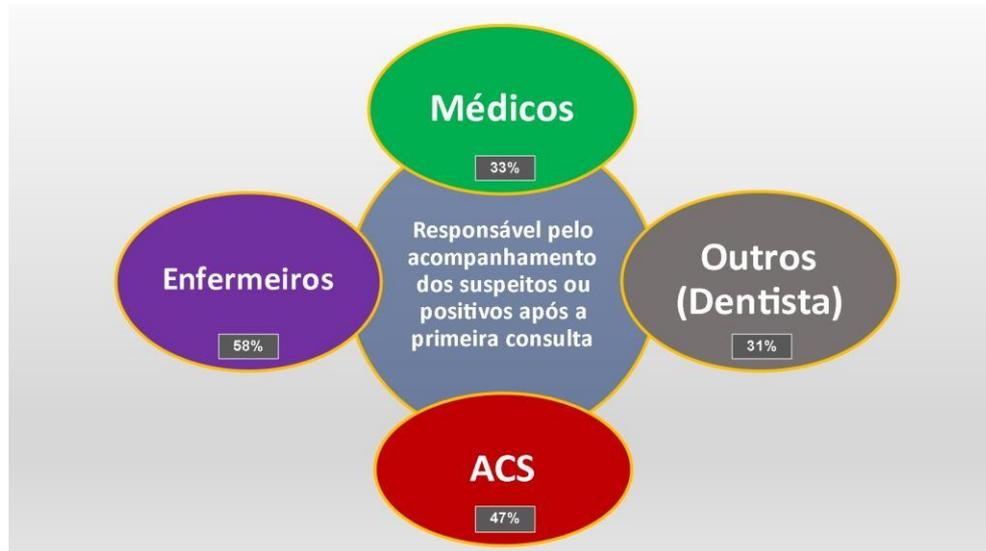
Sim	25'53%
Não	74'47%

Fonte: FAPESQ, 2021.

5.4 PROMOÇÃO EM SAÚDE

Além dos atendimentos anteriormente descritos, os Cirurgiões-Dentistas, estiveram presentes nas ações de promoção a saúde, tanto através de acompanhamento dos pacientes suspeitos e positivados da doença, quanto no acompanhamento de grupos de risco, gestantes e escolares, através de ações que envolveram um trabalho preventivo. Essas ações se utilizaram de tecnologias para garantir a comunicação, sendo crucial reinventar o processo de cuidado no período de isolamento.

Figura 10 – Profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos suspeitos ou positivos após a primeira consulta.



Fonte: FAPESQ, 2021.

A Figura 10 permite concluir que o Cirurgião-Dentista esteve presente no acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados, juntamente com outros profissionais. O aumento da demanda possibilitou que esses indivíduos participassem de atividades atípicas para eles. Por conta disso, houve a aproximação do CD com a população, e permitiu que essa atuação se desse de forma mais completa.

Seguir a oferta do cuidado integral e multidisciplinar à saúde, fomenta caminhos aplainados e torna evidente o compromisso profissional enquanto agente transformador da Atenção Básica à Saúde, a partir do exercício humanizado na profissão, e protagonista do Sistema Único de Saúde.

Um ponto bastante relevante deste estudo é a compreensão do papel do Cirurgião-Dentista, integrante da ESF, junto às outras categorias, na composição da linha de frente nesse processo de enfrentamento a COVID-19, a qual atuou visando a integralidade no atendimento do usuário.

Carletto e Santos (2020) afirmaram que as atitudes e práticas no cenário de pandemia permitiram uma reflexão sobre a atuação do Cirurgião-Dentista a partir de um contexto mais amplo e ativo. O retrato do trabalho real do Cirurgião-Dentista na ABS e seu subaproveitamento na linha de frente do combate ao coronavírus foi fundamental para a compreensão da importância e versatilidade da profissão.

Dentre os entrevistados, aproximadamente metade relatou não ter realizado atendimentos a distância. Na época da pesquisa feita pela FAPESQ, CRO ainda não tinha reconhecido a Teleodontologia para fins de atendimento clínico, e sim para fins de acompanhamento e promoção a saúde, esse fato pode justificar esse quantitativo elevado.

Tabela 10 – Estratégias de Promoção em Saúde.

Parâmetros	Dados
	Organização de grupo de WhatsApp com os usuários das áreas do ACS para repasse informação – 28,28%
Estratégias de promoção e comunicação com a população voltados para a pandemia	Realização de visita domiciliar ou peridomiciliar para atualizar informações – 28,28%
	Uso de redes sociais – 50,51%
	Nos comunicamos com a população apenas quando procura o serviço na UBS – 16,16%
	Não foram realizadas atividades de comunicação – 8,08%

*O somatório dos dados ultrapassa 100%, visto que os entrevistados poderiam assinalar, simultaneamente, duas hipóteses. Fonte: FAPESQ, 2021.

Os entrevistados também relataram como se deu o trabalho de promoção a saúde no período de pandemia. Mais de 50% deles responderam que se utilizaram as redes sociais como ferramenta para essa aproximação com os usuários (Tabela 10). De acordo com Santos e Silva (2021) a experiência de promover a saúde por meio de redes sociais apresentou excelente resposta, com muito engajamento e resultados efetivos.

