



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA- DCV**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – MEPISCO**

**EDLAIR MARIA CUNHA BARBOSA COSTA**

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E COVID-19:**  
**CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS**  
**DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS E RESPOSTAS**  
**INSTITUCIONAIS**

**SALVADOR**  
**2022**



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA- DCV**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – MEPISCO**

**EDLAIR MARIA CUNHA BARBOSA COSTA**

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E COVID-19:  
CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS  
DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS E RESPOSTAS  
INSTITUCIONAIS**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) como requisito avaliativo para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Condições de vida, situação de saúde e práticas de cuidado.

Orientadora: Prof. Dra. Thaís Regis Aranha Rossi

**SALVADOR**  
**2022**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Biblioteca Professor **Edivaldo Machado Boaventura - UNEB – Campus I**  
**Bibliotecária: Célia Maria da Costa – CRB5/918**

C837a Costa, Edlair Maria Cunha Barbosa  
Atenção à saúde bucal e COVID- 19: conhecimentos, percepções e práticas dos cirurgiões-dentistas e respostas institucionais / Edlair Maria Cunha Barbosa Costa. - Salvador, 2022.  
165 f : il.

Orientador: Thaís Régis Aranha Rossi.

Dissertação (Mestrado - Profissional) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – MEPISCO, Campus I. 2022.

Contém referências e apêndice.

1. Saúde bucal. 2. COVID 19 – Saúde bucal. 3. Política de Saúde. 4. Práticas de saúde. I. Rossi, Thaís Régis Aranha. II. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Campus I. III. Título.

CDD: 613

**FOLHA DE APROVAÇÃO**  
**"ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E COVID-19: CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CIRURGIÕES DENTISTAS E RESPOSTAS INSTITUCIONAIS"**

**EDLAIR MARIA CUNHA BARBOSA COSTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 19 de outubro de 2022, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:

*Thais Regis Aranha Rossi*  
Professor(a) Dr.(a) THAIS REGIS ARANHA ROSSI  
UNEB

Doutorado em Saúde Pública  
Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia

*Carla Maria Lima Santos*

Professor(a) Dr.(a) CARLA MARIA LIMA SANTOS  
UNEB

Doutorado em Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia

*Sandra Garrido de Barros*  
Professor(a) Dr.(a) SANDRA GARRIDO DE BARROS  
UFBA

Doutorado em Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia

*Edson Hilan Gomes de Lucena*  
Professor(a) Dr.(a) EDSON HILAN GOMES DE LUCENA  
Ufpb - UFPB

Doutorado em Ciências da Saúde  
Universidade de Brasília

## DEDICATÓRIA

A Deus pela graça da vida, pelas eternas bênçãos e por todo amor recebido.

Aos meus pais, Eduardo e Iris, por sempre me inspirar confiança e apoio incondicional.

A minha irmã Sabrina pela amizade, cuidado e afeto.

Aos meus filhos do coração, Antônio Luiz e Ana Beatriz, pelo entendimento e por todo carinho.

## AGRADECIMENTOS

Ao querido amigo Igor Brasil que plantou a semente em mim da possibilidade de realizar este mestrado e esteve sempre por perto.

A todos os alunos acolhidos em minha unidade de saúde, especialmente ao grupo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), 2019/2020, Gabriel Cruz, Lohrany Santana, Elisabete Figueiredo, Jéssica Santana, Mário Aguiar e Rafael Almeida que me fizeram ponderar essa formação.

A Ana Rita Sokolonski e Denise Nogueira pela amizade e por saber que vocês estão comigo até quando fisicamente distantes.

A minha orientadora, Thaís Régis Aranha Rossi, toda minha gratidão e admiração. Obrigada pela compreensão, carinho e amizade no percurso de um mestrado desenvolvido em um contexto tão adverso de pandemia, que nos desafiou emocionalmente, profissionalmente e fisicamente.

Ao amigo, colega de trabalho e de mestrado Daniel Januzzi por ter sustentado comigo a trajetória desse mestrado, que entre glórias e preocupações, se tornou muito mais fácil, também, por ti.

A Ticiane Mendonça, amiga que me engrandece com ensinamentos construtivos todos os dias, que tem segurado minha mão ao longo desses últimos anos e tornando minha caminhada de vida mais confiante e afetuosa.

A Andréa Wanderley e Thiago Vinhas queridos colegas dentistas que, atualmente, trabalhando na Itália e nos Estados Unidos respectivamente, gentilmente, me informavam sobre os direcionamentos dados à saúde bucal nesses países.

A André, Dona Socorro e Alba Querino pelo incentivo e acolhimento que me foram dados nestes últimos anos.

Aos colegas da unidade de saúde da família Professor Dr Carlos Santana e aos demais alunos da segunda turma de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva por dividirmos os desafios de trabalhar, arduamente, na linha de frente de combate à pandemia da COVID-19, desde seu surgimento e durante o desenvolvimento deste mestrado.

A todos amigos e familiares que direta e indiretamente contribuíram e acolheram este meu momento, meu muito obrigada.

Aos membros da banca examinadora - Carla Maria Lima Santos, Edson Hilan Gomes de Lucena, Sandra Garrido de Barros - que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

Ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado da Bahia, e seu corpo docente, por me oportunizarem tanto crescimento, aprendizado e reflexões. Sou grata aos representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador por me permitir realizar este mestrado profissional, e entender que este contribui não só para minha formação profissional como também para a construção de produtos técnicos e conhecimentos disseminados a toda uma comunidade.

**Agora,  
graças a Deus,  
que sempre nos faz triunfar em Cristo,  
e por meio de nós difunde a fragrância  
do Seu conhecimento  
em todos os lugares.**

**2 Coríntios 2:14**

## RESUMO

Este trabalho está apresentado sob a forma de dois artigos. O primeiro estudo teve como objetivo analisar as percepções, saberes e práticas de saúde bucal de cirurgiões-dentistas. Já o segundo analisou as respostas adotadas pela Itália, Estados Unidos e Brasil, frente ao retorno das atividades durante a pandemia pela COVID-19. As metodologias utilizadas foram uma revisão sistemática que buscou as percepções e práticas dos cirurgiões-dentistas e uma análise documental sobre a resposta desses países a partir das diretrizes, protocolos, regulamentações e demais documentos oficiais produzidos. Como principais resultados da revisão, a maioria dos estudos mostraram conhecimentos pertinentes relativos à pandemia, embora 07 países tenham referido necessidade de treinamento. O atendimento de urgências foi identificado em 12 artigos, dentistas de 09 países mencionaram sintomas psicológicos, em 07 países observou-se o uso da tecnologia e em outros 07 questionou-se apoio financeiro ou mostrou-se preocupação com o futuro da profissão. Dentre as principais respostas institucionais observou-se que os três países sugeriram a adoção de novos protocolos de segurança e a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos em diferentes cenários epidemiológicos. A teleodontologia foi proposta nos documentos institucionais dos três países, que também buscaram reconhecer a atenção à saúde bucal como cuidado de saúde essencial. O sistema universal de saúde do Brasil direcionou as equipes da rede pública para ações de enfrentamento à COVID-19, enquanto nos Estados Unidos políticas de apoio para participação de dentistas em emergências de saúde pública foram divulgadas e na Itália não foram encontrados documentos relativos à participação de dentistas em outras funções durante a pandemia. Concluiu-se que apesar das diretrizes e protocolos publicados, as práticas de saúde, percepções e saberes identificados envolveram uma complexidade de subjetividades vinculadas a diferentes sistemas de saúde, relações sociais e atividades econômicas enquanto que a adoção de tecnologias como a teletriagem e a teleconsulta podem representar uma mudança de paradigma e se firmarem enquanto procedimentos de rotina. Para o primeiro ano de pandemia, não foram localizados protocolos de órgãos dos governos, dos três países, com diretrizes específicas, abrangentes e oportunas. As diretrizes publicadas para a retomada do atendimento odontológico eletivo mostraram semelhanças nas recomendações de biossegurança e uso de EPIs no âmbito da assistência odontológica individual, principalmente, para consultórios privados. Por fim, este estudo ratificou que a pandemia impulsionou a teleodontologia como alternativa de cuidado e colocou em evidência a necessidade de mais investimentos públicos na ampliação do acesso à atenção à saúde bucal.

Palavras Chave: COVID-19; Saúde bucal, Práticas, Respostas institucionais

## **ABSTRACT**

This work is presented in the form of two articles. The first study aimed to analyze the perceptions, knowledge and practices of oral health of dentists. The second analyzed the responses adopted by Italy, the United States and Brazil, in view of the return of activities during the COVID-19 pandemic. The methodologies used were a systematic review that sought the perceptions and practices of dental surgeons and a documental analysis of the response of these countries based on the guidelines, protocols, regulations and other official documents produced. As the main results of the review, most studies showed relevant knowledge regarding the pandemic, although 07 countries mentioned the need for training. Urgent care was identified in 12 articles, dentists from 09 countries mentioned psychological symptoms, in 07 countries the use of technology was observed and in another 07 financial support was questioned or there was concern about the future of the profession. Among the main institutional responses, it was observed that the three countries suggested the adoption of new safety protocols and the suspension of elective dental care in different epidemiological scenarios. Teledentistry was proposed in the institutional documents of the three countries, which also sought to recognize oral health care as essential health care. The universal health system in Brazil directed teams from the public network to actions to combat COVID-19, while in the United States support policies for the participation of dentists in public health emergencies were disclosed and in Italy, no documents were found regarding participation of dentists in other roles during the pandemic. It was concluded that despite the published guidelines and protocols, the health practices, perceptions and knowledge identified involved a complexity of subjectivities linked to different health systems, social relations and economic activities, while the adoption of technologies such as teletriage and teleconsultation can represent a paradigm shift and establish themselves as routine procedures. For the first year of the pandemic, no protocols were found from government agencies in the three countries, with specific, comprehensive and timely guidelines. The published guidelines for the resumption of elective dental care showed similarities in biosafety recommendations and the use of PPE in the context of individual dental care, mainly for private offices. Finally, this study confirmed that the pandemic boosted teledentistry as an alternative of care and highlighted the need for more public investments in expanding access to oral health care.

**Keywords:** COVID-19; Oral health, Practices, Institutional responses

## **LISTA DE FIGURAS**

### **ARTIGO 1**

Figura 1: Fluxograma PRISMA .....	45
Figura 2: Avaliação geral do risco de viés .....	46
Figura 3: Mapa de distribuição dos países incluídos na Revisão Sistemática .....	47

### **ARTIGO 2**

Figura 1: Novos casos e novas mortes de COVID-19 por milhão e principais medidas adotadas na Itália de 01 de março de 2020 a 01 de dezembro de 2020. ....	93
Figura 2: Novos casos e novas mortes de COVID-19 por milhão e principais medidas adotadas nos Estados Unidos de 01 de março de 2020 a 01 de dezembro de 2020.....	93
Figura 3: Novos casos e novas mortes de COVID-19 por milhão e principais medidas adotadas no Brasil de 01 de março de 2020 a 01 de dezembro de 2020.....	94

## **LISTA DE QUADROS**

### **ARTIGO 2**

Quadro 1: A teleodontologia na Itália, Estados Unidos e Brasil durante a pandemia.....96

## **LISTA DE TABELAS**

### **ARTIGO 1**

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos e da população investigada (Agentes do Processo de Trabalho) .....	48
Tabela 2 – Principais achados sobre Saberes (Instrumentos não materiais do Processo de Trabalho), Percepções, Fontes de informações, Treinamento e Finanças.....	52
Tabela 3 – Principais Práticas (Produto do Processo de Trabalho) e Instrumentos materiais do Processo de Trabalho .....	61
Tabela 4 – Situação da COVID-19 no período de realização dos estudos constantes da Revisão Sistemática .....	67
Tabela S1 – Critérios PICOS para inclusão dos estudos .....	69
Tabela S2 – Estratégias de pesquisa e resultados dos bancos de dados (08/12/2020).....	70
Tabela S3 – Razões para exclusão dos estudos .....	71
Tabela S4 – Estudos incluídos .....	73
Tabela S5 – Qualificação da população dos artigos constantes da revisão sistemática (Agentes do Processo de Trabalho) .....	77

### **ARTIGO 2**

Tabela S1 – Documentos pesquisados .....	112
Tabela S2 – Indicadores por país, componentes do sistema de saúde e principais eventos relacionados à saúde bucal e à pandemia.....	116
Tabela S3 – Principais medidas adotadas em relação à saúde bucal durante a pandemia de COVID-19. ....	120
Tabela S4 – Indicadores da COVID-19 .....	127

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ADA:** American Dental Association

**AGDPS:** Aerosol-Generating Procedures

**AIO:** Associação Italiana de Odontologia

**ANDI:** Associação Nacional dos Dentistas Italianos

**ANVISA:** National Health Surveillance Agency

**APS:** Atenção Primária à Saúde

**CAPES:** Higher Education Improvement Coordination

**CDC:** Centers for Disease Control and Prevention

**COVID-19:** Corona Virus Disease – 2019

**EPI:** Equipamento de Proteção Individual

**FNOMCeO:** Federação Nacional da Ordem dos Médicos Cirurgiões e Dentistas

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus

**IDH:** Índice de Desenvolvimento Humano

**MS:** Ministério da Saúde

**MMAT:** Mixed Methods Appraisal Tool

**MERS:** Middle East Respiratory Syndrome

**OOP:** Out of Pocket

**PIB:** Produto Interno Bruto

**PICOS:** Patient, Intervention, Comparison, and Outcome

**PNUD:** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PPE:** Personal Protective Equipment

**PPP:** Paycheck Protection Program

**PRISMA:** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

**PROSPERO:** International Prospective Register of Systematic Reviews

**RT-PCR:** Reverse Transcription–Polymerase Chain Reaction

**SARS-CoV-2:** Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

**SIIdP:** Società Italiana di Parodontologia e Implantologia

**SSN:** Servizio sanitario nazionale

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**WHO:** World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>ARTIGO 1</b>	
Conhecimentos, percepções e práticas de cirurgiões dentistas durante a primeira onda da covid-19: revisão sistemática .....	17
<b>ARTIGO 2</b>	
Atenção à saúde bucal e COVID-19: resposta institucional da Itália, Estados Unidos e Brasil .....	81
<b>PRODUTOS TÉCNICOS.....</b>	<b>132</b>
Cartilha de Biossegurança em tempos de COVID-19 .....	132
Podcast Papo de Gestante .....	152
Web Palestra Telessaúde Bahia .....	164
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>165</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação esta estruturada em cinco produtos, sendo dois científicos (artigos) e três técnico/tecnológicos (podcast, cartilha em colaboração com o Conselho Regional de Odontologia e teleaula no Telessaude Bahia transmitida para todos os municípios da Bahia). Inicialmente, tratarei das motivações que definiram meu tema de estudo. Diante do recente ingresso no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO) da Universidade do Estado da Bahia, e da expectativa em iniciar um novo ciclo de aproximação com a academia, surgiu a pandemia da COVID-19 e com ela uma avalanche de informações, readequações, medos e desafios para toda uma população.

Nesse contexto, trabalhando como odontóloga da Estratégia de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia, e a partir dos direcionamentos de suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos e das atividades coletivas, seguidos dos encaminhamentos para a utilização dos odontólogos, do Sistema Único de Saúde, no acolhimento de sintomáticos respiratórios, notificações e testagem para COVID-19 realizados nas unidades de saúde, surgiram alguns questionamentos que delimitaram esta dissertação.

Quais são os saberes, percepções e práticas dos cirurgiões dentistas de diferentes países, no primeiro ano da pandemia de COVID-19?

Quais medidas, em relação à atenção à saúde bucal, diferentes países e seus respectivos órgãos institucionais emitiram durante a pandemia de COVID-19?

Como se deu a pandemia de COVID-19 nestes países e como se caracterizam diferentes sistemas de saúde no que se refere à saúde bucal?

Não obstante a busca por essas indagações, estudar a atenção à saúde bucal em meio à pandemia se tornou mais do que entender como dentistas do Brasil e de outras nacionalidades percebiam esse novo processo de trabalho, ou como documentos oficiais orientavam as ações desses trabalhadores, foi também a possibilidade de propor uma nova ferramenta de atuação dentro de minha realidade de trabalho, como a criação, em julho de 2020, do produto técnico Podcast Papo de Gestante.

Este podcast, produzido para apoiar atividades educativas no contexto de isolamento social imposto pela pandemia, proporcionou também a integração da equipe multiprofissional de minha unidade de saúde da família, entre si, a outros profissionais e à comunidade, na discussão de diversas temáticas e na produção colaborativa e interprofissional de educação em saúde. Idealizado, inicialmente, para divulgação entre gestantes, familiares e interessados vinculados à unidade de saúde em que trabalho, este podcast extrapolou nossa expectativa à

medida que, até novembro de 2022, já foi acessado por mais de 4.600 pessoas, em 32 países.

E com o intuito de apoiar o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas durante a pandemia e tendo em vista o volume de informações que direta e indiretamente estava associado a esta dissertação em curso, fui autora de um dos volumes da cartilha de biossegurança, do Conselho Regional de Odontologia da Bahia, distribuída eletronicamente por este e pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, cujo tema foram as adequações socioambientais e fluxos de pacientes no atendimento odontológico em tempos de COVID-19.

O terceiro produto técnico-tecnológico me foi oportunizado pelo Núcleo Técnico Científico Telessaúde Bahia, potente instrumento tecnológico, dentre outros, de tele-educação para profissionais da atenção básica. A apresentação da Web Palestra que tratava dos resultados preliminares da revisão sistemática sobre saberes, percepções e práticas de cirurgiões dentistas, frente ao primeiro ano da COVID-19, também serviu de base para discussão com colegas cirurgiões dentistas sobre este processo de trabalho que está em constante transformação.

Por conseguinte, duas produções teóricas também foram realizadas ao final deste curso de Mestrado, a primeira foi uma revisão sistemática sobre os saberes, percepções e práticas de cirurgiões dentistas frente ao primeiro ano da COVID-19. O segundo artigo foi construído a partir de uma pesquisa documental realizada com países que representaram importantes epicentros para essa doença: Itália, Estados Unidos e Brasil. Ressalto que este último artigo sofreu adequações relativas ao projeto qualificado em 18 de dezembro de 2020, principalmente, em razão do tempo para a realização desta pesquisa frente às inúmeras intercorrências enfrentadas nestes últimos anos.

Os dois artigos produzidos serão apresentados na sequência dessa dissertação, e nestes metodologia aplicada e os referenciais teóricos abordados. Por fim, acredito que os produtos técnicos produzidos neste mestrado profissional contemplaram demandas de conhecimento e da realidade do trabalho.

## RESULTADOS

### ARTIGO 1

#### CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CIRURGIÕES DENTISTAS DURANTE A PRIMEIRA ONDA DA COVID-19: REVISÃO SISTEMÁTICA

##### Resumo

A pandemia pela COVID-19 vem se constituindo um grande desafio para os sistemas de saúde do mundo com intensa repercussão na saúde bucal. Esta revisão sistemática teve o objetivo de analisar os saberes, percepções e práticas de cirurgiões dentistas, na atenção à saúde bucal, durante o primeiro ano de disseminação do coronavírus. A metodologia obedeceu aos critérios PRISMA e estudos publicados de janeiro até 08 de dezembro de 2020 foram pesquisados nos bancos eletrônicos PubMed, Scielo, Science Direct, Scopus e Web of Science. Adicionalmente, indicadores do site *Our World in Data*, relativos à COVID-19, revelaram a situação dos países integrantes dessa revisão. 31 artigos obedeceram aos critérios de inclusão, com representação de 16 países. Como principais resultados, a maioria dos estudos mostraram bons conhecimentos, embora 07 países tenham referido necessidade de treinamento. O atendimento de urgências foi identificado em 12 artigos, dentistas de 09 países mencionaram sintomas psicológicos, 07 países referiram o uso da tecnologia e outros 07 questionaram apoio financeiro ou mostraram preocupação com o futuro da profissão. Conclui-se que apesar das diretrizes e protocolos publicados, as práticas de saúde, percepções e saberes identificados nesta revisão envolvem uma complexidade de subjetividades vinculadas a diferentes sistemas de saúde, relações sociais e atividades econômicas. A maioria dos dentistas reportou um bom conhecimento acerca da COVID-19, entretanto, preocupação com contaminação e sintomas psicológicos foram identificados nas diversas situações epidemiológicas. Medidas de acompanhamento e apoio à saúde dos trabalhadores, além de treinamentos e programas de incentivo e auxílio financeiro devem ser implementados por formuladores de políticas e gestores. A adoção de tecnologias como a teletriagem e a teleconsulta podem representar uma mudança de paradigma e se firmarem enquanto procedimentos de rotina.

Palavras Chaves: COVID-19, odontologia, conhecimento, práticas, percepção, revisão sistemática

## **Abstract**

The COVID-19 pandemic has been a major challenge for the world's health systems and had intense impact on oral health. This systematic review aimed to analyze the knowledge, perceptions, and practices of dental surgeons in oral health care during the suspension of dental care due to the pandemic and also after the return to performing clinical procedures. The suspension took place in the first year of the coronavirus spread. The methodology followed the PRISMA criteria, and studies published from January to December 8, 2020, were searched in the electronic databases PubMed, Scielo, Science Direct, Scopus, and Web of Science. In addition, indicators from the Our World in Data website related to COVID-19 revealed the situation of the countries that are part of this review. Thirty-one (31) articles met the inclusion criteria, representing 16 countries. As the main results, most studies showed good knowledge, although 07 countries have reported the need for training. Emergency care was identified in 12 articles, dentists from 09 countries mentioned psychological symptoms, 07 countries reported the use of technology and another 07 ones questioned financial support or showed concern for the future of the profession. Despite the guidelines and protocols published, healthcare practices, perceptions, and knowledge identified in this review involve a complexity of subjectivities linked to different health systems, social relations, and economic activities. Most dentists reported a good knowledge about COVID-19, however, concerns about contamination, as well as psychological symptoms, were identified in various epidemiological situations. Measures to follow up and support workers' health, as well as training, incentive programs and financial assistance should be implemented by policy makers and managers. The adoption of technologies such as teleconsultation might represent a paradigm shift and be established as routine procedures.

**Keywords:** COVID-19, dentistry, knowledge, practices, perception, systematic review

## Introdução

Em dezembro de 2019, ocorreu um surto de pneumonia na China que foi declarado pandemia em 11 de março de 2020, quando atingiu 114 países e territórios e com 4.292 mortes. Denominado SARS-CoV-2, coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2, o vírus causador da doença COVID-19 vem repercutindo na saúde pública e, também, nas práticas odontológicas, se constituindo um grande desafio mundial <sup>1</sup>.

Neste cenário de pandemia, medidas para prevenção de contaminação, durante o atendimento odontológico, precisaram ser adotadas, principalmente, devido ao risco de infecção de profissionais e pacientes por aerossóis produzidos nos procedimentos odontológicos <sup>2</sup>. O bloqueio da transmissibilidade e da infecção cruzada nos serviços de saúde reflete-se nas medidas de saúde pública adotadas pelos diferentes sistemas de saúde dos diversos países.

No início da epidemia, a American Dental Association (ADA) e o Ministério da Saúde do Brasil, por exemplo, orientaram a suspensão das consultas odontológicas eletivas mantendo apenas atendimentos de urgência e emergência<sup>3,4</sup>. Com a diminuição dos casos de COVID-19 em diversos países, autoridades sanitárias e agências que regulam a saúde bucal permitiram o retorno gradual ao atendimento odontológico mediante novas condutas relacionadas a pacientes, à equipe e ao ambiente odontológico<sup>5</sup>.

Revisões progressas<sup>06</sup> sistematizaram estudos até 06 de maio de 2020 e compararam conhecimento, atitude e prática de profissionais de saúde bucal para doenças respiratórias contagiosas, encontrando 03 pesquisas sobre COVID-19. Outra revisão<sup>07</sup>, realizada até 15 de julho de 2020, sobre odontologia e infecção por COVID-19, com profissionais de odontologia e pacientes registrou bom conhecimento, atitudes e práticas apesar do medo e ansiedade relatados nos estudos. Neste contexto, o uso da teleodontologia é útil no processo de trabalho durante a pandemia <sup>08</sup>. Outras revisões versavam sobre atendimento odontológico, diante da pandemia e descreviam protocolos e medidas de controle relacionados aos pacientes e à equipe <sup>9-11</sup> também a cuidados relacionados ao ambiente ou procedimentos <sup>12-15</sup>.

Ressalte-se que distintos autores sistematizaram achados sobre profissionais de saúde bucal, outros incluíram pacientes, em investigações sobre doenças respiratórias ou odontologia em geral e COVID-19, além de protocolos. No entanto, observou-se necessidade de investigações no que diz respeito a sistematização dos achados de percepção, saberes e práticas de cirurgiões dentistas frente à situação epidemiológica quando estes foram investigados.

Considerando os riscos de infecção inerentes a esta profissão, os diferentes cenários epidemiológicos, sistemas de saúde, e a conjuntura dinâmica, especialmente, no que diz respeito ao conhecimento dessa nova doença, esta pesquisa se justifica pela necessidade de se entender como os cirurgiões dentistas foram afetados com esse novo processo de trabalho e quais práticas assistenciais foram adotadas.

Diante deste contexto, este trabalho tem o objetivo de analisar os saberes, as percepções e as práticas de cirurgiões dentistas em processo de trabalho durante o primeiro ano de disseminação do coronavírus.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de revisão sistemática que buscou informações sobre os saberes, percepções e práticas dos cirurgiões dentistas, frente ao atendimento odontológico, em um contexto de pandemia pela COVID-19. Esta revisão baseou-se no *Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-analysis* (PRISMA) para revisões sistemáticas<sup>16</sup>, tendo sido inscrita no registro prospectivo internacional para protocolos de revisão sistemática (PROSPERO) cujo registro é CRD42020204515.

## **Referencial Teórico<sup>1</sup>**

A Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, cujo conceito foi formulado por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, foi utilizada para a análise articulada dos componentes: objeto do trabalho, instrumentos, finalidade, produto e agentes do trabalho identificados na revisão sistemática.

Todavia, antes de adentrar no entendimento desses componentes, se faz importante esclarecer a diferença entre os termos “conhecimento” e “percepção” utilizados nesta pesquisa. Em uma perspectiva da Psicologia Social, Strey et al.<sup>17</sup> abordam que a percepção — dos outros, de objetos ou de quaisquer situações — reflete experiências prévias individuais. E, tendo em vista que o meio altera a percepção dos indivíduos, apesar do conhecimento biomédico ser determinante na percepção de profissionais de saúde, indivíduos de uma comunidade possuem uma rede de símbolos que articulam esses saberes<sup>18</sup>.

Dessa forma, buscou-se, através dos termos ora discutidos, sistematizar os conhecimentos e percepções dos cirurgiões dentistas e, na interrelação entre o conhecimento científico e seu

---

<sup>1</sup> O referencial teórico constante nesta dissertação é uma versão ampliada do que foi enviado para publicação do artigo.

campo de saberes, identificar as percepções referidas, e analisar as práticas, efetivamente, desenvolvidas na atenção à saúde bucal no contexto de pandemia pela COVID-19.

Outras questões conceituais também foram observadas no que diz respeito ao campo plural de saberes que em articulação com o âmbito de práticas sociais e tecnológicas, constitui a Saúde Coletiva, e nesta inserida a saúde bucal coletiva operando transformações<sup>19</sup>. Nesta perspectiva, a distinção entre os termos atenção à saúde e assistência à saúde bucal acompanham um processo histórico de superação de paradigmas excludentes, como o biomédico curativo e o preventivista, os quais apresentavam foco na doença e práticas fragmentadas do processo de trabalho em saúde<sup>20</sup>. O termo assistência, entretanto, quando utilizado enquanto cuidado, está correto apesar da existência de novos conceitos<sup>21</sup>.

Por conseguinte, neste trabalho reiteramos a concepção ampliada do processo saúde-doença, em suas diversas dimensões – histórica, social, política e econômica, quando tratamos da atenção à saúde bucal e suas práticas, estas, conceituadas segundo Botazzo e Chaves<sup>22</sup> como: “espaço de produção de novos saberes e novos fazeres” em uma referência à prática como uma “práxis que articula pensamento e ação”.

Retornando aos componentes do referencial de Mendes-Gonçalves, de acordo com Peduzzi e Schrauber<sup>23</sup>, o objeto do trabalho é representado pela matéria prima sobre a qual incide a ação do trabalhador, e no setor saúde, relaciona-se com as necessidades humanas de saúde. Esta matéria prima pode estar em estado natural ou ser fruto de trabalho realizado anteriormente, e, corroborando a relação recíproca deste elemento Rossi<sup>24</sup> descreve: “O objeto, em sua relação com o processo de trabalho não se limita por si mesmo, é delimitado por um olhar que contém um projeto”.

Com relação aos instrumentos de trabalho, estes podem ser materiais ou não materiais. Entende-se por materiais: os equipamentos, materiais de consumo, medicamentos e instalações, enquanto os não materiais são os saberes, que realizam a conexão entre os agentes do processo de trabalho e os instrumentos materiais. O componente finalidade pode ser descrito de acordo com seu caráter teleológico, nesse sentido, finalidade diz respeito ao fim a que se dirigem as ações ou atividades que compõem o processo de trabalho<sup>25,26</sup>.

O produto do trabalho diz respeito ao resultado, que pode se caracterizar como serviço ou atividade. E o último componente do processo de trabalho — o agente do trabalho — assim como os demais, só pode ser analisado em sua relação com os outros componentes, este, segundo Peduzzi<sup>27</sup>, destaca-se à medida que a dinâmica desse processo só é exequível pela ação do trabalhador.

Entender as especificidades do trabalho em saúde, seu dinamismo e complexidade, pode

ser exemplificado pela distinção entre trabalho prescrito e trabalho real. O primeiro refere-se às normas, modos e tempos operatórios prescritos enquanto o trabalho real é aquele que efetivamente acontece, frente à imprevisibilidade do trabalho em saúde, confrontando as condições idealizadas no trabalho prescrito<sup>28</sup>.

Diante dessa imprevisibilidade, Peduzzi<sup>26</sup> expõe a articulação da prática profissional às várias condições sociais vinculadas a um enquadramento econômico, político, cultural, ecológico e ético, dessa forma, esta autora apreende que os trabalhadores de saúde:

“[...] não estão inevitavelmente fadados à configuração dominante do projeto e do processo de trabalho, mas podem imprimir-lhe mudanças, com base na sua atuação, que envolve tanto a dimensão tecnológica e técnica como a dimensão interativa e intersubjetiva do processo de trabalho”

Essa dimensão tecnológica foi concebida por Mendes-Gonçalves<sup>25</sup> como: “conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática numa totalidade social” .

Diante dessa abordagem, a revisão sistemática produzida utilizou, da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, o componente instrumento do trabalho, nas suas duas delimitações, materiais e não materiais, e considerou o produto como as práticas/atividades bem como os cirurgiões dentistas como agentes do trabalho, reconhecendo que os diversos contextos, a exemplo do social, político e ambiental, operam mudanças não só nos instrumentos do trabalho, como também nos saberes operantes<sup>29,30</sup>.

### Critério de elegibilidade

O acrônimo PICOS — população, intervenção, comparação, resultado e desenho de estudo — foi usado para guiar os critérios de inclusão dos estudos. Dentro dos critérios de elegibilidade avaliados, a população era de cirurgiões dentistas, a exposição se configurou na pandemia de COVID-19, e com relação ao resultado buscou-se identificar as percepções e práticas associadas à saúde bucal frente a pandemia e associar esses dados à situação epidemiológica do país. Os estudos incluídos foram estudos qualitativos, quantitativos e consenso de áreas. E como critérios de exclusão adotou-se publicações científicas do tipo: correspondências, comunicações breves, erratas, revisões e artigos que abordavam assuntos não compatíveis com a pesquisa (Tabela S1).

### Fontes de dados

As pesquisas dos artigos incluíram publicações a partir do mês de janeiro de 2020, e

foram executadas no período de 18 de novembro a 08 de dezembro de 2020, nos idiomas inglês, português e espanhol a partir dos bancos de dados eletrônicos: PubMed, Scielo, Science Direct, Scopus e Web of Science utilizando-se, para acessá-los, o Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). As palavras chaves e operadores booleanos utilizados na busca foram: (“COVID-19” AND (“Dental care” OR “Oral health” OR “Dentistry” OR “Dentists”) AND (“Knowledge” OR “Perception” OR “Practices” OR “Attitudes”). Todas as referências foram capturadas por dois revisores independentes, que seguiram a mesma estratégia de busca (Tabela S2).

### Seleção dos estudos e coleta de dados

Os resultados desta pesquisa foram gerenciados pelo programa Mendeley®, e neste, as duplicatas foram removidas. Posteriormente, estas foram transportadas para a plataforma eletrônica Rayyan® a fim de se avaliar a elegibilidade dos estudos. A elegibilidade dos trabalhos foi avaliada em duas fases: inicialmente, os artigos foram examinados em função do título e resumo e, em uma segunda fase, os textos completos dos artigos selecionados foram cuidadosamente analisados.

Para a extração dos dados, os artigos selecionados foram lidos na íntegra e informações sobre autoria, país de referência, desenho de estudo, quantitativo (N), objetivo do estudo primário, principais achados sobre práticas, saberes, percepções e fontes de informações foram extraídos para matriz de síntese e, em seguida, analisados.

Com relação à situação da pandemia pela COVID-19, nos países acompanhados neste estudo, coletou-se do site *Our World in Data* (<https://ourworldindata.org/>): cumulativo de casos, total cumulativo de mortes, casos por milhão, mortes por milhão e taxa de letalidade, esta última calculada a partir do indicador total cumulativo de mortes em relação ao total cumulativo de casos. Dados sobre o total de testes e número de testes por caso confirmado também foram investigados.

### Avaliação do Risco de Viés dos Artigos Selecionados

Duas pesquisadoras, de forma independente, avaliaram a qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão sistemática utilizando a Ferramenta de Avaliação de Métodos Mistos<sup>31</sup> (MMAT) e as discordâncias foram resolvidas por consenso (Figura 2).

### Análise dos dados

A análise dos dados ocorreu a partir das categorias elencadas e uma síntese descritiva

evidenciou os principais resultados encontrados. As categorias população, saberes e principais achados sobre práticas foram analisadas a partir do referencial teórico Marxista de processo de trabalho, e a partir de publicações de Mendes-Gonçalves<sup>25, 29,30</sup>.

Os dados da situação epidemiológica, no que diz respeito à pandemia pela COVID-19, subsidiaram o entendimento dos achados acerca das percepções e práticas dos cirurgiões dentistas, dos países incluídos nesta revisão, à medida que contextualizaram as realidades vivenciadas por estes.

## **Resultados**

### **Resultados das buscas**

Foram identificadas 356 publicações que, após remoção das duplicatas e triagem a partir da leitura dos títulos e resumos, resultaram em 48 estudos para leitura integral. Destes, 17 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão desta revisão (Tabela S3). Por fim, 31 artigos foram elegíveis para inclusão nesta revisão sistemática (Figura 1, Tabela S4).

### **Características de estudos selecionados**

A maioria das publicações eram desenhos de estudo do tipo survey ou cross-sectional survey e 01 artigo era uma fenomenologia<sup>32</sup>. Publicações de 16 países foram identificadas, sendo a Itália o país com mais publicações (sete<sup>33-39</sup>), seguido do Brasil (cinco<sup>40-44</sup>), Índia (três<sup>45-47</sup>), Turquia (três<sup>48-50</sup>) e Arábia Saudita (duas<sup>51,52</sup>), representados na figura 3. Os demais países incluídos, que apresentaram uma publicação, foram: China<sup>53</sup>, Espanha<sup>54</sup>, Estados Unidos<sup>55</sup>, Irã<sup>56</sup>, Jordânia<sup>57</sup>, Líbano<sup>58</sup>, Nepal<sup>59</sup>, Paquistão<sup>60</sup>, Peru<sup>32</sup>, Polônia<sup>61</sup> e Síria<sup>62</sup> (Tabela 01).

### **Avaliação do risco de viés dos artigos**

Utilizando-se o MMAT, 10 dos 31 estudos (41,9%) apresentaram 2 dos 5 critérios do método, 06 estudos (19,3%) cumpriram 3 dos 5 critérios e 15 estudos (48,4%) cumpriram, minimamente, 4 dos 5 critérios do MMAT, sugerindo para estes últimos baixo risco de viés (Figura 2). Dentre os critérios avaliados nos estudos descritivos quantitativos, observou-se que a maioria dos estudos realizou as análises estatísticas de forma apropriada enquanto menor pontuação foi apresentada para risco de viés de não resposta baixo, seguido da relevância da estratégia de amostragem e da representatividade da população alvo.

## Caracterização dos cirurgiões-dentistas nos estudos

A caracterização dos cirurgiões dentistas investigados não foi apresentada em todos os estudos. As mulheres representaram mais de 60% dos participantes em todas as pesquisas realizadas no Brasil<sup>40-44</sup>, Espanha<sup>54</sup>, Índia<sup>46</sup>, Jordânia<sup>57</sup>, Nepal<sup>59</sup>, Paquistão<sup>60</sup>, Síria<sup>62</sup>, Turquia<sup>48,49</sup> e mais de 80% nos estudos da Polônia<sup>61</sup>. A maioria dos pesquisados que atuavam no serviço privado foram identificados nos estudos da Espanha<sup>54</sup>, Estados Unidos<sup>55</sup>, Índia<sup>45</sup>, Irã<sup>56</sup>, Jordânia<sup>57</sup>, Turquia<sup>50</sup> e em todos os estudos da Itália<sup>33-38</sup>, enquanto que na Arábia Saudita<sup>51,52</sup> e na China<sup>53</sup> a maioria dos entrevistados atuavam no serviço público. No Brasil, dois estudos<sup>50,42</sup> apresentavam a maior parte de profissionais do setor privado, enquanto outro foi direcionado exclusivamente para o setor público<sup>44</sup>.

Com relação à idade dos participantes, maiores percentuais de dentistas com 35 anos ou menos foram encontrados na Arábia Saudita<sup>52</sup>, China<sup>53</sup>, Espanha<sup>54</sup>, Irã<sup>56</sup> e Síria<sup>62</sup>. A faixa etária abaixo dos trinta esteve presente, principalmente, nas pesquisas do Nepal<sup>59</sup>, Turquia<sup>49</sup>, e Jordânia<sup>57</sup>, enquanto na Itália<sup>33-35,37-39</sup> identificou-se um maior quantitativo de dentistas com idades acima dos 40 anos (Tabela 1).

## Saberes / Instrumentos não materiais do processo de trabalho

O conhecimento sobre as normas recentemente publicadas para atendimento odontológico durante a pandemia da COVID-19 foi referido por dentistas no Brasil<sup>42</sup>, onde 720 (95,9%) relataram conhecer as medidas de biossegurança da Agência Nacional de Vigilância Sanitária<sup>63</sup> (ANVISA) e também na Arábia Saudita<sup>51,52</sup> onde 492 (86,8%) e 253 (88%) dentistas, respectivamente, referiram estar atualizados a partir das diretrizes do Ministério da Saúde. Entretanto, o estudo de Alzahrani et al.<sup>51</sup> identificou que a leitura de protocolos esbarrou na limitação de entendimento das recomendações, como reportado por 384 (67,7%) sauditas<sup>51</sup> que não conseguiam diferenciar peças de mão com e sem válvula anti-retração.

Por conseguinte, 214 (37,7%) dentistas sauditas<sup>51</sup> acreditavam que o protocolo não fornecia conhecimento abrangente nem cobria todos os procedimentos, e nesse sentido 08 estudos<sup>38,40,42,44,45,47,49,60</sup> (26%) investigaram a associação entre o conhecimento e idade, tempo de prática, grau de qualificação, treinamentos, ou outros dados demográficos.

A experiência profissional não foi um dado mencionado por todos os autores, entretanto, seis estudos<sup>42,49,53,56,57,62</sup> identificaram a maior parte dos pesquisados com menos de 10 anos de experiência prática, enquanto a maioria dos cirurgiões dentistas do Brasil<sup>40,41,44</sup>, Itália<sup>34,35</sup>, Peru<sup>32</sup> e Polônia<sup>61</sup> apresentavam mais de 10 anos. E, com relação à qualificação profissional,

10 dos 31 estudos identificaram maior número de dentistas com bacharelado, enquanto estudos no Brasil<sup>40,41,43,44</sup>, Índia<sup>46</sup>, Líbano<sup>58</sup> e Peru<sup>32</sup> investigaram uma maioria de pós-graduados (Tabela S5).

Associações significativamente maiores no que concerne ao nível de conhecimento foram encontradas com relação a respondentes com pós-graduação<sup>45,47,52</sup>, aos que realizaram treinamento<sup>42,45</sup>, também com relação à idade<sup>40,47,52</sup>, a anos de prática<sup>40,44,52</sup> e ao gênero<sup>38,49,60</sup>.

No tocante ao conhecimento acerca das diretrizes atuais do CDC<sup>64</sup> ou da OMS<sup>65</sup>, para o controle de infecções cruzadas em relação à COVID-19, 345 participantes no Nepal<sup>59</sup> (85%) estavam cientes.

No geral, estudos com cirurgiões dentistas da Índia<sup>45,46</sup>, Itália<sup>34,35</sup>, Líbano<sup>58</sup>, Nepal<sup>59</sup> e Síria<sup>62</sup> consideraram seus conhecimentos adequados, mensurados a partir de frequências percentuais sobre respostas corretas sobre a COVID-19. Entretanto, uma parte significativa de italianos<sup>35</sup>, 613 (40,9%), não foram informados sobre o uso adequado de EPI, e apenas 198 (13,2%) dos entrevistados haviam selecionado corretamente todos os sintomas conhecidos da COVID-19 ao preencher o questionário (Tabela 2)

O estudo do Paquistão<sup>60</sup> mostrou média de conhecimento de 10,69 +/- 2,14 - com ponto de corte maior ou igual a nove, para conhecimento suficiente - e 280 (91,5%) entrevistados neste parâmetro. Outro estudo que também utilizou a escala Likert, identificou que 231 (86,5%) turcos<sup>49</sup> apresentaram alto conhecimento com pontuação de 17 a 24, e média de conhecimento de 19,03 +/- 3,15.

No que diz respeito às fontes de informações, as mídias sociais<sup>46,48</sup> e instituições governamentais ou de classe<sup>35,38,48,49,58,59,61</sup> foram as mais encontradas, e quanto aos treinamentos sobre a COVID-19, identificou-se que 412 (54,9%) dentistas os realizaram no Brasil<sup>42</sup>, 321 (49,7%) e 565 (56%) na Índia<sup>45,46</sup>, 522 (26,7%) dentre os turcos<sup>48</sup>, 28 (7,6%) jordanianos<sup>57</sup>, 31 (5,8%) italianos<sup>38</sup> e 16 (4,5%) libaneses<sup>58</sup>. Outro estudo<sup>35</sup> mostrou que 858 (57,2%) italianos declararam não estarem suficientemente treinados para o retorno ao trabalho, visto que apenas 217 (15,6%) receberam treinamento específico, enquanto 270 (88,2%) paquistaneses<sup>60</sup> gostariam que lhes fossem proporcionados treinamento sobre a COVID-19 (Tabela 2).

Por fim, estudo do Brasil<sup>42</sup> mostrou que dentistas treinados apresentaram pontuações de conhecimento significativamente mais elevadas ( $p < 0,001$ ), e, no Líbano<sup>58</sup> importante associação entre conhecimento e prática foi encontrada, cujos dados concluíram que dentistas treinados refletiram melhores práticas em relação à COVID-19 ( $p=0,011$ ), bem como que a qualificação de especialista foi altamente associada a boas práticas ( $p < 0,0001$ ). De modo

semelhante, na Polônia<sup>61</sup>, dentistas que continuaram trabalhando estavam mais familiarizados com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Associação Dental Polonesa ( $p=0,035$ ) e dentistas da Arábia<sup>52</sup>, mais qualificados e mais experientes apresentaram associação com diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à mudança de rotinas de controle de infecção após a pandemia de COVID-19, com  $p=0,023$  e  $p=0,006$ , respectivamente.