Com o uso de redes sociais é possível observar tanto a participação expressiva de pessoas do território da ação de saúde, quanto de outras localidades ao mesmo tempo. Essas ações ofereceram informações de qualidade, evitando a propagação de notícias e informações falsas (“Fake News”).

Comprovando que as estratégias de comunicação previstas na promoção em saúde foram bem exploradas pela pesquisa APS FORTE, a educação continuada foi realizada com manutenção do trabalho de promoção e prevenção de agravos orais, com a ajuda das tecnologias e do trabalho de captação das equipes. Nesse sentido, alguns grupos prioritários, como o pré-natal odontológico e as ações de prevenção de cuidado com escolares, obtiveram assistência no período de pandemia através da educação permanente (APS FORTE, 2021) .

Figura 11 – Ações de cuidado e prevenção utilizadas no combate ao Coronavírus.



Fonte: APS FORTE BRASIL, 2021.

Como consequência da pandemia da COVID-19 ocorreram fortes interferências na estrutura de atendimento de educação dos grupos de risco, em especial as grávidas. Diversas ferramentas foram fundamentais para que esses serviços continuassem acontecendo (Figura 11). Foram desenvolvidas novas modalidades de atendimento, visando atender a demanda do pré-natal odontológico, e da promoção/prevenção em saúde bucal da gestante e do bebê.

Como exposto na Figura 10, os métodos utilizados para alcançar melhores resultados se basearam na exibição de vídeos educativos, com informações em grupos de WhatsApp, no Youtube, por chamadas de vídeo, uso de cartilhas e chamadas por Google Meet. Nas vivências do estudo da APS FORTE, os gestores relataram o sucesso que as estratégias de promoção em saúde obtiveram, com bons resultados e retorno positivo do público-alvo.

5.5 REFLEXÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

Os profissionais entrevistados ainda contribuíram com sugestões e reclamações com relação ao processo de trabalho nas UBS. Na oportunidade, muitos expuseram críticas à falta de apoio da gestão local e do Governo Federal nas questões relacionadas a valorização profissional e nas melhorias no geral.

Tabela 11 – Reflexões dos Cirurgiões-Dentistas em relação as sugestões de melhorias, a partir das suas experiências individuais.

Temas citados (categorias)	Declarações
<p style="text-align: center;">Gestão (Promoção em saúde)</p>	<p><i>“Gostaria de ver sincronismo de ações em todo Brasil com a gestão Federal por meio do Ministério da Saúde e não esses desmandos políticos de governadores/prefeitos com interesses pessoais.” SIC</i></p> <p><i>“Precisamos ser apoiados pelos gestores.” SIC</i></p> <p><i>“Não cobrar dos Profissionais indicadores de Saúde nesse Período, pois estamos em regime de urgência, adaptando às situações, evitando o atendimento eletivo, para evitar exposições desnecessárias.” SIC</i></p>
<p style="text-align: center;">Valorização do profissional (Promoção em saúde; Perfil profissional e estrutura da UBS)</p>	<p><i>“Melhorar o incentivo aos profissionais que ficaram na linha de frente como os Cirurgiões-Dentistas que não deixaram de atender pacientes com dor.” SIC</i></p> <p><i>“Maior valorização e cuidado aos profissionais Cirurgiões-Dentistas, pois eles cuidaram de todos e não foram cuidados e continuam nessa luta.” SIC</i></p>
<p style="text-align: center;">Ambiente de trabalho (Fluxos e rotinas)</p>	<p><i>“Estruturar o consultório odontológico, pois o que eu trabalho não tem janelas, exaustor.” SIC</i></p> <p><i>“Disponibilizar um espaço só para os suspeitos, poderia ser até uma tenda, cadeiras suficientes para separar os pacientes, álcool gel na entrada dos Postos ,acionados por pedal.” SIC</i></p>
<p style="text-align: center;">Possíveis melhorias (Fluxos e rotinas; Perfil profissional e estrutura da UBS)</p>	<p><i>“Prontuário eletrônico instalado em 100% das Unidades de Saúde do país, evitando possível contaminação pelo repasse de papéis.” SIC</i></p> <p><i>“Melhorar a infraestrutura, a reunião e o planejamento estratégico para melhoria de atendimento.” SIC</i></p>
<p style="text-align: center;">Teste e EPI's (Medidas de proteção)</p>	<p><i>“EPI's em quantidade suficiente e tetes RC-PCR em quantidade suficiente.” SIC</i></p> <p><i>“Testagem periódica da equipe de Saúde da família.” SIC</i></p> <p><i>“Manter insumos básicos regulares e EPI suficiente para proteção dos profissionais e da comunidade.” SIC</i></p>
<p style="text-align: center;">Carência de recursos (Promoção em saúde)</p>	<p><i>“Deve haver mais recursos humanos, financeiros e respeito aos profissionais e da comunidade.” SIC</i></p> <p><i>“Mais recursos para a equipe e insumos.” SIC</i></p>

Fonte: FAPESQ, 2021.

Ao analisarmos a Tabela 11 é possível observar a importância da valorização das competências dos profissionais de saúde bucal no contexto da produção de saúde. Os CD's foram fundamentais para a estruturação de ações de enfrentamento à pandemia e foram profissionais não tiveram a atenção devida por parte das gestões públicas.