### Principais práticas e instrumentos materiais

A suspensão dos procedimentos odontológicos eletivos foi apontada por muitos estudos verificando-se uma maior proporção de atendimento de urgências e emergências tanto em países que apresentavam curso inicial da pandemia como Turquia<sup>48,50</sup>, Paquistão<sup>60</sup> e Síria<sup>62</sup> assim como na Itália<sup>34,36</sup>, que apresentava taxa de letalidade aproximada de 13% e no Brasil<sup>40-44</sup>, cujos estudos se distribuíram entre 28 de março a 02 de julho de 2020, com taxas de letalidade variando de 2,8 a 6,9%. Ao passo que nos Estados Unidos<sup>55</sup>, entre maio e junho de 2020, a proporção de atendimento eletivo foi tão alta quanto a de atendimento a urgências, 1.758 (80%) e 1.999 (91,1%) respectivamente, mesmo quando seus dados relativos à COVID-19 mostravam, comparativamente, altos números de casos por milhão, mortes e taxa de letalidade aproximada de 6%. E, no que diz respeito aos dados de testagem da população, os Estados Unidos, a Itália e a Índia apresentaram altas proporções de testagem na população. (Tabela 3 e 4).

Outro dado importante é que na Itália<sup>35</sup>, identificou-se que em caso de emergência, apenas 8,2% dos entrevistados teriam atendido os pacientes com o uso adequado de EPI ou prescrevendo o teste de reação em cadeia da polimerase (PCR). Em relação ao atendimento a pacientes suspeitos para COVID-19, um alto percentual de dentistas evitou atendê-los, 82,6% na Jordânia<sup>57</sup>, em março de 2020, e 75% no Nepal<sup>59</sup> no período de realização da pesquisa, de 10 a 17 de maio de 2020. Enquanto o estudo realizado com dentistas indianos<sup>45</sup>, de 01 a 08 de junho de 2020, mostrou que 299 (46,3%) optaram por utilizar a teleconferência para essa situação (Tabela 3).

Dentistas peruanos<sup>32</sup> apontaram que o ideal seria fazer uso de testes rápidos de diagnóstico para pacientes e profissionais, entretanto, de todos os países incluídos nesta revisão sistemática, apenas na China<sup>53</sup> foi identificado que 319 (99%) dentistas tomariam medidas para rastrear os pacientes antes da retomada das práticas endodônticas, inclusive 240 (74,4%) adotaram medidas pagas que incluíram o RT-PCR e 241 profissionais (90,6%) realizaram seus testes da COVID-19 antes da retomada das práticas.

A redução de procedimentos geradores de aerossóis foi adotada por 292 (95,5%)

paquistaneses<sup>60</sup>, 2880 (88,5%) italianos<sup>36</sup>, 978 (49,9%) dentistas da Turquia<sup>48</sup> e 173 (49,6%) ortodontistas italianos<sup>37</sup> enquanto apenas 147 (7,2%) dentistas americanos<sup>55</sup> evitaram gerar aerossóis.

No que diz respeito a aferição de temperatura de pacientes, os estudos mostraram que essa prática apresentou grandes diferenças percentuais quanto sua adesão: 97,2% (2133) entre dentistas americanos<sup>55</sup>, seguidos de 96,7% (296) no Paquistão<sup>60</sup>, 92,9% (299) na China<sup>53</sup>, 92% (264) entre os árabes<sup>52</sup> e 51% (207) no Nepal<sup>59</sup>. Situação distinta foi verificada na Itália, onde apenas 23,5% (725) e 25% (820) adotaram essa prática de acordo com Cagetti et al.<sup>33</sup> e Izzetti et al.<sup>36</sup>, respectivamente. Os dados relativos à COVID-19 à época dos estudos mostraram que a Itália apresentava altas taxas de letalidade e casos de COVID-19 enquanto, tanto no Paquistão com uma situação epidemiológica incipiente quanto nos Estados Unidos, com milhões de contaminados, seus dentistas<sup>60,55</sup> aferiram a temperatura de mais de 95% dos pacientes (Tabelas 04 e 03).

Outras atitudes encontradas, que contrastavam com as orientações sanitárias, foram verificadas em 80 dentistas jordanos<sup>57</sup> (21,7%), estes consideravam desnecessário pedir que os pacientes sentassem longe uns dos outros, usassem máscaras na sala de espera e lavassem as mãos antes de se sentar na cadeira a fim de se evitar pânico. Entretanto, na Arábia Saudita<sup>52</sup>, a solicitação para que os pacientes higienizassem as mãos antes do tratamento era feita por 192 (67%) participantes da pesquisa.

Vários países e órgãos governamentais realizaram recomendações acerca de equipamentos, materiais de consumo e instalações a serem implementadas para o atendimento odontológico, entretanto, as pesquisas mostraram a escassez desses suprimentos ou os baixos percentuais de uso destes. Na Espanha<sup>54</sup>, 243 (60,8%) dentistas não conseguiram obter nenhum equipamento de proteção individual (EPI) quando foi decretado o estado de alarme.

Na Itália<sup>36,34</sup>, na Polônia<sup>61</sup>, e na Turquia<sup>48</sup>, 2.942 (90,4%), 306 (86%), 659 (75,3%) e 908 (46,4%) cirurgiões dentistas, respectivamente, relataram dificuldade de acesso a EPIs enquanto o estudo de Consolo et al.<sup>34</sup> identificou que 206 (57,9%) relataram problemas no tempo de entrega de materiais odontológicos. No Irã<sup>56</sup>, 210 (87%) também relataram dificuldade, embora 27 (11%) dentistas referiram ter recebido auxílio de organizações públicas no fornecimento destes.

Em contradição com os dados verificados nos estudos anteriores, nos Estados Unidos<sup>55</sup> 2.034 (99,6%) profissionais utilizaram EPIs, 1.117 (59,0%) usaram N95 ou máscara equivalente além de outros EPIs na realização de procedimentos dentais geradores de aerossóis (AGDPs) e 90 (61,6%) relataram usá-los também em não AGDP. Comparativamente, o uso do

respirador N95 apresentou baixos percentuais, na Turquia<sup>48</sup> (12,4%), Arábia Saudita<sup>51</sup> (23,8%) e no Nepal<sup>59</sup> (30%), enquanto que na Itália<sup>33,39</sup> identificou-se percentuais de 54,8% e 62,2% respectivamente e maior adesão foi encontrada na China<sup>53</sup>, com 82,3% (Tabela 3). No geral, o estudo de Sinjari et al.<sup>39</sup> mostrou que o uso rotineiro de EPI (máscara, óculos, fone de ouvido e batas), de 77,3% antes da pandemia, aumentou para 91,6%, durante a pandemia, entre os dentistas italianos.

Com relação ao uso do dique de borracha em procedimentos com aerossol, um percentual muito baixo de cirurgiões dentistas o adotou, como no Nepal<sup>59</sup> (6%), na Turquia<sup>48</sup> (13,8%), na Arábia Saudita<sup>51</sup> (35,1%) e no Brasil<sup>42</sup> (47%), contrastando com os 75,8% que fizeram uso deste na Itália<sup>36</sup>. E, no que concerne ao uso do sistema de aspiração à vácuo, 59% dos dentistas sauditas<sup>52</sup> não o possuíam, 34,4% dos brasileiros<sup>42</sup>, e 4,0% dos americanos<sup>55</sup>.

### Teleodontologia na pandemia

Dados relativos à utilização da tecnologia na comunicação com os pacientes - para triagem, acompanhamento e avaliação - foram identificados no Brasil<sup>43</sup> através de 249 ligações (49,1%), 358 mensagens de WhatsApp® (70,6%) e utilização por 73 vezes de páginas de redes sociais (14,4%). Na Itália<sup>34</sup>, identificou-se que 341 (95,8%) pesquisados utilizaram telefones e apenas 15 (4,2%) canais sociais ou sites para contato com os pacientes.

Ainda com relação ao uso de tecnologias, a teletriagem foi uma prática amplamente utilizada pelos dentistas italianos<sup>33,36</sup> com percentuais de utilização de 82,4% (2.542) e 95% (2.010). No Peru, a pesquisa fenomenológica de Castro-Rodrigues<sup>32</sup> corrobora a avaliação de saúde do paciente por telefone, entretanto, na Arábia Saudita<sup>51,52</sup>, valores inferiores foram verificados: 28,7% (163) e 43% (123).

Já com relação a telemedicina, o estudo da Itália<sup>39</sup> mostrou que apenas 54 (12,3%) profissionais a utilizaram e 162 (36,8%) não a consideraram válida, entretanto esta mesma pesquisa identificou que quanto maior a idade dos profissionais, maior a crença em tecnologias digitais para ajudar em momentos de emergências como pandemias. No Irã<sup>56</sup>, 153 (63%) discordavam da eficácia da consulta por telefone (Tabela 3).

### Principais Percepções

A maioria dos estudos analisados trouxeram diferentes informações relativas à percepção dos cirurgiões dentistas. Merece destaque o estudo de Vieira-Meyer et al.<sup>44</sup> em que 4.024 brasileiros (99,41%) acreditavam que a COVID-19 podia ser transmitida por meio de

procedimentos odontológicos, 3.382 (83,55%) não acreditavam que os equipamentos de proteção individual (EPI), que utilizam rotineiramente, seriam suficientes para se proteger da contaminação e 3.278 (80,98%) consideravam as medidas de biossegurança habitualmente utilizadas insuficientes. Na Turquia<sup>50</sup>, 490 (83,1%) dentistas também consideraram que a doença poderia ser transmitida mesmo com o uso de EPIs.

A percepção que a COVID-19 é muito perigosa foi identificada por 665 (65,9%) indianos<sup>46</sup>, enquanto que 264 (71,7%) dentistas da Jordânia<sup>57</sup> a consideravam moderadamente perigosa. Consideravam a odontologia a categoria de trabalho de maior risco de contaminação: 6148 sírios<sup>62</sup> (85%) e 562 indianos<sup>45</sup> (87%), risco também registrado por 2214 (64,5%) italianos<sup>33</sup> e 725 (82,9%) poloneses<sup>61</sup>.

O medo de tratar um paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19 foi relatado por 309 (86,3%) dentistas libaneses<sup>58</sup> e dentre os que expressaram preocupação de contaminar a si mesmos identificou-se 303 italianos<sup>34</sup> (85%), 236 (77,2%) paquistaneses<sup>60</sup> e 198 (61%) chineses<sup>53</sup>. Enquanto quatro estudos<sup>37,47,53,61</sup> relataram preocupação em infectar suas próprias famílias. Além do medo, sintomas psicológicos como ansiedade foram reportados entre turcos<sup>50</sup>, paquistaneses<sup>60</sup>, americanos<sup>55</sup> e iranianos<sup>56</sup>, estes dois últimos estudos, ainda referiram depressão.

Dentistas de sete países questionaram apoio financeiro ou mostraram preocupação com o futuro da profissão. No Brasil<sup>41,43</sup> e também entre libaneses<sup>58</sup> e italianos<sup>36,39</sup> identificou-se preocupação sobre o impacto financeiro da pandemia nos consultórios odontológicos e apreensão quanto ao futuro. Nesse sentido, dentistas peruanos<sup>32</sup> temiam o aumento dos custos em decorrência dos valores dos EPIs e 43% (105) dos iranianos<sup>56</sup> pesquisados demitiram assistentes, outros 37% (90) buscaram fontes de renda diversas da prática odontológica e apenas 2% (6) receberam ajuda financeira de organizações públicas.

No que diz respeito a planos de ações governamentais, dentistas da Itália<sup>35</sup> o consideraram insuficiente, assim como o apoio financeiro que lhes foi concedido. Entretanto, os italianos acreditavam que auxílios do governo, de instituições de previdência social e de associações odontológicas poderiam ajudá-los durante e após a pandemia<sup>34</sup>. Na Espanha<sup>54</sup>, as perdas econômicas parecem ter contribuído para os pedidos de auxílio econômico para trabalho temporário. Por fim, quanto à percepção da demanda por atendimento odontológico, 221 (80,7%) dentistas indianos<sup>47</sup> acreditavam que esta ia diminuir devido à falta de cobertura de seguro, ao mesmo tempo em que 253 (92,3%) entrevistados referiram que um grande investimento se faz necessário para exercer uma prática segura<sup>47</sup> (Tabela 2).

## Discussão

Esta revisão registra que pesquisadores de diferentes países buscaram compreender a atenção à saúde bucal durante a pandemia de COVID-19 evidenciando que o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas está em constante transformação, mediado por diferentes contextos objetivos e subjetivos.

O quantitativo encontrado de cirurgiões dentistas no setor público e privado pode estar relacionado a organização de seus sistemas de saúde frente a saúde bucal. Espanha e Itália, por exemplo, possuem sistema universais de saúde, entretanto, pode-se considerar que estes não incluem os serviços odontológicos, os quais, em sua maioria, não são cobertos (OECD<sup>66</sup>,OECD<sup>67</sup>). Já os Estados Unidos, que apresentam sistema de saúde baseado em planos e seguros, também possuem atendimento odontológico eminentemente privado<sup>68</sup>.

Comparativamente, nesta revisão foram encontrados contingentes maiores de trabalhadores no serviço público na Arábia Saudita<sup>51</sup> e China<sup>53</sup>. O primeiro possui sistema de saúde universal e a cobertura odontológica do governo possui atenção primária, cuidados intermediários e centros especializados, entretanto, também devido à longa espera por tratamento, a odontologia privada é considerada uma opção<sup>69</sup>. E apesar da China, conforme explicado por Meng et al.<sup>70</sup>, dispor de um sistema de seguro público universal, apenas uma pequena parte das despesas com assistência odontológica é coberta<sup>71</sup>.

Avançando sobre a análise dos saberes identificados nesta revisão, os dados relativos aos conhecimentos dos estudos da Índia<sup>45,46</sup>, Itália<sup>34,35</sup>, Líbano<sup>58</sup>, Nepal<sup>59</sup> e Síria<sup>62</sup>, e as associações com qualificação<sup>45,47,52</sup> e tempo de prática<sup>40,44,52</sup> estão de acordo com a pesquisa multinacional conduzida por Kamate et al<sup>72</sup>.

Ainda sobre saberes, foi observado que, apesar da maioria dos dentistas<sup>51,52,42,45,46, 33-35,49,58-60,62</sup> terem reportado um bom conhecimento acerca da COVID-19, identificou-se uma discrepância entre a demanda referida pelos dentistas<sup>35,38,42,45,46,48,57,60</sup> para treinamento específico, a orientação de órgãos reguladores<sup>64</sup> e associações<sup>3,73,74</sup> e a efetiva disponibilidade de treinamentos para a equipe odontológica em geral<sup>38</sup>.

Ademais, à luz do processo de trabalho em saúde<sup>29</sup>, seus elementos e especificidades, o conhecimento possui uma construção social com consequente repercussão na prática. Nesse sentido, apenas um estudo<sup>51</sup> investigou e identificou que a maioria dos dentistas não sabia diferenciar peças de mão com sistema anti-retração, apesar da orientação de uso deste equipamento por protocolos e diretrizes<sup>73,74</sup>. A fragilidade nesse conhecimento tem repercussão

na biossegurança, Peng et al.<sup>75</sup> sugeriram a proibição de uso de peças de mão sem esse sistema devido a possibilidade de aspiração de fluidos e contaminação da tubulação do equipamento.

Frente ao questionamento por protocolos mais abrangentes<sup>51</sup> e falta de informação sobre o uso correto de EPI<sup>35</sup>, na Europa, Panteli et al<sup>76</sup> referiram que a educação profissional contínua ainda encontra o desafio de superar seu caráter de exigência burocrática para ser eficaz, acrescentando que alertas para infrações às boas práticas estão sendo implantados. Outrossim, os achados de associações entre conhecimento, experiência e formação profissional repercutindo em boas práticas<sup>52,58,61</sup> condizem com achados da literatura<sup>72</sup>.

A orientação de suspensão dos procedimentos eletivos começou a ser flexibilizada em maio de 2020<sup>64</sup>, entretanto, os dados encontrados nos estudos da Itália e no Brasil mostraram que na situação epidemiológica enfrentada para COVID-19, seus dentistas ainda priorizaram atendimentos a urgências e emergências enquanto nos Estados Unidos o atendimento eletivo apresentou altos percentuais de adesão. Outro estudo desenvolvido nos Estados Unidos confirmou a retomada total das práticas por mais de 75% de endodontistas atrelada a técnicas de triagem e uso de EPI<sup>77</sup>.

O exemplo da Coreia do Sul para manter o atendimento odontológico de rotina foi justificado, segundo Noh et al<sup>78</sup>, pela expressiva testagem da população, aliada a medidas de rastreamento e contenção, o que oferecia segurança para dentistas e pacientes. Segundo Ritchie et al<sup>79</sup>, a percepção da real propagação do vírus, assim como a mensuração do número de casos confirmados e da taxa de letalidade, está condicionada ao quantitativo de testes por caso confirmado realizados por cada país. Nessa perspectiva, podemos supor que a realização de testes em massa traria mais segurança para o atendimento odontológico dos países integrantes dessa pesquisa.

As diretrizes do CDC<sup>64</sup>, OMS<sup>65</sup> e de órgãos reguladores da odontologia, de diferentes países<sup>3,73,74</sup>, incluíram: recomendações de uso de EPI e avaliação detalhada do paciente - inclusive com medição de temperatura, uso de dique de borracha, dentre outros. Entretanto, dentre os achados, surpreendeu que uma minoria de dentistas na Itália<sup>33,36</sup> consideraram a verificação da temperatura corporal dos pacientes, prática das mais simples dentre as triagens recomendadas. Embora a aferição do estado febril tenha limitações na identificação de casos assintomáticos<sup>80</sup> esta revisão mostrou que países com diferentes realidades epidemiológicas aderiram a esta prática.

Dessa forma, os conhecimentos e práticas identificados neste estudo foram apreendidos pelos cirurgiões dentistas dentro de distintas realidades históricas e sociais e tanto a adoção das práticas recomendadas em protocolos quanto a aplicação dos saberes evidenciaram que, não só

o contexto epidemiológico, social e econômico vivenciado por cada cirurgião dentista, como também o caráter subjetivo, interferiram nessas escolhas. Nesse contexto, infere-se que nem sempre as orientações previstas em normas e diretrizes de saúde são plenamente seguidas, visto que seus trabalhadores, também exercem suas possibilidades de autonomia.

Quando dentistas não solicitaram aos pacientes que higienizassem as mãos antes do atendimento odontológico ou usassem máscaras na sala de espera, percebe-se o caráter de subjetividade desses dentistas frente a seu objeto de trabalho, que, por sua vez, se constitui em outro homem, com suas respectivas subjetividades. Nesse sentido, as práticas de saúde apontam a existência de uma inter-relação de sujeitos, historicamente construída, constituindo relações sociais entre estes, seus objetos e seus instrumentos<sup>29</sup>.

A constatação da escassez de EPIs, em concordância com os achados de Dargaville et al.<sup>81</sup>, pode ter relação com os baixos percentuais de uso do respirador N95, além de ter ajudado a aumentar a percepção de risco da categoria e de reconhecimento sobre ser um grupo vulnerável. Tendo em vista a percepção de insegurança, inclusive frente aos EPIs, testes diagnósticos prévios ao atendimento, como o RT-PCR, (CDC<sup>64</sup>) foram uma opção aplicada apenas pela China<sup>53</sup> e Itália<sup>35</sup> embora tenham esbarrado em questões financeiras. O exemplo positivo da Coreia do Sul com a centralização e distribuição de compras de EPIs, testagem em massa, rastreamento de casos, medidas econômicas e investimento tecnologia também foi reflexo do aprendizado com o surto de MERS em 2015<sup>78</sup>.

A pandemia também implementou novas formas de atuação vinculadas à odontologia e com elas tecnologias como a teletriagem e a teleconsulta. Nosso estudo mostrou a inclusão dessas práticas por cirurgiões dentistas de vários países<sup>32,33,43,51,52</sup> e especialmente da teletriagem por dentistas italianos<sup>33,36</sup>. Com relação à telemedicina, apesar de questionada<sup>56</sup>, foi também utilizada por dentistas indianos<sup>45</sup>. Dorsey et al.<sup>82</sup> destaca que existe uma transição em curso, mediada por fatores sociais e econômicos, enquanto Maret et al.<sup>83</sup> destaca que apesar das limitações, a teleodontologia pode ser usada como complemento ao tratamento padrão das doenças orais e em abordagens preventivas.

Por conseguinte, os dados e respostas de cada país também repercutiram em medo, preocupação, ansiedade, depressão e angústia, estados condizentes com estudo de Shacham et al.<sup>84</sup>, este destaca que a equipe odontológica apresenta um risco elevado de desenvolver sofrimento psicológico, e que o medo de contrair COVID-19 de um paciente está associado a esse sofrimento. Avaliando as taxas de letalidade encontradas nos países participantes desta revisão, as quais variaram de 1,1 na Turquia, a 13,8 na Itália (Tabela 4), podemos supor que tais percepções e sintomas estavam presentes em diferentes contextos epidemiológicos.

Sabe-se que, enquanto indicador, a taxa de letalidade varia em função dos diferentes sistemas de saúde, do acesso da população aos serviços, da testagem e da respectiva demografia<sup>85,86</sup>, entretanto, nesta pesquisa ele foi utilizado como critério de entendimento para as percepções e práticas dos cirurgiões dentistas, em conjunto com outros parâmetros.

Com relação ao impacto financeiro imposto pela COVID-19 a cirurgiões dentistas em todo o mundo, a literatura demonstra que em países desenvolvidos como Espanha e Itália, apesar de considerado insuficiente, os governos implementaram certo apoio financeiro. O que não ocorreu em países em desenvolvimento como Brasil e Índia, nestes não existe política semelhante<sup>87</sup>.

Desde a pandemia do HIV medidas rigorosas de controle de infecção foram introduzidas por cirurgiões dentistas, entretanto a COVID-19 mostrou que práticas modificadas ainda são necessárias, como a adoção de testes rápidos antes do tratamento, sucção de alta potência, teleodontologia, entre outros. Os profissionais precisam estar preparados para esta doença ser endêmica e para novas infecções emergentes<sup>88</sup>.

Por fim, os achados mostraram uma odontologia enquanto prática social que produz serviços que atendem necessidades de sujeitos/pacientes ao mesmo tempo em que responde por uma odontologia de mercado, com toda sua instabilidade. Estas condições nos remetem à subordinação ao processo produtivo capitalista e à apreensão quanto ao futuro da profissão, entendendo as práticas de saúde enquanto relações sociais de produção<sup>29</sup>.

E, não obstante as reflexões presentes nos achados discutidos, nossa pesquisa apresenta como limitações a qualidade metodológica dos estudos incluídos, que pode ter sido comprometida pelo desafio de conduzir pesquisas durante a pandemia, afetando a representatividade da população alvo e de algumas evidências, o risco de viés de não resposta baixo, além da inclusão de apenas estudos publicados em inglês, português e espanhol. Como pontos fortes dessa revisão apresentamos resultados dentro de uma breve contextualização epidemiológica e social dos cirurgiões dentistas, sugerindo para pesquisas futuras investigações que considerem as diferentes realidades e necessidades apresentadas e vivenciadas por esses atores.

## **Conclusão**

O contexto da pandemia evidenciou que o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas está em constante transformação, na medida que estes, inseridos em diferentes contextos,

questionam, sentem e praticam.

Essa revisão registrou que apesar da maioria dos estudos terem mostrado bom conhecimento sobre a COVID-19, dentistas de 07 países referiram necessidade de treinamento. O atendimento prioritário a urgências foi identificado em 12 artigos, dentistas de 09 países mencionaram sintomas psicológicos, participantes de estudos de 07 países referiram o uso da tecnologia e outros 07 questionaram apoio financeiro ou mostraram preocupação com o futuro da profissão.

Ao se investigar o estado psicológico dos cirurgiões-dentistas constatou-se percepções de preocupação, ansiedade, depressão, angústia e medo presentes em diferentes situações epidemiológicas.

A despeito das diretrizes e protocolos publicados durante a pandemia da COVID-19, as práticas de saúde, percepções e saberes dos cirurgiões-dentistas envolveram uma complexidade de subjetividades vinculadas a sistemas de saúde, organizações sociais e atividades econômicas distintas.

Medidas de acompanhamento e apoio à saúde dos trabalhadores, além de treinamentos e programas de incentivo financeiro devem ser implementados por formuladores de políticas e gestores. Neste contexto, a adoção de tecnologias como a teletriagem e a teleconsulta podem representar uma mudança de paradigma e se firmarem enquanto procedimentos de rotina.

Por fim, esta pesquisa apontou para uma reflexão sobre o reconhecimento de que a pandemia expôs diferentes realidades de processos de trabalho, evidenciando uma necessidade de pesquisas futuras que apoiem formuladores de políticas na tomada de decisões.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 Situation Report 51 11th March 2020. World Health Organization, v. 2019, n. March, p. 2633, 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>.
2. Ge ZY, Yang LM, Xia JJ, Fu XH, Zhang YZ. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2020;21(5):361-368. doi:10.1631/jzus.B2010010.
3. American Dental Association (ADA). Recommending dentists postpone elective procedures. Available from: <https://www.ada.org/en/publications/ada-news/2020-archive/march/ada-recommending-dentists-postpone-elective-procedures>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Atendimento Odontológico no SUS. Brasília-DF, mar. 2020. NOTA TÉCNICA Nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS.
5. COVID-19 Dental Services Evidence Review (CoDER) Working Group. Recommendations for the re-opening of dental services: a rapid review of international sources. The Cochrane database of systematic reviews, n. May, p. 45, 2020. Available from: [https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.cochrane.org/files/public/uploads/covid19\\_dental\\_review\\_16\\_may\\_2020\\_update.pdf](https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.cochrane.org/files/public/uploads/covid19_dental_review_16_may_2020_update.pdf). [Accessed 2021 Oct 2].
6. Jafari A, Mohammadpour M, Ghanbarzadegan A, Rossi-Fedele G, Bastani P. Oral health practitioners' knowledge, attitude, and awareness about coronavirus: A systematic review and meta-analysis. *J Educ Health Promot*. 2021;10:39. Published 2021 Jan 28. doi:10.4103/jehp.jehp\_939\_20.
7. Rahul M, Tewari N, Mathur V, Goel S, Jain G. Evidence mapping and quality analysis of published dental literature on COVID-19 - A systematic review. *Natl J Maxillofac Surg*. 2021;12(2):139-161. doi:10.4103/njms.NJMS\_237\_20.
8. Achmad H, Tanumihardja M, Ramadhany YF. Teledentistry as a solution in dentistry during the covid-19 pandemic period: A systematic review. *International Journal of Pharmaceutical Research*. 2020 Jul 1;12(2). doi:<https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.SP2.045>.
9. Tuñas ITC, Silva ET, Santiago SBS, Maia KD, Silva-Júnior GO. Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19): Uma abordagem preventiva para Odontologia. *Rev Bras Odontol*. 2020;77(1):1-6.
10. Kumar A K, Sudheer A, Sravanthi G, Polepalle LT, Reddy NR, Firoz Babu P, et al. Prophylactic measures to be taken by oral health care professionals during a pandemic outbreak of covid-19. *International Journal of Current Research and Review*. 2021; 13(1). <https://doi.org/10.31782/IJCRR.2021.13116>.

11. Cabrera-Tasayco FDP, Rivera-Carhuavilca JM, Atoche-Socola KJ, Peña-Soto C, Arriola-Guillén LE. Biosafety measures at the dental office after the appearance of COVID-19: A systematic review. *Disaster Med. Public Health Prep.* 2020;1–16. doi: 10.1017/dmp.2020.269.
12. Faria MH, Pereira LD, Limeira AB, Dantas AB, Moura JM, Almeida GC. Biossegurança em odontologia e COVID-19: Uma revisão integrativa. *Cadernos ESP [Internet]*. 22º de julho de 2020 [citado 21 de janeiro de 2022];14(1):53-60. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/335](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/335).
13. Turkistani KA, Turkistani KA. Dental Risks and Precautions during COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2020;10(5):540-548. Published 2020 Aug 21. doi:10.4103/jispcd.JISPCD\_295\_20.
14. Bordea IR, Candrea S, Sălăgean T, Pop ID, Lucaciu O, Ilea A, et al. Impact of COVID-19 Pandemic on Healthcare Professionals and Oral Care Operational Services: A Systemic Review. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021;14:453-463. Published 2021 Feb 4. doi:10.2147/RMHP.S284557.
15. Banakar M, Bagheri Lankarani K, Jafarpour D, Moayedi S, Banakar MH, MohammadSadeghi A. COVID-19 transmission risk and protective protocols in dentistry: a systematic review. *BMC Oral Health.* 2020;20(1):1–12. doi: 10.1186/s12903-020-01270-9.
16. Moher D, Liberati A, Tetziaff, J, Altman, DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
17. Strey MN. *et al.* *Psicologia social contemporânea: livro-texto – Petropolis, RJ: Vozes, 2013. ISBN 978-85-326-4746-7 – Edição digital.*
18. Uchôa E, Vidal JM. "Antropologia médica: elementos conceituais emetodológicos para uma abordagem da saúde e da doença", *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 4, p. 497–504, dez. 1994. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000400010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000400010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400010&lng=pt&tlng=pt).
19. Almeida-Filho N, Paim JS. Saúde Coletiva como Campo de Saberes e de Práticas: Abordagens e Perspectivas. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* (Orgs.).1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.720p.
20. Matta GC, Morosini MV. *Atenção à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ;2009.
21. Candeias JA. Assistência e Atenção. *Revista de Saúde Pública [online]*. 1992, v. 26, n. 4 [Acessado 25 Agosto 2021] , pp. 215-216. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101992000400001>>. Epub 15 Out 2003. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101992000400001>.

22. Botazzo C, Chaves SC. Saúde Bucal Coletiva: Antecedentes e Estado da Arte. In: Paim JS, Almeida -Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. (Orgs.).1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.720p.
23. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de Trabalho em Saúde: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ;2009.
24. Rossi TR. A política de saúde bucal na atenção especializada em dois municípios da Bahia: da entrada na agenda à sua implantação [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
25. Mendes Gonçalves. Tecnologia e organização social das práticas de saúde – características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo, 1994.
26. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007a. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
27. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
28. Faria HP. *et al.* Processo de trabalho em saúde. Santos. - 2ª ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, p.68, 2009.
29. Mendes Gonçalves. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo:CEFOP, 1992, 53p. (Cadernos Cefor – textos 1).
30. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 1988.
31. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.
32. Castro-Rodríguez Y, Valenzuela-Torres O. Repercusiones de la pandemia de COVID 19 en la atención odontológica, una perspectiva de los odontólogos clínicos. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 Ago [citado 2021 Sep 02] ; 19( 4 ): e3410. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000500005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000500005&lng=es). Epub 10-Sep-2020.
33. Cagetti MG, Cairolì JL, Senna A, Campus G. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. Int J Environ Res Public Health. 2020 May 28;17(11):3835. doi: 10.3390/ijerph17113835.
34. Consolo U, Bellini P, Bencivenni D, Iani C, Checchi V. Epidemiological Aspects and Psychological Reactions to COVID-19 of Dental Practitioners in

- the Northern Italy Districts of Modena and Reggio Emilia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3459. doi: 10.3390/ijerph17103459.
35. De Stefani A, Bruno G, Mutinelli S, Gracco A. COVID-19 Outbreak Perception in Italian Dentists. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3867. doi:10.3390/ijerph17113867.
  36. Izzetti R, Gennai S, Nisi M, Barone A, Giuca MR, Gabriele M, et al. A perspective on dental activity during COVID-19: The Italian survey. *Oral Dis*. 2021;27 Suppl 3:694-702. doi:10.1111/odi.13606.
  37. Martina S, Amato A, Rongo R, Caggiano M, Amato M. The Perception of COVID-19 among Italian Dentists: An Orthodontic Point of View. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4384. doi:10.3390/ijerph17124384.
  38. Putrino A, Raso M, Magazzino C, Galluccio G. Coronavirus (COVID-19) in Italy: knowledge, management of patients and clinical experience of Italian dentists during the spread of contagion. *BMC Oral Health*. 2020 Jul 10;20(1):200. doi: 10.1186/s12903-020-01187-3.
  39. Sinjari B, Rexhepi I, Santilli M, D Addazio G, Chiacchiaretta P, Di Carlo P, et al. The Impact of COVID-19 Related Lockdown on Dental Practice in Central Italy-Outcomes of A Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5780. Published 2020 Aug 10. doi:10.3390/ijerph17165780.
  40. Candeiro GT, Gavini G, Vivan RR, Carvalho BM, Duarte MA, Feijão CP, et al. Knowledge about Coronavirus disease 19 (COVID-19) and its professional repercussions among Brazilian endodontists. *Brazilian oral research*. 2020; 34, e117. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0117>.
  41. Cotrin P, Peloso RM, Pini NI, Oliveira RC de, Valarelli FP, Freitas KM, et al. Urgencies and emergencies in orthodontics during the coronavirus disease 2019 pandemic: Brazilian orthodontists' experience. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2020;158(5):661-667. doi:10.1016/j.ajodo.2020.06.028.
  42. Morais HG de F, Galvão MH, Silva WR da, Barros JM de, Santos AA dos, Domingos NR da S, et al. Biosafety knowledge, actions and practices of brazilian dentists during the COVID-19 pandemic. *RSD [Internet]*. 2020Sep.21 [cited 2022Jan.21];9(10):e1529108507. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8507>.
  43. Faccini M, Ferruzzi F, Mori AA, Santin GC, Oliveira RC, Oliveira RC, et al. Dental Care during COVID-19 Outbreak: A Web-Based Survey. *Eur J Dent*. 2020 Dec;14(S 01):S14-S19. doi: 10.1055/s-0040-1715990.
  44. Vieira-Meyer AP, Coutinho MB, Santos HP, Saintrain MV, Candeiro GT. Brazilian Primary and Secondary Public Oral Health Attention: Are Dentists Ready to Face the COVID-19 Pandemic? *Disaster Med Public Health Prep*. 2020;1-8. doi:10.1017/dmp.2020.342.

45. Arora S, Abullais Saquib S, Attar N, Pimpale S, Saifullah Zafar K, Saluja P, et al. Evaluation of Knowledge and Preparedness Among Indian Dentists During the Current COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *J Multidiscip Healthc.* 2020;13:841-854. doi:10.2147/JMDH.S268891.
46. Maru V, Padawe D, Singh A, Takate V, Dighe K, Singh S. Awareness, Perception, Attitude Regarding CoViD -19 and Infection Control among Indian Pediatric Dentists: A Cross Sectional Study. *J Clin Pediatr Dent.* 2020;44(4):211-220. doi: 10.17796/1053-4625-44.4.1.
47. Singh KT, Mishra G, Shukla AK, Behera S, Tiwari AK, Panigrahi S, et al. Preparedness among dental professionals towards COVID-19 in India. *Pan Afr Med J.* 2020;36:108. doi:10.11604/pamj.2020.36.108.23694.
48. Duruk G, Gümüşboğa ZŞ, Çolak C. Investigation of Turkish dentists' clinical attitudes and behaviors towards the COVID-19 pandemic: a survey study. *Braz Oral Res.* 2020;34:e054. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0054.
49. Sezgin GP, Şirinoğlu Çapan B. Assessment of dentists' awareness and knowledge levels on the Novel Coronavirus (COVID-19). *Braz Oral Res.* 2020;34:e112. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0112.
50. Tokuc B, Coskunes FM. Knowledge, attitude and practice of dentists in Coronavirus disease 2019 pandemic in Turkey. *Eur Oral Res.* 2020;54(2):86-91. doi: 10.26650/eor.20200049.
51. Alzahrani, AA. Practices and Attitudes of Dental Practitioners toward Patient Management during the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. *Journal of Research in Medical and Dental Science.* 2020; 8(3):214-223.
52. Al-Khalifa KS, AlSheikh R, Al-Swuailem AS, Alkhalifa MS, Al-Johani MH, Al-Moumen SA. et al. Pandemic preparedness of dentists against coronavirus disease: A Saudi Arabian experience. *PLoS ONE.* 2020;15(8): e0237630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237630>.
53. Yu J, Hua F, Shen Y, Haapasalo M, Qin D, Zhao D, et al. Resumption of Endodontic Practices in COVID-19 Hardest-Hit Area of China: A Web-based Survey. *J Endod.* 2020;46(11):1577–1583.e2. doi: 10.1016/j.joen.2020.08.001.
54. Chamorro-Petronacci C, Martin Carreras-Presas C, Sanz-Marchena A, Rodríguez-Fernández M, María Suárez-Quintanilla J, Rivas-Mundiña B, et al. Assessment of the Economic and Health-Care Impact of COVID-19 (SARS-CoV-2) on Public and Private Dental Surgeries in Spain: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health.* 2020;17(14), 5139. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145139>.
55. Estrich CG, Mikkelsen M, Morrissey R, Geisinger ML, Ioannidou E, Vujicic M, et al. Estimating COVID-19 prevalence and infection control practices among US dentists. *J Am Dent Assoc.* 2020 Nov;151(11):815-824. doi: 10.1016/j.adaj.2020.09.005.

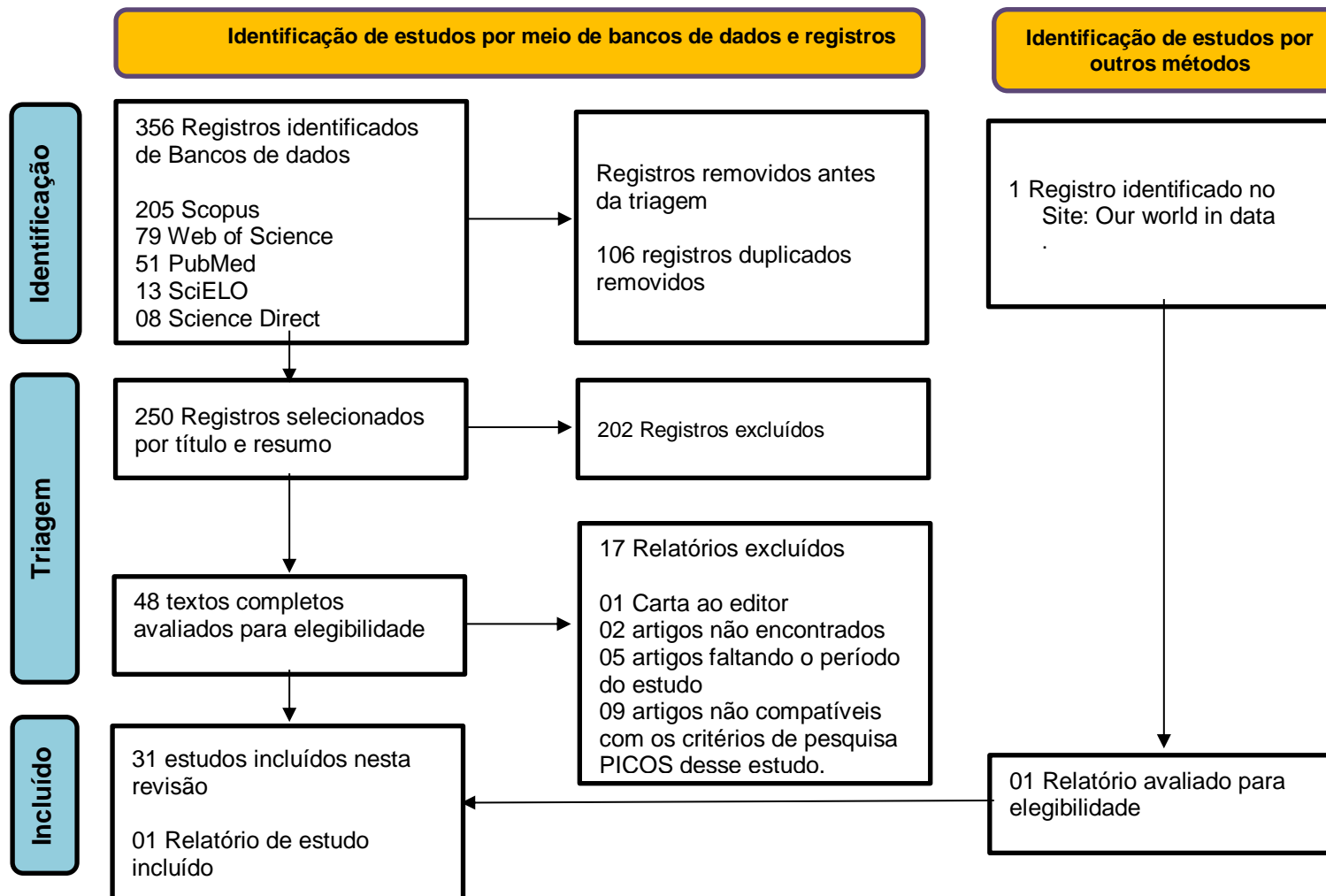
56. Ahmadi H, Ebrahimi A, Ghorbani F. The impact of COVID-19 pandemic on dental practice in Iran: a questionnaire-based report. *BMC Oral Health*. 2020 Dec 3;20(1):354. doi: 10.1186/s12903-020-01341-x.
57. Khader Y, Al Nsour M, Al-Batayneh OB, Saadeh R, Bashier H, Alfaqih M, et al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e18798. doi:10.2196/18798.
58. Nasser Z, Fares Y, Daoud R, Abou-Abbas L. Assessment of knowledge and practice of dentists towards Coronavirus Disease (COVID-19): a cross-sectional survey from Lebanon. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):281. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01273-6>.
59. Humagain M, Humagain R, Rokaya D. Dental Practice during COVID-19 in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2020;58(230):764-769. doi:10.31729/jnma.5022.
60. Khan AM, Riaz A, Nawabi S, Javed MQ, Shahzad K, Kulsoom F. Knowledge and Attitude of Pakistani Dentists Regarding Covid-19. *Medical Forum Monthly*. 2020;31(9): 34-40.
61. Tysiąc-Miśta M, Dziedzic A. The Attitudes and Professional Approaches of Dental Practitioners during the COVID-19 Outbreak in Poland: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4703. Published 2020 Jun 30. doi:10.3390/ijerph17134703.
62. Al-Nerabiah Z, Alkhouli M, Laflouf M., Abdul-Hak M. Knowledge and awareness level of Syrian dentists towards Novel Coronavirus pandemic: Cross-sectional study. *J.oral res. 2020: Covid-19 Special: 46-54*.
63. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica No 04/2020 GVIMS / GGTES/ANVISA. 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 (2019- nCoV). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, p. 1–53, 2020.
64. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidance for Dental Settings. Interim Infection Prevention and Control Guidance for Dental Settings During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>. [Accessed 2021 Oct 2].
65. World Health Organization (WHO). Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance, 28 January 2020. World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330893>. [Accessed 2021 Oct 2].

66. OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Spain: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available from: <https://doi.org/10.1787/8f834636-en>. [Accessed 2021 Oct 2].
67. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available from: <https://doi.org/10.1787/cef1e5cb-en>. [Accessed 2021 Oct 2].
68. Rice T, Quentin W, Anell A, Barnes AJ, Rosenau P, Unruh LY, et al. Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries. *BMC health services research*. 2018;18(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3185-8>.
69. Alshahrani AM, Raheel AS. Health-care System and Accessibility of Dental Services in Kingdom of Saudi Arabia: An Update 2016. *Journal of International Oral Health*, 8 , 883-887.
70. Meng Q, Mills A, Wang L, Han Q. What can we learn from China's health system reform? *BMJ* 2019; 365 :l2349 doi:10.1136/bmj.l2349.
71. Zhou X, Xu X, Li J, Hu D, Hu T, Yin W, et al. Oral health in China: from vision to action. *Int J Oral Sci* 2018;10(1):1. Published 2018 Jan 17. doi:10.1038/s41368-017-0006-6.
72. Kamate SK, Sharma S, Thakar S, Srivastava D, Sengupta K, Hadi AJ, et al. Assessing knowledge, attitudes and practices of dental practitioners regarding the COVID-19 pandemic: a multinational study. *Dent Med Probl*. 2020;57(1):11-17. doi:10.17219/dmp/119743.
73. Ministero della Salute. Operative per l' attivita ' Odontoiatrica durante la fase 2 della [Internet]. 2020. p.1–66. Available from: <https://www.ordinemedicife.it/2020/06/covi-d-19-fase-2-e-indicazioni-operative-per-odontoiatri/>. [Accessed 2021 Oct 2].
74. Consejo Dentistas. Organización Colegial de *Dentistas* de España. Plan estratégico de acción para el periodo posterior a la crisis creada por el COVID-19. [Internet] 2020. P. 1-39. Available from: <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1763-plan-estrategico-de-accion-para-el-periodo-posterior-a-la-crisis-creada-por-el-covid-19.html>. [Accessed 2021 Oct 2].
75. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci*. 2020; 12, 9. <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>.
76. Panteli D, Maier CB. Regulating the health workforce in Europe: implications of the COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health*. 2021; 19, 80. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00624-w>.

77. Martinho FC, Griffin IL. A Cross-sectional Survey on the Impact of Coronavirus Disease 2019 on the Clinical Practice of Endodontists across the United States. *J Endod.* 2021;47(1):28-38. doi:10.1016/j.joen.2020.10.002.
78. Noh K, Loke J, Kim K. Could we have prevented all this? A comparison of the British and South Korean primary dental care response to COVID-19. *Br Dent J.* 2020; 228, 916–918. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1705-5>.
79. Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Beltekian D, Mathieu E, Hasell J, Macdonald B, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Published online at OurWorldInData.org. (2020) Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/coronavirus>' [Online Resource].
80. Bwire GM, Paulo LS. Coronavirus disease-2019: is fever an adequate screening for the returning travelers?. *Trop Med Health.* 2020; 48, 14 . <https://doi.org/10.1186/s41182-020-00201-2>.
81. Dargaville T, Spann K, Celina M. Opinion to address the personal protective equipment shortage in the global community during the COVID-19 outbreak. *Polymer Degradation and Stability.* 2020 Jun 1;176. <https://doi.org/10.1016/j.polymdegradstab.2020.109162>.
82. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *The Lancet.* 2020; Mar 14;395(10227):859. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30424-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30424-4).
83. Maret D, Peters OA, Vaysse F, Vigaros E. Integration of telemedicine into the public health response to COVID-19 must include dentists. *Int Endod J.* 2020; Jun;53(6):880-881. doi: 10.1111/iej.13312. Epub 2020 May 2.
84. Shacham M, Hamama-Raz Y, Kolerman R, Mijiritsky O, Ben-Ezra M, Mijiritsky E. COVID-19 Factors and Psychological Factors Associated with Elevated Psychological Distress among Dentists and Dental Hygienists in Israel. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020; 17, 2900. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082900>.
85. Sorci G, Faivre B, Morand S. Explaining among-country variation in COVID-19 case fatality rate. *Sci Rep.* 2020; 10, 18909. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75848-2>.
86. Wei C, Lee CC, Hsu TC, Hsu WT, Chan CC, Chen SC et al. Correlation of population mortality of COVID-19 and testing coverage: a comparison among 36 OECD countries. *Epidemiology and infection.* 2020; 149, e1. <https://doi.org/10.1017/S0950268820003076>.
87. Ali S, Farooq I, Abdelsalam M, AlHumaid J. Current Clinical Dental Practice Guidelines and the Financial Impact of COVID-19 on Dental Care Providers. *Eur J Dent.* 2020;14(S 01):S140-S145. doi:10.1055/s-0040-1716307.

88. Samaranayake L, Fakhruddin KS. Pandemics past, present, and future: Their impact on oral health care. *J Am Dent Assoc.* 2021;152(12):972-980. doi:10.1016/j.adaj.2021.09.008.

Figura 1. Fluxograma PRISMA da seleção de artigos da revisão sistemática



PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources

Figura 2: Avaliação geral do risco de viés (Artigo 1)

<b>Autor</b>	<b>A estratégia de amostragem é relevante para abordar a questão da pesquisa?</b>	<b>A amostra é representativa da população alvo?</b>	<b>As medidas são apropriadas?</b>	<b>O risco de não resposta é baixo?</b>	<b>A análise estatística é apropriada para responder à pergunta de pesquisa?</b>	<b>Overall quality MMAT</b>
Ahmadi, 2020	Can't tell	No	Yes	No	Yes	40%
Al-Khalifa, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
Al-Nerabiah, 2020	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	100%
Alzahrani, 2020	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	100%
Arora, 2020	Yes	No	Yes	yes	Yes	80%
Cagetti, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
Candeiro, 2020	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	100%
Chamorro-Petronacci, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
Consolo, 2020	Yes	No	Yes	No	Yes	60%
Cotrin, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
De Stefani, 2020	No	No	Yes	No	Yes	40%
Duruk, 2020	No	Yes	No	No	Yes	40%
Estrich, 2020	No	Yes	Yes	No	Yes	60%
Faccini, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
Humagain, 2020	Yes	Yes	No	Yes	Yes	80%
Izzetti, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
Khader, 2020	No	No	Yes	No	Yes	40%
Khan, 2020	No	Can't tell	Yes	Yes	Can't tell	40%
Martina, 2020	Can't tell	Can't tell	Can't tell	Yes	Yes	40%
Maru, 2020	Can't tell	Can't tell	Yes	Can't tell	Yes	40%
Morais, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
Nasser, 2020	No	Yes	Yes	Can't tell	Yes	60%
Putrino, 2020	Can't tell	Can't tell	Yes	Yes	Yes	60%
Sezgin, 2020	Can't tell	Yes	Yes	No	Yes	60%
Singh, 2020	Can't tell	Can't tell	Yes	Yes	Yes	60%
Sinjari, 2020	Can't tell	Can't tell	Yes	No	Yes	40%
Tokuc, 2020	Yes	Can't tell	Can't tell	Can't tell	Yes	40%
Tysiac-Mista, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
Vieira-Meyer, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
Yu, 2020	Yes	Yes	Yes	No	Yes	80%
<b>Autor</b>	<b>A abordagem qualitativa é apropriada para responder à pergunta de pesquisa?</b>	<b>Os métodos qualitativos de coleta de dados são adequados para abordar a questão de pesquisa?</b>	<b>Os resultados são adequadamente derivados dos dados?</b>	<b>A interpretação dos resultados é suficientemente fundamentada pelos dados?</b>	<b>Existe coerência entre fontes de dados qualitativos, coleta, análise e interpretação?</b>	<b>Overall quality MMAT</b>
Castro-Rodriguez, 2020	Yes	Yes	Can't tell	Can't tell	Can't tell	40%

FONTE: Elaboração própria com base nos estudos selecionados na revisão sistemática

Figura 3: Mapa de distribuição dos países incluídos na Revisão Sistemática

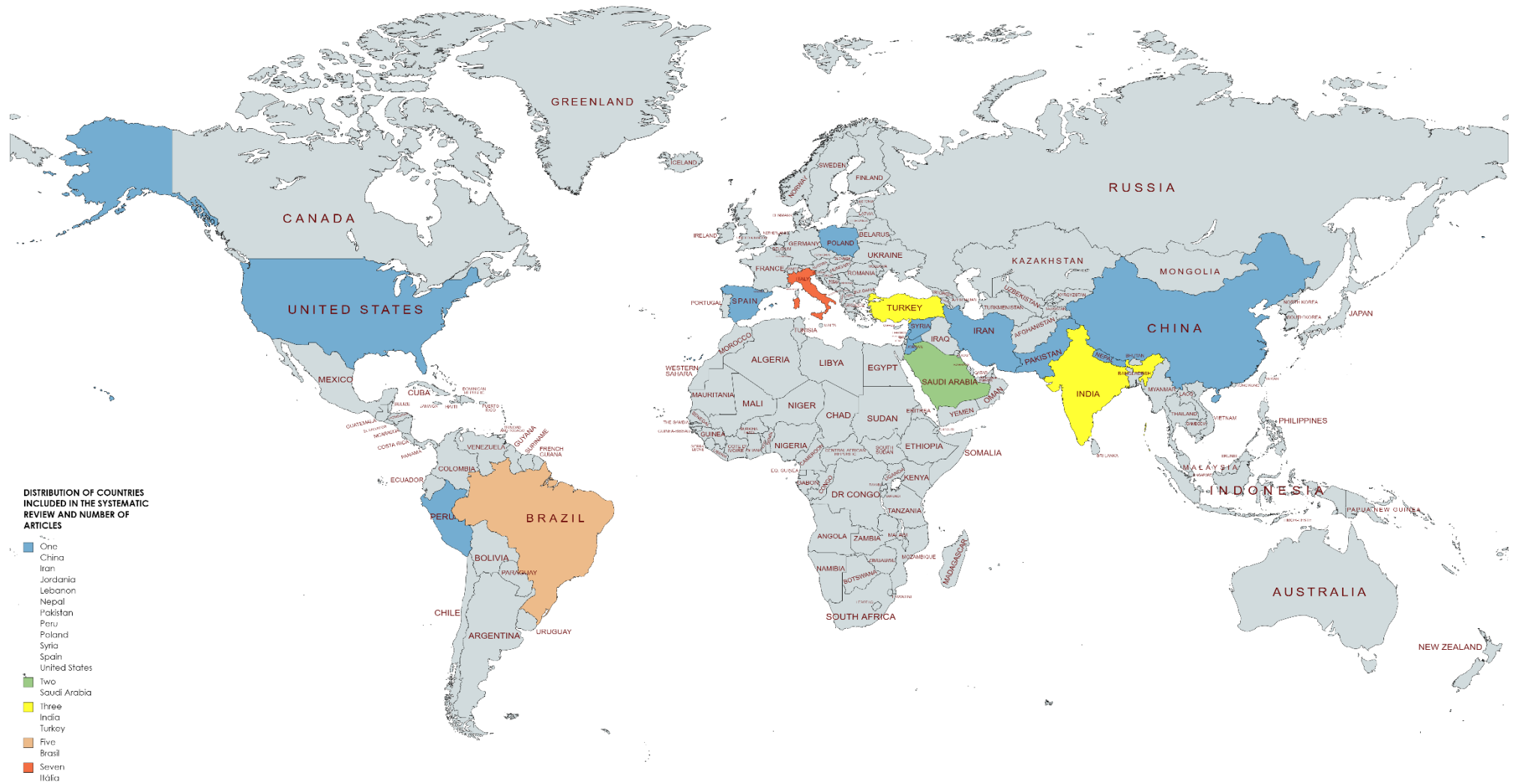


Tabela 1: Características dos Estudos Incluídos e da População Investigada

Quantitativo	País	Autor	Estudo	N	População/ Agente do processo do trabalho							Idade
					Gênero			Atuação				
					Fem	Masc	Trans-gênero/outros	Publico	Privado	Ambos	Outros/Academia	
					N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
1	Arábia Saudita	Alzahra ni et al <sup>51</sup> .	Cross-sectional survey	567	238 (42%)	329 (58%)		427 (75,3%)	140 (24,7%)	S.I.	S.I.	S.I.
2	Arábia Saudita	Al-Khalifa et al <sup>52</sup> .	Survey	287	127 (44,3%)	160 (55,7%)		172 (59,9%)	78 (27,2%)	18 (6,3%)	19 (6,6%)	38% (109) tinha de 20 a 34 anos; 33,4% (96) de 35 a 44 anos; 23% (66) de 45 a 54 anos e 5,6% (16) de 55 a 64 anos.
3	Brasil	Candeiro et al <sup>40</sup> .	Cross-sectional survey	2135	1557 (73%)	577 (27%)	1 (0,06%)	596 (27,9%)	2127 (99,6%)	S.I.	172	18,27% (390) tinham 21 a 30 anos; 33,44% (714) de 31 a 40 anos; 28,85% (616) de 41 a 50 anos; 15,18 % de 51 a 60 anos; e 4,26% mais de 60 anos;
4	Brasil	Cotrin et al <sup>41</sup> .	Cross-sectional survey	395	262 (66,3%)	133 (33,7%)		S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	54,4% (215) tinham entre 20 e 40 anos.
5	Brasil	Morais et al <sup>42</sup> .	Cross-sectional survey	751	532 (70,8%)	219 (29,2%)		195 (26%)	325 (43,6%)	S.I.	228	12,3% (92) menos de 25 anos, 58,6% (440) com idade entre 25 e 34 anos; 16,1% (121) de 35 a 44 anos; 13% (98) 45 anos ou mais.
6	Brasil	Faccini et al <sup>43</sup> .	Survey	537	322 (60%)	215 (40%)		S.I.		S.I.	S.I.	média de idade de 38,44 anos +/- 11,20.
7	Brasil	Vieira-Meyer et al <sup>44</sup> .	Cross-sectional survey	4048	2776 (68,6%)	1270 (31,4%)	2 (0,04%)	4048 (100%)		S.I.		16,77% (679) de 21 a 30 anos; 25,64% (1038) de 31 a 40 anos; 32,34% (1309) de 41 a 50 anos; 21,39% (866) de 51 a 60 anos;
8	China	Yu, et al <sup>53</sup> .	Cross-sectional survey	322	S.I.	S.I.		187 (58,1%)	135 (41,9%)	S.I.	S.I.	47.20% (152) com 35 anos ou menos; 35.40% (114) com 36-45; 14.29% (46) com 46-55 e 3,11% (10) com 56 anos ou mais.

Tabela 1: Características dos Estudos Incluídos e da População Investigada

Quantitativo	País	Autor	Estudo	N	População/ Agente do processo do trabalho							Idade	
					Gênero			Atuação					
					Fem	Masc	Trans-gênero /outros	Publico	Privado	Ambos	Outros/ Academia		
					N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
9	Espanha	Chamorro-Petronacci, et al <sup>54</sup> .	Cross-sectional survey	400	258 (64,5%)	142 (35,5%)		13 (3,3%)	359 (89,9%)	28 (7%)	S.I.	27% (108) entre 22-25 anos; 34.5% (138) entre 26-35; 19.8% (79) entre 36-45; 16.8% (67) entre 46-55; 1% (4) com 65 anos ou mais.	
10	Estados Unidos	Estrich et al <sup>55</sup> .	Cross-sectional survey	2195	841 (39%)	1294 (60%)	22 (1%)		2077 (96,6%)		S.I.	74 (3,4%)	15,6% (342) com menos de 40 anos; 23,2% (509) de 40 a 49 anos; 26,8% (588) de 50 a 59 anos; 27,4% (601) de 60 a 69 anos e 7,0% (154) de 70 a 84 anos de idade.
11	India	Arora et al <sup>45</sup> .	Cross-sectional survey	646	296 (45,8%)	350 (54,2%)		123 (19%)	378 (58,5%)		S.I.	145 (22,4%)	230 (35,6%) menos de 30 anos de idade; 303 (46,9%) de 30 a 39 anos; 80 (12,4%) de 40 a 49 anos e 33 (5,1%) menos de 50 anos.
12	India	Maru et al <sup>46</sup> .	Cross-sectional survey	1009	627 (62,1%)	382 (37,9%)		S.I.	S.I.	S.I.		126 (12,5%)	Média de 44,1+/- 8,8 anos.
13	India	Singh et al <sup>47</sup> .	Cross-sectional survey	274	72 (26,3%)	202 (73,7%)		S.I.	S.I.	S.I.		S.I.	69% (189) tem menos de 40 anos; e 31% (85) tem mais de 40 anos.
14	Itália	Cagetti et al <sup>33</sup> .	Cross-sectional survey	3599	1106 (30,7%)	2493 (69,3%)		245 (6,82%)	3354 (93,2%)		S.I.	S.I.	10,07% (361) tinham menos de 30 anos de idade; 17,32% (621) de 31-40; 18,71%(671) de 41-50; 26,05% (934) de 51-60 ; e 27,86% (999) tinham mais de 60 anos
15	Itália	Consolo et al <sup>34</sup> .	Cross-sectional survey	356	141 (39,6%)	215 (60,4%)		4 (1,1%)	352 (98,9%)		S.I.	S.I.	48,6% (173) entre 35 e 55 anos; 34,8% (124) mais de 55 anos, 16,6% (59) menos de 35 anos.
16	Itália	De Stefani et al <sup>35</sup> .	Cross-sectional survey	1.500	836 (56%)	664 (44%)		39 (2,6%)	1408 (93,9%)		S.I.	53 (3,5%)	12,1% (181) menos de 30 anos; 27,6% (414) de 30 a 39; 27,8% (417) de 40 a 49 e 32,5% (488) tinham mais de 50 anos de idade.

Tabela 1: Características dos Estudos Incluídos e da População Investigada

Quantitativo	País	Autor	Estudo	N	População/ Agente do processo do trabalho							Idade
					Gênero			Atuação				
					Fem	Masc	Trans-gênero /outros	Publico	Privado	Ambos	Outros/ Academia	
					N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
17	Itália	Izzetti et al <sup>36</sup> .	Cross-sectional survey	3254	1220 (37,5%)	2034 (62,5%)		62 (1,9)	2116 (65%)	S.I.	62 (1,9%)	Média de 46,36 ± 12,20 anos.
18	Itália	Martina et al <sup>37</sup> .	Cross-sectional study	349	173 (49,9%)	175 (50,1%)	1 (0,29%)	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	18,6% (65) com 20 a 29 anos; 31,5% (110) com 30 a 39 anos; 16,3% (57) com 40 a 49 anos; 21,8% (76) com 50 a 59 anos e 11,7% (41) com mais de 60 anos.
19	Itália	Putrino et al <sup>38</sup> .	Cross-sectional survey	535	274 (51,2%)	261 (48,8%)		18 (3,4%)	416 (77,8%)	101 (18,9%)	S.I.	32.5% (174) até 35 anos; 27.3% (146) de 36 a 45 anos; 33.5% (179) de 46 a 60 anos e 6.7% (36) mais de 60 anos.
20	Itália	Sinjari et al <sup>39</sup> .	Cross-sectional survey	440	139 (34,6%)	301 (68,4%)		S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	15% (66) entre 20-30 anos; 29.3% (129) entre 30-40; 15.7% (69) entre 40-50 anos; 23.2% (102) entre 50-60; 16.8% (74) acima de 60anos.
21	Íra	Ahmadi et al <sup>56</sup> .	Cross-sectional survey	240	126 (52%)	114 (47%)	S.I.	84 (35%)	156 (65%)	S.I.	S.I.	62% (150) entre 24 e 35 anos; 17% (42) entre 36-45; 17% (42) entre 46-56 e 2% (6) entre 57 and 67
22	Jordânia	Khader et al <sup>57</sup> .	Cross-sectional survey	368	245 (66,6%)	123 (33,4%)		84 (22,8%)	144 (39,1%)	S.I.	140 (38%)	54.1% (199) com menos de 30 anos de idade e 45.9% (169) com mais de 30 anos de idade.
23	Líbano	Nasser et al <sup>58</sup> .	Cross-sectional survey	358	164 (45,8%)	194 (54,2%)		S.I.	S.I.	S.I.		Idade média de (34,92 ± 9,2) com mínimo de 23 e máximo de 65 anos.
24	Nepal	Humagain et al <sup>59</sup> .	Cross-sectional survey	406	244 (60%)	162 (40%)		S.I.	162 (40%)	S.I.	244 (60%)	57% (230) entre 25 e 29 anos; 34% (135) de 30 a 39 anos; 8% (33) de 40 a 49 e 1% (8) acima de 50 anos.

Tabela 1: Características dos Estudos Incluídos e da População Investigada

Quantitativo	País	Autor	Estudo	N	População/ Agente do processo do trabalho							
					Gênero			Atuação				Idade
					Fem	Masc	Trans-gênero /outros	Publico	Privado	Ambos	Outros/ Academia	
					N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
25	Paquistão	Khan et al <sup>60</sup> .	Cross-sectional survey	306	186 (60,8%)	120 (39,2%)		S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.
26	Peru	Castro-Rodriguez, Y <sup>32</sup> .	Phenomenology	15	S.I.	S.I.		S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.
27	Polônia	Tysiarczyk et al <sup>61</sup> .	Cross-sectional survey	875	722 (82,5%)	153 (17,5%)		S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	29.1% (255) de 24 a 30 anos; 33.5% (293) de 31 a 40; 25.5% (223) de 41 a 55 anos e 11.9% (104) mais de 55 anos.
28	Síria	Al-Nerabiah et al <sup>62</sup> .	Cross-sectional survey	7233	4629 (64%)	2604 (36%)		S.I.	3399 (47%)	S.I.	3834 (53%)	16% (1157) menos de 25 anos; 68% (4918) de 25 a 35 anos; 10% (723) de 36 a 45 anos e 6% (434) mais de 45 anos.
29	Turquia	Duruk et al <sup>48</sup> .	Cross-sectional survey	1958	1385 (70%)	573 (30%)		854 (43,6%)	583 (29,8%)	S.I.	521 (26,6%)	A média de idade foi de 32,5 ± 23,5 anos.
30	Turquia	Sezgin, et al <sup>49</sup> .	Cross-sectional survey	267	179 (67%)	88 (33%)		39 (14,6%)	87 (32,6%)	S.I.	141 (52,8%)	A média de idade foi de 30,56 ± 8,33 anos; 51,7% tinham menos de 30 anos e 48,3 mais de 30 anos;
31	Turquia	Tokuc, et al <sup>50</sup> .	Cross-sectional survey	590	325 (55,0%)	265 (44,9%)	S.I.	140 (23,7%)	309 (52,2%)	S.I.	141 (23,8%)	48.1% (284) de 20 a 30 anos; 28.1% (166) de 31 a 40; 14.7% (87) de 41 a 50; 8.3% (49) de 51 a 60 e 0.7% (4) acima de 60 anos.

FONTE: Elaboração própria baseada nos estudos da revisão sistemática

LEGENDA: \* S.I.= Sem informação

Tabela 2: Principais achados sobre Saberes, Percepções, Fontes de informação, Treinamento e Questões financeiras

Quant.	País	Autor	Principais achados sobre saberes/ Instrumentos não materiais do processo de trabalho	Principais achados sobre percepções (incluindo estado psicológico)	Principais fontes de informação	Treinamento	Questões financeiras
1	Arabia Saudita	Alzahrani et al <sup>51</sup> .	Apenas 32,3% (183) conseguem diferenciar peças de mão com e sem válvula anti-retração; e 65,1% (369) entendem que pacientes confirmados ou suspeitos para COVID-19 devem ser tratados em isolamento ou pressão negativa; 86,8% (492) leram o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. No entanto, 37,7% (214) acreditam que o protocolo não fornece conhecimento abrangente nem cobre todos os procedimentos.	S.I.	Protocolo de Emergência Odontológica Saudita (SDEP)	86,8% (492) leram o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.	S.I.
2	Arabia Saudita	Al-Khalifa et al <sup>52</sup> .	89% dos dentistas sauditas referem estar atualizados com as últimas notícias da propagação da COVID-19; 88% referem estar atualizados com as diretrizes do Ministério da Saúde Saudita.	S.I.	S.I.	82% foram atualizados sobre os mais recentes recursos de saúde online para COVID-19.	S.I.
3	Brasil	Candeiro et al <sup>40</sup> .	O nível de conhecimento sobre os sintomas da COVID-19 foi significativamente influenciado por fatores como idade, anos de experiência e percepção do impacto da COVID-19 na prática profissional; Dentistas que acreditavam que não haveria transmissão durante procedimentos odontológicos tinham menos conhecimento sobre os sintomas da COVID-19; Endodontistas que acreditavam que o EPI não pode prevenir a contaminação conheciam mais sobre os sintomas da COVID-19 do que seus homólogos.	72,13% (1540) a maioria deles relatou que seus ambientes de trabalho não implementavam medidas de biossegurança adequadas que lhes permitissem prestar cuidados seguros aos pacientes com COVID-19.	S.I.	S.I.	S.I.
4	Brasil	Cotrin et al <sup>41</sup> .	S.I.	O nível médio de preocupação sobre o impacto financeiro da pandemia no consultório odontológico foi de 8,94 (desvio padrão de 1,63).	S.I.	S.I.	O nível médio de preocupação sobre o impacto financeiro foi de 8,94 (desvio padrão de 1,63).

Tabela 2: Principais achados sobre Saberes, Percepções, Fontes de informação, Treinamento e Questões financeiras

Quant.	País	Autor	Principais achados sobre saberes/ Instrumentos não materiais do processo de trabalho	Principais achados sobre percepções (incluindo estado psicológico)	Principais fontes de informação	Treinamento	Questões financeiras
5	Brasil	Morais et al <sup>42</sup> .	95,9% (720) dos dentistas relataram conhecer as medidas de biossegurança da ANVISA para a prática odontológica; O nível de conhecimento em biossegurança obteve pontuação média de 9,41(+/- DP=1,28) com mínimo de 5 e máximo de 11;	S.l.	44,5% artigos científicos, 20,2% cursos online, 17% network, 9,1% TV e 9,2% outras fontes.	54,9% (412) fizeram capacitação sobre medidas de prevenção e controle da COVID-19, e 58,7% (291) fizeram voluntariamente; 17,7% (88) realizaram como requisito institucional.	23,7% (178) possuem renda menor de 2.500,00 ; 49,5% (372) renda de 2.500,00 a 5.000,00 e 26,8% (201) acima de 5.000,00 reais.
6	Brasil	Faccini et al <sup>43</sup> .	Entre os profissionais, estavam generalistas e especialistas de mais de dez áreas de atuação da Odontologia. A maioria deles eram especialistas (56,8%) com mais de 10 anos de experiência clínica, além de dentistas generalistas (15,5%), MScs (17,5%) e PhDs (10.2%).	O nível de preocupação sobre o impacto econômico da pandemia na prática odontológica e na condição de saúde bucal do paciente teve média = 8,09 (+/-2,05) em uma escala de 0 a 10.	S.l.	S.l.	O nível de preocupação sobre o impacto econômico da pandemia na prática teve média de 9,03 (± 1,62) em uma escala de 0 a 10.
7	Brasil	Vieira-Meyer et al <sup>44</sup> .	O nível de conhecimento sobre os sintomas do COVID-19 foi uma média de 3,76 (+/- 1,27) de 6 pontos possíveis	99,41% (4.024) acreditavam que a COVID-19 pode ser transmitida procedimentos odontológicos; 83,55% (3.382) não acreditavam que os EPIs utilizados rotineiramente seriam suficientes para se proteger do SARS-CoV-2; 80,98% (3.278) consideravam as medidas de biossegurança habitualmente utilizadas insuficientes.	S.l.	S.l.	S.l.
8	China	Yu, et. al <sup>53</sup> .	S.l.	61,5% (198) dos entrevistados estavam preocupados com a possibilidade de serem infectados, 60,9% (196) estavam preocupados em infectar suas próprias famílias e 53,7% (173) estavam preocupados em infectar os pacientes.	S.l.	S.l.	S.l.

Tabela 2: Principais achados sobre Saberes, Percepções, Fontes de informação, Treinamento e Questões financeiras

Quant.	País	Autor	Principais achados sobre saberes/ Instrumentos não materiais do processo de trabalho	Principais achados sobre percepções (incluindo estado psicológico)	Principais fontes de informação	Treinamento	Questões financeiras
9	Espanha	Chamorro-Petronacci, et al <sup>54</sup> .	S.I.	Percepção que menos de 10% dos pacientes expressou insatisfação em relação à oferta de atendimento odontológico exclusivamente para casos de emergência.	Não se aplica	S.I.	As perdas econômicas parecem ter contribuído para os pedidos de auxílio econômico para trabalho temporário. 118 (29,5%) registraram perdas superiores a € 15.000; 54,8% (219) dos donos de consultório solicitaram TERF para funcionários e 56,3% (225) foi aprovado pelo governo.
10	Estados Unidos	Estrich et al <sup>55</sup> .	S.I.	19,5% (428) relataram ansiedade provável; 8,6% (189) relataram depressão.	S.I.	S.I.	S.I.
11	India	Arora et al <sup>45</sup> .	9,6% (62) tinham conhecimento ruim; 80,8% (522) conhecimento razoável e 9,6% (62) bom nível de conhecimento; O nível de conhecimento foi significativamente maior entre o grupo com pós-graduação do que entre os que tinham apenas graduação e significativamente mais alto entre os entrevistados que tiveram treinamento ou palestras informativas sobre COVID-19.	87% (562) acreditam que os CDC; OMS. dentistas se enquadram na categoria de trabalho de maior risco de contaminação; 50,9% (329) da amostra têm a percepção de que a COVID-19 é altamente contagiosa e 46,6% (301) acreditam que é moderadamente contagiosa.		60,7% (392) treinados em controle de infecção e 49,7% (321) tiveram treinamento ou palestras informativas sobre COVID-19.	S.I.
12	India	Maru et al <sup>46</sup> .	65,7% (663) mostraram nível adequado de consciência sobre COVID-19; 61,1% (616) estavam cientes das diretrizes da Academia Americana de Dentistas Pediátricos (AAPD).	65,9% (665) percebiam que a COVID-19 era muito perigosa e 32,5% (328) moderadamente perigosa; 98% (989) estavam satisfeitos com a preparação do governo indiano contra o contágio da COVID-19.		565 (56%) dos odontopediatras realizaram treinamento e 35,6% (359) estavam dispostos a realizar treinamento no futuro.	S.I.

Tabela 2: Principais achados sobre Saberes, Percepções, Fontes de informação, Treinamento e Questões financeiras

Quant.	País	Autor	Principais achados sobre saberes/ Instrumentos não materiais do processo de trabalho	Principais achados sobre percepções (incluindo estado psicológico)	Principais fontes de informação	Treinamento	Questões financeiras
13	Índia	Singh et al <sup>47</sup> .	Foram encontradas pontuações medianas fracas para conhecimento sobre COVID-19, com melhores escores e significância estatística entre especialistas e menores de 40 anos.	Dentistas consideravam como barreiras: 87.23% (239) ficar infectado com COVID-19 de um paciente e colega de trabalho; 81.75% (224) poder levar a infecção de volta para sua família; 92,34% (253) acreditam ser necessário investimento para práticas seguras; e 80,66% (221) acreditam que a demanda por tratamento odontológico vai diminuir muito devido à falta de cobertura de seguro.	S.I.	Participação em programas de treinamento.	92.34% (253) acreditavam que era necessário um grande investimento monetário para continuar a prática odontológica segura.
14	Itália	Cagetti et al <sup>33</sup> .	70.49% acreditavam ter conhecimento suficiente sobre a doença e as medidas de proteção.	64.50% (2214) responderam que a odontologia é uma profissão de risco; 34.61% (1186) afirmaram estar confiantes em evitar a infecção.	S.I.	Um terço dos dentistas relatou ter feito o Curso de Educação Continuada da COVID-19	S.I.
15	Itália	Consolo et al <sup>34</sup> .	Os dentistas apresentaram bons conhecimentos sobre as medidas de prevenção da infecção por COVID-19.	85% (303) relataram preocupação em contrair a infecção durante a atividade clínica. 83,8% (298) dos dentistas associaram a COVID-19 à ansiedade; 83,4% (297) ao medo; 74,4% (266) à tristeza e 55,9% (199) à raiva.	S.I.	78.4% (279) dos profissionais relataram ter realizado sessões de esclarecimento com a equipe sobre o uso correto de EPI.	65,7% questionaram apoio do governo italiano, 44,1% sugeriram apoio de instituições de previdência social e 32,1% sugeriram oferta de alívio econômico das associações odontológicas.

Tabela 2: Principais achados sobre Saberes, Percepções, Fontes de informação, Treinamento e Questões financeiras

Quant.	País	Autor	Principais achados sobre saberes/ Instrumentos não materiais do processo de trabalho	Principais achados sobre percepções (incluindo estado psicológico)	Principais fontes de informação	Treinamento	Questões financeiras
16	Itália	De Stefani et al <sup>35</sup> .	Os dentistas manifestaram a convicção de estarem razoavelmente atualizados sobre a COVID-19. 70,2% (1.053) escolheram corretamente as formas de transmissão; enquanto 40,9% (613) não foram informados sobre o uso adequado de EPI, e apenas 13,2% (198) dos entrevistados selecionaram corretamente todos os sintomas conhecidos ao preencher o questionário.	Percebe-se a COVID-19 como perigosa e a maioria referiu preocupação em voltar ao trabalho e correr o risco de contágio (7,3 de 10) embora estivessem preocupados com a perda da receita e de renda devido ao bloqueio (8,3 de 10). Com relação as medidas adotadas pelo governo para responder à crise, estavam insatisfeitos (3,5 de 10).	70% (1050) médicos e dentistas especialistas; 70% (1050) Instituto Nacional de Saúde; 54% (810) rádio e televisão; 49% (735) redes sociais e 49% (735) jornais.	858 (57,2%) afirmaram que não foram capacitados o suficiente para retornar ao trabalho após o lockdown; 964 (64,3%) receberam treinamento, mas apenas 217 (15,6%) este foi específico para COVID-19.	A perda de renda é um aspecto crítico desta situação, onde o plano de ação do governo para responder à pandemia (pontuação 5 sobre 10, DP 2,3) e o apoio financeiro (pontuação 3,5 sobre 10, DP 2,2) foram considerados insuficientes.
17	Itália	Izzetti et al <sup>36</sup> .	90% (1940) dos entrevistados estavam informados sobre as medidas preventivas da COVID-19.	80.6% (2623) temiam uma redução na atividade odontológica após a pandemia e 70,9% ( 2307) relataram incerteza sobre a erradicação do vírus.	S.I.	S.I.	80.6% (2623) temiam uma redução na atividade odontológica após a pandemia.
18	Itália	Martina et al <sup>37</sup> .	S.I.	26,6% (82) citaram como maior medo o de contaminar os familiares e 48,2% (160) medo de morrer; 22% (77) dos dentistas apresentaram níveis mais elevados de angústia e a maioria dos participantes, 63,3% (221), consideraram os procedimentos ortodônticos como de menor risco de contágio.	S.I.	S.I.	S.I.

Tabela 2: Principais achados sobre Saberes, Percepções, Fontes de informação, Treinamento e Questões financeiras

Quant.	País	Autor	Principais achados sobre saberes/ Instrumentos não materiais do processo de trabalho	Principais achados sobre percepções (incluindo estado psicológico)	Principais fontes de informação	Treinamento	Questões financeiras
19	Itália	Putrino et al <sup>38</sup> .	72,9% (390) responderam corretamente sobre família de coronavírus e células-alvo; 86,5% (467) responderam sobre sintomas e 60,9% (326) indicaram como o novo coronavírus é transmissível de pessoa para pessoa. Em relação à qualidade da informação para homens e mulheres, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.	75,1% (402) estavam suficientemente ou muito preocupados com a propagação da infecção na Itália; Apenas 12,5% (67) dos dentistas consideraram a profissão odontológica segura e livre do risco de contágio para pacientes e profissionais de saúde; 50,5% (270) não notaram redução no número de consultas apesar da disseminação do vírus.	37.6% (398) Instituições Italianas; 20.8% (220) televisão, jornais e redes sociais; 17% (180) associações profissionais; 16.1% (171) literatura científica; 0.8% (08) outros e 0.2% (2) não informados.	63,2% (338) não sabiam que a Federação Nacional dos Dentistas oferecia um curso online gratuito sobre o vírus; apenas 5,8% (31) conheciam e já haviam feito e 26,5% (142) sabiam e disseram que acessariam.	S.I.
20	Itália	Sinjari et al <sup>39</sup> .	Quanto maior a idade dos dentistas, maior a crença em tecnologias digitais que podem ajudar em futuras emergências, como a pandemia de COVID-19.	68,2% (274) dos participantes admitiram ter medo de se infectar com SARS-CoV-2 após realizar procedimentos odontológicos de emergência/urgência e não houve associação entre idade e medo dos participantes;	S.I.	79,5% (350) relataram que suas equipes receberam treinamento específico sobre EPI.	66,6% (293) relataram apreensão com o futuro econômico e profissional.
21	Irã	Ahmadi et al <sup>56</sup> .	S.I.	43% (105) tiveram sintomas de ansiedade e depressão; 39% (96) referiram precisar de psiquiatra; 58% (141) acreditavam que a reabertura das clínicas odontológicas poderia aumentar a incidência do COVID-19; 48% (117) acreditavam que as clínicas odont. deveriam ser fechadas até o fim da pandemia e 46% (111) fechadas até o fim da fase de alerta.	S.I.	S.I.	97% (234) relataram diminuição da receita financeira e 2 % (6) receberam ajuda financeira de organizações públicas; 43% (105) demitiram assistentes; 98% (234) verificaram o aumento de preço do EPI; 37% (90) tiveram de buscar outra fonte de renda excetuando a prática odontologica.

Tabela 2: Principais achados sobre Saberes, Percepções, Fontes de informação, Treinamento e Questões financeiras

Quant.	País	Autor	Principais achados sobre saberes/ Instrumentos não materiais do processo de trabalho	Principais achados sobre percepções (incluindo estado psicológico)	Principais fontes de informação	Treinamento	Questões financeiras
22	Jordânia	Khader et al. <sup>57</sup>	316 (85,9%) dos dentistas jordanianos estavam cientes dos sintomas do COVID-19, 347 (94,3%) mencionaram história de viagens para áreas com transmissão de COVID-19 e 345 (93,8%) mencionaram história de contato com possíveis pacientes infectados. No entanto, os dentistas tinham compreensão limitada das medidas de precaução extras.	17,7% (65) dos dentistas perceberam o COVID-19 como muito perigoso, 264 (71,7%) moderadamente perigoso e 35 (9,5%) não perigoso; 36,7% (135) acreditavam que o COVID-19 não é um problema grave de saúde pública.	S.I.	195 (53,0%) receberam treinamento em controle de infecção em odontologia e 28 (7,6%) receberam treinamento ou palestras sobre COVID-19.	S.I.
23	Líbano	Nasser et al. <sup>58</sup>	91,3% (327) possuíam bons conhecimentos. O conhecimento insuficiente foi mais evidente nas questões relacionadas ao período de incubação do coronavírus, à transmissão da doença, às ações no atendimento aos casos suspeitos, prováveis e confirmados e às medidas cautelares dos dentistas com taxas de acertos de 38,0%, 43,0%, 35,2% e 38,5%, respectivamente. O escore total de conhecimento médio foi de 10,56 ± 1,56.	86,3% (309) dos dentistas tinham medo de tratar um paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19.	73,7% (264) OMS; 52,8% (189) Ministério da Saúde Pública; 44,7% (160) Televisão; 43% (154) Mídias sociais; 27,07% (99) Ordem Libanesa dos Dentistas; 19% (68) CDC; 31% (111) Outros.	4,5% (16) não receberam treinamento para COVID-19.	95,8% (343) temiam o impacto financeiro.
24	Nepal	Humagain et al. <sup>59</sup>	85% (345) estavam cientes das diretrizes atuais do CDC ou da OMS para controle de infecções cruzadas em relação ao COVID-19.	86% (350) dentistas achavam que não se deve atender regularmente no período pandêmico; 59% (240) achavam que tratamentos de emergência odontológica deveriam ser feitos nos casos de infecção por COVID-19.	CDC; OMS; e 83% (337) dos dentistas estavam informando pacientes sobre COVID-19.	215 (53%) está envolvido em atividades de ensino e aprendizagem online durante bloqueio.	70% (284) foram gravemente afetados pelos encargos financeiros e 61% (248) não recebiam salário durante o bloqueio.
25	Paquistão	Khan et al. <sup>60</sup>	Conhecimento adequado, com conhecimento médio de 10,69 +/- 2,14, foi apresentado por 91,5% dos participantes (> 9), enquanto 8,5% apresentaram conhecimento inadequado (<9). Os entrevistados tinham mais conhecimento sobre itens relacionados às vias de transmissão, técnicas de atendimento odontológico de emergência e equipamentos de proteção individual (> 95%).	76,5% (234) estavam ansiosos em fornecer tratamento para um paciente que é suspeito de ser infectado com COVID-19; 77,2% (236) tinham medo de se infectar com COVID-19 de um paciente ou colaborador.	S.I.	88,2% (270) gostariam de participar de qualquer sessão de treinamento sobre COVID-19.	31% (95) apresentaram situação financeira que obrigou-os a continuar a prática clínica, independentemente da pandemia de COVID-19.

Tabela 2: Principais achados sobre Saberes, Percepções, Fontes de informação, Treinamento e Questões financeiras

Quant.	País	Autor	Principais achados sobre saberes/ Instrumentos não materiais do processo de trabalho	Principais achados sobre percepções (incluindo estado psicológico)	Principais fontes de informação	Treinamento	Questões financeiras
26	Peru	Castro-Rodriguez, Y <sup>32</sup> .	S.I.	Abalo emocional, desestímulo por estar no consultório; reclusão por si e por suas famílias. Também percepção de aumento dos custos devido aos valores dos equipamentos de biossegurança.	Organização Mundial da Saúde ; Organização Pan-Americana da Saúde; Faculdade de Odontologia do Peru; Ministério da Saúde.	S.I.	Aumento de custos devido aos valores dos equipamentos de biossegurança.
27	Polônia	Tysiąż-Miśta et al <sup>61</sup> .	Os dentistas que continuaram trabalhando tinham 5 vezes mais familiaridade com as diretrizes da Associação de Dentistas Poloneses e duas vezes mais com as diretrizes do Ministério da Saúde que os dentistas que suspenderam o atendimento.	82,9% (725) avaliaram o risco de trabalhar em 5 em uma escala de 5 e os dentistas que suspenderam atendimento avaliaram ter mais ansiedade do que os que permaneceram trabalhando. As mulheres se apresentaram mais ansiosas. E 57,6% (359) dos 623 dentistas que suspenderam atendimento temiam por sua família.	Associação Dentária Polonesa e Ministério da Saúde da Polônia.	S.I.	31% (78) dos 252 dentistas que permaneceram trabalhando relataram a situação financeira os obrigava a continuar a trabalhar; 15,5% (39) foram instruídos pelos empregadores a continuar a trabalhar.
28	Síria	Al-Nerabiah et al <sup>62</sup> .	93% conheciam a definição de COVID-19 e 86% sabiam que é contagioso; 82% sabiam que é diferente do vírus que causou a SARS em 2003; 49% não sabiam que pacientes assintomáticos podem transmitir o vírus; 33% acreditavam que o tratamento da COVID-19 é de suporte e 15% referiram a vacina como tratamento.	85% (6148) dos dentistas acreditavam que a profissão que apresenta maior risco de contrair COVID-19 é a de dentista e 95% acreditavam que o procedimento odontológico que apresenta maior risco de espalhar o COVID-19 é o dimensionamento e o alisamento da raiz.	55% (3978) Mídias sociais (facebook, twitter), 16% (1157) Ministério da Saúde e 15% (1085) OMS; 4% (289) CDC e 9% (651) comunidade.	S.I.	S.I.

Tabela 2: Principais achados sobre Saberes, Percepções, Fontes de informação, Treinamento e Questões financeiras

Quant.	País	Autor	Principais achados sobre saberes/ Instrumentos não materiais do processo de trabalho	Principais achados sobre percepções (incluindo estado psicológico)	Principais fontes de informação	Treinamento	Questões financeiras
29	Turquia	Duruk, et al. <sup>46</sup> .	Os escores de conhecimento do COVID-19 autoavaliados pelos dentistas de 1 a 5 (1-Não tem ideia; 2-Insuficiente; 3-Moderado; 4-Suficiente; 5-Abrangente) foram 59,2%, 15,3%, 8,8%, 9,9% e 6,8%, respectivamente.	87,64% (1716) achavam que o conhecimento dos pacientes sobre a COVID-19 é baixo.	91,37% (1.789) sites de entidades oficiais, como Ministério da Saúde, OMS e organizações profissionais e/ou mídias sociais; 54,19% (1061) televisão; 45,3% (887) WhatsApp; 26,24% (563) livros, revistas ou artigos.	26,7% (522) dos dentistas participaram de uma reunião informativa sobre o COVID-19.	S.I.
30	Turquia	Sezgin, et al. <sup>48</sup> .	A pontuação do nível de conhecimento dos participantes variou de 7 a 24, e a pontuação média foi de $19,03 \pm 3,15$ . De acordo com esses resultados, 1,5% (4) apresentaram baixo conhecimento, 12% (32) conhecimento moderado e 86,5% (231) alto conhecimento.	Apenas 13,9% (37) achavam que os procedimentos odontológicos de rotina deveriam ser continuados com os cuidados adequados.	80,4% (176) Ministério da Saúde; 76,7% (168) Associação Odontológica Turca; 66,7% (146) internet; 59,4% (130) OMS; 32,4% (71) artigos internacionais; 17,4% (38) artigos nacionais.	S.I.	S.I.
31	Turquia	Tokuc, et al. <sup>50</sup> .	Bons conhecimentos de procedimentos de emergência, vias de transmissão e sintomas.	O nível médio de ansiedade dos entrevistados foi de $3,35 \pm 1$ , em uma escala de 0 a 5. 83,1% (490) acreditavam na própria contaminação mesmo usando EPI e com prevenção durante o tratamento de um paciente com COVID-19.	S.I.	S.I.	S.I.