Os dados da pesquisa revelaram que questões trabalhistas e financeiras interferiram diretamente no processo de trabalho. Os profissionais da saúde entrevistados citaram que ocorreu baixo incentivo financeiro e insegurança nos vínculos empregatícios. Com essas características, o modelo de gestão gerou desconfiança, e até mesmo, falta de identidade do profissional dentro do SUS. Essa falta de ambientação ocorreu especialmente dentro da UBS, onde ele necessitava estar motivado para manter a qualidade na execução dos procedimentos no cuidado aos usuários.

O processo de desmonte da ABS, durante o período pandêmico no Brasil, foi consequência das ações equivocadas do Governo Federal. A Atenção à Saúde sofreu cortes orçamentários, descaso governamental e orientações desreguladas aos estados e municípios. Além disso, houve omissão e conivência com alguns governos estaduais no atraso das vacinas, inexplicavelmente relacionado ao negacionismo científico (JESUS *et al.*, 2020; LARANJEIRA; MAGNO, 2020).

Todos estes fatores refletiram diretamente no processo de trabalho nas ESF's. Os reflexos estão expostos nas contribuições abertas dos entrevistados, que citaram as reclamações referentes as condições de trabalho. Estruturas e insumos fundamentais para o atendimento, como sala, instrumentais, equipamentos e EPI's foram considerados insuficientes pelos respondentes.

Essa falta de condições está relacionada ao sucateamento dos órgãos públicos em relação às estruturas físicas. De acordo com Aguiar *et al.* (2017) a inexistência de um sistema de manutenção preventiva, as adaptações executadas de forma não planejada nos consultórios, e os equipamentos inadequados em número e qualidade, colaboram para que a maioria das condições de trabalho sejam precárias, limitando a assistência e diminuindo a qualidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais Cirurgiões-Dentistas, por característica de atendimento, ficaram expostos ao alto risco de contágio por COVID-19. Baseado nisto, foi necessário reorganizar a rotina de trabalho e atualizar as práticas de cuidado. Algumas normativas foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde e CFO, suspendendo atividades eletivas e mantendo atendimentos de urgência e emergência. As regras visavam ainda o trabalho de promoção em saúde e cuidados com grupos de risco de forma remota, contribuindo no atendimento aos pacientes positivados e com suspeita da doença.

Os objetivos deste estudo possibilitaram caracterizar o perfil dos profissionais, sendo eles, em sua maioria mulheres (72,82%), com idade entre 20 e 39 anos (58,82%) e que em mais de 50% estavam situados na região nordeste. Também foi possível abordar sobre o vínculo empregatício, onde muitos profissionais qualificados se submeteram a baixos salários e desvalorização da categoria e apenas 42% dos Cirurgiões-Dentistas apresentaram contratos efetivos.

Com relação a medida de proteção ocupacional também foi possível verificar os principais EPI's utilizados e as necessidades de mudanças do ambiente naquele período, para diminuição do risco de contaminação. Destacamos que 40% dos profissionais relataram a falta de EPIs essenciais, como a máscara N95 e aventais descartáveis, o que aumentou o risco de infecção cruzada.

Os objetivos referentes aos novos fluxos e rotinas, estabelecidos durante a pandemia, foram explanados neste estudo, com destaque para: a utilização de prontuário eletrônico; o uso do Teleatendimento odontológico; o uso das redes sociais para o trabalho de educação permanente (promoção e prevenção); o atendimento com priorização do uso de instrumentos manuais; a suspensão dos atendimentos de rotinas, com prioridade para os atendimentos de urgência, de forma mais rápida, seguindo as prioridades relacionadas a diminuição do risco de contaminação.

A análise do processo de trabalho destaca a aproximação do Cirurgião-Dentista com o atendimento integral ao usuário, saindo daquele atendimento focado apenas na saúde bucal do paciente, e passando a integrar a equipe no acompanhamento aos pacientes positivados e suspeitos, inclusive sendo responsável pela realização de exame de *Swab* e testes rápidos.

Em relação aos limites desta pesquisa, pode ser considerada a possibilidade de uma interpretação equivocada dos participantes, que podem ter respondido as perguntas, se baseando

em respostas relacionadas a equipe, de forma coletiva, e não ao seu trabalho individual como Cirurgião-Dentista.

O Cirurgião-Dentista fortificou o seu papel enquanto integrante da equipe multidisciplinar, sendo este, um profissional que atua de forma integral nos cuidados dos pacientes. Sua colaboração foi fundamental na aproximação da realidade de cada indivíduo, com a tentativa de desconstruir a figura do CD como profissional atuante apenas nos cuidados com a saúde bucal.