FONTE: Elaboração própria com base nos estudos selecionados na revisão sistemática

LEGENDA: \* S.I.= Sem informação

Tabela 3: Principais Práticas e Instrumentos Materiais do Processo de Trabalho

Quant.	País	Autor	Principais práticas/ Produto do processo do trabalho	Instrumentos materiais do processo de trabalho (equipamento, material de consumo, med.; instalações)
1	Arabia Saudita	Alzahrani et al <sup>51</sup> .	60,8% (345); 69,8% (396) e 63% (357) usavam regularmente batas descartáveis com todos os pacientes, usavam EPIs e retiravam imediatamente ao sair da área de tratamento respectivamente. 70,5% (400) realizavam a higiene das mãos de acordo com a recomendação da OMS. Apenas 28,7% (163) contactou os pacientes remotamente. 50,6% (287) já esqueceu de tomar as precauções padrões ao lidar com o paciente.	Apenas 35,1%(199) utilizou dique de borracha em procedimentos com aerossol; e apenas 23,8%(135) usou respirador N95 para realizar procedimentos com aerossol; Na ausência de N95, 23,8%(135) usou combinação de máscaras e protetor facial completo.
2	Arabia Saudita	Al-Khalifa et al <sup>52</sup> .	65% (187) possuíam um fluxo de trabalho para triagem de pacientes COVID; 43% (123) realizaram teletriagem antes da consulta; uso de máscara facial na área de espera foi observada por 68% (195); 64% mudou a rotina de controle de infecção após a pandemia. 92% (264) mediam a temperatura dos pacientes antes do procedimento, 47% (135) usavam anti-septico; 77% (221) praticou o distanciamento na área de espera; 68% (195) solicitavam que os pacientes higienizassem as mãos antes do atendimento. 64% (184) concordavam que a rotina de controle de infecção mudou. 72% (207) concordavam que a N95 deve ser usada rotineiramente na prática odontológica.	72% (207) não possuíam sala de isolamento de infecções transmitidas pelo ar (AIIR); 59% (169) não possuíam Sistema de aspiração extra-oral (vácuo).
3	Brasil	Candeiro et al <sup>40</sup>	72,13% (1540) dos dentistas implementaram medidas de biossegurança que consideram ineficazes na prevenção do COVID-19; 91,17% (1941) suspenderam procedimentos odontológicos eletivos e apenas 55,69% (1189) realizavam apenas procedimentos de emergência.	76,53% (1.634) acreditam que os EPIs convencionais (luvas, chapéu, avental, máscara e óculos) não são suficientes para prevenir a transmissão de COVID.
4	Brasil	Cotrin et al <sup>41</sup> .	66,8% (264) atendiam apenas emergências e / ou urgências, 19% (75) mantiveram as consultas ortodônticas de rotina e 14,2% (56) fecharam os consultórios.	A maioria dos pacientes entrou em contato pelo WhatsApp messenger profissional (83,8%). Também entraram em contato para agendar consultas urgentes por WhatsApp pessoal, telefone ou a página da web do consultório.
5	Brasil	Morais et al <sup>42</sup> .	81% (608) atenderam apenas urgência; 14,5% (109) consideraram fornecer álcool gel e exigir o uso de máscara na sala de espera medidas exageradas, 17,6% (132) não sabiam a maneira correta de retirar os equipamentos de proteção individual; 96% (721) agendaram pacientes de forma espaçada; 59,5% (447) priorizam atendimento a 4 mãos; 77,1% (579) mantiveram as janelas abertas ou utilizaram ar condicionado com exaustão; 61,3% (460) realizaram atividades educativas preventivas.	65,6% (493) utilizam bomba à vácuo para aspiração; 47% (353) utilizam isolamento absoluto com dique de borracha; 58,6% (440) usam enxaguatório bucal pré procedimento (peróxido de hidrogênio); 53,4% (401) usa fio dental reabsorvível.
6	Brasil	Faccini et al <sup>43</sup> .	64,6% (347) dos dentistas realizaram apenas atendimentos de urgência / emergência, 26,1% (140) mantiveram consultas de rotina e 9,3% (50) fecharam consultórios odontológicos; 95,5% (506) mudaram os protocolos de biossegurança; 58,5% (310) compareceram às consultas sem equipe; 35,9% deram férias aos funcionários, ou eles foram mantidos em home-office (22%).	Telefones, computadores e mídias: 70,6% (358) agendaram por mensagens de WhatsApp do consultório; 49,1% (249) por telefone do consultório; 38,5% (195) por ligação ou mensagem WhatsApp para o dentista; 14,4% (73) pela página do consultório nas redes sociais e 8,3% (42) pela página do dentista nas redes sociais.

Tabela 3: Principais Práticas e Instrumentos Materiais do Processo de Trabalho

Quant.	País	Autor	Principais práticas/ Produto do processo do trabalho	Instrumentos materiais do processo de trabalho (equipamento, material de consumo, med.; instalações)
7	Brasil	Vieira-Meyer et al. <sup>44</sup> .	28,16% (1140) não realizaram nenhum tipo de procedimento no período de distanciamento social, enquanto 71,84% (2.908) atenderam principalmente emergências.	Não cita
8	China	Yu, et al. <sup>53</sup> .	319 (99%) tomariam medidas para rastrear os pacientes antes do tratamento, incluindo medidas de rastreio pagas. 240 (74,44%) utilizou medidas pagas, incluindo RT-PCR; 241 (90,60%) deles completaram os testes COVID-19 para eles próprios para começarem a praticar novamente; apenas 99 (37,22%) dos entrevistados exigiram que os pacientes assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido; 299 (92,9%) aferiram a temperatura de pacientes, 276 (85,7%) investigaram histórico de viagens	265 (82,3%) usaram máscara N95;
9	Espanha	Chamorro-Petronacci, et al. <sup>54</sup> .	Durante o estado de alarme 85,5% (342) dos dentistas atenderam de 1 - 5 pacientes por semana; 11,3% (45) de 6 a 10 e 3,3% (13) mais de 11 pacientes por semana. Dentistas que atuam no setor público atendiam mais pacientes urgentes por semana do que aqueles que atuavam em cirurgias privadas	60,8% (243) dos participantes não conseguiram obter nenhum equipamento de proteção individual (EPI) quando o estado de alarme foi declarado; Apenas 12,3% dos participantes conseguiram obter equipamentos de proteção individual (EPI), incluindo máscaras FFP2.
10	Estados Unidos	Estrich et al. <sup>55</sup> .	91,1% dos entrevistados (1.999) atenderam urgência e 80,1% (1.758) atendimento eletivo; Entre os 2.042 dentistas que prestaram atendimento no mês anterior à pesquisa, 92,8% (1.892) realizaram o AGDP; 97,2% (1985) verificaram a temperatura dos pacientes e 94,4% (1927) dos dentistas e funcionários; 99,6% (2.034) usavam EPI; 85,2% (1.740) realizavam proteção física como barreiras, abertura de janelas ou filtros de ar e purificadores; 99,1% (2.024) realizaram a desinfecção do aparelho operatório entre os pacientes; 4,0% (17) utilizaram sucção extraoral; 12% (51) bochechos pré-procedimento para pacientes.	59,0% (1.117) usaram máscara N95 ou equivalente e EPI clínico básico, incluindo proteção para os olhos, ao realizar os AGDPs; e 61,6% (90) também utilizaram em não AGDP. 17,6% (355) trocaram de máscara entre os pacientes; 20,2% (407) trocaram de máscara entre vários pacientes; 34,2% (689) diariamente; 7,7% (155) semanais; 20,2% (407) se estiver sujo ou danificado.
11	India	Arora et al. <sup>45</sup> .	Apenas 41,8% (270) dos dentistas estavam dispostos a prestar atendimento de emergência a pacientes positivos para COVID-19; 46,3% (299) utilizaram teleconferências para pacientes confirmados/suspeitos de COVID-19; 22,1% (143) encaminhariam o paciente para o centro/hospital superior. E 0,8% (5) examinariam o paciente em seu consultório odontológico para verificar a gravidade da queixa.	73,7% (476) estavam cientes que aparelhos ultrassônicos e caneta de alta velocidade trazem risco máximo de transmissão durante o tratamento de um paciente COVID-19 positivo.
12	India	Maru et al. <sup>46</sup> .	56,6% fizeram treinamento em controle de infecção para COVID-19	S.I.

Tabela 3: Principais Práticas e Instrumentos Materiais do Processo de Trabalho

Quant.	País	Autor	Principais práticas/ Produto do processo do trabalho	Instrumentos materiais do processo de trabalho (equipamento, material de consumo, med.; instalações)
13	Índia	Singh et al. <sup>47</sup> .	Práticas como uso de isolamento de borracha, sucção de alto volume, enxague anti-bacteriano antes de tratar o paciente, higienização das mãos antes e depois do tratamento apresentaram mediana total boa. Mulheres e especialistas apresentaram melhores escores medianos.	S.I.
14	Itália	Cagetti et al. <sup>33</sup> .	82,37% (2.542) realizaram triagem por telefone; 21,26% (656) verificaram a temperatura dos colegas de trabalho e 23,49% (725) verificaram a temperatura do paciente; 77,09% (2.379) ventilaram a área cirúrgica por pelo menos 10 minutos após cada paciente; 91,64% (2.828) dos dentistas lavaram as mãos antes e após cada procedimento.	74,56% (2386) usavam máscaras cirúrgicas; 54,84% (1755) filtros faciais; 63,75% (2040) fones de ouvido descartáveis; 21,09% (675) batas descartáveis.
15	Itália	Consolo et al. <sup>34</sup> .	Atendimento fechado ou reduzido para procedimentos de urgência; 87,1% reduziram o número de pacientes na sala de espera; 73,3% usavam EPI; 86,5% realizaram triagem por telefone; 77,5% realizaram ventilação do ambiente; 21,3% mediram a temperatura dos pacientes.	86% (306) relataram dificuldade em encontrar EPI e 57,9% (206) relataram problemas no tempo de entrega dos materiais odontológicos; 95,8% (341) contataram os pacientes principalmente por telefone, apenas 4,2% (15) por meio de canais sociais ou sites; 96,1% (342) dentistas garantiram a disponibilidade de telefone para emergências odontológicas.
16	Itália	De Stefani et al. <sup>35</sup> .	No caso de emergências, apenas 123 (8,2%) dentistas teriam atendido pacientes se protegendo com o uso adequado de EPI ou prescrevendo o teste de reação em cadeia da polimerase (PCR) após o atendimento de emergência; e 144 (9,6%) teriam encaminhado o paciente ao Serviço Nacional de Saúde. Enquanto 985 (65,7%) teriam se recusado a tratar um paciente com rinorréia e tosse.	S.I.
17	Itália	Izzetti et al. <sup>36</sup> .	75,5% (2.457) dentistas realizaram apenas atendimento emergencial; 24,4% (794) fecharam e 0,3% (3) trabalharam normalmente; A triagem por telefone foi utilizada por 95% (2.010) dentistas; apenas 25,2% (820) mediram a temperatura do paciente; 88,5% (2880) diminuíram a formação de aerossol; 89,9% (2925) usavam bochechos. A ventilação da sala foi fornecida após o tratamento odontológico por 98,1% (3192) dos profissionais;	90,4% (2942) dos dentistas relataram dificuldade no acesso aos equipamentos de proteção individual e 60% (1952) relataram aumento no uso. 75,8% (2466) usaram dique de borracha e 15,14% (493) usaram filtros faciais de máscara.
18	Itália	Martina et al. <sup>37</sup> .	49,6% (173) consideraram adiar procedimentos ortodônticos com aerossóis; 98% (342) reduziram o número de pacientes por dia e 60,2% (210) aumentaram o número de horas de trabalho por semana.	S.I.

Tabela 3: Principais Práticas e Instrumentos Materiais do Processo de Trabalho

Quant.	País	Autor	Principais práticas/ Produto do processo do trabalho	Instrumentos materiais do processo de trabalho (equipamento, material de consumo, med.; instalações)
19	Itália	Putrino et al. <sup>38</sup>	25,3% (300) tomaram como medida de segurança: anamnese por telefone; disponibilidade de álcool para higienização das mãos do paciente; maior frequência de lavagem das mãos e limpeza das superfícies ambientais; uso de equipamentos de proteção individual por toda a equipe; garantia de troca de ar no escritório e sala de espera.	S.I.
20	Itália	Sinjari et al. <sup>39</sup>	56,6% dos consultórios odontológicos realizaram triagem telefônica para definir a real necessidade de atendimento de emergência e investigar o risco de exposição ao SARS-CoV-2; Apenas 12,3% (54) dos entrevistados utilizaram a telemedicina e 36,8% (162) não a consideraram válida.	Antes da pandemia, 77,3% dos participantes utilizavam rotineiramente EPI - máscara cirúrgica (96,4%), óculos de segurança (62,2%) ou viseira (39,4%) e fone de ouvido (41,3%). No entanto, durante o lockdown, o uso de EPI aumentou para 91,6% com viseira de segurança (83,1%), avental descartável (82,1%) , fone de ouvido descartável (77,7%), máscara cirúrgica (69%) e peça facial filtrante FFP2 (62,2%).
21	Irã	Ahmadi et al. <sup>66</sup>	95% (228) mudaram seu horário de trabalho e limitaram a prática a casos urgentes e emergentes; 86% (207) focaram em procedimentos preventivos e reduziram as sessões de tratamento ao mínimo possível; 46% (111) cancelaram todos os procedimentos odontológicos até o final da fase de alerta; e 26% (63) cancelaram todo o tratamento até o fim da pandemia; 26% (63) realizaram apenas tratamento de urgência; 85% (204) têm implementado as diretrizes mais recentes durante a prática; 81 % (195) têm seguido as últimas diretrizes publicadas para a prática odontológica durante a pandemia.	97% (234) verificou que o consumo de EPI aumentou; 87% (210) tiveram dificuldade em encontrar EPI, 11% (27) receberam ajuda de organizações públicas no fornecimento de EPI ; 63% (153) discordavam da eficácia da consulta por telefone para resolver problemas dos pacientes e 38% (93) verificaram um aumento nas ligações de pacientes.
22	Jordânia	Khader et al. <sup>57</sup>	74,7% (275) consideraram necessário pedir aos pacientes que se sentassem longe uns dos outros, usem máscaras na sala de espera e lavem as mãos antes de sentar na cadeira, para diminuir a transmissão da doença, enquanto 21,7% (80) acreditam que isso não era necessário e poderia causar pânico. E 82,6% (304) relataram preferir evitar trabalhar com um paciente com caso suspeito de COVID-19.	S.I.
23	Líbano	Nasser et al. <sup>68</sup>	210 (58,7%) relataram boas práticas e 148 (41,3%) relataram práticas ruins; O estudo demonstrou que dentistas com alto nível de conhecimento, treinados e especialistas tiveram melhor práticas preventivas em relação ao COVID-19.	278 (77,7%) utilizaram EPI, como óculos, máscara, luvas, protetor facial, proteção para cabeça e pés.

Tabela 3: Principais Práticas e Instrumentos Materiais do Processo de Trabalho

Quant.	País	Autor	Principais práticas/ Produto do processo do trabalho	Instrumentos materiais do processo de trabalho (equipamento, material de consumo, med.; instalações)
24	Nepal	Humagain et al. <sup>59</sup>	75% (304) adiaram tratamentos regulares de pacientes suspeitos; Apenas 56% (227) tomaram precauções necessárias do COVID-19 na clínica; 66% (268) pediram que todos os pacientes que enxaguassem a boca antes do tratamento; 51% (207) mediram a temperatura do paciente; apenas 51% (207) usaram EPI e praticaram a higiene das mãos para todos os pacientes.	Apenas 6% (24) utilizaram dique de borracha; 51% (207) utilizaram EPIs; Apenas 30% (122) usou máscara N-95 durante o tratamento de pacientes.
25	Paquistão	Khan et al. <sup>60</sup>	96,1% (294) concordavam com a realização de procedimentos de emergência apenas; 296 (96,7%) investigaram a história de viagem do paciente e aferiram a temperatura antes de procedimentos; 294 (96,1%) Investigaram a história médica e sintomas para todos os pacientes; 202 (66%) referiram uso de métodos químico-mecânicos para remoção de cárie em pacientes com irreversível pulpíte;	95,5% (292) concordaram em minimizar procedimentos geradores de aerossóis, como o uso de seringa tripla.
26	Peru	Castro-Rodriguez, Y. <sup>32</sup>	Avaliar o estado de saúde do paciente, por telefone, antes da consulta; Introduzir a teleodontologia para consultas; Reforçar a biossegurança; Pré-lavagem oral do paciente; Evitar turbinas.	Testes rápidos para pacientes; termômetros infravermelhos; consumíveis restritos e lojas fechadas.
27	Polônia	Tysiąc-Miśta et al. <sup>61</sup>	71,2% (623) suspenderam a prática clínica.	75,3% (659) disseram não ter acesso suficiente a EPI; Dos 28,8% (252) que continuaram trabalhando, apenas 46% possuíam EPI adequado e entre os 623 (71,2%) que suspenderam o atendimento, 83,9% não tiveram acesso suficiente aos EPI.
28	Síria	Al-Nerabiah et al. <sup>62</sup>	Enquanto 15% ofereciam todos os tipos de tratamentos, com extensos procedimentos de controle de infecção, 77% ofereciam apenas procedimentos de emergência e 8% fechavam seus consultórios. 69% dos dentistas utilizaram bochechos prévios com iodo povidine 0,2%, lençol de borracha para isolamento e evitaram radiografia intraoral.	25% disseram que as máscaras cirúrgicas só devem ser trocadas quando molhadas, 16% a cada 24 horas e 53% a cada 20 minutos.

Tabela 3: Principais Práticas e Instrumentos Materiais do Processo de Trabalho

Quant.	País	Autor	Principais práticas/ Produto do processo do trabalho	Instrumentos materiais do processo de trabalho (equipamento, material de consumo, med.; instalações)
29	Turquia	Durruk et al. <sup>48</sup>	42,30% (829) atenderam apenas emergências; 12,30% (240) não aceitaram pacientes; 18,60% (364) reduziram o número de pacientes; 26,80% (525) não alteraram a admissão dos pacientes; 4,24% (83) rastrearam sintomas como febre e tosse; 49,95% (978) evitaram procedimentos com aerossol quando possível; 10,32% (202) solicitaram ao paciente enxágüe com clorexidina, 15,42% (302) com peróxido de hidrogênio e 36,47% (714) com povidona; 63,79% (1249) utilizaram sucção de alta potência; e 67,03% (1313) não utilizaram nenhuma dessas medidas; 82,94% (1624) informaram seus pacientes sobre o COVID-19.	46,37% (908) tiveram dificuldade de acesso ao EPI; 96,58% usavam luvas; 85,90% (1.682) usavam máscara e apenas 13,84% (271) usavam dique de borracha; 12,36% (242) dos dentistas usavam máscara N95; 53,52% óculos; 70,33% usavam proteção facial; 56,13% chapéus e apenas 45,56% usavam aventais descartáveis.
30	Turquia	Sezgin, et al. <sup>49</sup>	83,9% (224) realizariam tratamento em casos com traumas complicados; 66,7% (178) não realizariam uma intervenção de emergência na pulpíte aguda e tratariam o paciente em uma única sessão; 66,3% (177) dos dentistas prescreveriam antibióticos e antiinflamatórios para inchaço extraoral e dor localizada.	S.I.
31	Turquia	Tokuc, et al. <sup>50</sup>	86,9% (508) atrasaram o tratamento de seus pacientes; 53,9% só realizariam procedimentos de emergência para pacientes assintomáticos. 87% (508) encaminhariam pacientes com sintomas para clínicas de COVID-19; 1% (6) os encaminhariam para hospitais universitários; 11,3% (66) fariam procedimentos de urgência e 0,7% (4) fariam tratamento de rotina.	Nos procedimentos geradores de aerossóis, o uso de respiradores FFP2/N95 (33,9%; n=189) e FFP3/N99 (10,9%; n=61) foi maior que a adesão a outros procedimentos; O uso de máscara cirúrgica foi menor nos procedimentos geradores de aerossóis (50,7%; n = 282) em comparação com outros procedimentos (77,5%; n = 448).

FONTE: Elaboração própria com base nos estudos selecionados na revisão sistemática

LEGENDA: \* S.I.= Sem informação

Tabela 4: Situação da COVID-19 no período de realização dos estudos constantes da Revisão Sistemática

Pais	Autor	Período	Total de casos	Total de casos por milhão	Total de mortes	Total de mortes por milhão	Taxa de letalidade (%)	Total de testes	Testes por caso
Arabia Saudita	Alzahrani et al <sup>51</sup> .	abril de 2020	1720	49.406	16	0,46	0,9	123.706	55.6
		maio de 2020	85.261	2.449.053	503	14.448	0,6	879.921	9.2
Arabia Saudita	Al-Khalifa et al <sup>52</sup> .	23/05/2020	70.161	2.015.318	379	10.886	0,5	744.832	6.5
		31/05/2020	85.261	2.449.053	503	14.448	0,6	879.921	9.2
Brasil	Candeiro et al <sup>40</sup> .	28/03/2020	3.904	18.367	111	0.522	2,8	S.I.	S.I.
		03/04/2020	9.056	42.605	359	1.689	4	S.I.	S.I.
Brasil	Vieira-Meyer et al <sup>44</sup> .	29/03/2020	4.256	20.023	136	0,64	3,1	S.I.	S.I.
		04/04/2020	10.360	48.739	445	2.094	4,3	S.I.	S.I.
Brasil	Cotrin et al <sup>41</sup> .	01/05/2020	92.202	433.770	6.412	30.166	6,9	S.I.	S.I.
		03/05/2020	101.826	479.047	7.051	33.172	6,9	S.I.	S.I.
Brasil	Faccini et al <sup>43</sup> .	05/05/2020	115.455	543.166	7.938	37.345	6,9	S.I.	S.I.
		20/05/2020	291.579	1.371.753	18.859	88.723	6,5	S.I.	S.I.
Brasil	Morais et al <sup>42</sup> .	26/06/2020	1.274.974	5.998.201	55.961	263.272	4,4	S.I.	S.I.
		02/07/2020	1.496.858	7.042.069	61.884	291.137	4,1	S.I.	S.I.
China	Yu, et. al <sup>53</sup> .	07/05/2020	82.931	57.618	4.633	3.219	5,6	S.I.	S.I.
		09-05-2020	82.946	57.628	4.633	3.219	5,6	S.I.	S.I.
Espanha	Chamorro-Petronacci, et al <sup>54</sup> .	01/04/2020	104.118	2.226.895	9.387	200.771	9	S.I.	S.I.
		30/04/2020	213.435	4.564.988	24.543	524.930	11,5	1.351.130	767.9
Estados Unidos	Estrich et al <sup>55</sup> .	08/06/2020	1.961.313	5.925.370	113.985	344.363	5,8	23.325.425	24.9
		12/06/2020	2.048.801	6.189.682	117.423	354.749	5,7	25.745.822	25.9
India	Maru et al <sup>46</sup> .	16/04/2020	13.430	9.732	448	0,325	3,3	302.956	23.6
		22/04/2020	21.370	15.485	681	0.493	3,2		22.9
India	Singh et al <sup>47</sup> .	15/04/2020	12.322	8.929	405	0.293	3,3	274.599	22.9
		15/05/2020	85.784	62.162	2.753	1.995	3,2	2.039.952	23.1
India	Arora et al <sup>45</sup> .	01/06/2020	198.370	4.064	5.608	4.064	2,8	3.837.207	15.0
		08/06/2020	265.928	192.701	7.473	5.415	2,8	4.774.434	13.9

Tabela 4: Situação da COVID-19 no período de realização dos estudos constantes da Revisão Sistemática

Pais	Autor	Período	Total de casos	Total de casos por milhão	Total de mortes	Total de mortes por milhão	Taxa de letalidade (%)	Total de testes	Testes por caso
Italia	Putrino et al <sup>38</sup> .	23/02/2020	155	2.564	3.0	0.05	1,9		
		15/03/2020	24.747	409.3	1.809	29.92	7,3	124.899	4.3
Italia	Consolo et al <sup>34</sup> .	02/04/2020	115.242	1.906.029	13.915	230.145	12	581.232	6,4
		21-04-2020.	183.957	3.042.531	24.648	407.662	13,4	1.450.150	17,5
Italia	Izzetti et al <sup>36</sup> .	06/04/2020	132.547	2.192.243	16.523	273.280	12,46	721.732	7.9
		13/04/2020	159.516	2.638.293	20.465	338.478	12,8	1.046.910	12.1
Italia	Cagetti et al <sup>33</sup> .	10/04/2020	147.577	2.440.829	18.849	311.75	13,1	906.864	10.3
		17/04/2020	172.434	2.851.948	22.745	376.188	13,1	1.244.108	13.6
Italia	De Stefani et al <sup>35</sup> .	11/04/2020	152.271	2.518.465	19.468	321.988	12,8	963.473	11.1
		18/04/2020	175.925	2.909.687	23.227	384.160	13	1.305.833	14.5
Italia	Sinjari et al <sup>39</sup> .	08/04/2020	139.422	2.305.951	17.669	292.234	12,7	807.125	9.2
		01/05/2020	207.428	3.430.727	28.236	467.005	13,6	2.053.425	28.5
Italia	Martina et al <sup>37</sup> .	01/05/2020	207.428	3.430.727	28.236	467.005	13,6	2.053.425	28.5
		06-05-2020	214.457	3.546.982	29.684	490.954	13,8	2.310.929	36.8
Ira	Ahmadi et al <sup>56</sup> .	10/06/2020	177.938	2.118.487	8.506	101.270	4,8	S.I	S.I
Jordânia	Khader et al <sup>57</sup> .	25/06/2020	215.096	2.560,88	10.130	120.605	4,7	S.I	S.I
		Março de 2020	274	26.854	5	0,49	1,80%	S.I	S.I
Líbano	Nasser et al <sup>58</sup> .	Abril de 202	479	70.179	14	2.051	2,9	S.I	S.I
			725	106.22	24	3.516	3,3	S.I	S.I
Nepal	Humagain et al <sup>59</sup> .	10/05/2020	110	3.775	0	0	0	16.898	99,2
		17/05/2020	402	13.797	2	0.069	0,5	33.006	75.9
Paquistão	Khan et al <sup>60</sup> .	15/05/2020	136	0.616					
		31/03/2020	2.118	9.588	27	0,122	1,3		
Peru	Castro-Rodriguez, Y <sup>32</sup> .	01 de abril de 2020	1.323	40.125	161	4.883	0,1	20.175	5.1
		a 30 de abril de 2020	36.976	1.121.442	4.782	145.033	12,9	69.527	3.0
Polônia	Tysiąg-Miśta et al <sup>61</sup> .	06/04/2020	4.413	116.602	107	2827	2,4	S.I	S.I.
		16/04/2020	9.593	253.471	380	10041	4	S.I.	S.I.

Tabela 4: Situação da COVID-19 no período de realização dos estudos constantes da Revisão Sistemática

Pais	Autor	Período	Total de casos	Total de casos por milhão	Total de mortes	Total de mortes por milhão	Taxa de letalidade (%)	Total de testes	Testes por caso
Síria	Al-Nerabiah et al <sup>62</sup> .	20/02/2020	0	0	0	0	0	S.I.	S.I.
		20/03/2020	0	0	0	0	0	S.I.	S.I.
Turquia	Duruk et al <sup>48</sup> .	16/03/2020	18	0.213	0	0	0	S.I.	S.I.
		20-03-2020	359	1.162	4	0,047	1,1	S.I.	S.I.
Turquia	Sezgin, et al <sup>49</sup> .	01/04/2020	15679	185,904	277	3.284	1,8	106.799	S.I.
		14/04/2020	65.111	772.015	1403	16.635	2,1	443.626	7.1
Turquia	Tokuc, et al <sup>50</sup> .	11 de março de 2020	1	0	0,012	0	0	S.I.	S.I.
		Abril de 2020	120.204	1.425.247	3147	37.634	2,6	1.033.617	13,1

FONTE: <https://ourworldindata.org/>

## Suplementos

Tabela S1. Critérios PICOS para inclusão dos estudos

Parameter	Inclusion criteria
População	Cirurgiões dentistas
Intervenção	Condições durante a pandemia de COVID-19
Comparador	Não aplicável
Desfecho (Outcome)	Identificar as principais percepções dos dentistas e as práticas efetivamente realizadas durante a pandemia de Covid-19 e associar esses dados à situação epidemiológica do país.
Desenho de estudo	Qualitativo, estudos quantitativos e consensos da área.

Table S2. Estratégias de pesquisa e resultados dos bancos de dados (08/12/2020)

Database	Search strategy	Items found
PubMed: <a href="https://www-ncbi-nlm-nih.ez86.periodicos.capes.gov.br/pmc/">https://www-ncbi-nlm-nih.ez86.periodicos.capes.gov.br/pmc/</a>	("COVID-19"[All Fields] AND ("DENTISTS"[MeSH Terms] OR "DENTISTRY"[MeSH Terms] OR "DENTAL CARE"[MeSH Terms] OR "ORAL HEALTH"[MeSH Terms])) AND ("KNOWLEDGE"[All Fields] OR "PRACTICES"[All Fields] OR "PERCEPTION"[All Fields] OR "ATTITUDES"[All Fields])	<b>51</b>
SciELO - <a href="https://scielo.org/">https://scielo.org/</a>	((COVID-19)) AND (("DENTAL CARE" OR "ORAL HEALTH" OR "DENTISTRY" OR "DENTISTS")) AND ("KNOWLEDGE" OR "ATTITUDES" OR "PERCEPTION" OR "PRACTICES" AND type:(“research-article”))	<b>13</b>
ScienceDirect: <a href="https://www-sciencedirect.ez86.periodicos.capes.gov.br/">https://www-sciencedirect.ez86.periodicos.capes.gov.br/</a>	(COVID-19 AND ("DENTAL CARE" OR "ORAL HEALTH" OR "DENTISTRY" OR "DENTISTS") AND ("KNOWLEDGE" OR "ATTITUDES" OR "PERCEPTION" OR "PRACTICES"))	<b>08</b>
Scopus: <a href="https://www-scopus-com.ez86.periodicos.capes.gov.br/search/form.uri?display=basic">https://www-scopus-com.ez86.periodicos.capes.gov.br/search/form.uri?display=basic</a>	TITLE-ABS-KEY ( "COVID-19" AND ( "Dental care" OR "Oral health" OR "Dentistry" OR "Dentists" ) ) AND ( LIMIT-TO ( DOCTYPE , "ar" ) OR LIMIT-TO ( DOCTYPE , "re" ) )	<b>205</b>
Web of Science: <a href="http://apps-webofknowledge.ez86.periodicos.capes.gov.br/summary.do?product=WOS&amp;parentProduct=WOS&amp;searchmode=AdvancedSearch&amp;parentQid=&amp;qid=2&amp;SID=8CJgHytpNYGf1wVqWxL&amp;&amp;update_back2search_link_param=yes&amp;page=1">http://apps-webofknowledge.ez86.periodicos.capes.gov.br/summary.do?product=WOS&amp;parentProduct=WOS&amp;searchmode=AdvancedSearch&amp;parentQid=&amp;qid=2&amp;SID=8CJgHytpNYGf1wVqWxL&amp;&amp;update_back2search_link_param=yes&amp;page=1</a>	(TS=("COVID-19" AND ("DENTAL CARE" OR "ORAL HEALTH" OR "DENTISTRY" OR "DENTISTS") AND ("KNOWLEDGE" OR "PERCEPTION" OR "PRACTICES" OR "ATTITUDES")) AND IDIOMA: (English OR Portuguese OR Spanish) AND TYPES OF DOCUMENTS: (Article))	<b>79</b>

FONTE: Elaboração própria

Tabela S3. Razões para exclusão dos estudos

---

**Cartas ao editor**


---

1. Maret, Delphine; Peters, Ove A; Vaysse, Frederic; Vigaros, Emmanuelle; Integration of telemedicine into the public health response to COVID-19 must include dentists. International endodontic journal - Volume 0, Issue 0, pp. - published 2020-04-01

---

**Artigos não compatíveis com os critérios PICOS search desse estudo**


---

1. Gasparro, Roberta; Sc; urra, Cristiano; Maldonato, Nelson Mauro; Dolce, Pasquale; Bochicchio, Vincenzo; Valletta, Aless; ra; Sammartino, Gilberto; Sammartino, Pasquale; Mariniello, Mauro; di Lauro, Aless; ro Espedito; Marenzi, Gaetano;. Perceived Job Insecurity and Depressive Symptoms among Italian Dentists: The Moderating Role of Fear of COVID-19. International Journal of Environmental Research and Public Health - Volume 17, Issue 15, pp. - published 2020-01-01
2. Gambarini, G.; Galli, M.; Gambarini, E.; Di Nardo, D.; Seracchiani, M.; Obino, F.V.; Patil, S.; Bh; i, S.; Miccoli, G.; Testarelli, L.;. Fine aerosols and perceived risk of COVID-19 among Italian dental practitioners: An experimental survey. Journal of Contemporary Dental Practice - Volume 21, Issue 6, pp. 599-603 - published 2020-01-01
3. Giudice, A; Barone, S; Muraca, D; Averta, F; Diodati, F; Antonelli, A; Fortunato, L. Can Teledentistry Improve the Monitoring of Patients during the Covid-19 Dissemination? A Descriptive Pilot Study. International Journal of Environmental Research and Public Health - Volume 17, Issue 10, pp. - published 2020-05-01
4. Harini, P; Abilasha, R; Awareness and perception of precautionary measures against covid 19 exposure among dental practitioners-a questionnaire based study. International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences - Volume 11, Issue 0, pp. 550-557 - published 2020-01-01
5. Nair, A.K.R.; Karumaran, C.S.; Kattula, D.; Thavarajah, R.; Moh; oss, A.A.; Stress levels of indian endodontists during COVID-19 pandemic | Niveles de estrés de endodoncistas de la india durante la pandemia COVID-19. Revista Cubana de Estomatología - Volume 57, Issue 3, pp. 1-18 - published 2020-01-01.
6. Nibali, L; Ide, M; Ng, D; Buontempo, Z; Clayton, Y; Asimakopoulou, K; The perceived impact of Covid-19 on periodontal practice in the United Kingdom: A questionnaire study. Journal of Dentistry - Volume 102, Issue 0, pp. 103481-103481 - published 2020-01-01.
7. Sakpal, Omkar Santosh; Tewary, Shivsagar; Sanyal, Pronob;. A Study to Evaluate the Knowledge and Awareness amongst Dental Professionals about COVID-19 Outbreak - A Survey. JOURNAL OF EVOLUTION OF MEDICAL AND DENTAL SCIENCES- JEMDS - Volume 9, Issue 43, pp. 3186-3191 - published 2020-01-01
8. Suryakumari, V B P; Pallavi Reddy, Y; Yadav, S S; Doshi, D; Surekha Reddy, V;. Assessing Fear and Anxiety of Corona Virus among Dental Practitioners. Disaster

Medicine and Public Health Preparedness - Volume 0, Issue 0, pp. - published 2020-01-01

9. Widyarman AS, Bachtiar EW, Theodorea CF, Rizal MI, Roeslan MO, Djamil MS, Santosa DN, Bachtiar BM. COVID-19 Awareness Among Dental Professionals in Indonesia. *Front Med (Lausanne)*. 2020 Nov 4;7:589759. doi: 10.3389/fmed.2020.589759.

---

### Artigos sem o período do estudo

---

1. Aly, M M; Elchaghaby, M A;. Impact of novel coronavirus disease (COVID-19) on Egyptian dentists' fear and dental practice (a cross-sectional survey). *BDJ Open* - Volume 6, Issue 1, pp. - published 2020-01-01
2. Kanaparthi, Alekhya; Dukkireddy, Divya; Gopalaiah, Hema; Kesary, S.P.R. Sathya Prakash Reddy; Katne, Tejaswi; Gantala, Ramlal;. Awareness of COVID 19 pandemic among dental practioners of Telangana state, India: A cross sectional survey. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research* - Volume 10, Issue 4, pp. 484-489 - published 2020-01-01
3. Khanal, N; Singh, A K;. Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 an its impact on dentistry: A cross-sectional survey among nepalese dentists. *Kahmandu University Medical Journal* - Volume 18, Issue 2, pp. 3-9 - published 2020-01-01
4. Roshan, A; Jeevitha, M; Sridevi, G;. Analysis of awareness of infection control indental practice during the COVID-19 outbreak among dental practitioners in Tamil Nadu. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences* - Volume 11, Issue 0, pp. 653-658 - published 2020-01-01
5. Teja, K V; Vasundhara, K A; Sriram, G;. Knowledge, awareness, and practice of detists in preventing-novel corona virus (COVID-19) transmission-a questionnaire based cross-sectional survey. *Brazilian Dental Science* - Volume 23, Issue 2, pp. 1-9 - published 2020-01-01

---

### Artigos não encontrados

---

1. Anushya, P; Prathap, L; Jothi Priya, A; Preetha, S. Awareness and role of dentist in preventing covid-19 outbreak-a survey. *International Journal of Pharmaceutical Research* - Volume 12, Issue 0, pp. 3532-3541.
2. Talla, P.K.; Levin, L.; Glogauer, M.; Cable, C.; Allison, P.J. Delivering dental care as we emerge from the initial phase of the COVID-19 pandemic: teledentistry and face-to-face consultations in a new clinical world *Quintessence international* (Berlin, Germany : 1985) - Volume 51, Issue 8, pp. 672-677

Tabela S4. Estudos incluídos

- 
1. Alzahrani, Abdullah Ali H.. Practices and Attitudes of Dental Practitioners toward Patient Management during the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. *Journal of Research in Medical and Dental Science* ; 8(3):214-223, 2020.
  2. Al-Khalifa KS, AlSheikh R, Al-Swuailem AS, Alkhalifa MS, Al-Johani MH, Al-Moumen SA, et al. (2020) Pandemic preparedness of dentists against coronavirus disease: A Saudi Arabian experience. *PLoS ONE* 15(8): e0237630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237630>
  3. Candeiro, G., Gavini, G., Vivan, R. R., Carvalho, B., Duarte, M., Feijão, C. P., & Feijão, C. P. (2020). Knowledge about Coronavirus disease 19 (COVID-19) and its professional repercussions among Brazilian endodontists. *Brazilian oral research*, 34, e117. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0117>
  4. Cotrin P, Peloso RM, Pini NIP, et al. Urgencies and emergencies in orthodontics during the coronavirus disease 2019 pandemic: Brazilian orthodontists' experience. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2020;158(5):661-667. doi:10.1016/j.ajodo.2020.06.028.
  5. Morais, H. G. de F.; Galvão, M. H. R.; Silva, W. R. da .; Barros, J. M. de .; Santos, A. . A. dos .; Domingos, N. R. da S.; Freitas, C. H. S. de M. Biosafety knowledge, actions and practices of brazilian dentists during the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e1529108507, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8507.
  6. Faccini M, Ferruzzi F, Mori AA, Santin GC, Oliveira RC, Oliveira RCG, Queiroz PM, Salmeron S, Pini NIP, Sundfeld D, Freitas KMS. Dental Care during COVID-19 Outbreak: A Web-Based Survey. *Eur J Dent*. 2020 Dec;14(S 01):S14-S19. doi: 10.1055/s-0040-1715990.
  7. Vieira-Meyer APGF, Coutinho MB, Santos HPG, Saintrain MV, Candeiro GTM. Brazilian Primary and Secondary Public Oral Health Attention: Are Dentists Ready to Face the COVID-19 Pandemic? [published online ahead of print, 2020 Sep 10]. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020;1-8. doi:10.1017/dmp.2020.342.
  8. Yu J, Hua F, Shen Y, Haapasalo M, Qin D, Zhao D, Peng B, Fouad AF. Resumption of Endodontic Practices in COVID-19 Hardest-Hit Area of China: A Web-based Survey. *J Endod*. 2020 Aug 18;46(11):1577–1583.e2. doi: 10.1016/j.joen.2020.08.001.
  9. Chamorro-Petronacci, C., Martín Carreras-Presas, C., Sanz-Marchena, A., A Rodríguez-Fernández, M., María Suárez-Quintanilla, J., Rivas-Mundiña, B., Suárez-Quintanilla, J., & Pérez-Sayáns, M. (2020). Assessment of the Economic and Health-Care Impact of
-

- 
- COVID-19 (SARS-CoV-2) on Public and Private Dental Surgeries in Spain: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(14), 5139. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145139>
10. Estrich CG, Mikkelsen M, Morrissey R, Geisinger ML, Ioannidou E, Vujicic M, Araujo MWB. Estimating COVID-19 prevalence and infection control practices among US dentists. *J Am Dent Assoc*. 2020 Nov;151(11):815-824. doi: 10.1016/j.adaj.2020.09.005.
  11. Arora S, Abullais Saquib S, Attar N, et al. Evaluation of Knowledge and Preparedness Among Indian Dentists During the Current COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *J Multidiscip Healthc*. 2020;13:841-854. Published 2020 Aug 24. doi:10.2147/JMDH.S268891.
  12. Maru V, Padawe D, Singh A, Takate V, Dighe K, Singh S. Awareness, Perception, Attitude Regarding CoViD -19 and Infection Control among Indian Pediatric Dentists: A Cross Sectional Study. *J Clin Pediatr Dent*. 2020 Aug 1;44(4):211-220. doi: 10.17796/1053-4625-44.4.1.
  13. Singh KT, Mishra G, Shukla AK, et al. Preparedness among dental professionals towards COVID-19 in India. *Pan Afr Med J*. 2020;36:108. Published 2020 Jun 19. doi:10.11604/pamj.2020.36.108.23694.
  14. Cagetti MG, Cairoli JL, Senna A, Campus G. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 28;17(11):3835. doi: 10.3390/ijerph17113835.
  15. Consolo U, Bellini P, Bencivenni D, Iani C, Checchi V. Epidemiological Aspects and Psychological Reactions to COVID-19 of Dental Practitioners in the Northern Italy Districts of Modena and Reggio Emilia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 15;17(10):3459. doi: 10.3390/ijerph17103459.
  16. De Stefani A, Bruno G, Mutinelli S, Gracco A. COVID-19 Outbreak Perception in Italian Dentists. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3867. Published 2020 May 29. doi:10.3390/ijerph17113867.
  17. Izzetti R, Gennai S, Nisi M, Barone A, Giuca MR, Gabriele M, Graziani F. A perspective on dental activity during COVID-19: The Italian survey. *Oral Dis*. 2021 Apr;27 Suppl 3:694-702. doi: 10.1111/odi.13606. Epub 2020 Sep 15.
  18. Martina S, Amato A, Rongo R, Caggiano M, Amato M. The Perception of COVID-19 among Italian Dentists: An Orthodontic Point of View. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4384. Published 2020 Jun 18. doi:10.3390/ijerph17124384.
-

- 
19. Putrino A, Raso M, Magazzino C, Galluccio G. Coronavirus (COVID-19) in Italy: knowledge, management of patients and clinical experience of Italian dentists during the spread of contagion. *BMC Oral Health*. 2020 Jul 10;20(1):200. doi: 10.1186/s12903-020-01187-3.
  20. Sinjari B, Rexhepi I, Santilli M, et al. The Impact of COVID-19 Related Lockdown on Dental Practice in Central Italy-Outcomes of A Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5780. Published 2020 Aug 10. doi:10.3390/ijerph17165780.
  21. Ahmadi H, Ebrahimi A, Ghorbani F. The impact of COVID-19 pandemic on dental practice in Iran: a questionnaire-based report. *BMC Oral Health*. 2020 Dec 3;20(1):354. doi: 10.1186/s12903-020-01341-x
  22. Khader Y, Al Nsour M, Al-Batayneh OB, et al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e18798. Published 2020 Apr 9. doi:10.2196/18798.
  23. Nasser, Z., Fares, Y., Daoud, R. et al. Assessment of knowledge and practice of dentists towards Coronavirus Disease (COVID-19): a cross-sectional survey from Lebanon. *BMC Oral Health* 20, 281 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01273-6>.
  24. Humagain M, Humagain R, Rokaya D. Dental Practice during COVID-19 in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2020;58(230):764-769. doi:10.31729/jnma.5022.
  25. Khan, A.M., Riaz, A., Nawabi, S., Javed, M.Q., Shahzad, K., Kulsoom, F. Knowledge and Attitude of Pakistani Dentists Regarding Covid-19. *Medical Forum Monthly*. 2020; Volume 31, Issue 9, September 2020, Pages 34-40
  26. Castro-Rodríguez Yuri, Valenzuela-Torres Olenka. Repercusiones de la pandemia de COVID 19 en la atención odontológica, una perspectiva de los odontólogos clínicos. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 2020 Ago [citado 2021 Sep 02]; 19(4): e3410. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000500005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000500005&lng=es). Epub 10-Sep-2020.
  27. Tysiąg-Miśta M, Dzedzic A. The Attitudes and Professional Approaches of Dental Practitioners during the COVID-19 Outbreak in Poland: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4703. Published 2020 Jun 30. doi:10.3390/ijerph17134703.
-

- 
28. Al-Nerabiah, Z., Alkhouli, M., Laflouf, M., & Abdul-Hak, M. (2020). Knowledge and awareness level of Syrian dentists towards Novel Coronavirus pandemic: Cross-sectional study. *Journal of oral research, Especial 2*, 2020.
  29. Duruk G, Gümüşboğa ZŞ, Çolak C. Investigation of Turkish dentists' clinical attitudes and behaviors towards the COVID-19 pandemic: a survey study. *Braz Oral Res.* 2020;34:e054. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0054.
  30. Sezgin GP, Şirinoğlu Çapan B. Assessment of dentists' awareness and knowledge levels on the Novel Coronavirus (COVID-19). *Braz Oral Res.* 2020;34:e112. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0112.
  31. Tokuc B, Coskunes FM. Knowledge, attitude and practice of dentists in Coronavirus disease 2019 pandemic in Turkey. *Eur Oral Res.* 2020 May 1;54(2):86-91. doi: 10.26650/eor.20200049.
-

Tabela S5 – Qualificação da população dos artigos constantes da revisão sistemática (Agentes do Processo de Trabalho)

País	Autor	Características / Saberes da população investigada										
		Anos de profissão		Classificação do trabalho				Grau de qualificação				
		Ate 10 anos	mais de 10 anos	Dentistas gerais F(N)	Especialistas F(N)	Equipe acadêmica	Outros	Bacharelado	Po's Graduação			Outros
									Especialista	Mestrado	Doutorado	
Arabia Saudita	Alzahrani et al <sup>51</sup> .	371 (65,4%)	196 (34,6%)	290	81	84	112	269	46	60	72	
Arabia Saudita	Al-Khalifa et al <sup>52</sup> .	149 (51,9%)	138 (48%)	177	110	S.I	S.I	177 (61,7%)	110 (38,3%)	S.I	S.I	
Brasil	Candeiro et al <sup>40</sup> .	683 (32%)	1452 (68,0)	S.I	S.I	172	S.I	N.I.	Endodontistas	S.I	S.I	
Brasil	Cotrin et al <sup>41</sup> .	184 (46,6)	211 (53,4%)	Não se aplica	395	S.I		Não se aplica	66,3% (ortodontia)	18%	15,70%	
Brasil	Morais et al <sup>42</sup> .	564 (75,1%)	187 (24,9%)	S.I	S.I	S.I	S.I	288	283	135	33	12( 1,6 %) pós doutores.
Brasil	Faccini et al <sup>43</sup> .	S.I.	S.I	105	432	S.I	S.I	83 (15,5%)	305 (56,8%)	94 (17,5%)	55 (10,2%)	
Brasil	Vieira-Meyer et al <sup>44</sup> .	1.070 (26,4%)	2.978 (73,6%)	1165	2134		749 (18,50%)	S.I	S.I	S.I	S.I	
China	Yu, et. al <sup>53</sup> .	182 ( 56,5%)	140 (43,5%)	237	85	S.I	S.I	237	85	S.I	S.I	



Tabela S5 – Qualificação da população dos artigos constantes da revisão sistemática (Agentes do Processo de Trabalho)

País	Autor	Características / Saberes da população investigada										
		Anos de profissão		Classificação do trabalho				Grau de qualificação				
		Ate 10 anos	mais de 10 anos	Dentistas gerais F(N)	Especialistas F(N)	Equipe acadêmica	Outros	Bacharelado	Po's Graduação			Outros
									Especialista	Mestrado	Doutorado	
Itália	Martina et al <sup>37</sup> .	S.I	S.I	166	183	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I
Itália	Putrino et al <sup>38</sup> .	S.I	S.I	374	161		S.I	374	161	S.I	S.I	S.I
Itália	Sinjari et al <sup>39</sup> .	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I
Jordania	Khader et al <sup>57</sup> .	244 (66,3%)	124 (33,7%)	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	112	S.I	S.I
Libano	Nasser et al <sup>58</sup> .	S.I	(10,3 ± 8,1) anos, com mínimo de 1 e máximo de 40 anos.	139 (38,8%)	219 (61,2%)	S.I	S.I	139 (38,8%)	219 (61,2%)	S.I	S.I	S.I
Nepal	Humagain et al <sup>59</sup> .	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I	S.I
Paquistão	Khan et al <sup>60</sup> .	S.I	S.I	108				198		S.I	S.I	S.I
Peru	Castro-Rodriguez, Y <sup>32</sup> .		de 11 a 33 anos de experiência			15 (100%) Ortodontia e ortopedia maxilar; reabilitação oral e Periodontia e implantologia	S.I	S.I		15 (100%) Ortodontia e ortopedia maxilar; reabilitação oral e Periodontia e implantologia	S.I	S.I

Tabela S5 – Qualificação da população dos artigos constantes da revisão sistemática (Agentes do Processo de Trabalho)

País	Autor	Características / Saberes da população investigada										
		Anos de profissão		Classificação do trabalho				Grau de qualificação				
		Ate 10 anos	mais de 10 anos	Dentistas gerais F(N)	Especialistas F(N)	Equipe acadêmica	Outros	Bacharelado	Po's Graduação			Outros
							Especialista	Mestrado	Doutorado			
Polônia	Tysiã-Mišta et al <sup>61</sup> .	419 (47,9%)	456 (52,1%)	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.
Síria	Al-Nerabiah et al <sup>62</sup> .	6.582 (75%)	651 (9%)****	5135	2098			5135	2098	S.I.	S.I.	*A maioria (78%) eram clínicos gerais.
Turquia	Duruk et al <sup>48</sup> .	S.I.	S.I.	1274 (65,1%)	684 (34,9%)	S.I.	S.I.	1274	684			
Turquia	Tokuc, et al <sup>50</sup> .	360 (61%)	230 (39%)	360 (61%)	230 (39%)	S.I.	S.I.	360 (61%)	230 (39%)	S.I.	S.I.	
Irã	Ahmadi et al <sup>56</sup> .	150 (62,5%)	90 (37,5%)	216	24	S.I.	S.I.	216	24	S.I.	S.I.	* 214 Dentistas Gerais e 26 especialistas
Turquia	Sezgin, et al <sup>49</sup> .	190 (71,1%)	77 (28,8%)	172	95			172	95			64,4% (172) não eram especialistas.
País	Autor	Anos de profissão		Classificação do trabalho				Grau de qualificação				
		Ate 15 anos	mais de 15 anos	Dentistas gerais F(N)	Especialistas F(N)	Equipe acadêmica	Outros	Bacharelado	Po's Graduação			Outros
									Especialista	Mestrado	Doutorado	
India	Arora et al <sup>45</sup> .	546 (84,5%)	100 (15,5%)	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	285	272	76	13	

FONTE: Elaboração própria baseada nos estudos da revisão sistemática

LEGENDA: \* S.I.= Sem informação

## ARTIGO 2<sup>2</sup>

### A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E COVID-19: RESPOSTA INSTITUCIONAL DA ITÁLIA, ESTADOS UNIDOS E BRASIL

#### RESUMO

Este estudo teve o objetivo de analisar ações formalizadas institucionais na Itália, nos Estados Unidos e no Brasil, no que se refere às práticas de atenção à saúde bucal, no período de enfrentamento da pandemia pela COVID-19. Realizou-se uma pesquisa documental com abordagem qualitativa com dados de caracterização dos países e dados relativos à situação pandêmica. Dados relativos à infraestrutura, organização e financiamento dos sistemas de saúde, de cada país, foram analisados de acordo com o referencial teórico de Souza e Bahia (2014). Documentos governamentais ou oficiais, como os de conselhos de classe e associações de profissionais de saúde bucal, bem como relatórios de organismos internacionais foram incluídos. Como principais resultados, os três países sugeriram a adoção de novos protocolos de segurança e a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos entre 10 e 20 de março de 2020, em diferentes cenários epidemiológicos. A teleodontologia foi recomendada nos documentos institucionais dos três países, e estes também buscaram reconhecer a atenção à saúde bucal como cuidado de saúde essencial. O sistema universal de saúde do Brasil direcionou as equipes de saúde bucal da rede pública para ações de enfrentamento à COVID-19 em março de 2020, nos Estados Unidos políticas de apoio para participação de dentistas em emergências de saúde pública foram divulgadas em março de 2021 e na Itália não foram encontrados documentos relativos à participação de dentistas em outras funções durante a pandemia. Conclui-se que a suspensão do atendimento odontológico eletivo na Itália (10149 casos/631 mortes), nos Estados Unidos (9169 casos/194 mortes) e no Brasil (793 casos/11 mortes) ocorreu em diferentes momentos epidemiológicos enquanto o retorno ocorreu em função da disponibilidade de EPIs e orientações locais. Para o primeiro ano de pandemia não foram localizados protocolos de órgãos dos governos dos três países com diretrizes específicas, abrangentes e oportunas. As diretrizes publicadas para a retomada do atendimento odontológico eletivo mostraram semelhanças nas recomendações de biossegurança e uso de EPIs no âmbito da assistência odontológica individual, principalmente, para consultórios privados. As associações, conselhos e instituições da saúde bucal tiveram importantes posicionamentos para a proteção de dentistas e engajamento da categoria na resposta à pandemia de COVID-19 nos países estudados. A pandemia impulsionou a teleodontologia como alternativa de cuidado e colocou em evidência a necessidade de mais investimentos públicos na ampliação do acesso à atenção à saúde bucal.

Palavras Chave: COVID-19, Saúde bucal, respostas institucionais

---

<sup>2</sup> O texto desse artigo é uma versão completa e será adaptado, às regras da revista, quando do envio para submissão e publicação.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze institutional formalized actions in Italy, the United States and Brazil, with regard to oral health care practices, in the period of coping with the COVID-19 pandemic. A documentary research with a qualitative approach was carried out with data characterizing the countries and data related to the pandemic situation. Data related to the infrastructure, organization and financing of health systems in each country were analyzed according to the theoretical framework of Souza and Bahia (2014). Governmental or official documents, such as those from class councils and associations of oral health professionals, as well as reports from international organizations were included. As main results, the three countries suggested the adoption of new safety protocols and the suspension of elective dental care between March 10 and 20, 2020, in different epidemiological scenarios. Teledentistry was recommended in the institutional documents of the three countries, and these also sought to recognize oral health care as essential health care. The universal health system in Brazil directed oral health teams from the public network to actions to combat COVID-19 in March 2020, in the United States policies to support the participation of dentists in public health emergencies were released in March 2021 and in Italy, no documents were found regarding the participation of dentists in other functions during the pandemic. It is concluded that the suspension of elective dental care in Italy (10149 cases/631 deaths), the United States (9169 cases/194 deaths) and Brazil (793 cases/11 deaths) occurred at different epidemiological moments while the return occurred in depending on the availability of PPE and local guidelines. For the first year of the pandemic, no protocols were found from government agencies in the three countries with specific, comprehensive and timely guidelines. The published guidelines for the resumption of elective dental care showed similarities in biosafety recommendations and the use of PPE in the context of individual dental care, mainly for private offices. Oral health associations, councils and institutions had important positions for the protection of dentists and engagement of the category in the response to the COVID-19 pandemic in the countries studied. The pandemic boosted teledentistry as an alternative of care and highlighted the need for more public investment in expanding access to oral health care.

Keywords: COVID-19, Oral health, institutional responses

## INTRODUÇÃO

A pandemia pela COVID-19 ainda se configura como um grande desafio para os sistemas de saúde do mundo. Durante a primeira onda de contaminação, a orientação de suspensão do atendimento odontológico eletivo foi recomendada por diversos países, ficando a assistência odontológica, restrita aos casos de emergências e urgências<sup>1,2</sup>.

A Itália, epicentro da epidemia em março de 2020, foi o primeiro país ocidental a ser fortemente atingido pelo SARS-CoV-2, quando o conhecimento sobre este novo vírus ainda era muito insuficiente<sup>3</sup>. Os Estados Unidos, maior economia do mundo, ainda em abril do mesmo ano superou a Itália em número de casos, mortes e novas mortes diárias, enquanto o Brasil seguia por um caminho de dados críticos e crescentes, em um cenário de pouca testagem e subnotificações<sup>4,5</sup>.

Diante da pandemia, verificou-se, em sistemas de saúde de vários países, diferentes respostas e repercussões na atenção à saúde bucal. Estudo do Reino Unido apontou que seu Serviço Nacional de Saúde reorganizou-se com a relocação de seus dentistas, através de treinamento e participação destes em diferentes funções, aumentando o quadro de pessoal em ações vinculadas à pandemia<sup>6</sup>. Na Irlanda estudo demonstrou que o acesso desigual aos serviços odontológicos públicos do país foi exacerbado pela pandemia e sugere que a presença de liderança da classe odontológica no Ministério da Saúde pode interferir positivamente na implementação de um sistema de saúde bucal universal<sup>7</sup>.

Tendo em vista que populações mais vulneráveis socioeconomicamente sofreram maiores impactos com a pandemia, estudo no Brasil<sup>8</sup> observou o agravamento de demandas odontológicas reprimidas nessa população, estudo na Inglaterra<sup>9</sup> sugeriu que as desigualdades em saúde bucal podem ter aumentado entre crianças mais carentes enquanto, nos Estados Unidos, Elster e Parsi<sup>10</sup> (2021) discutem que o acesso aos cuidados de saúde bucal já era um problema crítico, mas a aceitação da teleodontologia pode integrar melhor os dentistas à atenção primária.

Desde o início da pandemia, distintos autores desenvolveram e publicaram recomendações de novos protocolos e diretrizes para o atendimento odontológico<sup>11-14</sup>, enquanto outros pesquisaram sobre práticas e conhecimentos adotados pelos dentistas neste contexto<sup>15-17</sup> tendo concluído que mudanças foram necessárias dentro da saúde bucal. Ainda no que diz respeito à atenção à saúde bucal, foram identificados estudos realizados no Brasil que destacaram o impacto negativo da COVID-19 na diminuição da oferta de procedimentos de saúde bucal no sistema público<sup>18,19</sup>.

Observou-se, dessa forma, uma lacuna na literatura relativa a sistematização de documentos institucionais publicados em países com diferentes sistemas de saúde e contextos pandêmicos. Considerando cenários epidemiológicos que representaram epicentros da pandemia, distintos sistemas de saúde e a conjuntura dinâmica desta doença, esta pesquisa se justifica pela necessidade de se

entender como os governos e instituições regulamentadoras da saúde bucal deram respostas à COVID-19.

Por conseguinte, este estudo teve o objetivo de analisar as propostas formalizadas do governo e instituições regulamentadoras da Itália, dos Estados Unidos e do Brasil, em seus sistemas de saúde, no que se referiu às práticas de atenção à saúde bucal, no período de enfrentamento da pandemia pela COVID-19.

## **METODOLOGIA**

Esse é um estudo documental de abordagem qualitativa acerca de propostas relativas à saúde bucal por governos e associações de classe, no período de enfrentamento da pandemia pela COVID-19, na Itália, Estados Unidos e Brasil.

### **Critério de Elegibilidade**

Alguns indicadores da COVID-19 foram levados em consideração para a escolha dos 3 países a serem estudados. A Itália e os Estados Unidos, ao final de março de 2020, eram os países mais fortemente atingidos pela pandemia com mais de 100.000 casos da doença enquanto, no início de maio de 2020, ambos registraram mais de 3 milhões de casos por milhão de habitantes. Com relação ao Brasil, em 01 de junho deste mesmo ano, este chegou a registrar mais que o dobro de casos da Itália (531.286/233.197), estando, em 01 de julho de 2020, na segunda colocação em número de mortes por esta doença, ficando apenas atrás dos Estados Unidos com 60.878 e 128.083 respectivamente.

Dessa forma, a Itália, os Estados Unidos e o Brasil, 03 países que representaram importantes epicentros da COVID-19 e que possuem diferentes sistemas de saúde, foram escolhidos para avaliação das respostas institucionais adotadas frente à atenção à saúde bucal, levando-se em consideração a organização de seus sistemas de saúde, características sócioeconômicas e situação epidemiológica.

### **Referencial Teórico**

Adotou-se o referencial de sistemas de saúde e seus componentes, de Souza, Bahia<sup>20</sup> (2014), para melhor compreensão das medidas adotadas pelos países envolvidos nesta pesquisa. Diversos autores abordam várias possibilidades de composição dos sistemas de saúde, com diferenças que não se constituem necessariamente em antagonismos, Souza e Bahia<sup>20</sup> (2014) consideraram, em uma abordagem abrangente, os seguintes componentes dos sistemas ou redes de saúde: população, infraestrutura, organização dos serviços de saúde, prestação de serviços de saúde ou modelos de

atenção, financiamento e gestão ou governança e regulação.

Importante se faz, antes de delimitar os componentes do sistema, conceituar as redes de atenção à saúde, que de acordo com Mendes<sup>21</sup> são:

“[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade -, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população<sup>21</sup>”.

Estas redes, com as quais corroboram Souza e Bahia<sup>20</sup> (2014), se fazem necessárias para superar a fragmentação dos sistemas de saúde na organização da atenção à saúde.

Nesta perspectiva e de acordo com o referencial teórico adotado na pesquisa, a população determina a relevância de todo sistema frente a capacidade deste em resolver os problemas de saúde deste componente. Deste modo, a caracterização da população e do país a ela vinculada se deu quanto a fatores socioeconômicos através do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), do Índice de Gini, da Densidade populacional, da Taxa de urbanização, da Taxa de alfabetização, do Produto Interno Bruto (PIB) e do % do PIB em gastos.

O IDH, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), avalia o desenvolvimento de um país segundo aspectos como renda, qualidade de vida, e escolarização, este varia de zero (0) a um (1) e quanto mais próximo deste último, mais alta é a qualidade de vida de um país. O IDH em associação com o PIB – que é a soma de todos os bens e serviços produzidos - evita que a avaliação do desempenho de um país fique relacionado apenas ao seu crescimento econômico<sup>22</sup>.

O índice de Gini foi utilizado para avaliar a desigualdade na distribuição da renda e, também em associação com os demais indicadores como taxa de alfabetização, taxa de urbanização, densidade populacional e PIB em gastos de saúde, propiciaram uma melhor caracterização dos Estados membros avaliados.

O referencial de Souza e Bahia<sup>20</sup> (2014), no que diz respeito à infraestrutura, descreve as categorias dos trabalhadores de saúde; estabelecimentos; medicamentos, equipamentos e outros insumos e conhecimento. Entretanto, utilizamos deste componente: os profissionais de saúde, especificamente, os odontólogos, investigando-se o número de odontólogos por país e o quantitativo destes por dez mil (10.000) habitantes, dentro do contexto de entendimento dos sistemas de saúde dos países estudados.

No componente de organização dos serviços de saúde, a categoria assistência à saúde trouxe um melhor entendimento sobre a prestação dos serviços odontológicos realizados durante a pandemia.

Segundo Souza e Bahia<sup>20</sup> (2014): “a prestação de serviços envolve a interface imediata entre os profissionais de saúde e as pessoas que buscam ou precisam de cuidados”, dessa forma, as ações de promoção da saúde, de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde se encontram nesse componente. E, no componente financiamento foram avaliadas as fontes de financiamento dos sistemas de saúde no que diz respeito aos modelos de saúde dos países estudados: seguridade social, seguro social e seguro privado e gastos com saúde bucal.

Dessa forma, esta pesquisa documental buscou entender a organização dos sistemas de saúde, no que diz respeito a atenção à saúde bucal, a partir de um recorte no referencial dos Sistemas de Serviços de Saúde, de Souza e Bahia<sup>20</sup> (2014), adotando para este estudo os componentes: infraestrutura, assistência e financiamento.

A análise das respostas de Estado para a atenção à saúde bucal teve foco nas ações formalizadas da Itália, Estados Unidos e do Brasil em detrimento das omissões, observando-se o conceito de políticas de saúde da Paim<sup>23</sup> (2003), que conceitua política de saúde como uma ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, aos problemas de saúde e seus determinantes, assim como em relação à produção, à distribuição, e à regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. Estas respostas em articulação com os dados da situação epidemiológica da pandemia de COVID-19, assim como o entendimento de como cada sistema de saúde se estrutura, (adaptado de Rossi et al.<sup>24</sup> (2022) e Vieira da Silva et al.<sup>25</sup>(2020)) subsidiaram a compreensão dos documentos emitidos pelos países incluídos nesta pesquisa, pois contextualizaram suas respectivas realidades.

A discussão dos dados encontrados também levou em consideração documentos governamentais ou oficiais, como os de conselhos e associações de profissionais de saúde bucal, bem como relatórios de organismos internacionais encontrados em sites oficiais. E com relação à situação da pandemia pela COVID-19, indicadores como total cumulativo de casos, casos por milhão, total cumulativo de mortes, mortes por milhão, taxa de letalidade, novos casos por milhão, novas mortes por milhão, total de testes e número de testes por caso confirmado foram investigados no site da Organização Mundial da Saúde (OMS) (<https://www.who.int/>) e no site Nosso Mundo em Dados (<https://ourworldindata.org/>).

### **Estratégia de produção de dados e Análise**

Este artigo usou a base de dados do banco mundial, disponível em <https://data.worldbank.org/>, para dados de população, densidade populacional, taxa de urbanização e alfabetização, índice de Gini,

além do Produto Interno Bruto (PIB), e % do PIB com gastos em saúde e, com relação aos dados sobre desigualdade de renda utilizou-se o indicador socioeconômico e de desenvolvimento – IDH – do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (<https://hdr.undp.org/>)(Tabela S2).

Os documentos governamentais ou de conselhos e associações de profissionais de saúde bucal, bem como relatórios de organismos internacionais, e respectivos sites oficiais analisados neste estudo, encontram-se na Tabela S1. Na Itália os principais documentos encontrados foram publicados por associações odontológicas italianas e pelo ministério da saúde (<https://portale.fnomceo.it/>; <https://www.andi.it/>; <https://www.odontoiatria33.it/>; <http://www.salute.gov.it/>). Nos Estados Unidos, principalmente a American Dental Association (ADA) e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicaram orientações, disponíveis em <https://www.ada.org/>; <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/statement-COVID.html>) e no Brasil, o Ministério da Saúde (M.S.) emitiu a maioria das normativas (<https://www.gov.br/saude/pt-br>).

Com relação à situação da pandemia pela COVID-19 nos três países, levamos em consideração os indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS), disponível <https://www.who.int/> e do site Nosso Mundo em Dados (<https://ourworldindata.org/>), para o total cumulativo de casos, total cumulativo de mortes, casos por milhão, mortes por milhão, novos casos e novas mortes por milhão e taxa de letalidade, além do número de testes e relação testes por caso confirmado (Tabela S4). As figuras construídas a partir da tabela S4 foram também analisadas de acordo com sua tendência de curva ascendente, descendente ou estável por análise visual.

Os documentos ou publicações encontrados foram salvos em formato PDF (*Portable Document Format*) e traduzidos para o português utilizando-se a ferramenta Google Translate (<https://translate.google.com/>), organizados no software Microsoft Excel (<https://products.office.com/>) seguindo-se as etapas de pré-análise e análise. A análise dos dados foi realizada utilizando-se matrizes de categorização com as características do país, dos componentes de seu sistema de saúde, e da evolução da pandemia. A análise baseou-se nas categorias infraestrutura, assistência à saúde e financiamento e sua respectiva prestação de serviços durante à pandemia, sistematizando-se os achados.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização dos países e Sistemas de Saúde**

A Itália possui cerca de 60 milhões de habitantes, grande densidade populacional e índice

muito alto de desenvolvimento humano (0,89). De acordo com os dados disponíveis mais atuais constantes na tabela S2, apresentou um índice de Gini de 32,8, um PIB de 2,1 trilhões de dólares em 2021 e chegou a aplicar 8,67% de seu PIB com gastos de saúde<sup>3</sup>.

O sistema de saúde da Itália é um Serviço Nacional de Saúde organizado regionalmente (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) que oferece cobertura universal em grande parte gratuitamente. Entretanto, com relação às ações de atenção à saúde bucal, o SSN oferece um conjunto mínimo de serviços e apenas crianças e grupo de pessoas com vulnerabilidade social ou de saúde possuem gratuitamente serviços preventivos e diagnósticos, tratamento para cáries, doenças periodontais, maloclusões e emergências, as demais pessoas devem realizar co-pagamentos<sup>26</sup>.

Com 51.954 dentistas, apresentava 8,58 dentistas para cada 10.000 habitantes no ano de 2018, sendo que mais de 90% destes estavam no serviço privado, e o percentual que se encontrava no SSN eram, em sua maioria, especialistas e recebiam um salário do governo. Seu sistema de saúde é financiado por impostos nacionais e regionais<sup>27</sup> (Tabela S2).

Os Estados Unidos, com mais de 330 milhões de habitantes, IDH de 0,93 e índice de Gini de 41,5, apresentou PIB de 23,0 trilhões de dólares e investiu 16,7% deste com gastos em saúde em 2019. Entretanto, no geral, o sistema de saúde americano tem um baixo envolvimento governamental e um alto financiamento privado (Tabela S2).

No que diz respeito à assistência odontológica, apenas 8% desta é financiada por órgãos públicos, enquanto 92% são fontes privadas, planos, seguros e pagamentos diretos- OOP. Apesar de possuir mais de 200 mil dentistas no país, 6,1 dentistas por 10.000 habitantes, a cobertura da atenção à saúde bucal proporcionada pelos programas governamentais é baixa e os custos do atendimento odontológico combinados com baixa renda e falta de seguro odontológico são barreiras ao acesso<sup>28</sup>.

O programa público Medicare responde apenas por uma pequena fração do tratamento dentário para idosos e deficientes, visto que este tem de estar vinculado ao tratamento de um problema médico, enquanto o Medicaid é um seguro de saúde administrado pelos estados para uma população inscrita como baixa renda. No programa Medicaid, os 50 estados americanos são obrigados apenas a cobrir o atendimento odontológico para crianças e a cobertura odontológica para adultos é facultativa e com diferentes níveis de prestação de serviços. Dados de 2021, evidenciam que 16 estados oferecem assistência odontológica limitada, 09 fornecem apenas emergências, 03 não oferecem nenhum benefício e 01 encontra-se em desenvolvimento do programa<sup>29</sup>. Clínicas comunitárias e centros de saúde qualificados pelo governo federal também formam a rede de segurança odontológica para aqueles com renda limitada.<sup>28</sup>

---

<sup>3</sup> Dados mais atuais disponíveis, do PIB com gastos de saúde da Itália, são do ano de 2019.

A participação de dentistas que se inscrevem como provedores do Medicaid varia muito entre os estados, de 13% em New Hampshire a 89% em Iowa, sendo que apenas 7% e 23% destes, respectivamente, atenderam mais de 100 pacientes/ano pelo programa.<sup>30</sup> As baixas taxas de reembolso, a espera no pagamento e requisitos administrativos onerosos são também desafios ao acesso à saúde bucal há muito identificadas pelo governo<sup>31</sup>.

O Brasil possui pouco mais de 213 milhões de habitantes, seu IDH de 0,76 representava a 84º lugar no ranking de 189 países em 2019 e seu índice de Gini de 53 mostra sua desigualdade na distribuição de renda, apesar do PIB de 1,61 trilhões de dólares e gastos de 9,59% deste em saúde em 2019. (Tabela S2).

Seu sistema universal de saúde, intitulado Sistema Único de Saúde, (SUS) se propõe a oferecer serviços odontológicos a todos os brasileiros. Na Atenção Primária à Saúde (APS), em dezembro de 2019, existiam 27.564 equipes de saúde bucal implantadas, distribuídas nas unidades de saúde da família, unidades básicas de saúde e unidades odontológicas móveis dos municípios do país<sup>32</sup>. A Política Nacional de Saúde Bucal, publicada em 2004, ampliou os serviços odontológicos oferecidos para além da extração dentária, instituindo uma série de medidas que visam garantir ações de promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, de forma gratuita<sup>33</sup>.

Para a realização de tratamentos mais complexos há 1.173 Centros de Especialidades Odontológicas distribuídos pelo país, com dentistas especialistas e laboratórios de prótese dentária cadastrados<sup>34</sup>. Existe também atendimento odontológico em unidades de pronto atendimento e hospitais públicos, com atendimento a urgências e emergências além do acolhimento às pessoas com necessidades especiais em unidades hospitalares<sup>33</sup>.

O financiamento da saúde dentro do SUS ocorre pelo governo federal, estadual e municipal<sup>33</sup>, entretanto, apesar do quantitativo de dentistas no país, mais de 357.000 cadastrados até 2021<sup>35</sup> e do incremento de dentistas no serviço público, a cobertura nacional de saúde bucal, na atenção básica, estava, em dezembro de 2021, em 56,61% da população, com diferenças de coberturas significativas entre os municípios do país<sup>32</sup>. Nesse sentido, planos de assistência e seguros odontológicos privados atuam do forma complementar no mercado brasileiro<sup>20</sup>.

### **Evolução da pandemia nos países pesquisados e respostas institucionais adotadas relativas à atenção odontológica**

A Itália tornou-se epicentro da pandemia em março de 2020, sendo o país com maior número de mortos até o referido mês<sup>36</sup>. Tendo em vista o fato de ser um novo vírus de conhecimento científico

constantemente atualizado, em fevereiro de 2020, a Federação Nacional da Ordem dos Médicos Cirurgiões e Dentistas (FNOMCeO) publicou dossiê com informações sobre formas de transmissão, sintomas, notificação, terapia de suporte e orientações de condutas gerais a fim de se evitar propagação e alarmismos sobre o SARS-CoV-2<sup>37</sup>.

Apesar do lockdown decretado em 10 de março de 2020, e do reconhecimento pelo governo italiano da odontologia como um serviço necessário, a prática odontológica ficou limitada a tratamentos de urgência e emergências que não pudessem ser adiados, e órgãos como a Sociedade Italiana de Periodontologia e Implantologia (SIdP), a Associação Nacional dos Dentistas Italianos (ANDI), a Associação Italiana de Dentistas (AIO) e a FNOMCeO emitiram orientações para os profissionais de saúde bucal.

No que diz respeito ao atendimento odontológico, dentre as orientações da ANDI, AIO e SIP, medidas de vigilância epidemiológica foram identificadas na triagem e na investigação, dentro do histórico médico-odontológico, de viagens recentes e contato com pessoas com suspeita de COVID-19. Outras medidas relacionadas à biossegurança como troca de ar entre cada paciente e na sala de espera, o uso constante de EPI (equipamento de proteção individual), lavagem das mãos por pelo menos 20 segundos e limpeza das superfícies de contato clínico também foram sugeridas a dentistas e à equipe pela AIO e pela SIP. Esta última ainda orientou o uso do dique de borracha e sucção dupla de alta velocidade, o uso de peças de mão com dispositivos anti-refluxo e que fosse evitada a produção de aerossóis (Tabela S3 e Figura 1).

Com relação a evolução da pandemia, os dados da figura 1 e da tabela S4 mostram que a Itália, começou a verificar uma diminuição do número de novos casos e novas mortes por milhão a partir de abril e em 04/05/2020, com estes indicadores mantidos em queda, teve início a fase dois<sup>4</sup> no país. Tardiamente, o ministério da saúde italiano validou orientações para a atividade odontológica, em 13/05/2020, com protocolos operacionais desenvolvidos para proteção de profissionais e pacientes como: triagem para identificação de casos progressos ou suspeitos de COVID-19, assinatura de consentimento do paciente para atendimento, priorização de procedimentos manuais, ventilação do ambiente, manutenção periódica de filtros de ar, uso de peças de mão anti-refluxo. Importante salientar que este documento também mencionou que a falta de informação e treinamento, por parte da equipe, seriam variáveis a se considerar em relação ao risco biológico e procedural<sup>38</sup> para COVID-19. (Tabela S3 e S4).

---

<sup>4</sup> Fase 2 da pandemia na Itália: reabertura gradual das atividades comerciais e produtivas, incluindo atendimento odontológico eletivo e manutenção de restrições para: a circulação de pessoas, atividades didáticas de escolas e universidades, cerimônias, competições esportivas e atividades produtivas não essenciais - DPCM de 10 de abril de 2020.

Em junho de 2022, publicou-se a atualização dessas instruções operacionais e, em um cenário epidemiológico de diminuição da taxa de letalidade e de novos casos de COVID-19 por milhão, algumas orientações começaram a ser flexibilizadas, como a permissão de substituição dos aventais batas ao final de cada procedimento com aerossol - e não mais a cada paciente - a possibilidade de acompanhantes e a desobrigação de medir a temperatura. Medidas como uso da máscara facial PFF2 para procedimentos com aerossóis e ventilação natural das áreas operacionais por pelo menos 10-15 minutos, após procedimentos, foram mantidas e introduziu-se a exigência da vacinação para toda a equipe. (Tabela S3).

Os documentos encontrados mostraram que a resposta para a atenção à saúde bucal, na Itália, voltou-se, principalmente, para medidas de biossegurança relacionadas a cuidados curativos. E com relação ao apoio financeiro para dentistas durante o lockdown e no decorrer do estado de emergência pela COVID-19, a Fondazione Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri (ENPAM)), fundação de segurança social para médicos e dentistas italianos, indenizou aqueles que contribuíram regularmente com a tarifa de 17,50% sobre seus rendimentos para o fundo e sofreram redução de ganhos superior a um terço, face ao último trimestre de 2019, em 1000 euros/mês, por até 3 meses, dentro do período de 31 de janeiro de 2020 a 31 de março de 2022<sup>39</sup>.

Diante do retorno gradual às atividades da odontologia pública e privada, enquanto as escolas permaneciam fechadas, a ENPAM informou que, a partir de 01 de abril de 2020, poderia ser solicitado bônus de 600 euros para contratação de serviço de babá pelos dentistas com filhos de até 12 anos<sup>40</sup> e, ainda após a fase de emergência, instituiu-se um subsídio de 600 euros para dentistas diagnosticados com COVID-19, 3000 euros se internados, e 5000 euros caso necessitassem de cuidados intensivos, para infecções ocorridas até 31 de março de 2022<sup>41</sup>.

O Governo italiano também instituiu para dentistas acesso a crédito através de empréstimo bancário, sem a necessidade de garantias<sup>40</sup>, pagou as contribuições para a seguridade social, até o limite de 3000 euros - para os dentistas que solicitaram isenção até 02 de novembro de 2021<sup>42</sup> - e transferiu valores à ENPAM para, dentre outros, indenizações por óbitos por COVID-19 vinculados à acidente de trabalho<sup>43</sup>.

A Associação Dental Americana<sup>44</sup> (ADA) havia recomendado que os procedimentos odontológicos eletivos fossem suspensos de 16/03/2020 a 30/04/2020, acolhendo-se apenas a realização de procedimentos de urgência odontológica, e, posteriormente, o governo americano através de seus Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) anunciaram em 18/03/2022 o adiamento, dentre outros, dos serviços odontológicos não essenciais<sup>1</sup>. Nesse contexto, a maioria dos estados americanos emitiram mandatos que suspendiam atendimentos odontológicos não urgentes

públicos e privados, para economizar EPIs e apoiar o isolamento social<sup>45</sup>. Concomitantemente, o Centro para Controle e Prevenção de Doenças<sup>46</sup> (CDC) emitia orientações incentivando a teletriagem, a teleodontologia, a redução de produção de aerossol, o uso de barragens de borracha e de funções anti-retração das peças de mão, dentre outras medidas constantes na tabela S3.

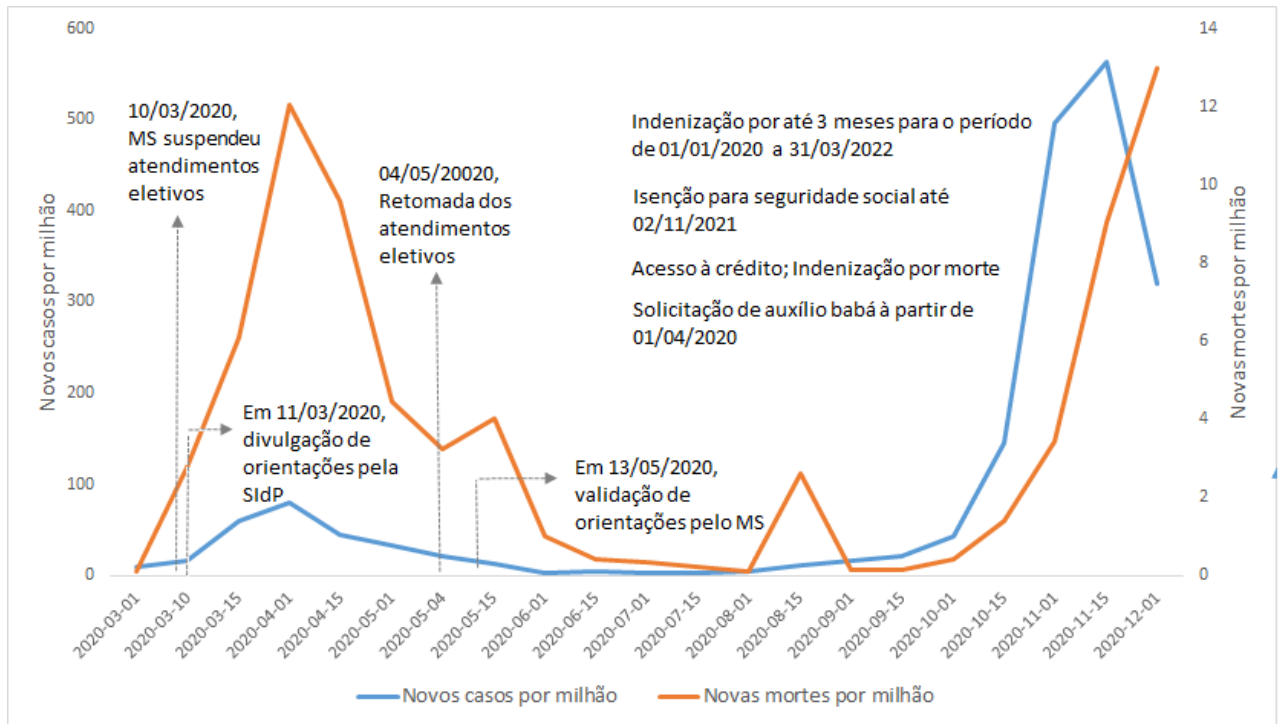
Quando o governo americano indicou que a partir de 1º de maio de 2020, as restrições seriam relaxadas e os estados poderiam reabrir serviços essenciais, a ADA sugeriu que os dentistas americanos exercessem julgamento profissional nessa ação e considerassem a disponibilidade de EPI apropriado<sup>47</sup>. O país batia a marca de 1 milhão de casos de COVID-19 (TABELA S3 e S4).

O uso de máscara N95 ou equivalente, a testagem pré-admissional de pacientes, assim como o uso de filtragem de ar de partículas de alta eficiência (HEPA) e a realização de treinamento e educação com a equipe foram algumas das orientações do CDC mantidas na atualização de 28 de agosto de 2020, que ainda considerava adiar procedimentos eletivos, cirurgias e consultas ambulatoriais não urgentes em certas circunstâncias, avaliando o risco de transmissão de COVID-19 e a disponibilidade de EPIs<sup>46</sup>.

Frente a um cenário epidemiológico que alcançou mais de 20 milhões de casos por milhão em outubro de 2020 (Tabela S4), a ADA<sup>48</sup>, mais uma vez, mostrou sua proatividade e divulgou a adoção de políticas que apoiavam a participação de dentistas em emergências de saúde pública, fomentando diretrizes mais abrangentes, e assim os dentistas pudessem ampliar suas ações de assistência à saúde apoiando a administração de vacinas, a realização de testes diagnósticos ou atuando em outras atividades auxiliares que expandissem a capacidade de resposta dos Estados Unidos (Tabela S3 e S4 e Figura 2). Nesse contexto, em março de 2021, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS) alterou uma declaração de emergência sob a Lei de Prontidão Pública e Preparação para Emergências para autorizar, também, dentistas e estudantes de odontologia, a vacinar pacientes para COVID-19 em todo o país<sup>49</sup>.

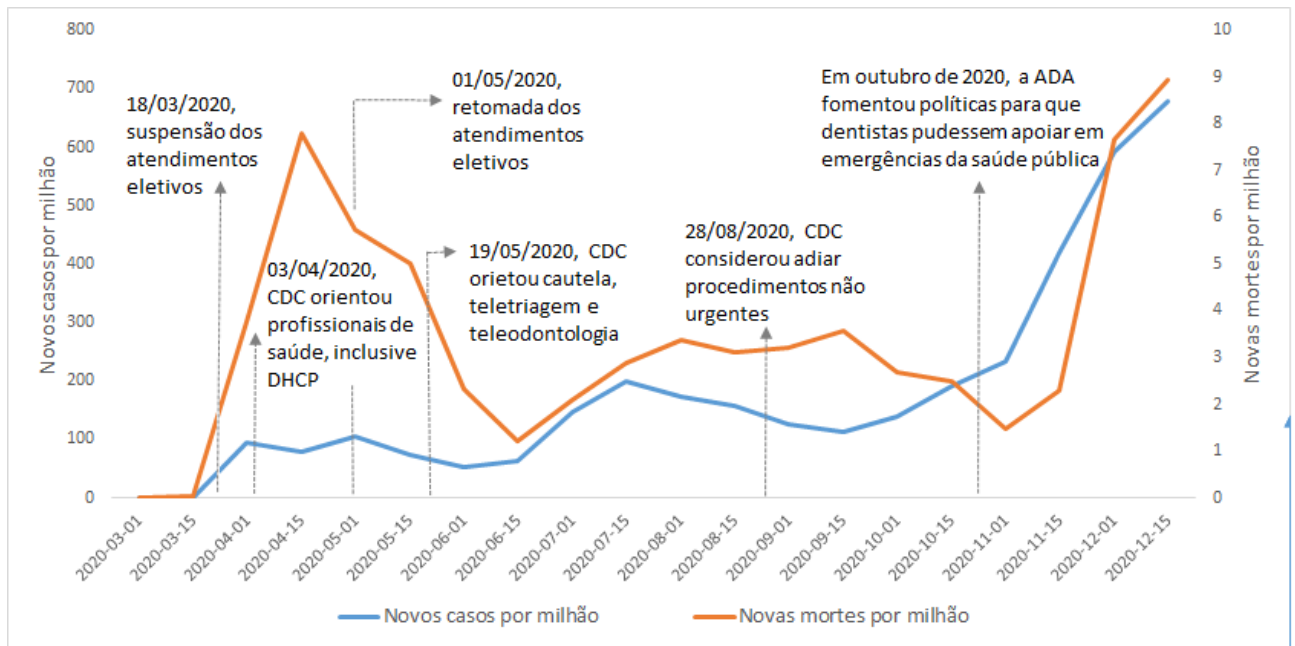
Com relação ao amparo financeiro dado pelo governo americano, os dentistas foram beneficiados, mediante inscrição, no programa de empréstimo Paycheck Protection Program (PPP), que apoiou financeiramente empresas e trabalhadores individuais, dentre eles dentistas, para que estes pudessem manter seus negócios e funcionários durante a pandemia. Estes empréstimos não exigiam garantias, tinham taxas de juros de 1% e prazo para solicitação até 31 de maio de 2021. A solicitação do perdão total da dívida foi permitida pelo governo, mediante a comprovação de que 60% do valor foi gasto com folha de pagamento e os funcionários foram mantidos ou recontratados<sup>50</sup>.

Figura 1: Novos casos e novas mortes de COVID-19 por milhão e principais medidas adotadas na Itália de 01 de março de 2020 a 01 de dezembro de 2020.



FONTE: Elaboração própria, indicadores do site <https://ourworldindata.org/> (acessado em 16/05/2022).  
 LEGENDA:MS: Ministério da Saúde; SidP: Sociedade Italiana de Periodontia e Implantodontia.