Por fim, torna-se importante compreender que estes profissionais também são qualificados no âmbito da formação e atuação profissional, visando gerar qualidade de vida através do acolhimento, da escuta qualificada e da promoção de atividades educativas, com grande potencial transformador na equipe da ESF.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. A. T. *et al.* Perfil de atuação dos Cirurgiões-Dentistas integrantes da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.19, n. 3, p. 135-141, 2017.
- AHMED, M. A. *et al.* Fear and practice modifications among dentists to combat novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 8, p. 2821, 2020.
- APS FORTE. **APS Forte no SUS – Combate à COVID-19**. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS/OMS) no Brasil. Ministério da Saúde. 2021.
- ARAUJO, P. R. *et al.* Desafios e inovações no uso de ferramentas tecnológicas para a vigilância epidemiológica em tempos de COVID -19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5768-e5768, 2021.
- AREIAS, J.; OLIVEIRA, H.; CAVALCANTI, U. O impacto da COVID-19 na prática odontológica. **Odontologia Clínico-científica**, v. 19, n. 3, p. 254-261, 2020.
- AZEVEDO, C. F. *et al.* Trastornos mentales comunes y calidad de vida relacionada con la salud mental en trabajadores de salud bucal. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 59, n. 1, 2022.
- BARICATI, C. C. A. A longitudinalidade do cuidado na atenção básica à luz da experiência dos usuários com hipertensão arterial. **Londrina: Universidade Estadual de Londrina**, 2016.
- BELÉM, L. S. *et al.* Tipo de vínculo de trabalho x absenteísmo por Covid-19 de trabalhadores da saúde de Hospital Terciário, Ceará, Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 1, p. 1528-1535, 2023.
- BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00099118, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de. Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A Estratégia de Saúde da Família / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Passo a Passo da Política Nacional de Saúde Bucal**. / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Brasil Sorridente**. Equipe de Saúde Bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteúdo=equipes>. Acesso em: 17fev/2023. 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da COVID-19**. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS. **Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.0** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretária de Atenção Primária. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Carteira de Serviços da APS**. Brasília, 2020c.

CARLETTO, A. F; SANTOS, F. F. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

CARNEIRO, C. D. A; PEIXOTO, S. S. Impactos da COVID-19 nas produções das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e598101220826-e598101220826, 2021.

CAYETANO *et al*, Recursos Humanos em Odontologia no SUS. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e39911528471, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28471>.

CNSB. 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 10 a 12/10/1986. **Relatório Final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica n. 4, de 2020. **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)**. Brasília, DF, ANVISA; 2020a.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Ofício N° 572/2020/CFO, 08 de Maio de 2020. Brasília-DF. **Assunto: Testagem SWAB e solicitação de exames - COVID-19**. Brasília, DF, ANVISA; 2020b.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **CFO – Conselho Federal Odontologia**. 2023. Quantidade Geral de Cirurgiões-Dentistas Especialistas. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>> Acesso em: 02 de mar. de 2023.

CORASSA, R. B. *et al.* Condições de saúde bucal autorrelatadas entre adultos brasileiros: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022.

DA CRUZ, A. G. *et al.* Nova política nacional de atenção básica: percepções dos gestores municipais do sistema único de saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 9, n. 49, p. 1599-1604, 2019.

DANIGNO, J. F. *et al.* Fatores associados à redução de atendimentos odontológicos na Atenção Primária à Saúde no Brasil, com o surgimento da COVID-19: estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022.

DAL PAI, D. *et al.* Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

DEANA, N. F. *et al.* Quality appraisal of clinical practice guidelines on provision of dental services during the first months of the COVID-19 pandemic. **Journal of Evidence Based Dental Practice**, v. 21, n. 4, p. 101633, 2021.

DE CHECCHI, M. H. R. *et al.* Guia de segurança para profissionais atuantes na atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID-19. **Guia de segurança para profissionais atuantes na atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID-19**, 2020.

FAPESQ. **Pesquisa Nacional de Análise do Processo de Trabalho de ESF na pandemia de COVID-19**. Fiocruz. 2021.

FARIAS, L. A. B. G., *et al.* O papel da atenção primária no combate ao COVID-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**, 15, 2455. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455). 2020.

FERREIRA, V. M. *et al.* Avaliação epidemiológica das regiões do Brasil na pandemia de COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7137-e7137, 2021.

FIGUEIREDO, E. N. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. UNA-SUS, UNIFESP – Especialização em Saúde da Família, 2012.

FIGUEIRÊDO, R. C. **O acompanhamento, crescimento e desenvolvimento infantil na Atenção Básica de Saúde: a inserção do dentista no processo do cuidar**. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

FRANCO, P. G. **Processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva da integralidade**. 2019. Tese de Doutorado. dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora.

FRANCO, C. M; LIMA, J. G; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

GOMES, R. M. L. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família**. – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015.

GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2007.

HONG, H. *et al.* Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. **Pediatrics & Neonatology**, v. 61, n. 2, p. 131-132, 2020.

JESUS, R. S. *et al.* Os desafios do governo brasileiro no enfrentamento da pandemia do coronavírus. **Revista Augustus**, v. 25, n. 51, p. 31-55, 2020.

JOSEPH, T; MOLESHI, M. A. **International Pneumologist's Consensus on COVID-19**. 2^a ed. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 2020.

LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00019620, 2020.

LARANGEIRA, Á. N; MAGNO, J. C. Comunicação institucional sob a lógica distópica: o Governo Bolsonaro e o enfrentamento da pandemia da COVID-19. **Revista Mediação**, v. 22, n. 31, 2020.

LIA, E. N. **Prevalência de Contaminação por SARS-CoV-2 entre Cirurgiões Dentistas e Níveis de Distanciamento Social de Profissionais de Odontologia do Distrito Federal**. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. 2020.