Figura 2: Novos casos e novas mortes de COVID-19 por milhão e principais medidas adotadas nos Estados Unidos de 01 de março de 2020 a 01 de dezembro de 2020.

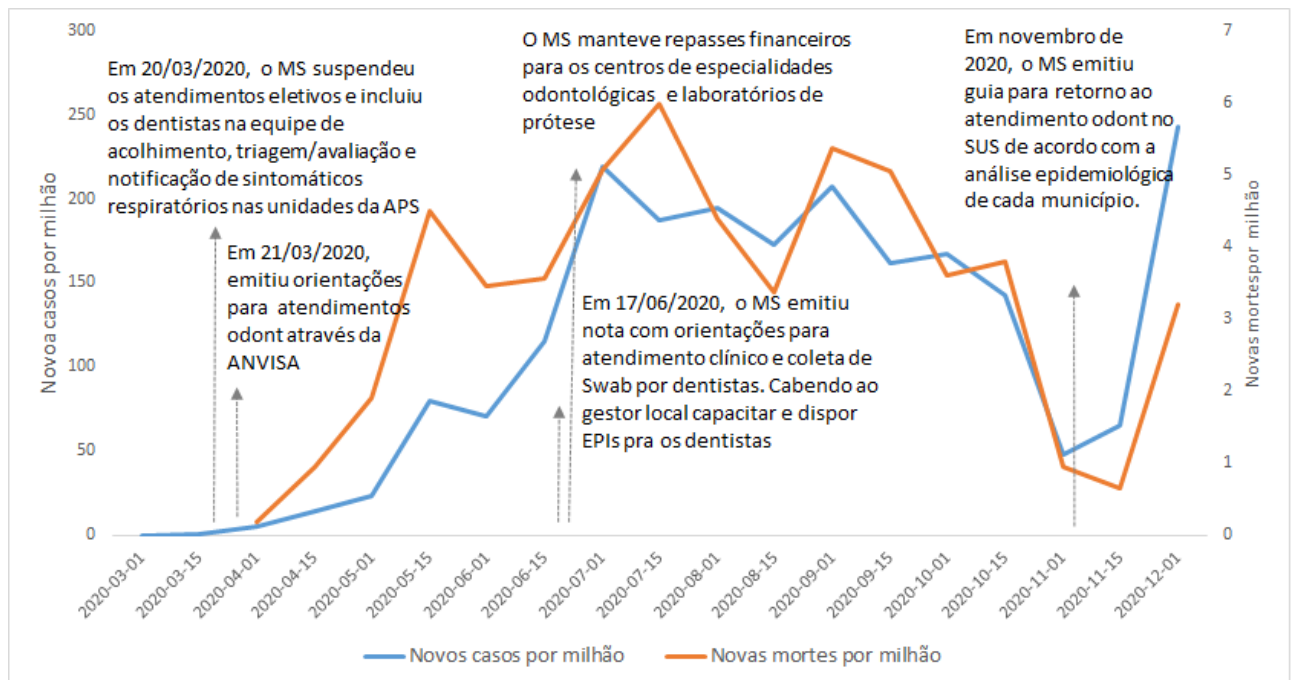


FONTE: Elaboração própria, indicadores do site <https://ourworldindata.org/> (acessado em 16/05/2022).  
 LEGENDA:CDC: Centro de Controle e Prevenção de Doenças; ADA: Associação Dental Americana; DHCP: Pessoal da saúde bucal.

No Brasil, também em 16/03/2020, o Conselho Federal de Odontologia<sup>51</sup> (CFO) solicitou que o Ministério da Saúde (M.S.) suspendesse o atendimento odontológico público que não fosse de urgência e emergência e recomendasse aos estabelecimentos privados máximo rigor aos protocolos e cuidados relacionados ao novo vírus. Nesta data, os dados informavam que o país ainda não tinha mortes registradas pela doença. Em 20/03/2020, o M.S. suspendeu procedimentos eletivos e incluiu os dentistas do SUS, em um segundo momento, à equipe de multiprofissional da atenção primária à saúde, atuante no acolhimento, triagem/avaliação e notificação de suspeitos para COVID-19<sup>52</sup>. Em 21/03/2020, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), emitiu as primeiras orientações para os atendimento odontológicos urgentes e emergentes (Tabela S3 e Figura 3).

O Brasil, por sua vez, no segundo semestre de 2020, mostrava indicadores da COVID-19 críticos, crescentes, e em um cenário de pouca testagem (Tabela S4), entretanto, neste período, entre abril e outubro de 2020 governos estaduais<sup>53-55</sup> e municipais<sup>56</sup> começaram a permitir o retorno da atividade odontológica eletiva. Com relação às equipes que atuam na saúde bucal pública, o governo federal seguia sugerindo a qualificação destas, remanejando-os para apoio nas ações de enfrentamento à COVID-19, como, também, na testagem da população por meio de Swab.<sup>57,58</sup>

Figura 3: Novos casos e novas mortes de COVID-19 por milhão e principais medidas adotadas no Brasil de 01 de março de 2020 a 01 de dezembro de 2020.



FONTE: Elaboração própria, indicadores do site <https://ourworldindata.org/> (acessado em 16/05/2022).

LEGENDA:MS: Ministério da Saúde; APS:Atenção Primária à Saúde; ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; EPIs: Equipamentos de Proteção Individual.

No que diz respeito ao financiamento das ações de saúde bucal, não foi identificado apoio financeiro por parte do governo aos profissionais do serviço privado, embora o M.S. continuou a repassar verbas federais aos municípios, inclusive, para a manutenção dos centros de especialidades odontológicas e laboratórios de próteses dentárias contratados.<sup>59</sup> Em novembro de 2020, o M.S. emitiu um guia que sugeria que a retomada dos atendimentos eletivos no SUS ocorresse de forma segura, gradativa, planejada, regionalizada, monitorada e dinâmica, obedecendo o momento epidemiológico de cada localidade, a disponibilidade de EPIs e a qualificação das equipes<sup>60</sup>. E em 2022, orientou a reorganização do acesso à atenção odontológica na APS, sugerindo a priorização de grupos e condições essenciais, como o pré-natal odontológico, pacientes com doenças crônicas e de pessoas com deficiência<sup>60</sup>.

### **O uso de tecnologias na atenção à saúde bucal**

Enquanto a telemedicina foi incentivada, para a assistência médica nas áreas mais afetadas pela COVID-19 na Itália, a teleconsulta odontológica não foi mencionada nos documentos avaliados<sup>37</sup>. As instruções publicadas para a assistência odontológica, antes e durante a fase dois da pandemia, sugeriram apenas a teletriagem, como rotina prévia ao atendimento clínico, para investigação de casos suspeitos de COVID-19, entretanto, esta foi considerada desnecessária na atualização das instruções operacionais divulgadas pelo MS em 2022<sup>38</sup>. Nos Estados Unidos, a teletriagem e, especificamente, a teleodontologia foram orientadas pela ADA<sup>44</sup>, CDC<sup>46</sup>, Occupational Safety and Health Administration<sup>61</sup> (OSHA) embora alguns estados não autorizassem a realização da odontologia mediada por tecnologia. O Estado de Maine<sup>62</sup>, por exemplo, só começou a permitir a teleodontologia depois que o governador aprovou uma lei em junho de 2021 que autorizou sua realização, enquanto, desde janeiro de 2020, o departamento de saúde do Estado de Nova York<sup>63</sup> já publicava códigos para faturamento do atendimento odontológico à distância de forma síncrona ou assíncrona pelo Medicaid (TABELA S3).

No Brasil, apenas durante a pandemia, em junho de 2020, o Conselho Federal de Odontologia permitiu, de forma restritiva, o exercício da odontologia à distância através de telemonitoramento (monitorando a saúde de pacientes que estivessem em tratamento) e teleorientação (preenchimento de questionário pré clínico para definição do atendimento presencial), mantendo a proibição de teleconsultas<sup>64</sup>. A teleducação, com foco na educação permanente das equipes de saúde bucal da rede pública, a teleconsultoria (síncrona ou assíncrona com especialistas) e o telediagnóstico intuídos pelo governo federal - através do Programa Telessaúde Brasil - em parceria com os estados,

municípios e universidades públicas desde 2007, continuaram ocorrendo durante a pandemia <sup>65</sup>.

O governo brasileiro ampliou as possibilidades de assistência quando incluiu o código de teleconsulta, dentre os procedimentos a serem ofertados pelos profissionais do SUS, à medida que médicos e enfermeiros obtiveram, durante a pandemia, regulamentação para realizá-la<sup>66</sup>. Para os cirurgiões dentistas do SUS, a utilização desse código gerou um contracenso e se restringe às ações de telemonitoramento e teleorientação. Ainda com relação às ações de promoção e prevenção relacionadas à saúde bucal em espaços coletivos durante a pandemia, adiadas em 2020, o M.S. também incentivou que os dentistas realizassem educação em saúde da população através do uso da tecnologia.<sup>61</sup>

Quadro 1: A teleodontologia na Itália, Estados Unidos e Brasil durante a pandemia.

<b>País</b>	<b>Itália</b>	<b>Estados Unidos</b>	<b>Brasil</b>
Propostas de teleodontologia durante a pandemia de Covid-19	O país possui regulamentação para teleconsulta odontológica desde 1969 entretanto, durante a pandemia, os documentos governamentais orientaram especificamente a teletriagem, sendo esta considerada desnecessária, na revisão de junho de 2022, do documento: “Operative per l ’ attivita ’ Odontoiatrica durante la pandemia COVID-19”.	Os estados americanos diferem quanto a legislação e possibilidade de utilização da teleconsulta, entretanto, órgãos do estado e instituições representativas da saúde bucal propuseram a teleconsulta odontológica durante a pandemia de COVID-19. O governo, através de seus estados, se mobilizou para aprovar a teleodontologia e formas de faturamento para este procedimento.	Existe um atraso histórico na regulamentação da teleconsulta odontológica no país. Em junho de de 2020, o Conselho Federal de Odontologia permitiu, apenas, a realização de telemonitoramento e teleorientação. Dentro da teleodontologia, a teleducação, a teleconsultoria e o telediagnóstico já eram utilizados no SUS desde 2007, e ações de educação em saúde, através da tecnologia, foram estimuladas pelo Ministério da Saúde.

FONTE: Elaboração própria, com base nos documentos constantes na pesquisa documental.

## DISCUSSÃO

O surgimento da COVID-19 expôs as fragilidades dos sistemas de saúde de todo o mundo, e no que diz respeito à atenção à saúde bucal, evidenciou que a recomendação inicial de atendimento odontológico essencialmente de emergência e urgência, nos países estudados, correspondeu a uma necessidade mundial de minimizar a propagação do vírus, evitar os riscos associados à prática e controlar os gastos com EPIs.<sup>67,68</sup>

Desde a epidemia de HIV, a odontologia não sofria mudanças tão significativas no uso de EPIs e protocolos<sup>69</sup>. Dessa forma, os protocolos de biossegurança recomendados pela Itália, Estados Unidos e Brasil estavam de acordo com protocolos de outros países, especialmente, no que diz respeito ao uso de protetor facial N95 ou equivalente em procedimentos com aerossóis, uso de peças de mão anti-refluxo, sugador de alta potência, sistema de exaustão, filtro HEPA, além de treinamento da equipe e teleodontologia<sup>70</sup>. No entanto, órgãos governamentais dos três países demoraram a publicar orientações específicas para a saúde bucal, o que pode ter contribuído para gerar incertezas em dentistas italianos<sup>71</sup> e brasileiros<sup>72</sup>, como também procrastinaram publicações com diretrizes que incluíssem a equipe de saúde bucal na resposta à pandemia.

Algumas das mudanças apontadas pelos documentos institucionais emitidos requereram mais gastos, especialmente, para os mais de 90% de dentistas italianos que atuam no mercado privado, significando aumento de custos e consequente repasse para os pacientes<sup>73,74</sup>. Dessa forma, apesar de a Itália possuir sistema de saúde universal, a cobertura de sua assistência dentária é limitada e a maioria das pessoas são obrigadas a pagar do próprio bolso (OOP). Segundo Winkelmann et al.<sup>75</sup> (2022), nos países com baixo investimento público em cobertura odontológica existe um alto gasto com OOP pela população.

Relatórios internacionais recentes referem dificuldade de mensurar o real percentual de gastos com pagamentos diretos feitos por pacientes italianos por falta de dados, de todo modo, o aumento de custos implicará em necessidades odontológicas não atendidas<sup>76</sup>. E com relação ao apoio financeiro dado pelo governo e pela ENPAM aos dentistas, pesquisa realizada entre 11 e 18 de abril de 2020, com dentistas italianos, revelou insatisfação com as medidas governamentais adotadas<sup>71</sup>, por considerá-las insuficientes.

Assim como a Itália, os Estados Unidos é um país altamente desenvolvido, entretanto, dadas as características de seu sistemas de saúde, boa parte de sua população não tem acesso à atenção a saúde bucal. Os Estados Unidos investiu, mais do que qualquer outra nação, 16,7% de seu PIB com gastos em saúde em 2019, entretanto, sua cobertura de cuidados com saúde bucal também é bastante limitada. Especialmente pessoas de baixa renda, sem seguro, membros de minorias raciais, imigrantes

ou populações rurais tendem a apresentar uma saúde bucal precária por dificuldade de acesso<sup>77</sup>.

O custo é um dos principais fatores relacionados ao acesso nos diferentes sistemas de saúde pelo mundo e o cuidado à saúde bucal é o mais afetado. Relatório com dados de países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) mostrou que devido aos custos, 14% dos adultos pesquisados relataram necessidades não atendidas de atendimento odontológico, em comparação com 8% para atendimento médico. E em média, motivos financeiros fizeram 7% dos adultos no grupo de renda mais alta renunciar ao atendimento odontológico frente a 23% no grupo de renda mais baixa<sup>76</sup>.

Com relação ao Brasil, apesar deste possuir um sistema universal de saúde com atendimento odontológico para a população gratuito, tanto na atenção primária à saúde quanto na atenção especializada e hospitalar, as unidades de saúde existentes e o quantitativo de profissionais atuantes no SUS ainda é insuficiente para cobrir toda a população. E no que diz respeito ao financiamento com gastos em saúde bucal, apesar da manutenção de repasses para os municípios durante o período da pandemia, no geral, vigora até o ano de 2036 um congelamento dos gastos públicos com saúde definido pela emenda constitucional nº 95 de 2016, que sacrifica o SUS, fortalece grandes grupos econômicos e planos privados de saúde e também amplia as desigualdades<sup>78,79</sup>.

Tendo em vista que a COVID-19 afetou desproporcionalmente grupos socialmente mais vulneráveis<sup>80</sup>, e que os Estados Unidos e o Brasil foram fortemente afetados pela pandemia, registrando altas taxas de mortalidade e evidenciando ainda mais o quadro de desigualdade social e econômica desses dois países, é necessário enfrentar as desigualdades em saúde bucal ampliadas pelo contexto pandêmico. Reconhece-se que, de forma contrária a resposta política mundial, os governos federais americano e brasileiro resistiram ao lockdown e à adoção de políticas mais restritivas à COVID-19, e coube a seus respectivos Estados, a responsabilidade por essas medidas<sup>4,81</sup>. De todo modo, os diferentes momentos de retorno às atividades odontológicas eletivas nos estados brasileiros, segundo estudo de Santos et al.<sup>82</sup> (2021), não obedeceram a nenhum critério epidemiológico.

Nos Estados Unidos, pesquisa realizada, entre maio e junho de 2020, mostrou baixa prevalência de COVID-19 em dentistas e indicou que a adesão às recomendações de controle de infecção atuais podem ser suficientes para a prática odontológica, contrapondo-se aos relatos de medo de contrair a infecção, depressão e ansiedade de dentistas diante da pandemia<sup>83,84</sup>.

A compreensão que a atenção à saúde bucal é parte essencial da assistência em saúde ainda precisa ser fortalecida, juntamente com o reconhecimento da força de trabalho odontológica para a saúde pública. A pandemia e as respostas publicadas pelos países mostraram que ainda existem fatores limitantes para esse entendimento. Na Itália, quando a execução de swab nasofaríngeo por

dentistas foi questionada pelo presidente da FNOMCeO sob alegação de ser ato médico, a presidência da ANDI solicitou reflexão na relação entre médicos e dentistas, especialmente, em uma situação de emergência sanitária<sup>85</sup>. Contra este cenário, Mossey et al.<sup>86</sup> (2020) coloca que é tempo de reverter a subvalorização da odontologia no campo da saúde, expandir ações no enfrentamento de desigualdades, adotar novas políticas, desenvolver modelos de cooperação intra e interprofissional e ter foco na prevenção primária.

A divulgação de políticas pela ADA que apoiavam dentistas na administração de vacinas, na realização de testes diagnósticos ou na execução de atividades auxiliares que expandissem a capacidade de resposta dos Estados Unidos mostrou a necessidade de incentivar os formuladores de políticas a reformular e ampliar o escopo da saúde bucal. Apesar do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) americano ter elegido os dentistas como força de trabalho para aplicação de vacinas contra COVID-19, estudo de London et al.<sup>87</sup> (2022) reconhece que os dentistas americanos trabalham de forma isolada do sistema geral de prestação de cuidados, nesse sentido, o ajuste dos sistemas de informação de saúde bucal para além de procedimentos faturados, integrando informações do estado de saúde da população com outros profissionais se faz necessário.

No Brasil, a presença de um sistema universal de saúde, com odontólogos vinculados à atenção primária, secundária e terciária, favoreceu o ministério da saúde na orientação pelo remanejamento destes no apoio ao enfrentamento da COVID-19. Ações semelhantes foram identificadas no Reino Unido que, apesar de ter tido uma resposta inicial à COVID-19 com atraso de medidas de distanciamento físico e disfuncional, sua resposta subsequente utilizou seu sistema universal de saúde para realocar profissionais e reorganizar seus serviços<sup>88</sup>.

A pandemia impactou o acesso e a prestação de serviços de saúde bucal à medida que suspendeu o atendimento eletivo, isto foi identificado na Inglaterra<sup>89</sup> e também Brasil<sup>90</sup>, neste último com redução do número de ações preventivas relacionadas a saúde bucal na atenção primária e em procedimentos da atenção especializada, o que representou uma diminuição geral de cerca de 66%.

Apesar do quantitativo de cirurgiões dentistas encontrado nos 3 países estudados, o número de dentistas per capita não necessariamente se relaciona com acesso equitativo, seja pela organização de cada sistema de saúde, seja pela preferência de estabelecimento destes nas grandes cidades<sup>91</sup>. Nesse contexto, o avanço da teleodontologia pode beneficiar também pacientes que possuem barreiras geográficas e de acesso<sup>92</sup>.

Nesse sentido, países continentais e com lacunas na concentração de serviços, como os Estados Unidos e o Brasil, poderiam ter desenvolvido e utilizado mais as estratégias de telessaúde. Até o início da pandemia a teleodontologia era mínima nos EUA, sendo necessário que o governo

federal e estadual americano flexibilizassem suas legislações para permitir que beneficiários do medicare e do medicaid pudessem acessar o telessaúde. Ao mesmo tempo, muitas seguradoras incluíram o telessaúde com redução ou eliminação de custos para os pacientes<sup>93</sup>.

A Itália, que possui regulamentação desde 1969, prontamente utilizou a telemedicina e a teleodontologia durante a pandemia<sup>94</sup>, com 74% dos pacientes italianos da pesquisa de Tenore et al.<sup>95</sup> (2020) mostrando interesse pela teleconsulta odontológica. No Brasil, a crescente disponibilidade da internet, com dados de 2021 revelando que 90,0% dos domicílios do país já se conectam através de celulares, poderia beneficiar o acesso às teleconsultas odontológicas, entretanto, até setembro de 2022, o país segue aguardando sua regulamentação<sup>96</sup>.

O investimento público e o fortalecimento do apoio político para concretização de uma saúde bucal mais inclusiva, integral e preventiva é corroborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que recomenda um plano de ação para a saúde bucal pública com metas alcançáveis até 2030, estimulando a teleodontologia, a odontologia comunitária, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e os cuidados curativos básicos alcançáveis para todos<sup>97</sup>. E, tendo em vista as publicações que ratificaram a saúde bucal como cuidado essencial de saúde, Elster e Parsi<sup>10</sup> (2021) concordaram que o planejamento, a resposta e a recuperação de emergências em saúde pública devem incluir a odontologia.

A escassez de dados relativos à atenção a saúde bucal, em órgãos oficiais, principalmente, na Itália e nos Estados Unidos foi uma limitação encontrada, que sugere a realização de outros estudos que ajudem a refletir a busca pela equidade de acesso e integralidade da saúde para políticas públicas de saúde bucal. Destaca-se, ainda, a dificuldade de acesso aos documentos normativos dos estados pesquisados, o que corrobora para a realização de pesquisas futuras sobre o tema.

## CONCLUSÃO

No início da pandemia foram suspensos os procedimentos odontológicos eletivos em distintos cenários epidemiológicos: na Itália (10149 casos/631 mortes), nos Estados Unidos (9169 casos/194 mortes) e no Brasil (793 casos/11 mortes) enquanto o retorno, inclusive dentro de cada país, ocorreu em função da disponibilidade de EPIs e orientações locais.

As associações, conselhos e instituições da saúde bucal também tiveram importantes posicionamentos para a proteção de dentistas, possibilidades de ampliação do seu processo de trabalho e engajamento da categoria na resposta à pandemia de COVID-19 nos países estudados.

Para o primeiro ano de pandemia, não foram localizados protocolos de órgãos dos governos

dos três países com diretrizes específicas, abrangentes e oportunas.

As diretrizes publicadas para a retomada do atendimento odontológico eletivo mostraram semelhanças nas recomendações de biossegurança e uso de EPIs no âmbito da assistência odontológica individual, principalmente, para direcionamento em consultórios privados.

No que se refere ao componente assistência à saúde, dentro dos sistemas de saúde dos países estudados, verificou-se que a pandemia pode ter comprometido ainda mais o acesso da população mais vulnerável às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Documentos publicados nos três países reforçam o reconhecimento da importância da força de trabalho do cirurgião dentista, em emergências de saúde pública, nos diferentes sistemas de saúde.

A direção na inserção de novas práticas, como a teleodontologia, foi diferente nos países estudados, de todo modo, identificou-se que a pandemia impulsionou normativas que denotam o avanço dessa tecnologia como alternativa de cuidado.

De acordo com as características atuais de financiamento e cobertura da atenção à saúde bucal dos sistemas de saúde da Itália, Estados Unidos e Brasil, principalmente após a pandemia, sugere-se que políticas governamentais viabilizem mais investimentos públicos na ampliação do acesso à atenção à saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

1. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). CMS Releases Recommendations on Adult Elective Surgeries, Non-Essential Medical, Surgical, and Dental Procedures During COVID-19 Response. [Internet]. [citado em 10 de junho de 2022]; Disponível em: <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-releases-recommendations-adult-elective-surgeries-non-essential-medical-surgical-and-dental>.
2. NHS England Coronavirus. Letters, updates and additional guidance for dental teams. Resumption of dental services in England. [Internet]. [citado em 10 de junho de 2022]; Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/preparedness-letters-for-dental-care/>
3. Pichel M. Coronavírus na Itália: como país conseguiu conter segunda onda de contágios e se tornou exceção na Europa. BBC News Mundo [Internet]. 2020. [citado em 10 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54375246>.
4. Bergquist S, Otten T, Sarich N. (2020). COVID-19 pandemic in the United States. *Health policy and technology*, 9(4), 623–638. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.007>
5. Gallas D. Coronavírus: por que números de casos e mortes por covid-19 no Brasil podem estar longe da realidade. BBC News Brasil em Londres. [Internet]. 2020. [citado em 2022, maio 10]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53287455>.
6. Santos-López M, Catrián-Fernández H. COVID-19 y el Nuevo Rol del Odontólogo en el Equipo de Salud. *International journal of odontostomatology*, v. 14, n. 3, p. 296–298, set. 2020.
7. McAuliffe Ú, Whelton H, Harding M, Burke S. 'Toothless'-the absence of political priority for oral health: a case study of Ireland 1994-2021. *BMC Oral Health*. 2022 Mar 27;22(1):95. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-022-02125-1>
8. Cunha A, Velasco S, Hugo FN, Antunes J. The impact of the COVID-19 pandemic on the provision of dental procedures performed by the Brazilian Unified Health System: a syndemic perspective. *Rev Bras Epidemiol*. 24, e210028. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210028>
9. O'Donnell R, Vernazza C, Landes D, Freeman Z. Dental public health in action: The covid-19 restrictions on dentistry in England and their impact on access to dental care for high-risk patient groups in the North-East and North Cumbria. *Community Dent Health*, 39(1), 4–7. Disponível em: [https://doi.org/10.1922/CDH\\_00150ODonnell04](https://doi.org/10.1922/CDH_00150ODonnell04)
10. Elster N, Parsi K. Oral Health Matters: The Ethics of Providing Oral Health During COVID-19. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*. [Internet]. 2021.33(1-2), 157–164. [citado em 25/06/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10730-020-09435-3>

11. Alharbi A, Alharbi S, Alqaidi S. Guidelines for dental care provision during the COVID-19 pandemic. *Saudi Dent J*, 32(4), 181–186. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2020.04.001>
12. Ather A, Patel B, Ruparel NB, Diogenes A, Hargreaves KM. Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. *J Endod*, 46(5), 584–595. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.03.008>
13. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res*, 99(5), 481–487. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034520914246>
14. Souza AF, De Arruda J, Costa F, Bemquerer LM, Castro WH, Campos F, et al. Safety protocols for dental care during the COVID-19 pandemic: the experience of a Brazilian hospital service. *Braz Oral Res*, 35, e070. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0070>
15. Arora S, Abullais Saquib S, Attar N, Pimpale S, Saifullah Zafar K, Saluja P, et al. Evaluation of Knowledge and Preparedness Among Indian Dentists During the Current COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *J Multidiscip Healthc*. 2020;13:841-854. doi:10.2147/JMDH.S268891.
16. Estrich CG, Mikkelsen M, Morrissey R, Geisinger ML, Ioannidou E, Vujcic M, et al. Estimating COVID-19 prevalence and infection control practices among US dentists. *J Am Dent Assoc*. 2020 Nov;151(11):815-824. doi: 10.1016/j.adaj.2020.09.005.
17. Izzetti R, Gennai S, Nisi M, Barone A, Giuca MR, Gabriele M, et al. A perspective on dental activity during COVID-19: The Italian survey. *Oral Dis*. 2021;27 Suppl 3:694-702. doi:10.1111/odi.13606.
18. Chisini LA, Costa F, Sartori L, Corrêa MB, D'Avila,OP, Demarco FF. COVID-19 Pandemic impact on Brazil's Public Dental System. *Braz Oral Res*, 35, e082. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0082>
19. Marques NP, Da Silveira D, Martelli P, Martelli D, De Lucena, E, Martelli-Júnior, H. Brazilian Oral Medicine and public health system: The enormous impact of the COVID-19 Era. *Oral diseases*, 28 Suppl 1, 1001–1002. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/odi.13677>
20. Souza LE, Bahia, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. (Orgs.).1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.720p.
21. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde, 2012,512p.
22. Torres HG, Ferreira AM, Dini NP. "Indicadores sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS", São Paulo em Perspectiva, v. 17, n. 3–4, p. 80–90,dez.2003.DOI:10.1590/S0102-88392003000300009. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000300009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000300009&lng=pt&tlng=pt).

23. Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003:587-603.
24. Rossi TRA, Soares CLM, Silva GA, Paim JS, Vieira-da-Silva LM. A resposta da Coreia do Sul à pandemia de COVID-19: lições aprendidas e recomendações a gestores. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022; 38:e00118621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118621> v. 38, p. 1-20, 2022.
25. Vieira da Silva LM, Rossi TR, Chaves SC, Barros, SG, Santos CM, Paim et al. Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia do COVID-19 (2020-2022)
26. Ministero Della Salute (IT). Le prestazioni odontoiatriche offerte dal SSN. [Internet]. 2017. . [citado em 10 de maio de 2022] Disponível em: [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=727&area=Sorriso%20salute&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=727&area=Sorriso%20salute&menu=vuoto).
27. Ferré F, De Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, et al. Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(4):1–168.
28. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Van Ginneken E. United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2020; 22(4): pp.i–441.
29. Vujcic M, Fosse C, Reusch C, Burroughs M. Health Policy Institute (HPI). Making the case for dental coverage for adults in all state medicaid programs. [Internet]. 2021. . [citado em 04 de setembro de 2022]. Disponível em: [https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/research/hpi/whitepaper\\_0721.pdf](https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/research/hpi/whitepaper_0721.pdf)
30. Vujcic M, Nasseh K, Fosse C. Health Policy Institute (HPI). Dentist participation in medicaid: how should it be measured? Does it matter?. [Internet]. 2021. . [citado em 04 de setembro de 2022]. Disponível em: [https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/research/hpi/hpibrief\\_1021\\_1.pdf](https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/research/hpi/hpibrief_1021_1.pdf)
31. Subcommittee on Primary Health and Aging. Dental crisis in America: the need to expand access. U.S. Senate Committee on Health, Education Labor and Pensions. [Internet]. [citado em 04 de setembro de 2022]. February 2012. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/CHRG-112shrg89737/html/CHRG-112shrg89737.htm>
32. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Departamento de Saúde da Família – DESF. Cobertura de Saúde bucal. [Internet]. 2021. [citado em 20 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml;jsessionid=gyVIgOkIJ94JczgqfLSZgT1j>
33. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília:

- Ministério da Saúde, [Internet] 2004. [citado em 10 de maio de 2022]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf).
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasil Sorridente. [Internet]. 2022. [citado em 20 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>.
  35. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Dados Estatísticos de Profissionais e Entidades Ativas Por Ano. [Internet] [citado em 20 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/dados-estatisticos-de-profissionais-e-entidades-ativas-por-ano/2022>.
  36. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019. Situation Report 65, 25th March 2020. World Health Organization. [Internet]. 2020. [citado em 20 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
  37. Federazione Nazionale Degli Ordini dei Medici Chirurghi e Degli Odontoiatri (FNOMCeO). COVID-19, la malattia da nuovo coronavirus (SARS-CoV-2). [Internet] 2020. [Citado em 27 de maio de 2022]. Disponível em: [https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/03/dossier\\_coronavirus\\_def\\_27-02-2020-compresso.pdf](https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/03/dossier_coronavirus_def_27-02-2020-compresso.pdf).
  38. Ministero della Salute (IT). Operative per l'attività Odontoiatrica durante la fase 2 della [Internet]. 2020. p.1–66. [citado em 2 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://www.ordinemedicife.it/2020/06/covi-d-19-fase-2-e-indicazioni-operative-per-odontoiatri/>.
  39. Fondazione Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri (ENPAM) (IT). 1.000 euro al mese a tutti i liberi professionisti. [Internet]. [citado em 16 de setembro de 2022]; Disponível em: [https://www.enpam.it/2020/1-000-euro-al-mese-a-tutti-i-liberi-professionisti/?utm\\_term=6890+-+https%3A%2F%2Fwww.enpam.it%2F2020%2F1-000-euro-al-mese-a-tutti-i-liberi-professionisti%2F&utm\\_campaign=NEWSLETTER&utm\\_medium=email&utm\\_medium=email&utm\\_source=MagNews&utm\\_content=Newsletter+n%C2%B012+del+26+marzo+2020+%282020-03-26%29](https://www.enpam.it/2020/1-000-euro-al-mese-a-tutti-i-liberi-professionisti/?utm_term=6890+-+https%3A%2F%2Fwww.enpam.it%2F2020%2F1-000-euro-al-mese-a-tutti-i-liberi-professionisti%2F&utm_campaign=NEWSLETTER&utm_medium=email&utm_medium=email&utm_source=MagNews&utm_content=Newsletter+n%C2%B012+del+26+marzo+2020+%282020-03-26%29)
  40. Cordasco G. Fondazione Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri (ENPAM) (IT). Queste le misure statali per gli iscritti Enpam. [Internet]. [citado em 16 de setembro de 2022]; Disponível em: <https://www.enpam.it/2020/queste-le-misure-applicabili-agli-iscritti-enpam/>
  41. Fondazione Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri (ENPAM) (IT). Sussidio contagiati Covid-19. [Internet]. [citado em 16 de setembro de 2022]; Disponível em: <https://www.enpam.it/comefareper/covid-19/sussidio-contagiati/>
  42. Fondazione Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli

- Odontoiatri (ENPAM) (IT). Richiesta di esonero contributivo. [Internet]. [citado em 16 de setembro de 2022]; Disponível em: <https://www.enpam.it/comefareper/covid-19/richiesta-di-esonero-contributivo/#liberiprofessionisti>
43. Fondazione Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri (ENPAM) (IT). Covid-19, Enpam-Inail: indennità per tutti i medici caduti. [Internet]. [citado em 16 de setembro de 2022]; Disponível em: <https://www.enpam.it/2021/covid-19-enpam-inail-indennita-per-tutti-i-medici-caduti/>.
44. American Dental Association (ADA). ADA recommending dentists postpone elective procedures. [Internet]. 2020. [Citado em 27 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.ada.org/publications/ada-news/2020/march/ada-recommending-dentists-postpone-elective-procedures>. 2020.
45. Versaci, M.B. Find COVID-19 dental regulations by state with ADA interactive map. ADA. [Internet]. [citado em 10 de junho de 2022]; Disponível em: <https://www.ada.org/publications/ada-news/2020/april/find-covid-19-dental-regulations-by-state-with-ada-interactive-map>.
46. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidance for Dental Settings. Interim Infection Prevention and Control Guidance for Dental Settings During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. [Internet]. 2020. [citado em 02 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>.
47. Burger, D. ADA offers interim guidance as some states consider reopening. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.ada.org/publications/ada-news/2020/april/ada-offers-interim-guidance-as-dentists-consider-reopening-practices#:~:text=%E2%80%9CTo%20aid%20dentists%20who%20may,the%20risk%20of%20virus%20transmission>.
48. American Dental Association (ADA). Public Health Emergencies. Dentistry is Essential Health Care. [Internet]. 2020. [citado em 2 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://www.ada.org/about/governance/current-policies>
49. Department of Health and Human Services. (HHS) Seventh Amendment to Declaration Under the Public Readiness and Emergency Preparedness Act for Medical Countermeasures Against COVID-19. [Internet]. Disponível em: [https://public-inspection.federalregister.gov/2021-05401.pdf?utm\\_campaign=pi%20subscription%20mailing%20list&utm\\_source=federalregister.gov&utm\\_medium=email](https://public-inspection.federalregister.gov/2021-05401.pdf?utm_campaign=pi%20subscription%20mailing%20list&utm_source=federalregister.gov&utm_medium=email)
50. U.S.Small Business Administration. Paycheck Protection Program: An SBA-backed loan that helps businesses keep their workforce employed during the COVID-19 crisis. [Internet]. [citado em 16 de setembro de 2022]; Disponível em: <https://www.sba.gov/funding-programs/loans/covid-19-relief-options/paycheck-protection-program>
51. Conselho Federal de Odontologia. Ofício CFO nº 477 de 16 de março de 2020. Atendimento odontológico – COVID-19. [Internet]. 2020. Disponível em:

<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/oficio-ministro-da-saude-coronavirus-1.pdf>

52. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Atendimento Odontológico no SUS. Brasília-DF, mar. 2020. Nota Técnica N° 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS.
53. Governo Estadual de Santa Catarina. Portaria SES N° 223, de 5 de abril de 2020. [Internet]. [citado em 05/06/2022]. Disponível em: [https://www.sc.gov.br/images/Secom\\_Noticias/Documentos/PORTARIA\\_223\\_1.pdf](https://www.sc.gov.br/images/Secom_Noticias/Documentos/PORTARIA_223_1.pdf)
54. Decreto nº33.608, de 30 de maio de 2020. Prorroga o isolamento social no Estado do Ceará, na forma do decreto nº33.519, de 19 de março de 2020, e institui a regionalização das medidas de isolamento social, e dá outras providências. Diário Oficial [do] Estado do Ceará-Brasil. [Internet]. 30 de maio de 2020. Série 3; Ano XII; N°110. [citado em 05/06/2022]. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/DECRETO-N%C2%BA33.608-de-30-de-maio-de-2020.pdf>
55. Nota Técnica ATSB/SAPS/SGAIS/SES-RJ - N° 03/2020. Atualiza recomendações para atendimentos odontológicos na rede de atenção à saúde bucal dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, frente à pandemia da COVID-19. [Internet]. [citado em 05/06/2022]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzcxODY%2C>
56. Gabinete do prefeito do município do Salvador. Decreto N° 32.478 de 05 de junho de 2020. Altera dispositivo do Decreto nº 32.461, de 01 de junho de 2020, na forma que indica e decreta Protocolo Setorial dos Serviços de Clínicas e Consultórios. Diário Oficial [do] Município do Salvador-Bahia. [Internet]. 05 de junho de 2020. Ano XXXIII | N° 7.678 [citado em 05/06/2022]. Disponível em: [http://www.dom.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6419](http://www.dom.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6419)
57. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica N° 16/2020. COVID-19 e atendimento odontológico no SUS. 2020 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-16-2020-cgsb-desf-saps-ms/view>
58. Ministério da Saúde (BR). Nota Informativa n° 1/2020 - CGSB/DESF/SAPS/MS. Coleta de SWAB por cirurgiões-dentistas no SUS. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-informativa-coleta-de-swab-por-cirurgioes-dentistas-no-sus.pdf/view>
59. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica N° 18/2020 CGSB/DESF/SAPS/MS. Custeio de CEO E LRPD durante a pandemia. [Internet]. 2020. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200619\\_N\\_SEIMS0015094190-NotaTecnicaN18.assinadaversaofinal\\_2609391092078982743.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200619_N_SEIMS0015094190-NotaTecnicaN18.assinadaversaofinal_2609391092078982743.pdf)
60. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da

- Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
61. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Dentistry Workers and Employers. [Internet]. Disponível em: <https://www.osha.gov/coronavirus/control-prevention/dentistry>
  62. State of Maine. In the year of our lord two thousand twenty-one. H.P. 42 - L.D. 76. An Act To Amend the Dental Practice Act To Define "Supervision" and Authorize Teledentistry. June 16, 2021 by governor. . [Internet]. Disponível em: [https://www.maine.gov/dental/documents/pl\\_2020\\_c.\\_223.pdf](https://www.maine.gov/dental/documents/pl_2020_c._223.pdf)
  63. Department of Health New York State. New York State Medicaid Update. 2020. [Internet]. Disponível em: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/program/update/2020/2020-01.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/update/2020/2020-01.htm)
  64. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 226 de 04 de Junho de 2020. Dispõe sobre o exercício da Odontologia à distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências. [Internet]. 2020. [Acesso em 04 de junho de 2020]. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/e1eb52fada70ddc938113152ba2b9cea.pdf> .
  65. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 35 de 04 de Janeiro de 2007. [Internet]. . [Acesso em 21 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/deges/legislacao/2018-e-antes/2007/portaria35-04012007.pdf/view>.
  66. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 526 de 24 de Junho de 2020. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Publicado em: 02/07/2020 | Edição: 125 | Seção: 1 | Página: 49. 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631>.
  67. Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS. Releases recommendations on adult elective surgeries, non-essential medical, surgical, and dental procedures during COVID-19 response. [Internet]. 2020. | CMS Disponível em: <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-releases-recommendations-adult-elective-surgeries-non-essential-medical-surgical-and-dental>.
  68. Bauchner H, Fontanarosa PB, Livingston EH. Conserving Supply of Personal Protective Equipment—A Call for Ideas. *JAMA*. 2020;323(19):1911. doi:10.1001/jama.2020.4770
  69. Samaranayake L, Fakhruddin KS. Pandemics past, present, and future: Their impact on oral health care. *J Am Dent Assoc*. (1939), 152(12), 972–980. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2021.09.008>
  70. COVID-19 Dental Services Evidence Review (CODER) Working Group. Recommendations for the re-opening of dental services: a rapid review of international sources. *The Cochrane database of systematic reviews*, n. May, p. 45,

2020

71. De Stefani A, Bruno G, Mutinelli S, Gracco A. COVID-19 Outbreak Perception in Italian Dentists. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3867. doi:10.3390/ijerph17113867
72. Vieira-Meyer AP, Coutinho MB, Santos HP, Saintrain MV, Candeiro GT. Brazilian Primary and Secondary Public Oral Health Attention: Are Dentists Ready to Face the COVID-19 Pandemic? *Disaster Med Public Health Prep*. 2020;1-8. doi:10.1017/dmp.2020.342.
73. Coulthard P, Thomson P, Dave M, Coulthard FP, Seoudi N, Hill M. The COVID-19 pandemic and dentistry: the clinical, legal and economic consequences - part 2: consequences of withholding dental care. *Br Dent J* 229, 801–805 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41415-020-2406-9>
74. Winkelmann J, Gómez Rossi J, Van Ginneken E. Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Systems in Transition*, 2022; 24(2): pp. 1–169.
75. Bindi M, Paganelli C, Eaton KA, Widström E. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 8: Italy. *Br Dent J* 222, 809–817 (2017). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.459>
76. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health for Everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD Health Policy Studies. [Internet]. 2019. Paris. [citado em 25 de maio de 2022]. Disponível em: [oecd.org/health/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm](https://oecd.org/health/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm)
77. Northridge ME, Kumar A, Kaur R. (2020). Disparities in Access to Oral Health Care. *Annual Review of Public Health*. [Internet]. 2020 , 41:1 , 513-535. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094318>
78. Paim, JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. spe5 [Acessado 25 Agosto 2021] , pp. 15-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Epub 19 Jun 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>
79. Rossi, TR, Lorena Sobrinho JE, Chaves S, Martelli P . Economic crisis, austerity and its effects on the financing of oral health and access to public and private services. [Internet] *Cien. Saúde Colet*. Rio de Janeiro , v. 24, n. 12. [citado em 01 de julho de 2022]. p. 4427-4436, Dec. 2019 . Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001204427&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204427&lng=en&nrm=iso).
80. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 964–968. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
81. Ribeiro F, Leist A. (2020). Who is going to pay the price of Covid-19? Reflections about an unequal Brazil. *International journal for equity in health*, 19(1), 91.

Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01207-2>

82. Santos LP, Lima AM, Santana SF, Chaves SC, Vilela DM, Vieira LC et al. Pademia do novo Coronavírus e o funcionamento dos serviços odontológicos no Brasil: um seguimento de quatro meses. *Research, Society and Development*, v.10, n.12, e2000101220266. 2021.
83. Estrich CG, Mikkelsen M, Morrissey R, Geisinger ML, Ioannidou E, Vujicic M, et al. Estimating COVID-19 prevalence and infection control practices among US dentists. *J Am Dent Assoc.* 2020 Nov;151(11):815-824. doi: 10.1016/j.adaj.2020.09.005.
84. Consolo U, Bellini P, Bencivenni D, Iani C, Checchi V. Epidemiological Aspects and Psychological Reactions to COVID-19 of Dental Practitioners in the Northern Italy Districts of Modena and Reggio Emilia. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(10):3459. doi: 10.3390/ijerph17103459.
85. Maccagno N. Tamponi naso faringei negli studi odontoiatrici: la questione è sull'ambito clinico di competenza. Disponível em: <https://www.odontoiatria33.it/approfondimenti/20091/tamponi-naso-faringei-negli-studi-odontoiatrici-la-questione-e-sull-ambito-clinico-di-competenza.html>. 16 Novembre 2020.
86. Mossey P. Oral health matters': it is time for a culture change in dentistry. *Br Dent J* | Vol. 228 no. 11 | June 12 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41415-020-1634-3>
87. London, SD, Fontelo P, Boroumand S, Dye BA. (2022). COVID-19 provides an opportunity for integration of dentistry into the health informatics system. *J Am Dent Assoc.* (1939), 153(1), 3–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2021.11.003>
88. Anderson M, Pitchorth E, Aaria M, Brayne C, Casadei B, Charlesworth A, et al. LSE-Lancet Commission on the future of the NHS: re-laying the foundations for an equitable and efficient health and care service after COVID-19. (2021). *Lancet* (London, England), 397(10288), 1915–1978. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00232-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00232-4)
89. Stennet M, Tsakos G. The impact of the COVID-19 pandemic on oral health inequalities and access to oral healthcare in England. *Br Dent J* 232, 109–114 (2022). Available from: <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3718-0>
90. Dos Santos M, Pires A, Saporiti JM, Kinalski MA, Marchini L. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on oral health procedures provided by the Brazilian public health system: COVID-19 and oral health in Brazil. *Health policy and technology*, 10(1), 135–142. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2021.02.001>
91. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Disponível em: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en).