LIMA, F. H. S. *et al.* COVID-19: ORIGEM, IMPACTOS E PREVENÇÃO PARA SAÚDE EM RONDÔNIA, AMAZÔNIA OCIDENTAL, BRASIL. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v. 9, n. 1, p. 310-325, 2022.

LOPES, G. V. B; COSTA, K. F. L. Impactos e desdobramentos da pandemia da COVID-19 na Atenção Básica: um relato de experiência. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2Sup, p. 145-154, 2020.

LOPES, S; MOREIRA, M; CANGUSSU, M. Exercício da prática odontológica na atenção primária à saúde durante o enfrentamento à COVID-19: revisão narrativa de literatura. **Journal of Dentistry & Public Health (inactive/archive only)**, v. 11, n. 2, p. 188-198, 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.. Fundamentos de metodologia científica. 6^a ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARX, K; ALVES, M. H. B. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MATOS, E. M.O. *et al.* A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 4383-4395, 2020.

MCINTOSH, K; HIRSCH, M. S.; BLOOM, A. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). **UpToDate Hirsch MS Bloom**, v. 5, n. 1, p. 873, 2020.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MELO, J. C. N. *et al.* Atendimento odontológico em tempos de COVID: Experiência da Odontoclínica de Aeronáutica de Recife (OARF). **Revista da OARF**, v. 4, n. 1, p. 1-12, 2020.

MINAYO, M. C. S; MINAYO-GÓMEZ, C. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. **O Clássico e o Novo**, p. 117, 2003.

MOTTA, L. J; GONÇALVES, P. E; LOPES, M. C. Atenção Básica em Saúde Bucal: a experiência no curso de graduação. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015.

OKUYAMA, H. C. H. Y; SILVA, R. H. A. Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família. **Revista da ABENO**, v. 17, n. 4, p. 133-143, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório da Missão Conjunta OMS-China sobre a Doença de Coronavírus 2019 (COVID-2019)**. 2020. [Acesso em 04 nov. 2022]
Disponível em: <http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-COVID-19-final-report.pdf>>.

PEREIRA, B. C. C. *et al.* atendimentos odontológicos durante a pandemia da COVID-19 e as medidas de biossegurança adotadas: revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 2, pág. e16010212248-e16010212248, 2021.

REIS, W. G; SCHERER, M. D. A; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 56-64, 2015.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020166, 2020.

SOUSA, C. E. G. C. A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA-ESF: REVISÃO DE LITERATURA. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 22, 2021.

THOMÉ, G. *et al.* Manual de boas práticas em biossegurança para ambientes odontológicos. **Conselho federal de odontologia**, 2020.

VOLGENANT, C. M. C. *et al.* Infection control in dental health care during and after the SARS-CoV-2 outbreak. **Oral Diseases**, v. 27, p. 674-683, 2021.

WIENCI, A. *et al.* **Reorganização do Serviço Odontológico da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde de Foz do Iguaçu-PR no Período do Covid-19.** Repositório institucional Universidade Federal da Integração Latino-Americana. 2021.

ANEXOS

ANEXO I - RECORTE DA PESQUISA MÃE

BLOCO I- Perfil Profissional e demográfico dos profissionais da estratégia saúde da família.

* 36. Qual o nome da Unidade Básica de Atuação?

*Caso seja profissional da equipe NASF, registre o nome da UBS em que você avalia o melhor desenvolvimento de seu trabalho enquanto NASF na pandemia da COVID-19.

* 37. Qual seu nível de escolaridade?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Médio completo | <input type="radio"/> Graduação incompleta |
| <input type="radio"/> Médio incompleto | <input type="radio"/> Especialização |
| <input type="radio"/> Técnico completo | <input type="radio"/> Mestrado |
| <input type="radio"/> Técnico incompleto | <input type="radio"/> Doutorado |
| <input type="radio"/> Graduação completa | |

* 38. Qual seu vínculo empregatício?

- Servidor efetivo
- Terceirizado
- Contrato temporário
- Recibo de Pagamento Autônomo (RPA)
- Outro (especifique)

* 39. Qual sua categoria Profissional?

- Agente Comunitário de Saúde
- Técnico de Saúde
- Enfermeiro
- Dentista
- Médico
- Profissional do NAC

* 40. Está vinculado a algum programa de provimento médico?

- Não
- Programa Mais Médicos
- Outro Programa de Provimento Médico. Qual?

* 41. Você participa de programa de residência em saúde?

- Residente
- Supervisor
- Preceptor
- Coordenador
- Tutor
- Não participo de programa de residência em saúde

42. Qual a modalidade de residência da sua atuação?

- Residência Multiprofissional em Saúde da Família
- Residência Multiprofissional em Atenção Básica
- Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva
- Residência em Medicina de Família e Comunidade

* 43. A sua UBS é referência para atendimento à população indígena?

- Sim
- Não

Comentários(opcional):

* 44. De qual equipe de Atenção Primária você faz parte?