92. Simon L. How Will Dentistry Respond to the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic? *JAMA Health Forum*. 2020;1(5):e200625. doi:10.1001/jamahealthforum.2020.0625
93. Weigel G, Ramaswamy A, Sobel L, Salganicoff A, Cubanski J, Freed M. Kaiser Family Foundation; 2020. Opportunities and Barriers for Telemedicine in the U.S. During the COVID-19 Emergency and Beyond | KFF [Internet] [cited 2020 Jun 10] Disponível em: <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/opportunities-and-barriers-for-telemedicine-in-the-u-s-during-the-covid-19-emergency-and-beyond/>
94. Giudice A, Barone S, Muraca D, Averta F, Diodati F, Antonelli A, et al. Can Teledentistry Improve the Monitoring of Patients during the Covid-19 Dissemination? A Descriptive Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, (2020). 17(10), 3399. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103399>
95. Tenore G, Podda GM, La Torre G, Rocchetti F, Palaia G, Di Paolo C, et al. Evaluation of Patient's Perception and Acceptance of Tele(oral)Medicine for Care during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Pilot Survey. *Appl. Sci*. 2021, 11, 7443. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/app11167443>
96. Agência IBGE notícias. PNAD TIC. Internet já é acessível em 90,0% dos domicílios do país em 2021. [Internet]. [citado em 20 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34954-internet-ja-e-acessivel-em-90-0-dos-domicilios-do-pais-em-2021#:~:text=Internet%20chega%20a%2090%2C0,%25%20para%2092%2C3%25.>
97. World Health Organization (WHO). Seventy-fourth world health assembly. Oral Health. Executive board 148th session. . [Internet]. [citado em 20 de setembro de 2022]. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/e/e\\_WHA74.html](https://apps.who.int/gb/e/e_WHA74.html) EB148.R1. 21 January 2021.

Tabela Suplementar 1: Documentos Pesquisados

PAÍS	ÓRGÃO	DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS
Itália		
	FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri	COVID-19, la malattia da nuovo coronavirus (SARS-CoV-2). ( <a href="https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/03/dossier_coronavirus_def_27-02-2020-compresso.pdf">https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/03/dossier_coronavirus_def_27-02-2020-compresso.pdf</a> .)
	Governo Italiano: Presidenza del Consiglio dei Ministri	Coronavirus, firmato il Dpcm 22 marzo 2020. Rome (Italy): Governo Italiano; ( <a href="http://www.governo.it/it/articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-22-marzo-2020/14363">http://www.governo.it/it/articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-22-marzo-2020/14363</a> ).
	ANDI - Associazione Nazionale Dentist Italiani	La prevenzione dell'infezione da Coronavirus SARS-CoV-2 Guida pratica per Odontoiatri e personale di studio odontoiatrico. ( <a href="https://www.andi.it/wp-content/uploads/2020/02/Brochure-Petti_Coronavirus_per-tutti_240220-1.pdf">https://www.andi.it/wp-content/uploads/2020/02/Brochure-Petti_Coronavirus_per-tutti_240220-1.pdf</a> )
	Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIP)	Covid-2019 norme per l'attività odontoiatrica. ( <a href="https://www.sidp.it/media/taxtbu3.pdf">https://www.sidp.it/media/taxtbu3.pdf</a> )
	Associazione Italiana Odontoiatri (AIO)	Decalogo AIO su come affrontare il COVID-19 negli studi odontoiatrici ( <a href="https://www.odontoiatria33.it/approfondimenti/19086/decalogo-aio-su-come-affrontare-il-covid-19-negli-studi-odontoiatrici.html">https://www.odontoiatria33.it/approfondimenti/19086/decalogo-aio-su-come-affrontare-il-covid-19-negli-studi-odontoiatrici.html</a> )
	Ministero della Salute	Cinque regole da rispettare dal dentista. ( <a href="https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?id=4231&amp;lingua=italiano&amp;menu=notizie&amp;p=dalministero">https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?id=4231&amp;lingua=italiano&amp;menu=notizie&amp;p=dalministero</a> )
	Ministero della Salute	Operative per l'attività Odontoiatrica durante la fase 2 della [Internet]. 2020. p.1–66. ( <a href="https://www.ordinemedicife.it/2020/06/covi-d-19-fase-2-e-indicazioni-operative-per-odontoiatri/">https://www.ordinemedicife.it/2020/06/covi-d-19-fase-2-e-indicazioni-operative-per-odontoiatri/</a> .)
	ISS - Istituto Superiore di Sanità	Rapporto ISS COVID-19 n. 27/2020 - Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. ( <a href="https://www.iss.it/en/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-27-2020-indicazioni-per-la-prevenzione-del-rischio-legionella-nei-riuniti-odontoiatrici-durante-la-pandemia-da-covid-19.-versione-del-17-maggio-2020">https://www.iss.it/en/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-27-2020-indicazioni-per-la-prevenzione-del-rischio-legionella-nei-riuniti-odontoiatrici-durante-la-pandemia-da-covid-19.-versione-del-17-maggio-2020</a> ).
	Ministero della Salute	Indicazioni Operative per L'attività Odontoiatrica durante la Pandemia COVID-19 – Revisione 2022. ( <a href="https://www.ordinemedici-go.it/2022/07/odontoiatri-indicazioni-operative-per-lattivita-odontoiatrica-durante-la-pandemia-covid-19-revisione-2022/">https://www.ordinemedici-go.it/2022/07/odontoiatri-indicazioni-operative-per-lattivita-odontoiatrica-durante-la-pandemia-covid-19-revisione-2022/</a> )

Estados Unidos	
American Dental Association - ADA	ADA recommending dentists postpone elective procedures. ( <a href="https://www.ada.org/publications/ada-news/2020/march/ada-recommending-dentists-postpone-elective-procedures">https://www.ada.org/publications/ada-news/2020/march/ada-recommending-dentists-postpone-elective-procedures</a> )
Centers of Disease Control and Prevention - CDC	Centers of Disease Control and Prevention – CDC. Recommendation: Postpone non-urgent dental procedures, surgeries, and visits. Centers of disease control and prevention. ( <a href="https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/statement-COVID.html">https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/statement-COVID.html</a> )
CMS - Centers of Disease Control and Prevention	Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS. CMS Releases Recommendations on Adult Elective Surgeries, Non-Essential Medical, Surgical, and Dental Procedures During COVID-19 Response. ( <a href="https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-releases-recommendations-adult-elective-surgeries-non-essential-medical-surgical-and-dental">https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-releases-recommendations-adult-elective-surgeries-non-essential-medical-surgical-and-dental</a> )
Centers of Disease Control and Prevention - CDC	Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. ( <a href="https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html">https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html</a> )
Centers of Disease Control and Prevention - CDC	Guidance for Dental Settings. Interim Infection Prevention and Control Guidance for Dental Settings During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. ( <a href="https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html">https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html</a> ) ( <a href="https://stacks.cdc.gov/view/cdc/92700">https://stacks.cdc.gov/view/cdc/92700</a> )
OSHA - Occupational Safety and Health Administration	Dentistry Workers and Employers. ( <a href="https://www.osha.gov/coronavirus/control-prevention/dentistry">https://www.osha.gov/coronavirus/control-prevention/dentistry</a> )
American Dental Association - ADA	Public Health Emergencies. Dentistry is Essential Health Care (2020) ( <a href="https://www.ada.org/about/governance/current-policies">https://www.ada.org/about/governance/current-policies</a> )
American Dental Association - ADA	Public Health Emergencies. Temporary Expansion of Scope During a Public Health Crisis (2020). ( <a href="https://www.ada.org/about/governance/current-policies">https://www.ada.org/about/governance/current-policies</a> )
American Dental Association - ADA	Public Health Emergencies. Diagnostic Testing by Dentists (2020). ( <a href="https://www.ada.org/about/governance/current-policies">https://www.ada.org/about/governance/current-policies</a> )
American Dental Association - ADA	Public Health Emergencies. Vaccine Administration by Dentists (2020). ( <a href="https://www.ada.org/about/governance/current-policies">https://www.ada.org/about/governance/current-policies</a> )
Department of Health and Human Services - HHS	Department of Health and Human Services. Seventh Amendment to Declaration Under the Public Readiness and Emergency Preparedness Act for Medical Countermeasures Against COVID-19. ( <a href="https://public-inspection.federalregister.gov/2021-05401.pdf?utm_campaign=pi%20subscription%20mailing%20list&amp;utm_source=federalregister.gov&amp;utm_medium=email">https://public-inspection.federalregister.gov/2021-05401.pdf?utm_campaign=pi%20subscription%20mailing%20list&amp;utm_source=federalregister.gov&amp;utm_medium=email</a> )

Brasil	
CFO - Conselho Federal de Odontologia	Ofício nº 477 / 2020. Atendimento odontológico – COVID-19. ( <a href="https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/oficio-ministro-da-saude-coronavirus-1.pdf">https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/oficio-ministro-da-saude-coronavirus-1.pdf</a> )
Ministério da Saúde	Nota Técnica Nº 9/2020. Atendimento Odontológico no SUS.
Ministério da Saúde	Nota Técnica No 04/2020 GVIMS / GGTES/ANVISA. 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 (2019- nCoV).
Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e CFO	Recomendações AMIB/CFO para enfrentamento da COVID-19 na odontologia. <a href="https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/AMIB_CFO-Recomendac%CC%A7o%CC%83es.pdf">https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/AMIB_CFO-Recomendac%CC%A7o%CC%83es.pdf</a>
Ministério da Saúde	Nota Informativa Nº 1/2020. Realização de Coleta por meio de SWAB por cirurgiões-dentistas no SUS. ( <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-informativa-coleta-de-swab-por-cirurgioes-dentistas-no-sus.pdf/view">https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-informativa-coleta-de-swab-por-cirurgioes-dentistas-no-sus.pdf/view</a> )
CFO - Conselho Federal de Odontologia	Resolução CFO Nº 226 de 04 de junho de 2020. Dispõe sobre o exercício da Odontologia à distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências. ( <a href="http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/e1eb52fada70ddc938113152ba2b9cea.pdf">http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/e1eb52fada70ddc938113152ba2b9cea.pdf</a> )
Ministério da Saúde	Nota Técnica Nº 16/2020. COVID-19 e atendimento odontológico no SUS. ( <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-16-2020-cgsb-desf-saps-ms/view">https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-16-2020-cgsb-desf-saps-ms/view</a> )
Ministério da Saúde	Nota Técnica Nº 18/2020. esclarecer aos gestores de estados, municípios e Distrito Federal sobre o custeio federal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) no contexto da pandemia da COVID-19. ( <a href="https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200618_N_SEIMS-0015149792-NotaTecnica-CentrodeAtendimento_1101531045354655538.pdf">https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200618_N_SEIMS-0015149792-NotaTecnica-CentrodeAtendimento_1101531045354655538.pdf</a> )
Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO	Consenso ABENO. Biossegurança no ensino odontológico pós-pandemia da COVID-19. ( <a href="https://abeno.org.br/abeno-files/downloads/retomada-de-praticas-seguras-no-ensino-odontologico.pdf">https://abeno.org.br/abeno-files/downloads/retomada-de-praticas-seguras-no-ensino-odontologico.pdf</a> )
Ministério da Saúde	Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da COVID-19. ( <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-orientacoes-para-atencao-odontologica-no-contexto-da-covid-19">https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-orientacoes-para-atencao-odontologica-no-contexto-da-covid-19</a> )
Ministério da Saúde	Nota Técnica Nº 03/2021. COVID-19 e o atendimento odontológico no SUS. ( <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_3_2021_Bucal.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_3_2021_Bucal.pdf</a> .)

Ministério da Saúde	Nota Técnica Nº 5/2021. Custeio de CEO E LRPD no contexto da pandemia da COVID19. ( <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_n5_2021_Recurso_CEO_E_LRPD.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_n5_2021_Recurso_CEO_E_LRPD.pdf</a> ).
Ministério da Saúde	Nota Técnica Nº 20/2021. Credenciamento, financiamento, cadastro, registro e monitoramento de produção de LRPD. ( <a href="https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211221_N_SEINotaTecnicaatualizada2021_541867251184793017.pdf">https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211221_N_SEINotaTecnicaatualizada2021_541867251184793017.pdf</a> )
Ministério da Saúde	Nota Técnica Nº 4/2022. Atualizar a Nota Técnica nº 14/2021 CGSB/DESF/SAPS/MS e esclarecer aos gestores dos estados, municípios e Distrito Federal sobre o custeio federal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) no contexto da pandemia da COVID-19. ( <a href="https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/02/SEI_MS-0024953006-Nota-Tecnica.pdf">https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/02/SEI_MS-0024953006-Nota-Tecnica.pdf</a> )

Organizado pelos autores

Tabela Suplementar 2: Indicadores por país, componentes do sistema de saúde e principais eventos relacionados à saúde bucal e à pandemia.

<b>Indicadores por país</b>	<b>Itália</b>	<b>Estados Unidos</b>	<b>Brasil</b>
<b>Demográficos</b>			
População (2021)(a)	59.066.225	331.893.745	213.993.441
Densidade populacional (hab/km2)(a)	201	36	25
Taxa de urbanização (2020)(a)	71%	82,70%	87,10%
<b>Socioeconômicos</b>			
IDH (2019)(b)	0,892	0,926	0,765
Índice de GINI (2019)	32,8 (c )	41,5 (d)	53,5 (d)
Taxa de alfabetização - 15 anos ou mais (2018)(e)	99,10%	Informação não disponível	93,20%
PIB -(trilhões de dólares) (a)	2,1	23,0	1,61
% PIB em gastos de saúde 2019 (d)	8,67	16,77	9,59
<b>Componentes do sistemas de saúde</b>			
<b>Infraestrutura</b>			
Número total de cirurgiões dentistas	51.954* (e)	201.921 (f)	357.587 (g)
Dentistas por 10.000 habitantes	8,58* (e)	6,1 (f)	16,71 (g)

**Componentes do sistemas de saúde**

**Organização dos serviços de saúde bucal**

**Itália**

O Sistema Nacional de Saúde oferece um conjunto mínimo de serviços de saúde bucal. Apenas crianças de 0 a 14 anos e grupos vulneráveis possuem, gratuitamente, serviços preventivos e diagnósticos além de tratamento para cáries, doenças periodontais, maloclusões e emergências. A maioria dos tratamentos devem ser realizados na rede privada, que representa 93% da odontologia italiana.(h)

**Estados Unidos**

O programa público Medicaid inclui a assistência odontológica como opcional em cada Estado do país enquanto o Medicare apenas abrange cobertura odontológica como uma contratação adicional. No programa Medicaid, os estados são obrigados apenas a cobrir o atendimento odontológico para crianças e a cobertura odontológica para adultos é facultativa, enquanto o Medicare responde apenas por uma pequena fração do tratamento dentário visto que este tem de estar vinculado ao tratamento de um problema médico em idosos e alguns deficientes; Clínicas comunitárias também formam a rede de segurança odontológica para aqueles com renda limitada. Os serviços odontológicos prestados pelos programas públicos incluem cuidados preventivos (fluoretação, limpeza, raios-X e inspeção da boca, gengivas e dentes) e corretivos (preenchimento de cavidades, selantes, reparação de fraturas). (i)

**Brasil**

O acesso aos serviços odontológicos ocorre de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com ações de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação. No SUS unidades de saúde da família, unidades básicas de saúde e unidades odontológicas móveis, distribuídas pelos municípios, possuem equipes de saúde bucal e compõem a atenção primária à saúde. Para a realização de tratamentos mais complexos existem os Centros de Especialidades Odontológicas, com dentistas especialistas e, laboratórios de prótese dentária cadastrados. O atendimento a emergências e às pessoas com necessidades especiais ocorrem em hospitais públicos.(j)

<b>Componentes do sistemas de saúde</b>	<b>Itália</b>	<b>Estados Unidos</b>	<b>Brasil</b>
<b>Financiamento da saúde bucal</b>	Impostos nacionais e regionais com cobertura de pacotes básicos para crianças e pessoas vulneráveis, os demais devem realizar co-pagamentos. (h)	Baixo envolvimento governamental e um alto financiamento privado; apenas 8% da assistência odontológica é financiada por órgãos públicos, enquanto 92% são fontes privadas, planos, seguros e pagamentos diretos- OOP. Clínicas comunitárias também formam a rede de segurança odontológica para aqueles com renda limitada. Eles são patrocinados pelos departamentos de saúde pública locais, CHCs, agências de serviços sem fins lucrativos, escolas de odontologia e clínicas em escolas. (i)	No Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre pelo governo federal, estadual e municipal (j)
<b>Saúde bucal e dados da epidemia</b>	<b>Itália</b> Com o lockdown decretado pelo governo em 10/03/2020, orientou-se que a prática odontológica ficasse limitada às urgências e emergências.	<b>Estados Unidos</b> A ADA recomendou a suspensão de 16/03/2020 a 30/04/2020, e a maioria dos estados americanos emitiram mandatos suspendendo atendimentos não urgentes.	<b>Brasil</b> O MS suspendeu em 20/03/2020 a realização de procedimentos odontológicos eletivos e coletivos entendendo que caberia aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, de acordo com as particularidades de cada localidade, discricionariedade para acolher sua orientação.

### Saúde bucal e dados da epidemia

	<b>Itália</b>	<b>Estados Unidos</b>	<b>Brasil</b>
Reabertura dos serviços odontológicos eletivos de rotina	Início da fase 2 em 04/05/2020 com suspensão gradativa das restrições de circulação e de atividades comerciais e produtivas.	O governo federal indicou que a partir de 01/05/2020 os estados americanos poderiam reabrir.	Os estados e municípios começaram a autorizar a reabertura a partir de abril de 2020, embora o governo federal, apenas em novembro de 2020, tivesse orientado retorno gradual e planejado para as equipes de saúde bucal da rede pública.
Perfil da curva epidemiológica de novos casos por milhão no mês de reabertura dos serviços odontológicos de rotina	Descendente	Descendente	Ascendente

FONTES: (a)<https://data.worldbank.org/>(2020); (b)<https://hdr.undp.org/>(2019)- Human Development Report Office 2020; (c) <https://ec.europa.eu/eurostat/>(2019) (d)<https://data.worldbank.org/>(2019);(e)<https://data.worldbank.org/>(\*2018);(f)<https://www.ada.org/>(2021);(g)<https://website.cfo.org.br/>(2021); (h)<https://www.salute.gov.it/>;(i)<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330305>;(j)[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf).

Tabela elaborada pelos autores, dados acessados em 21/05/2022.

Tabela Suplementar 3: Principais medidas adotadas em relação à saúde bucal durante a pandemia de COVID-19

PAÍS	ÓRGÃOS	PROTOSCOLOS, PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES E ADEQUAÇÕES
Itália	FNOMCeO - Federação Nacional da Ordem dos Cirurgiões e Dentistas	Publicou orientações sobre modos de transmissão; Medidas de prevenção para toda a população (lavagem das mãos, etiqueta respiratória) para profissionais de saúde (evitar contato com secreções e gotículas salivares, identificar casos suspeitos e confirmados, orientar isolamento ou transferência, realizar notificação) e propôs o serviço de telemedicina para assistência médica.
	Governo Italiano: Presidenza del Consiglio dei Ministri	O decreto do primeiro-ministro de 22 de março de 2020, reconheceu a prática odontológica como um serviço necessário.
	ANDI - Associação Nacional dos Dentistas Italianos	Orientação de se incluir no histórico médico viagens recentes; realizar troca de ar entre pacientes e também na sala de espera; Usar constantemente EPI; Lavar as mãos por pelo menos 20 segundos; Limpar as superfícies de contato clínico; Disponibilizar aos pacientes e cuidadores um desinfetante alcoólico na entrada e convidá-los a limpar mãos antes de se sentar.
	Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIP)	Em 11/03/2020, em colaboração com outras instituições da saúde bucal, sugeriu sensibilizar a população a acessar o atendimento odontológico quando não pudesse ser adiado e a realização de triagem prévia deste por telefone; Os pacientes deveriam deixar casacos e bolsas na sala de espera e manter distância de 1 metro de outras pessoas nesta, usar protetores nos sapatos, manter celulares guardados, lavar as mãos por vinte segundos. Orientou também que operadores e assistentes usassem bata e touca descartáveis, óculos de proteção, protetor facial, máscara cirúrgica descartável (a ser trocada a cada paciente usando luvas para sua remoção), luvas descartáveis (e, sempre que possível, proteções para sapatos). Uso do dique de borracha e sucção dupla de alta velocidade o máximo possível, peças de mão com dispositivos anti-refluxo, evitar a produção de aerossóis. Realizar aeração da salas, mantendo, se possível, as janelas pelo menos parcialmente abertas durante a sessão. Realizat teletriagem prévia ao atendimento.
	Associazione Italiana Odontoiatri (AIO)	Orientou triagem telefônica prévia, troca de ar frequente nos ambientes, evitar pacientes na sala de espera, fornecer bolsa descartável para que o paciente coloque seus pertences, toda a equipe deve estar de EPI e saber colocá-los e tirá-los com segurança, sugeriu também que pacientes realizassem enxague prévio e que fossem utilizados dique de borracha e sucção dupla.
	Ministero della Salute	Os pacientes devem ir ao dentista apenas para situações de emergência e estes devem deixar acessórios e objetos na sala de espera ou fora da área clínica, respeitar a distância de 1 metro na sala de espera, lavar as mãos e se possível usar capas nos sapatos.

Ministério da Saúde Italiano Indicações operacionais durante a fase 2 da Pandemia COVID-19: A partir de 04/05/2020 a atenção à saúde bucal deixou de ser limitada as emergências e foram emitidas indicações operacionais, sendo as principais: Triagem remota prévia e presencial do paciente com aferição de temperatura e investigação de sintomas e de viagem e contato com casos suspeitos e assinatura de consentimento; utilização de EPI completo(máscara, óculos/protetor facial, batas e toucas descartáveis, calçados laváveis, luvas, fones de ouvido) obedecendo sequência de colocação e remoção; proteção de superfícies e equipamentos; acionar equipamentos que geram ar e água por 20 segundos; usar peças de mão anti-refluxo; aspirador cirúrgico, dique de borracha e preferir procedimentos manuais; realizar limpeza e desinfecção e realizar ventilação do ambiente por 10-15 minutos e manutenção periódica de filtros de ar. Adequação da sala de espera. Empregadores devem realizar treinamento para a equipe.

ISS - Istituto Superiore di Sanità Durante a pandemia, sugere-se a elaboração de um Documento de Avaliação e Gestão de Risco para a pneumonia causada pela bactéria Legionella, além do monitoramento dos níveis de contaminação por Legionella na água da cadeira odontológica, por meio de amostragem e análise por laboratório credenciado. Medidas corretivas decorrentes da análise da avaliação de risco devem ser implementadas e a desinfecção. Outras infecções também podem derivar da água fornecida através da unidade dentária por meio de sprays , turbinas , micromotores , destartarizadores .

Ministério da Saúde Italiano Indicações operacionais para a atividade odontológica durante a Pandemia COVID-19 - Revisão 2022: mantiveram-se a maioria das medidas do documento publicado em maio de 2020, especialmente a triagem de aceitação e a assinatura do termo de consentimento informado pelo paciente. Também se manteve o uso da máscara filtrante PFF2 para procedimentos que geram aerossóis devendo ser substituídos a cada 2-3 horas. A teletriagem foi considerada desnecessária na atualização de 2022, o uso das batas descartáveis pode ser substituído ao final de cada procedimento que gere aerossóis e não mais a cada paciente, e não é mais obrigatório medir a temperatura dos pacientes e proibir acompanhantes. A vacinação é obrigatória para toda equipe.

---

Estados Unidos

ADA - Associação Dental Americana De 16/03/2020 a 30/04/2020, a ADA recomendou que procedimentos eletivos fossem suspensos, enquanto procedimentos de urgência odontológica fossem acolhidos. Recomendou teletriagem e teleodontologia, Reduzir a produção de aerossol priorizando o uso de instrumentação manual; usar barragens de borracha; técnica de 4 mãos; funções anti-retração das peças de mão; evacuadores de alto volume;

CDC - Centro para Controle e Prevenção de Doenças Também em março de 2020, recomendou adiar procedimentos odontológicos não urgentes, cirurgias e visitas.

---

CMS - Centros de Serviços Medicare e Medicaid	Em 18/03/2020, solicitou suspensão de procedimentos eletivos para preservar equipamentos de proteção individual (EPI).
CDC - Centro para Controle e Prevenção de Doenças	Em 03/04/2020, orientou profissionais de saúde a: implementar o uso de EPIs; a evitar produção de aerossóis e usar N95 quando for necessário gerá-los; testar qualquer pessoa com sintomas leves de COVID-19; utilizar filtros HEPA; observar o tempo necessário entre as consultas para higiene dos consultórios odontológicos e consultar os conselhos odontológicos estaduais e departamentos de saúde para recomendações mais atuais e específicas sobre dados epidemiológicos.
CDC - Centro para Controle e Prevenção de Doenças	Em maio de 2020 recomendou consultar os conselhos odontológicos estaduais e departamentos de saúde locais; realizar triagem por telefone; teleodontologia como alternativa de cuidados; instalação de barreiras físicas e remoção de objetos que sejam difíceis de ser higienizados; nova triagem do paciente, prévia ao atendimento, com aferição de temperatura e investigação de sintomas e possíveis contactantes; monitoramento da equipe; Evitar procedimentos com geração de aerossóis; Usar EPI completo e respiradores N95 ou equivalentes em procedimentos com aerossóis; Testar pacientes em conformidade com os departamentos de saúde locais e estaduais; considerar a implementação de testes de diagnóstico pré-admissão ou pré-procedimento com ácidos nucleicos autorizados ou ensaios de detecção de antígeno para SARS-CoV-2; Realizar odontologia a quatro mãos; utilizar sucção de alta potência e barragem de borracha; Considerar o uso de filtragem de ar de partículas de alta eficiência (HEPA); Realizar treinamento e educação com a equipe.
CDC - Centro para Controle e Prevenção de Doenças	Na atualização de 28/08/2020, o CDC ainda sugeria considerar adiar procedimentos eletivos, cirurgias e consultas ambulatoriais não urgentes em certas circunstâncias, avaliando o risco de transmissão de COVID-19 e a disponibilidade de EPIs. Também sugeria implementar protocolos de teleodontologia e triagem nos serviços odontológicos. Dependendo da orientação das secretarias de saúde locais e estaduais, a disponibilidade de testes, as instalações sugeria-se considerar a implementação testes de diagnóstico pré-admissão ou pré-procedimento.
OSHA (Administração de Segurança e Saúde Ocupacional)	Realizar treinamentos; Proporcionar ventilação adequada dos locais de trabalho, natural, quando possível e utilização de exaustão e filtros HEPA.
ADA - Associação Dental Americana	Política de Emergências em Saúde Pública: Odontologia é cuidado essencial de saúde (2020). A saúde bucal é um componente integral da saúde sistêmica. O termo "Cuidado Odontológico Essencial" deve ser utilizado no lugar de atendimento odontológico de emergência e eletivo e agências governamentais devem reconhecer a odontologia como um serviço essencial para que durante emergências de saúde pública se utilize dessa força de trabalho.

ADA - Associação Dental Americana	Política de Emergências em Saúde Pública: Expansão temporária de escopo durante uma crise de saúde pública (2020).A ADA apóia a utilização de dentistas que optam por participar para aumentar a capacidade médica durante emergências de saúde pública para administrar vacinas, realizar testes diagnósticos e outras atividades auxiliares para expandir a capacidade do país.
ADA - Associação Dental Americana	Política de Emergências em Saúde Pública: Testes de diagnóstico por dentistas (2020).dentistas com o conhecimento e as habilidades necessárias podem solicitar e administrar exames médicos de diagnóstico para rastrear pacientes quanto a doenças crônicas e outras condições médicas que possam complicar o atendimento odontológico ou colocar o paciente e a equipe em risco.
ADA - Associação Dental Americana	Política de Emergências em Saúde Pública: Administração de vacinas por dentistas. Dentistas com o conhecimento e as habilidades necessárias devem ser autorizados a administrar vacinas
OSHA - Administração de Segurança e Saúde Ocupacional	Sugeriu diversas ações para a proteção dos trabalhadores, como a realização de treinamentos, uma ventilação adequada dos locais de trabalho, com a utilização de exaustão e filtros HEPA e, quando estes não forem possíveis, utilizar a ventilação natural e Teleodontologia. Atualmente, este órgão incentiva a vacinação.
HHS – Departamento de Saúde e Serviços Humanos	Public Readiness and Emergency Preparedness Act, or PREP Act. Designou profissionais de saúde adicionais, incluindo dentistas e estudantes, como "pessoas qualificadas", autorizadas a administrar vacinas COVID-19.
CFO - Conselho Federal de Odontologia	Ofício nº 477 /2020. Solicita que o M.S. suspenda o atendimento odontológico eletivo e recomende aos estabelecimentos privados o máximo de rigor.
BRASIL Ministério da Saúde (M.S.)	Nota Técnica Nº 9/2020. Em março de 2020, considerando o cenário emergencial de saúde pública, o M.S. orienta a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo-se as urgências e orienta que os profissionais da atenção básica e centros de especialidades colaborem no acolhimento de pacientes sintomáticos nas unidades, avaliando sintomas e notificando. Sugere-se postergar atividades coletivas.

Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	Nota Técnica 04/2020 - Versão de março de 2020, principais considerações: os profissionais de saúde deviam realizar a higiene das mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica a 70%; usar óculos de proteção ou protetor facial; máscara cirúrgica; avental; luvas de procedimento; gorro e máscaras N95, FFP2, ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis. Para procedimentos urgentes, se possível trabalhar a 4 mãos, sempre usar sugadores de alta potência e esterilizar em autoclave todos os instrumentais considerados críticos, inclusive as canetas de alta e baixa rotação. Em caso de atendimento de pacientes (sem suspeita de COVID-19) internados em UTIs de hospitais, os cirurgiões dentistas deviam realizar procedimentos apenas se fosse caso de urgência e para os pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 devia-se utilizar gorro, máscara N95 (PPF2) ou equivalente, protetor facial (face shield), avental impermeável e luvas.
AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira e CFO - Conselho Federal de Odontologia	Em 25/03/2020, recomendou triagem remota e presencial do paciente inclusive com aferição de temperatura, higiene das mãos, uso de respiradores N95 para procedimentos com aerossóis, uso de diques de borracha, preferir instrumentos manuais, uso de bomba a vácuo. As peças de mão deverão ser autoclavadas para cada paciente e deverão ter válvulas anti-refluxo. Para pacientes hospitalizados em UTIs, sugere-se que o peróxido de hidrogênio a 1% manutenção da higiene bucal para prevenção de outras pneumonias associadas. Em junho de 2020, também recomendou a limpeza das mangueiras que compõe o sistema de sucção da cadeira odontológica, ao término de cada atendimento, com hipoclorito de sódio.
Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	Nota Técnica 04/2020 - Versão de maio de 2020, principais considerações: Adoção de protocolos clínicos para orientar a assistência odontológica durante a pandemia de COVID-19; Orientação para que as equipes de saúde bucal se qualifiquem para compreender fluxos e protocolos; Realização de triagem prévia, agendamentos por telefone, mensagens ou vídeoconferência e estes deviam ser espaçados; uso de EPIs completos com máscara N95/PPF2 ou equivalente, e obediência á sequencia de paramentaçãoe e desparamentação; evitar a geração de aerossóis; realizar limpeza e desinfecção dos equipamentos, ambiente e superfícies; recomendava-se um sistema de climatização com exaustão e/ou a manutenção das janelas abertas, a fim de garantir a renovação de ar nos ambientes.
Ministério da Saúde (M.S.)	Nota Informativa Nº 1/2020. Determinou que o cabia ao gestor local decidir pela utilização do cirurgião dentista na coleta de material biológico por meio de Swab para COVID-19, assim como prover sua capacitação e os equipamentos de proteção individual (EPI) adequados.
CFO - Conselho Federal de Odontologia	Resolução CFO 226 de 04/06/2020- regulamentou o exercício da odontologia à distância, com telemonitoramento, teleorientação .

- Ministério da Saúde (M.S.) Nota Técnica Nº 16/2020. Ainda diante da suspensão dos atendimentos eletivos, sugere a qualificação das equipes de saúde bucal, apoio destes nas ações de enfrentamento à COVID-19 e que com base nas características epidemiológicas de cada município, caberia ao gestor local definir o funcionamento dos serviços da atenção primária e dos centros de especialidades, a exemplo da manutenção das ofertas de prótese dentária.
- Ministério da Saúde (M.S.) Nota Técnica Nº 18/2020. Em junho de 2020, o M.S. mateve os repasses dos incentivos federais de custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) CEO e LRPD aos entes federados, entendendo que a orientação da suspensão dos atendimentos eletivos impacta diretamente no funcionamento destes.
- ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico Em julho de 2020, a ABENO publicou orientações para clínicas-escolas como: realização de triagem remota prévia e acolhimento; utilização de meios digitais de informação sobre COVID-19 nas salas de esper; criação de área de paramentação e desparamentação; evitar a produção de aerossóis; assegurar a renovação do ar em todos os ambientes, dentre outras.
- Ministério da Saúde (M.S.) Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020, incluiu, dentre outras considerações, o código de teleconsulta na atenção primária. (<https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Anexo-03-do-BI-no21-PORTARIA-No-526-de-24-de-junho-de-2020.pdf>).
- CFO - Conselho Federal de Odontologia Resolução CFO 228 de julho de 2020. Permitiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a realização da Odontologia à distância, mediada por tecnologia, utilizando o sistema de mediação já implantando em cada localidade, enquanto durar o estado de calamidade pública decretado pelo Governo Federal.
- Ministério da Saúde (M.S.) Em novembro de 2020, o Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da COVID-19 sugeriu que a retomada dos atendimentos eletivos ocorresse de forma segura, gradativa, planejada, regionalizada, monitorada e dinâmica, obedecendo o momento epidemiológico de cada localidade, a disponibilidade de EPIs e a qualificação da equipe. Sugeriu-se a reorganização dos serviços, a partir da categorização das necessidades de saúde bucal associada à análise individual e coletiva dos riscos e definição das ações de saúde bucal a serem ofertadas; mudanças na dimensão da prática clínica, como a utilização de recursos da odontologia de mínima intervenção, redução do número de consultas, otimização do tempo clínico e utilização de ferramentas de atendimento remoto na assistência odontológica. Nos Centros de Especialidades o diagnóstico bucal e o atendimento às pessoas com deficiência devem ser considerados como inadiáveis e a adesão pela confecção de próteses caberia aos gestores. Incentivou-se a teleodontologia

- Ministério da Saúde (M.S.) Nota Técnica 04/2020, atualizada em 25/02/2021, sugeriu: triagem prévia à distância; o retorno gradual às atividades, com a priorização dos atendimentos; a realização de teleconsultas e a qualificação de todos os profissionais de saúde bucal do SUS. Com relação aos cuidados com os instrumentais considerados semicríticos e críticos, devem ser esterilizar em autoclave, inclusive canetas de alta e baixa rotação.
- Ministério da Saúde (M.S.) Nota Técnica nº 03 de março de 2021. Recomendou que os gestores para a decisão de retorno à atendimentos eletivos: disseminassem conhecimento, cuidassem dos provisionais (vacinação, EPIs, remanejamento para aqueles de grupos de risco), avaliassem situação epidemiológica, reorganizassem o acesso, definindo atendimentos prioritários como gestantes e doentes crônicos, dentre outros objetivando o equilíbrio entre uma oferta segura e a redução dos prejuízos gerados à saúde bucal da população.
- Ministério da Saúde (M.S.) Em abril de 2021, através da Nota Técnica nº5/2021 CGSB/DESF/SAPS/MS8 a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, manteve o compromisso de apoiar os entes federados no enfrentamento da covid-19, assegurando a manutenção do repasse do incentivo de custeio dos CEO e LRPD, independentemente do alcance integral dos parâmetros de produção estabelecido
- Ministério da Saúde (M.S.) Nota Técnica Nº 4/2022, atualizou a Nota Técnica nº 14/2021 CGSB/DESF/SAPS/MS e esclareceu os gestores dos estados, municípios e Distrito Federal sobre o custeio federal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) no contexto da pandemia da COVID-19.
- Ministério da Saúde (M.S.) Em setembro de 2021, recomendou-se: adiar todos os tratamentos odontológicos não urgentes para pacientes com infecção suspeita ou confirmada de SARS-CoV-2 até que atendam aos critérios para descontinuar as Precauções Baseadas na Transmissão; usar corretamente o EPI, incluindo um N95, odontologia a quatro mãos, sucção de alta evacuação e represas dentais em procedimentos de geração de aerossol em pacientes sem suspeita ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2; Levantar em conta o tempo necessário para limpar e desinfetar os operadores entre os pacientes ao calcular o volume diário do paciente. Qualquer pessoa com sintomas leves de COVID-19, independentemente do estado de vacinação, deve receber um teste viral o mais rápido possível.
- Ministério da Saúde (M.S.) Nota Técnica 04/2020, atualizada em 09/03/2022, reforçou a realização de teleconsultas.

Organizado pelos autores

Tabela Suplementar 4: Indicadores da COVID-19.

País	Data	Total de mortes	Total de casos	Taxa de letalidade (%)	Total de casos por milhão	Total de mortes por milhão	Total de testes	Testes por caso	Novos casos por milhão	Novas mortes por milhão
ITALY	2020-02-01	0	2	0	0,033	0	S.l.	S.l.	0	0
USA	2020-02-01	0	8	0	0,024	0	S.l.	S.l.	0	0
BRAZIL	2020-02-01	0	0	0	0		S.l.	S.l.	0	0
ITALY	2020-03-01	34	1.694	2,01	28,061	0,563	21.127	S.l.	9,376	0,083
USA	2020-03-01	1	32	3,125	0,096	0,003	348	S.l.	0,021	0
BRAZIL	2020-03-01	0	2	0	0,009	0	S.l.	S.l.	0	0
ITALY	2020-04-01	13.155	110.574	11,89	1831,682	217,915	541.423	6	79,215	12,043
USA	2020-04-01	6.611	223.255	2,96	670,606	19,858	1.686.824	5	93,646	3,761
BRAZIL	2020-04-01	240	6.836	3,51	31,945	1,122	S.l.	S.l.	5,229	0,182
ITALY	2020-05-01	28.236	207.428	1,36	3436,089	467,735	2.053.425	28,5	32,551	4,456
USA	2020-05-01	68.067	1.111.411	6,12	3338,422	204,458	7.549.981	7,4	104,808	5,731
BRAZIL	2020-05-01	6.412	92.202	6,95	430,864	29,964	S.l.	S.l.	23,435	1,897
ITALY	2020-06-01	33.475	233.197	14,35	3862,958	554,52	3.910.133	140,8	3,313	0,994
USA	2020-06-01	108.451	1.806.078	6	5425,041	325,762	19.713.993	15,6	53,587	2,325
BRAZIL	2020-06-01	30.108	531.286	5,66	2482,721	140,696	S.l.	S.l.	70,792	3,463
ITALY	2020-07-01	34.788	240.760	14,44	3988,241	576,271	5.445.476	250,7	3,015	0,348
USA	2020-07-01	128.083	2.694.213	4,75	8092,794	384,732	38.259.942	10,6	147,554	2,106
BRAZIL	2020-07-01	60.878	1.459.494	4,17	6820,274	284,485	3.504.141	S.l.	218,815	5,075

País	Data	Total de mortes	Total de casos	Taxa de letalidade (%)	Total de casos por milhão	Total de mortes por milhão	Total de testes	Testes por caso	Novos casos por milhão	Novas mortes por milhão
ITALY	2020-08-01	35.146	247.832	14,18	4105,39	582,201	6.873.496	179,6	4,887	0,083
USA	2020-08-01	155.013	4.601.264	3,36	13821,13	465,623	66.266.841	11,9	172,951	3,361
BRAZIL	2020-08-01	93.669	2.711.992	3,45	12673,25	437,719	S.l.	S.l.	194,123	4,397
ITALY	2020-09-01	35.491	270.189	13,13	4475,738	587,916	8.725.909	66,6	16,151	0,133
USA	2020-09-01	183.802	6.084.852	3,02	18277,49	552,099	92.457.220	18,2	126,092	3,199
BRAZIL	2020-09-01	122.768	3.959.158	3,1	18501,31	573,7	11.907.217	S.l.	207,151	5,374
ITALY	2020-10-01	35.918	317.409	11,31	5257,948	594,989	11.452.158	50,8	42,208	0,398
USA	2020-10-01	206.787	7.286.274	2,83	21886,28	621,14	120.333.594	20,8	138,906	2,688
BRAZIL	2020-10-01	144.851	4.853.148	2,98	22678,96	676,895	S.l.	S.l.	167,215	3,612
ITALY	2020-11-01	38.826	709.335	5,47	11750,29	643,161	15.967.918	7,2	495,383	3,446
USA	2020-11-01	230.659	9.235.294	2,49	27740,69	692,846	156.447.861	13,3	233,783	1,475
BRAZIL	2020-11-01	160.175	5.547.951	2,88	25925,8	748,504	21.406.521	S.l.	47,609	0,949
ITALY	2020-12-01	56.361	1.620.901	3,47	26850,57	933,632	22.127.199	8,4	320,487	13,004
USA	2020-12-01	271.778	13.825.113	1,96	41527,45	816,358	205.128.368	8,8	592,088	7,66
BRAZIL	2020-12-01	173.953	6.393.950	2,72	29879,19	812,889	25.667.025	S.l.	242,928	3,201
ITALY	2021-01-01	74.621	2.129.376	3,5	35273,57	1236,113	26.756.131	8,4	367,913	7,653
USA	2021-01-01	352.185	20.370.208	1,72	61187,4	1057,882	259.148.178	6,7	537,38	6,749
BRAZIL	2021-01-01	195.541	7.703.971	2,53	36000,97	913,771	29.249.432	S.l.	107,195	2,192

País	Data	Total de mortes	Total de casos	Taxa de letalidade (%)	Total de casos por milhão	Total de mortes por milhão	Total de testes	Testes por caso	Novos casos por milhão	Novas mortes por milhão
ITALY	2021-02-01	88.845	2.560.957	3,46	42422,8	1471,736	32.809.145	20,4	131,279	5,45
USA	2021-02-01	448.041	26.463.283	1,69	79489,59	1345,812	311.025.857	11,9	376,411	5,323
BRAZIL	2021-02-01	225.271	9.237.011	2,43	43164,93	1052,7	33.078.118	S.l.	133,135	2,911
ITALY	2021-03-01	97.945	2.938.371	3,33	48674,74	1622,48	40.303.520	17,4	217,104	4,075
USA	2021-03-01	512.904	28.797.863	1,78	86502,13	1540,645	347.806.967	21,7	151,507	3,947
BRAZIL	2021-03-01	256.007	10.598.476	2,41	49527,11	1196,331	34.765.380	S.l.	188,721	3,869
ITALY	2021-04-01	109.847	3.607.083	3,04	59752,1	1819,639	50.258.742	15,1	367,483	8,299
USA	2021-04-01	549.389	30.639.662	1,79	92034,47	1650,238	387.261.250	18,9	230,861	3,316
BRAZIL	2021-04-01	325.793	12.851.165	2,53	60054,01	1522,444	42.168.722		410,167	17,08
ITALY	2021-05-01	121.033	4.035.617	2,99	66850,85	2004,937	58.957.954	24,1	214,751	3,744
USA	2021-05-01	572.780	32.500.536	1,76	97624,11	1720,499	424.418.275	23,3	146,512	2,244
BRAZIL	2021-05-01	406.770	14.733.396	2,76	68849,76	1900,853	43.991.474		272,401	10,468
ITALY	2021-06-01	126.221	4.220.304	2,99	69910,23	2090,878	66.394.073	65,8	41,131	1,541
USA	2021-06-01	590.848	33.396.916	1,76	100316,6	1774,771	452.581.490	43,5	62,638	1,898
BRAZIL	2021-06-01	465.578	16.636.801	2,79	77744,44	2175,665	49.569.793		368,764	10,907
ITALY	2021-07-01	127.587	4.260.788	2,99	70580,86	2113,506	71.771.680	234,8	14,561	0,348
USA	2021-07-01	600.973	33.791.538	1,77	101502	1805,184	472.752.446	40	45,417	0,85
BRAZIL	2021-07-01	520.420	18.631.426	2,79	87065,41	2431,944	53.971.507		285,663	9,028

País	Data	Total de mortes	Total de casos	Taxa de letalidade (%)	Total de casos por milhão	Total de mortes por milhão	Total de testes	Testes por caso	Novos casos por milhão	Novas mortes por milhão
ITALY	2021-08-01	128.068	4.355.348	2,94	72147,27	2121,474	77.711.955	39,1	88,127	0,083
USA	2021-08-01	609.660	35.145.011	1,73	105567,5	1831,278	494.315.494	10	133,875	0,667
BRAZIL	2021-08-01	557.091	19.942.499	2,79	93192,1	2603,309	S.l.	S.l.	95,11	1,939
ITALY	2021-09-01	129.290	4.546.487	2,84	75313,52	2141,716	84.339.436	39,1	107,608	1,143
USA	2021-09-01	639.460	39.573.778	1,61	118870,5	1920,79	538.069.219	10,5	572,266	6,119
BRAZIL	2021-09-01	581.461	20.810.944	2,79	97250,38	2717,191	S.l.	S.l.	120,321	3,257
ITALY	2021-10-01	130.973	4.675.758	2,8	77454,93	2169,596	92.759.111	90,4	56,371	0,861
USA	2021-10-01	698.398	43.681.387	1,59	131208,8	2097,826	587.481.202	15,6	465,059	6,455
BRAZIL	2021-10-01	597.522	21.450.424	2,78	100238,7	2792,244	S.l.	S.l.	84,404	2,29
ITALY	2021-11-01	132.120	4.774.783	2,76	79095,3	2188,596	104.398.683	100,7	46,681	0,031
USA	2021-11-01	745.138	46.149.112	1,61	138621,3	2238,222	631.266.093	20	340,195	3,842
BRAZIL	2021-11-01	608.185	21.819.251	2,78	101962,2	2842,073	S.l.	S.l.	21,617	0,481
ITALY	2021-12-01	133.931	5.043.620	2,65	83548,64	2218,596	119.905.510	43,7	249,687	1,706
USA	2021-12-01	780.299	48.721.160	1,6	146347,1	2343,838	673.394.632	12,7	411,838	6,176
BRAZIL	2021-12-01	615.253	22.112.425	2,78	103332,3	2875,102	65.380.088	S.l.	57,394	1,252
ITALY	2022-01-01	137.513	6.266.939	2,19	103813,2	2277,932	141.268.542	9,5	2339,936	1,839
USA	2022-01-01	824.696	55.024.038	1,49	165279,5	2477,196	726.703.115	3,7	566,883	1,177
BRAZIL	2022-01-01	619.367	22.295.621	2,77	104188,3	2894,327	S.l.	S.l.	17,673	0,154

País	Data	Total de mortes	Total de casos	Taxa de letalidade (%)	Total de casos por milhão	Total de mortes por milhão	Total de testes	Testes por caso	Novos casos por milhão	Novas mortes por milhão
ITALY	2022-02-01	146.925	11.116.422	1,32	184145,9	2433,844	171.878.714	7,4	2208,242	7,073
USA	2022-02-01	890.053	75.424.610	1,18	226558,1	2673,514	792.949.666	5,5	977,459	10,039
BRAZIL	2022-02-01	628.356	25.634.781	2,45	119792,4	2936,333	67.204.366	S.I.	800,263	3,584
ITALY	2022-03-01	155.000	12.829.972	1,2	212531,2	2567,608	187.867.237	10,5	780,818	3,86
USA	2022-03-01	949.865	79.101.398	1,2	237602,3	2853,175	825.770.054	26,3	140,303	5,335
BRAZIL	2022-03-01	649.922	28.818.850	2,25	134671,7	3037,112	S.I.	S.I.	104,111	1,15
ITALY	2022-04-01	159.537	14.719.394	1,08	243829,9	2642,764	201.422.918	6,7	1276,184	2,2551
USA	2022-04-01	981.756	80.142.499	1,22	240729,6	2948,968	853.294.265	37	96,766	2,49
BRAZIL	2022-04-01	660.265	29.978.513	2,2	140090,8	3085,445	S.I.	S.I.	125,438	1,136
ITALY	2022-05-01	163.612	16.504.791	0,99	273405,4	2710,268	214.061.284	6,4	688,964	1,739
USA	2022-05-01	993.682	81.364.850	1,22	244401,2	2984,791	874.675.756	14,3	38,298	0,051
BRAZIL	2022-05-01	663.752	30.454.499	2,17	142315,1	3101,74	S.I.	S.I.	29,267	0,075

FONTE: OURWORDINDATA , Dados coletados em 16/05/2022

LEGENDA: S.I. Sem informação

## PRODUTOS TÉCNICOS

### **CARTILHA DE BIOSSEGURANÇA EM TEMPOS DE COVID-19. Adequações socioambientais e fluxos de pacientes no atendimento odontológico**

Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/Cartilha-2-Adequa%C3%A7%C3%B5es-socioambientais.pdf>

## **CARTILHA DE BIOSSEGURANÇA EM TEMPOS DE COVID-19**

**ADEQUAÇÕES SOCIOAMBIENTAIS E FLUXOS DE PACIENTES NO  
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO**

**JULHO DE 2020**

**CRD** BA CONSELHO REGIONAL  
DE ODONTOLOGIA  
DA BAHIA

**2**

**Organizadores**

Ricardo Araujo da Silva e Rosangela Goes Rabelo

## **Estimadas(os) colegas**

Essa é a segunda cartilha da série “Biossegurança em tempos de COVID-19”, e vamos discorrer sobre as *“Adequações socioambientais e fluxos de pacientes no atendimento odontológico”* no combate ao coronavírus. O principal objetivo é trazer, para os profissionais que atuam nas clínicas e consultórios odontológicos, recomendações relacionadas às adequações necessárias para minimizar os riscos de contaminação de ambientes e superfícies, e evitar as infecções cruzadas entre pacientes e, entre estes e as equipes de saúde bucal; entre pacientes e pacientes e evitar contaminação de ambientes e superfícies.