- Equipe de Saúde da Família
- Equipe de Saúde Bucal: Referência para 2 EqSF
- Equipe de Saúde da Família - Ribeirinha
- NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Modalidade I (vinculada entre 5 a 9 EqSF)
- Equipe de Consultório na Rua
- NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Modalidade II (vinculada a 3 ou 4 EqSF)
- Equipe de Saúde Bucal: Referência para 1 EqSF
- NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Modalidade III (vinculada a 1 ou 2 EqSF)
- Outro (especifique)

54. Qual o seu tempo de atuação na atual Equipe de Saúde da Família?

- Menos de 1 ano
- Menos de 1 ano, fui contratado por ocasião da COVID-19
- 1 a 3 anos
- 3 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- Maior que 10 anos

55. Sua Equipe de Saúde da Família é responsável por quantos usuários?

- Menos de 2.500 usuários
- Acima de 2.500 a 3.000 usuários
- Acima de 3.000 a 4.000 usuários
- Acima de 4.000 a 6.000 usuários
- Acima de 6.000 usuários
- Acima de 10.000 usuários
- Não sabe

* 56. Tem internet na UBS?

- Não
- Sim, boa
- Sim, regular
- Sim, ruim

* 57. Qual o sistema utilizado por você para a coleta de dados primários dos usuários na UBS de sua atuação?

***Não assinalar a opção negativa "Desconheço como acontece a coleta (...)" junto a outras opções. Caso isso aconteça não será considerada a opção negativa.**

- Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC do E-SUS AB
- Coleta de dados simplificada do cidadão – CDS do E-SUS AB
- Registro feito em documentos em papel
- Desconheço como acontece a coleta de dados primários dos usuários na UBS
- Outra solução tecnológica. Qual?

* 60. Você está atualmente trabalhando na ESF?

- Sim, presencialmente
- Não, fui remota
- Sim, remotamente
- Não

61. Se foi remanejado para outro serviço por ocasião da pandemia, assinale o motivo. (Pode assinalar mais de uma opção).

- Porque sou do grupo de risco e o local de atuação atual é mais seguro.
- Porque tenho familiar do grupo de risco e o local de atuação atual é mais seguro.
- Porque na UBS não dispunha de EPI suficiente para todos os profissionais
- Porque as ações implementadas por mim na Estratégia Saúde da Família foram suspensas
- Porque o local de atuação atual precisava de reforço. Qual local?

62. Se está atuando remotamente, assinale os motivos.

- Porque sou do grupo de risco (Maior de 60 anos, Diabético, Hipertenso, outro)
- Porque na UBS não dispunha de EPI suficiente para todos os profissionais
- Porque apresentei suspeita de COVID-19
- Porque as ações implementadas por mim na Estratégia Saúde da Família foram suspensas
- Porque tenho familiares do grupo de risco (Maior de 60 anos, Diabético, Hipertenso, outro)
- Outro (especifique)

BLOCO II – Manutenção dos serviços de rotinas da Estratégia Saúde da Família.

* 64. Avalie a continuidade da oferta de serviços e ações de saúde, de rotina, implementadas por sua equipe, dentro da Estratégia de Saúde da Família durante a Pandemia de COVID-19.

	Mantido	Parcialmente Mantido	Suspensão	Não é rotineiramente ofertado	Não sei responder
Atenção às pessoas com hipertensão e diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguimento de pessoas com outros agravos crônicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Mantido	Parcialmente Mantido	Suspensão	Não é rotineiramente ofertado	Não sei responder
Cuidado continuado à pessoa idosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imunização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pré-Natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planejamento Sexual e Reprodutivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prevenção do Câncer de mama e de útero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguimento de pessoas com agravos na saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promoção da saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puericultura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saúde Bucal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita Domiciliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atenção à demanda espontânea (Demanda não COVID-19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vigilância às doenças infecto-contagiosas do território (busca ativa, cadastro, seguimento, de casos de Tuberculose, Hanseníase e outros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ações educativas individuais para promoção da saúde em geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividades de participação comunitária (promoção da saúde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupos terapêuticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividades intersetoriais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Mantido	Parcialmente Mantido	Suspenso	Não é rotineiramente ofertado	Não sei responder
Reunião de equipe para avaliação e planejamento do processo de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedimentos individuais (retirada de pontos, curativo, administração de medicamentos, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coleta de exames laboratoriais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST (Sífilis, HIV e HV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispensação de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrega domiciliar de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLOCO III - Novos Fluxos e rotinas na Estratégia Saúde da Família por ocasião da COVID-19.

* 73. Assinale as ações que você está realizando relacionadas a COVID-19: (Pode assinalar mais de uma opção)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apoiando acolhimento, triagem e estruturação do fluxo de atendimento. | <input type="checkbox"/> Realizando visitas domiciliares |
| <input type="checkbox"/> Realizando atendimentos/procedimentos individuais | <input type="checkbox"/> Participando de ações educativas e de promoção de saúde no território |
| <input type="checkbox"/> Realizando consultas clínicas individuais | <input type="checkbox"/> Realizando o seguimento das pessoas suspeitas ou confirmadas por COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Participando de ações educativas / sala de espera na UBS | <input type="checkbox"/> Acompanhando usuários por atendimento remoto (a distância) |
| <input type="checkbox"/> Realizando visitas peridomiciliares | |
| <input type="checkbox"/> Outro (opcional): | |

* 74. Os usuários do território coberto por sua Equipe têm a UBS como primeira referência de cuidado para o COVID-19?

- Sim
- Não
- Não sei responder

* 75. No período da pandemia, você percebeu o ingresso de usuários novos ao serviço?

- Sim
- Não
- Não sei responder

* 76. Foi realizado cadastro de novos Cartões SUS no período da pandemia?

- Sim
- Não
- Não sei responder

* 79. Avalie o cumprimento das medidas preventivas para atendimento a usuários com sintomas de síndrome gripal (Febre, Tosse, Dificuldade respiratória, Dor de garganta) que chegam a UBS:

	Sempre	A maioria das vezes	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Não sei responder
Fornecimento de máscara cirúrgica para a pessoa com sintomas respiratórios	<input type="radio"/>					
Orientação quanto à forma correta de uso da máscara	<input type="radio"/>					
Fornecimento de meios para a pessoa higienizar as mãos (álcool gel ou água e sabão)	<input type="radio"/>					
Condução da pessoa para uma área separada das outras demandas, com condições adequadas de higiene e ventilação, enquanto espera o atendimento	<input type="radio"/>					
Há agilidade no atendimento destas pessoas	<input type="radio"/>					
As pessoas do grupo de risco (idosos, hipertensos, diabéticos) são priorizados	<input type="radio"/>					

* 80. Você realiza atendimento a usuários sintomáticos em sala/consultório?

Sim

Não

* 82. Quais medidas de controle precoce são utilizadas por você na UBS? (Pode assinalar mais de uma opção)

***Não assinalar a opção negativa: "Não estou atuando em UBS" junto a outras opções. Caso isso aconteça, não será considerada a opção negativa.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Distanciamento mínimo de 2 metros das pessoas | <input type="checkbox"/> Uso de luvas em consultório |
| <input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica | <input type="checkbox"/> Uso de aventais descartáveis/impermeável em consultório |
| <input type="checkbox"/> Máscara N95 | <input type="checkbox"/> Uso de óculos de proteção |
| <input type="checkbox"/> Lavagem das mãos com frequência | <input type="checkbox"/> Uso de protetor facial |
| <input type="checkbox"/> Limpeza e desinfecção de objetos e superfícies tocados com frequência. | <input type="checkbox"/> *Não estou atuando em UBS |

* 83. Avalie a oferta e a demanda de insumos e medidas de proteção a COVID-19 disponibilizados na sua UBS ?

	Quantitativo suficiente para a necessidade	Quantitativo insuficiente para a necessidade	Não disponibilizado/não realizado	Não sei responder
Máscara cirúrgica para os profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máscara N95 para os profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabão para lavagem das mãos dos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luvas de procedimentos para os profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Óculos de proteção para os profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avental descartável/impermeável para profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protetor facial para profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotina de limpeza e desinfecção de objetos e superfícies tocados com frequência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotina intensificada de coleta do lixo dos espaços e consultórios da UBS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxigênio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Termômetro infravermelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxímetro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bloco IV - Atenção prestada aos suspeitos, doentes e contatos com a COVID-19.

* 84. Você participou de capacitação para abordagem da COVID-19?(Pode assinalar mais de uma opção)

***Não assinalar a opção negativa: "Não" junto a outras opções. Caso isso aconteça, não será considerada a opção negativa**

- Sim, realizada por incentivo da gestão (municipal, estadual ou federal).
- Sim, realizada por minha própria busca por ocasião da necessidade.
- *Não**

85. A capacitação para abordagem à COVID-19 realizada por você foi:

- Remota
- EaD
- Presencial

86. A capacitação realizada por você, abordou quais temas? (Pode assinalar mais de uma opção)

- Uso de EPI
- Abordagem clínica da COVID-19
- Prescrição de medicamentos na abordagem da COVID-19
- Sistemas de Informação em Saúde e notificação da COVID-19

* 87. É possível realizar testes rápidos (IgG/IgM) para COVID-19 para os casos suspeitos na UBS?

- Sim
- Raramente
- A maioria das vezes
- Nunca
- Ocasionalmente
- Não sei responder

92. Quem realiza o acompanhamento remoto e/ou presencial de suspeitos ou positivos após a primeira consulta? (Pode assinalar mais de uma opção).

- Médico
- Enfermeiro
- ACS
- Não sei responder
- Outro (especifique)

* 95. Quando você realiza atendimento a distância, é realizado o registro em prontuário clínico?

- Sempre
- A maioria das vezes
- Às vezes
- Nunca

96. Para realizar o atendimento à distância quais os instrumentos de registro você utiliza? (Pode assinalar mais de uma opção)

***Não assinalar a opção negativa: "Desconhece algum tipo de registro" a outras opções. Caso isso aconteça, não será considerada a opção negativa.**

- Formulário Fast-Track COVID-19
- Anotação no prontuário como se procede em uma consulta normal.
- Planilha de acompanhamento das consultas contendo o nome do usuário atendido, o registro informando se a consulta ocorreu e seu desfecho.
- *Desconhece algum tipo de registro
- Anotação no prontuário como se procede em uma consulta normal, acrescentando o tipo de tecnologia utilizada no atendimento.
- Outro (especifique)

Bloco VI - Vigilância em saúde

118. Quem acompanha o caso até o desfecho (alta hospitalar ou óbito)? (Pode assinalar mais de uma opção).

***Não assinalar a opção negativa: "Não sei responder" junto a outras opções. Caso isso aconteça, não será considerada a opção negativa.**

- ACS
- Enfermeiro
- Médico
- *Não sei responder

Outro (especifique)

*** 121. No processo de trabalho, na situação de pandemia, existe alguma atividade de interação entre você e os agentes de combate às endemias do território?**

- Sim
- Não

Descreva (opcional):

*** 122. No processo de trabalho, na situação de pandemia, existe alguma atividade de interação entre você e a equipe da vigilância sanitária do município?**

- Sim
- Não

Descreva (opcional):

BLOCO VII - Medidas de Proteção individual no domicílio por ocasião da COVID-19.

* 123. Assinale as medidas de proteção utilizadas por você em seu contexto individual e familiar:

	Sempre	A maioria das vezes	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Minhas roupas são lavadas separadamente das demais roupas da casa/família	<input type="radio"/>				
Uso de roupa exclusiva para o trabalho	<input type="radio"/>				
Uso de sapato exclusivo para o trabalho	<input type="radio"/>				
Banho e troca de roupa antes de chegar em casa	<input type="radio"/>				
Higienização e cuidados preventivos em veículo privado ou coletivo	<input type="radio"/>				

* 124. Assinale as ações de distanciamento social realizadas por você

- Mudei temporariamente de residência para evitar infectar minha família
- Transito apenas em algumas áreas de minha residência
- Minha família mudou temporariamente de residência para evitar infecção
- Não faço distanciamento em minha residência
- Outro (especifique)

* 125. Você apresenta alguma condição de saúde das abaixo relacionadas?(Pode assinalar mais de uma resposta)

***Não assinalar a opção negativa: "Não apresento" junto a outras opções. Caso isso aconteça, não será considerada a opção negativa.**

- Hipertensão
- Diabetes
- Asma
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- Doença Renal Crônica
- Enfermidade Hematológica
- Imunodepressão
- Obesidade
- *Não apresento**
- Outro (especifique)

* 126. Você sofreu algum tipo de discriminação no período de pandemia por ser profissional da saúde, por parte de sua vizinhança ou família?

- Sim
- Não
- Se sim, descreva (Resposta opcional)

* 127. Você apresentou suspeita de COVID-19?

- Sim
- Não

130. Você testou positivo para COVID-19?

- Sim
- Não

131. Você se afastou do serviço, quando na suspeita ou confirmação de COVID-19?

- Sim
- Não
- Não apresentei suspeita ou confirmação de COVID-19

132. Sua remuneração (salário) foi mantida no seu afastamento do serviço por suspeita ou confirmação de COVID-19?

- Sim
- Não
- Não me afastei do serviço por suspeita ou confirmação de COVID-19

* 133. Você foi vacinado para Influenza em 2020?

- Sim
- Não

134. Você tem alguma sugestão para o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família que gostaria de ver em implementação no Brasil nesse momento de pandemia?

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – SELEÇÃO DAS PERGUNTAS PROVENIENTES DOS BLOCO DE ORIGEM DA PESQUISA FAPESQ, NAS QUATRO CATEGORIAS BASE DA PESQUISA.

CATEGORIA I- Perfil Profissional e Estrutura da UBS

Nº	BLOCO DE ORIGEM	PERGUNTA
33	1	Gênero
34	1	Faixa Etária
35	1	Território
38	1	Vínculo Empregatício
54	1	Tempo de Atuação
55	1	Responsável por quantos usuários
12 5	1	Condição de saúde
56	1	Acesso à Internet na unidade
57	1	Sistema Utilizado para coleta de dados
60	1	Encontra-se trabalhando na Unidade?
62	1	Atua de forma remota?

CATEGORIA II – Fluxos e rotinas na ESF na Pandemia

Nº	BLOCO DE ORIGEM	PERGUNTA
63	2	Atividades de rotina dentro do processo de trabalho
64	2	Continuidade da oferta de serviços e ações em saúde
73	3	Ações realizadas relacionadas a covid-19
80	3	Você realiza atendimento a usuários sintomáticos?

CATEGORIA III- Medidas de Proteção

Nº	BLOCO DE ORIGEM	PERGUNTA
12 3	3	Medidas de Proteção em contexto individual e familiar
12 4	3	Ações de distanciamento social
13 0	3	Testou positivo para covid-19
83	3	Oferta e demanda e de insumos e medidas de proteção a Covid.

10 2	3	Oferta testes para os profissionais da Unidade pela gestão
---------	---	--

CATEGORIA IV – Promoção da saúde

Nº	BLOCO DE ORIGEM	PERGUNTA
84	4	Participação de capacitação para enfrentamento da covid-19
92	4	Acompanhamento dos usuários confirmados e suspeitos
95	4	Registro em Prontuário Clínica a distância
96	4	Instrumentos utilizados para atendimento a distância
10 6	5	Estratégias de comunicação com a população
11 8	6	Acompanhamento do paciente até o final da doença
12 1	6	Interação no processo de trabalho com agentes de endemias
12 2	6	Interação no processo de trabalho com a vigilância