Entendendo, portanto, que não estarão esgotados os pontos a serem discutidos sobre esta temática, uma vez que são inúmeras as realidades locais, e muito frequentes as atualizações sobre a pandemia e sobre as medidas de prevenção e enfrentamento, convidamos você para refletirmos sobre alguns pontos relacionados à COVID-19 e ao atendimento odontológico.

Nossos canais de comunicação estão abertos e disponíveis também para consultas. Use nossas redes sociais: Instagram - @cro.bahia e Facebook – <http://m.facebook.com/crobahia>, nosso telefone: (71) 31142525 e email [croba@croba.org.br](mailto:croba@croba.org.br)

### **Presidente do Conselho Regional de Odontologia da Bahia**

Dr. Marcel L. Arriaga

### **Autores**

Edlair Maria Cunha Barbosa Costa (cirurgiã-dentista); Julie Eloy Kruschewsky (cirurgiã-dentista); Arthur Igor Cruz Lima (cirurgião-dentista); Érico Brito dos Santos (cirurgiã-dentista); Ismar Eduardo Martins Filho (cirurgião-dentista); Rosangela Goes Rabelo (cirurgiã-dentista); Thaís Aranha(cirurgiã-dentista).

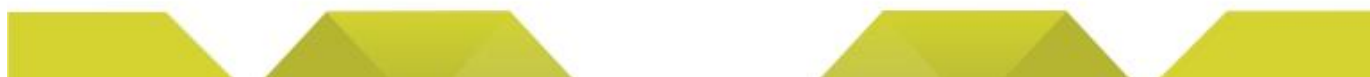


## ATENÇÃO

<p>➔ A pandemia pelo Sars-CoV-2 traz um alerta a todos os profissionais de saúde quanto à possibilidade de surgimento de novos vírus. (1)(2)</p>	<p>➔ É preciso ATENÇÃO às medidas de biossegurança, visto que estamos em uma fase de transição de protocolos.(6)(7)</p>	<p>➔ A ODONTOLOGIA JÁ VIVENCIOU O SURGIMENTO DE OUTROS VÍRUS E SUPEROU OUTRAS EPIDEMIAS.(5)(2)</p>
<p>➔ Neste contexto, os protocolos mundiais sugerem evitar ou reduzir ao máximo a produção de aerossóis. (3)(4)</p>	<p>➔ Atualizações constantes de toda a equipe de saúde (nível superior e médio) são necessárias. (8)(9)</p>	<p>➔ ESTA CARTILHA TRAZ RECOMENDAÇÕES PARA QUE OS PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA POSSAM TOMAR DECISÕES CLÍNICAS COM SEGURANÇA, NOS SETORES PÚBLICOS E PRIVADOS.</p>
<p>➔ Novas medidas de controle e prevenção de infecção devem ser implementadas para evitar ou reduzir a transmissão de quaisquer microorganismos.(5)</p>	<p>➔ A doença COVID-19 e seus impactos estão sob estudo contínuo e novas evidências poderão modificar este documento.(5)(10)</p>	<p>➔ A RECOMENDAÇÃO É A DE AVALIAÇÃO DA RÉTOMA-DA DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS ELETIVOS DE FORMA PLANEJADA, GRADUAL E BASEADA NAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E NO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO LOCAL.(9)(10).</p>



<b>O que a equipe precisa verificar ?</b>	<b>Checklist</b>
Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para toda a equipe; (3)(11)	✓
Situação técnica dos equipamentos (planejar e incluir na rotina a manutenção preventiva e corretiva); (3)(11)	✓
Organização da agenda e do processo de trabalho (evitando que os pacientes fiquem na sala de espera; agendando pacientes do grupo de risco para horários especiais, como no primeiro horário e aqueles que precisarão de procedimentos gerados de aerossóis para o último horário);	✓
A possibilidade de triagem prévia;	✓
Prazo de esterilização de instrumentais; (3)	✓
Desinfecção das linhas de ar e água do equipamento odontológico; (3)	✓
Ambiente adequado para desparamentação;(9)	✓
Treinamento intensivo e atualizações periódicas de toda a equipe sobre fluxos, manejos, protocolos e sequência de paramentação e desparamentação – para cirurgiões dentistas; técnicos e auxiliares de saúde bucal; equipe de higienização; pessoal administrativo; seguranças, dentre outros. (8)(12)	✓
Elaboração de instrumento para registro da temperatura da equipe, diariamente, no início do turno de atendimento; (8)	✓



Verificar se o compressor está utilizando o ar externo do consultório; – disponibilização de local para guarda de pertences dos pacientes e dos profissionais;	✓
Dispor de lavatório exclusivo para higienização das mãos, com porta sabonete líquido, papel toalha e lixeira com pedal e tampa e torneira acionada sem o contato manual;	✓
A necessidade de reposição de insumos, como no dispensador de álcool 70% na recepção e salas de atendimento, no suporte de sabonete líquido e toalhas de papel;	✓
Se os itens necessários ao descarte de resíduos estão disponíveis; dentre outros;	✓
Adquirir equipamentos e instrumentais que garantam o atendimento dentro das normas sanitárias, como por exemplo: canetas de alta rotação, com sistema antirrefluxo, de uso único e autoclaváveis;	✓

- **Triagem, marcação e contato prévio com os pacientes**

Explique aos pacientes que as mudanças, nas práticas de atendimento, são necessárias para a proteção de todos no contexto atual; (2)(13)



Investigue, previamente, por telefone ou aplicativos de mensagens, se o paciente apresentou sintomas sugestivos da Covid-19, nos últimos 14 dias e/ou se foi contactante; se positivo, recomenda-se o reagendamento do tratamento eletivo;(8)(5)

Aplicação de questionário pré-clínico, contendo anamnese inicial, e definição do melhor momento para a realização do atendimento presencial(2)(12)

Solicitar que os pacientes compareçam ao atendimento de máscara e que levem outra máscara limpa para substituição;

Solicitar o cumprimento do horário marcado e evitar acompanhantes (sendo estes aconselhados apenas em casos excepcionais);

- **Adequação da sala de espera e fluxo de pacientes**

Disponibilizar toailete para lavagem das mãos, com sabão e toalha de papel ou disponibilizar álcool a 70 % para higiene de pacientes



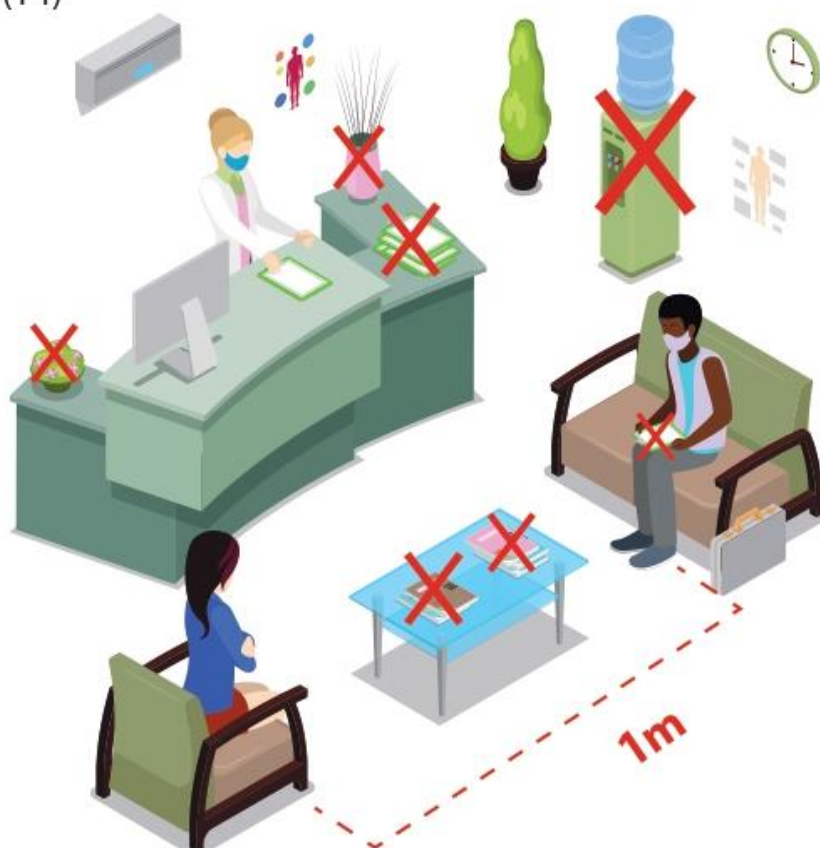
Remover revistas, livros, brinquedos e enfeites decorativos de difícil desinfecção; (3)(11)

Desativar bebedouros coletivos;

Assegurar a qualidade e renovação do ar ambiente;(9)

Programar agendamentos espaçados o suficiente para evitar aglomeração e permitir correta higienização dos ambientes;(11)

A sala de espera deve permitir um espaçamento de no mínimo 1 metro(14)



### • Cuidados com a equipe de saúde bucal

Antes de iniciar o atendimento, retirar todos os adereços: brincos, relógios, cordões, anéis...

A temperatura corporal deve ser aferida e estando igual ou superior à 37.5°C e/ou sintomas gripais, respiratórios ou não, deverá ser afastado das atividades laborais e procurar avaliação médica para conduta subsequente;

Uso completo de EPI para toda equipe de saúde bucal:

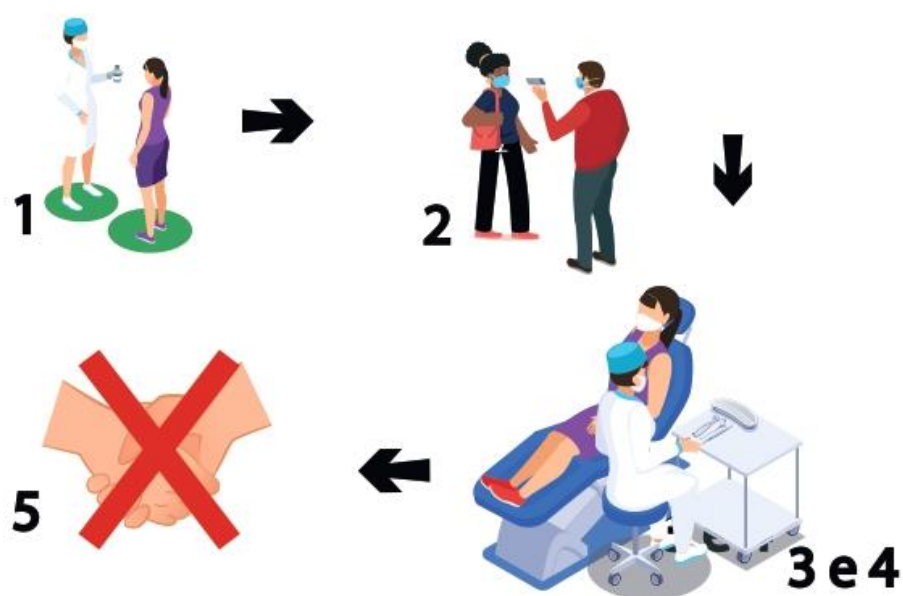
- gorro descartável; (6)(9)
- óculos com proteção lateral ;
- protetor facial – face shield;
- máscara N95/PFF2 ou equivalente, sem válvula expiratória;
- capote ou avental de abertura posterior, descartável,(15) manga longa e impermeável ou com o mínimo de 50g/m<sup>2</sup> de gramatura;
- Luvas;
- sapato fechado e emborrachado, exclusivo para uso no consultório.

Observação:

Não usar máscara cirúrgica sobreposta ao RESPIRADOR N95/PFF2



• **Cuidados no atendimento e pós-atendimento**



1 - Se o paciente chegar sem máscara ofereça uma máscara e solicite lavagem das mãos ou uso de álcool gel.

2 - Avaliar a temperatura e triar por sinais e sintomas e respiratórios. (6) (9) (11)

3 - Colocação de óculos de proteção, avental descartável no paciente.

4 - Tirar a máscara do paciente, realizar o atendimento, e solicitar a recolocação da máscara.

5 - Evite, neste momento, apertos de mão e abraços.



- **Planejamento das ações e procedimentos**

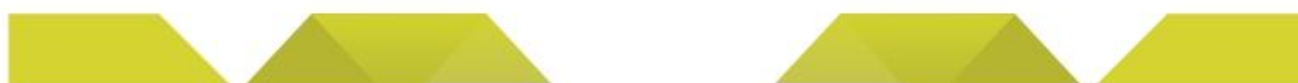
- Dar preferência ao trabalho a 4 mãos; (16)
- Remover cáries com instrumentais manuais e usar procedimentos restauradores atraumáticos . (4)
- Usar extratores (curetas, cinzéis, foices, enxadas ) de cálculo ao invés de aparelhos ultrassônicos;(18)
- Evitar Raio x intra oral, preferir radiografias panorâmicas e tomografias; (6)
- Preferir fio de sutura reabsorvível. (14)
- Desinfetar materiais protéticos (4)
- Evitar utilização de cuspeira (O ideal é interditá-la) , utilizando sugador de alta potência como a bomba à vácuo;
- Evite a geração de aerossóis, excluindo turbina, seringa tríplice (principalmente na função ar/água) e aparelhos de jato de bicarbonato e ultrassom.



- Se o procedimento a ser realizado for um potencial gerador de aerossóis, preferir marcar o paciente para o último atendimento do dia, e realizar limpeza terminal da sala;
- Utilizar isolamento absoluto com lençol / dique de borracha, sempre que possível.
- Utilizar peças de mão com sistema anti-retração.
- Utilizar peças de mão com sistema antirretração / antirrefluxo
- Preferir fio de sutura reabsorvível.
- Desinfetar materiais protético
- Avaliar a possibilidade de execução de um quantitativo maior de procedimentos na mesma intervenção (otimização do atendimento, trabalhando por sextantes, por exemplo);

- **Cuidados com a sala de atendimento e o ambiente físico**

- Retire todos os objetos expostos em superfícies; (3)(19)
- Evite papéis sobre a mesa e limite a quantidade de canetas
- Durante o atendimento, mantenha a porta fechada;(3)
- Coloque plástico filme sobre o teclado e demais superfícies que possam ser protegidas;(3)
- É preciso a renovação de ar, opte por ar condicionado com exaustão ou janelas abertas(6)(9) ou utilize filtro HEPA(11)(13)





### • **Limpeza e desinfecção**

- Se houve geração de aerossóis, recomenda-se deixar a sala isolada (por 15 a 30 minutos) e só depois desse tempo, realizar a desinfecção.
- Esterilizar turbinas, e equipamentos de baixa rotação após atendimento. (14)
- A limpeza das linhas do equipo e cuspeira deve ser realizada ao término de cada atendimento, com hipoclorito a 2,5%.(9)
- Limpeza e desinfecção por 1 minuto de superfícies: cadeira, mochos, bancadas, maçanetas, interruptores e dispositivos usados no atendimento, com hipoclorito de sódio 0,1%, ou álcool a 70%. ou outros produtos saneantes recomendados pela anvisa tais como ácido peracético, quaternários de amônia e fenólicos (incluir esta frase).
- Os resíduos, com material biológico, além de gorro, avental e luvas devem ser descartados como lixo infectante;
- Sugere-se utilização de HAMPER para descarte de aventais .



- **Paramentação e desparamentação**

### **PARAMENTAÇÃO**

Dentro da sala:

1- Lavar as mãos;

Duração do Procedimento: 40 a 60 segundos;

2- Secar as mãos com papel toalha descartável;

No caso de torneiras com acionamento manual, sempre utilize papel toalha para fechamento.

3- Utilizar álcool gel a 70% nas mãos.

Utilizando a mesma técnica da lavagem das mãos

4- Vestir o avental;

5- Colocar a Máscara de Proteção Respiratória

Protetores respiratórios com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 $\mu$  (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3);

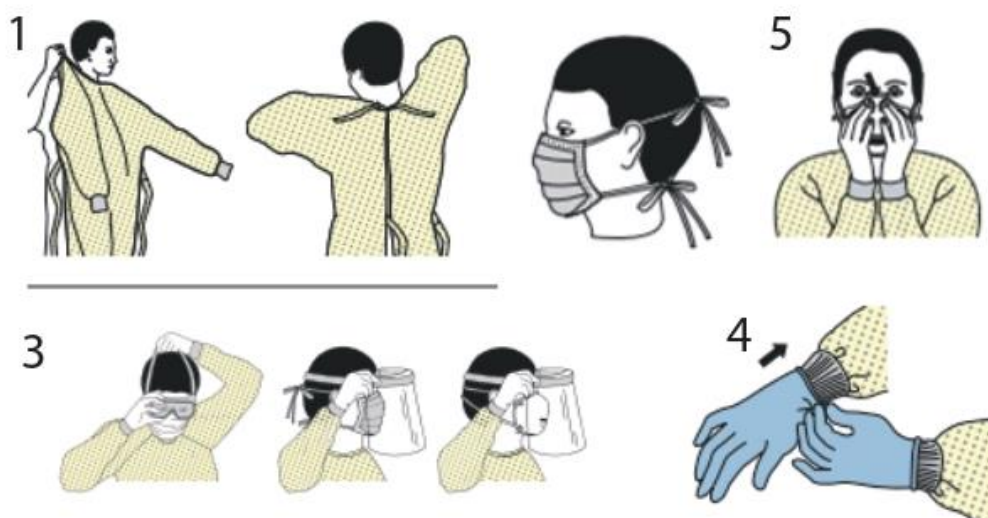
6- Colocar o gorro descartável, cobrindo todo o cabelo e orelhas;

7- Acomodar óculos e/ou Protetor Facial (face shield);

8- Calçar as luvas.

Fonte: Adaptado CDC: Centers for Disease Control and Prevention



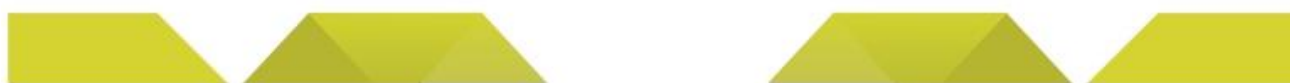
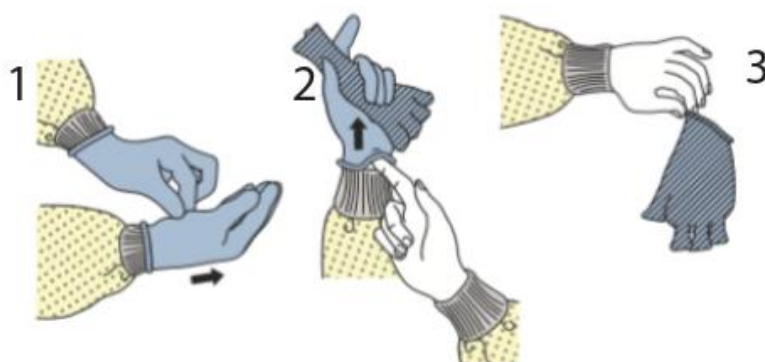


- 1- Colocar avental;
- 2 - Respirador N95-PFF2/máscara;
- 3 - Gorro;
- 4 - Óculos/ face shield;
- 5- luvas.

### DESPARAMENTAÇÃO:

Dentro da Sala:

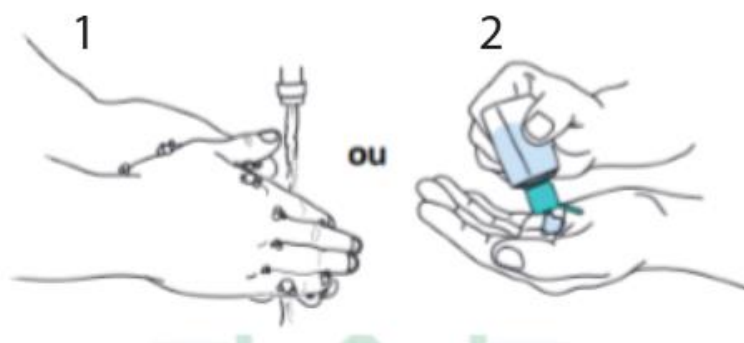
- Remoção das luvas



- Retire o capote/avental/macacão

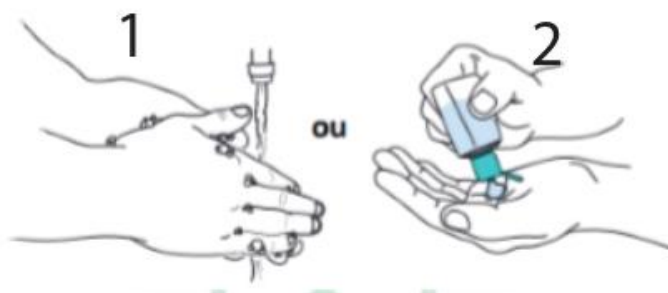


- Higienize as mãos



### DESPARAMENTAÇÃO FORA DA SALA

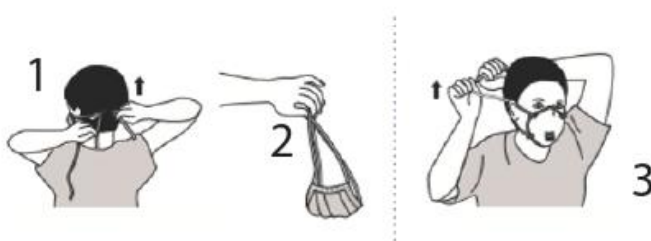
- Higienizar as mãos com água ou álcool em gel



- Retirar gorro
- Retirar óculos ou face shield
- Higienizar as mãos com água ou álcool em gel



- Retirar máscara ou o respirador
- Higienizar as mãos com água ou álcool em gel



- As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se: água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%.

As recomendações desta cartilha são mínimas e podem ser seguidas por todos os serviços de saúde, uma vez que são baseadas em evidências científicas e Normas Técnicas de autoridades sanitárias. No entanto, os profissionais de saúde podem determinar ações de prevenção e controle mais rigorosas conforme realidade local, recursos disponíveis e cenário epidemiológico.

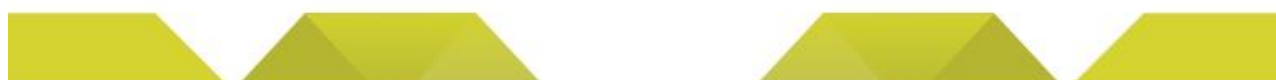


## Referências

1. Scully C, Samaranayake LP. Emerging and changing viral diseases in the new millennium. *Oral Dis.* 2016 Apr;22(3):171–9.
2. Samaranayake LP, Peiris M. Severe acute respiratory syndrome and dentistry: a retrospective view. *J Am Dent Assoc.* 2004 Sep;135(9):1292–302.
3. Covid-19 Dental Services Evidence Review (CoDER) Working Group. Recommendations for the re-opening of dental services: a rapid review of international sources. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2020;(May):45. Available from: [https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.cochrane.org/files/public/uploads/covid19\\_dental\\_review\\_16\\_may\\_2020\\_update.pdf](https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.cochrane.org/files/public/uploads/covid19_dental_review_16_may_2020_update.pdf)
4. Fini MB. What Dentists Need to Know about COVID-19. *Oral Oncol* [Internet]. 2020;104741. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837520301779>
5. Ather A, Patel B, Ruparel NB, Diogenes A, Hargreaves KM. Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. *J Endod.* 2020 May;46(5):584–95.
6. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res.* 2020 May;99(5):481–7.



7. Panesar K, Dodson T, Lynch J, Bryson-Cahn C, Chew L, Dillon J. Evolution of COVID-19 Guidelines for University of Washington Oral and Maxillofacial Surgery Patient Care. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278239120304407>
8. Zhang W, Jiang X. Measures and suggestions for the prevention and control of the novel coronavirus in dental institutions. *Front Oral Maxillofac Med*. 2020;2(li):4–4.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica No 04/2020 GVIMS / GGTES/ANVISA. 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 (2019- nCoV). *Diário Of [da República Fed do Bras*. 2020;1–53.
10. Mallineni SK, Innes NP, Raggio DP, Araujo MP, Robertson MD, Jayaraman J. Coronavirus Disease (COVID-19): Characteristics in children and considerations for Dentists providing their care. *International journal of paediatric dentistry*. 2020.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Guidance for Dental Settings \_ CDC [Internet]. June 17,2020. [cited 2020 Jun 19]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>



12. Zimmermann M, Nkenke E. Approaches to the management of patients in oral and maxillofacial surgery during COVID-19. Zimmermann M, Nkenke E. Approaches to the management of patients in oral and maxillofacial surgery during COVID-19 pandemic. J Cranio-Maxillofacial Surg [Internet. J Cranio-Maxillofacial Surg [Internet]. 2020; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1010518220300834>
13. Ordre National des Chirurgiens dentistes. EXTRAIT DES RECOMMANDATIONS TRANSITOIRES DU GUIDE SOIGNANT [Internet]. Paris; 2020. Available from: [http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/COMMUNIQUE\\_30AVRIL-EXTRAIT\\_RECO.pdf](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/COMMUNIQUE_30AVRIL-EXTRAIT_RECO.pdf)
14. Odontol A, Sus GNO. NOTA TÉCNICA No 16 / 2020-CGSB / DESF / SAPS / MS. 2020;(5):5–10.
15. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci. 2020 Mar;12(1):9.
16. Associação de Medicina Intensiva, Conselho Federal de Odontologia. Recomendações AMIB/CFO para atendimento odontológico COVID- 19: Comitê de Odontologia AMIB/CFO de enfrentamento ao COVID-19 Departamento de Odontologia AMIB – 2º Atualização 01/06/2020. 2020.
17. BARBANO DBA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC No. 63 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011. 2011 p. 1–14.
18. Li Y, Ren B, Peng X, Hu T. Saliva is a non-negligible factor in the spread of COVID-19. 2020;(April):2–6.



19. Ministero della Salute. OPERATIVE PER L ' ATTIVITA ' ODONTOIATRICA DURANTE LA FASE 2 DELLA [Internet]. 2020. p. 1–66. Available from: <https://www.ordinemedicife.it/2020/06/covid-19-fase-2-e-indicazioni-operative-per-odontoiatri/>
20. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect [Internet]. 2020;104(3):246–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 222, de 28 de março de 2018. Vol. 2018, Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasil: Ministério da Saúde; 2018. p. 1–4.



## PODCAST PAPO DE GESTANTE

Produto Técnico publicado na plataforma eduCAPES, disponível em:  
<https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/598278>

### INTRODUÇÃO

Diante das limitações impostas pela pandemia da COVID-19, principalmente no que diz respeito à necessidade de distanciamento social durante o período mais crítico de contaminação no Brasil, algumas práticas pertinentes ao processo de trabalho das equipes atuantes na saúde pública ficaram comprometidas, a exemplo da realização de atividades coletivas presenciais.

As ações de educação em saúde são inerentes aos profissionais das equipes de atenção primária (BRASIL,2017), entretanto, em um cenário de pandemia, novas medidas para realização das atividades em grupo se tornaram necessárias frente ao risco de aglomerações e de contaminação. Dessa forma, a realização de reuniões de grupos, salas de espera ou atividades na comunidade que geravam concentração foram evitadas para proteção de pacientes e profissionais (SALVADOR, 2020a).

O grupo de gestantes da unidade de saúde participante deste produto técnico existia de forma presencial, desde 2017, com encontros mensais e discussão de temas diversos, troca de experiências, rodas de conversas e envolvimento de todas as categorias de profissionais, além da eventual participação de convidados externos ao serviço.

O surto da COVID-19 impeliu a criação do grupo de forma digital, conscientizando que a utilização de novas tecnologias para educação em saúde, nos serviços de atenção primária, pode ter papel fundamental nas medidas de saúde pública (NWOSU *et al.*, 2017).

Nesse contexto, e com o objetivo de desenvolver conteúdo educacional para o grupo de gestantes de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, o produto técnico – Podcast Papo de Gestante - foi construído visando atender esta demanda, adotando-o como nova abordagem de interação e troca de saberes utilizando mídia digital.

Dessa forma, este produto técnico desenvolveu conteúdo educacional utilizando a mídia digital Podcasts, para o grupo de gestantes criado em um aplicativo de celular, de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia, Brasil. Priorizou-se os temas e discussões mais recorrentes na coletividade, e, por conseguinte, criou-se uma biblioteca de conteúdo de podcasts para disseminar informações relacionadas à saúde e facilitar a comunicação sobre cuidados relacionados à gestação.



**Papo de Gestante**

De Podcast Doron

Podcast voltado para a educação em saúde do grupo de gestantes da Usf Doron, extensivo aos parceiros, familiares e demais interessados.

Ouvir no  Spotify

 Mensagem

Constatou-se ainda que, especialmente em um cenário de pandemia, atividades educativas que outrora ocorriam eminentemente de forma presencial podem adotar diferentes alternativas, como o uso de tecnologias de comunicação, experimentando novas abordagens de interação e de troca de experiências e saberes.

## **METODOLOGIA**

Em 13 de julho de 2020, foi criada a conta na plataforma Anchor, e batizado o projeto de Papo de Gestante. Em agosto de 2020, o grupo de gestantes acompanhado nesta unidade de saúde da família, apresentava cerca de 30 gestantes. Entretanto, os podcasts foram desenvolvidos para gestantes, vinculadas ou não a esta unidade de saúde, extensivos aos parceiros, familiares e demais interessados nos temas correlacionados à saúde.

Inicialmente, foi necessária a criação do grupo de gestantes em aplicativo de troca de mensagens (WhatsApp®), para que fosse possível realizar a interação uníssona com todas elas e pudessemos receber dúvidas, relatos de experiências, sugestões e proposições de temas. Os podcasts foram hospedados na plataforma Anchor, gratuita, e, através desta, os links para acesso foram enviados para as integrantes do grupo. A Anchor também distribuiu para outras plataformas, a exemplo do Spotify®.

A produção foi realizada pela autora do projeto, em contribuição com a equipe, e com a possibilidade de participação de áudios enviados por convidados. Os episódios foram lançados em função das demandas do grupo e foram planejados pelos autores para garantir conteúdo e

informação clara e de qualidade.

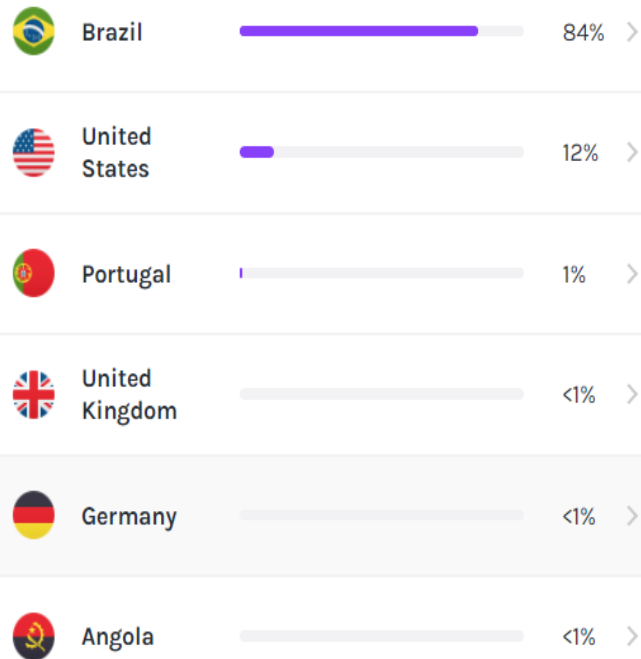
A edição dos episódios ocorreu através do aplicativo audacity 2-4-2, os episódios estão disponíveis na plataforma Anchor, e o link dos episódios segue sendo enviado para o grupo. Importante registrar que a produção dos podcasts não teve financiamento ou publicidade comercial.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

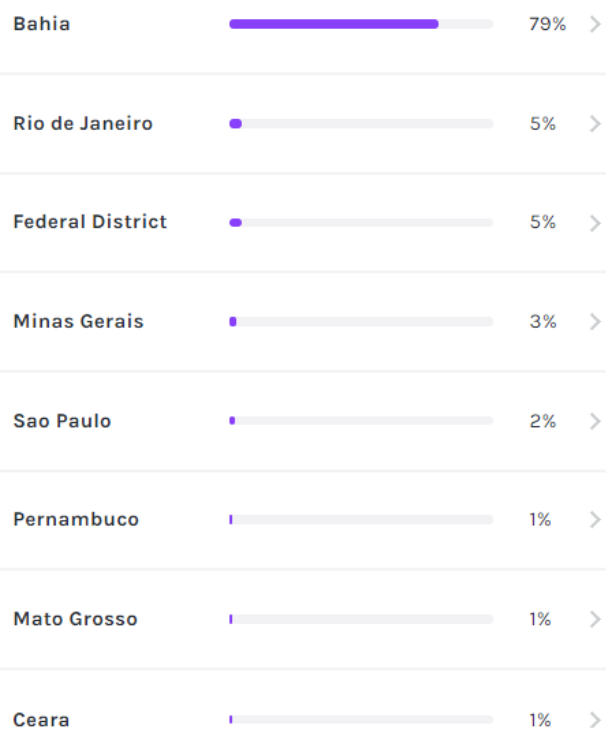
Em 14 de julho de 2020, as principais indagações, dúvidas e relatos do grupo do aplicativo de WhatsApp® foram compilados para discussão no primeiro episódio, cujo tema demandado foi: Principais sintomas da gestação. Desde então, os temas são definidos em função das demandas do grupo.

A plataforma Anchor, a qual hospeda os podcasts, revelou que, até 08/09/2020, 6 países acessaram os áudios: Estados Unidos (12%), Portugal (1%), Reino Unido (1%), Alemanha (1%), Angola (1%), além do Brasil (84%). Dentre os estados brasileiros, ouvintes da Bahia representaram 79%, seguido do Rio de Janeiro e Distrito Federal com 5%, além de Minas Gerais com 3%, São Paulo com 2% de acessos, e os estados de Pernambuco, Mato Grosso e Ceará com 1% cada. Registre-se que o total de acessos, até 08/09/2020 foi de 155 ingressos.

## Geographic location



## Geographic location

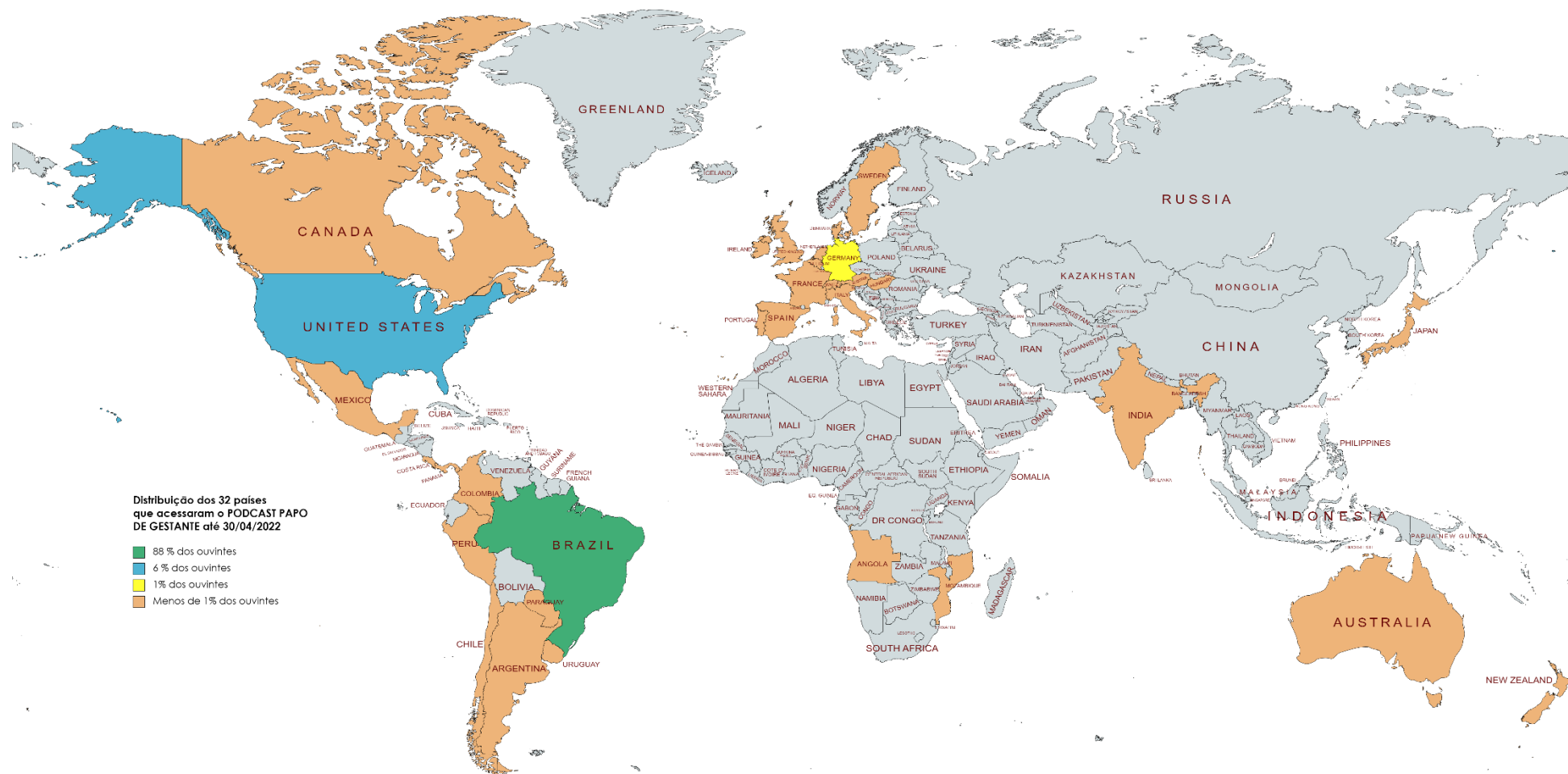


Brazil > Region

Comparativamente, estes números aumentaram consideravelmente até a data de 30/04/2022, quando 32 países haviam acessado os áudios, com maior percentual de acessos no Brasil (88%) e Estados Unidos (6%), seguidos de outros 30 países, a exemplo da França (1%), Itália (1%), Índia (1%), Angola (1%), Chile (1%), Japão (1%), dentre outros. E, nesta última data de verificação, dentre os estados brasileiros, ouvintes de São Paulo representavam 32%, seguido de Minas Gerais e Paraná com 9%, e a Bahia, Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul com 8% dos acessos, os estados de Santa Catarina (6%), o Distrito Federal (4%), Pernambuco, Ceará e Pará (2%) e outros 14 Estados com 1% de acessos cada. Registre-se que o total de acessos, até a referida data, foi de 3.276 ingressos.

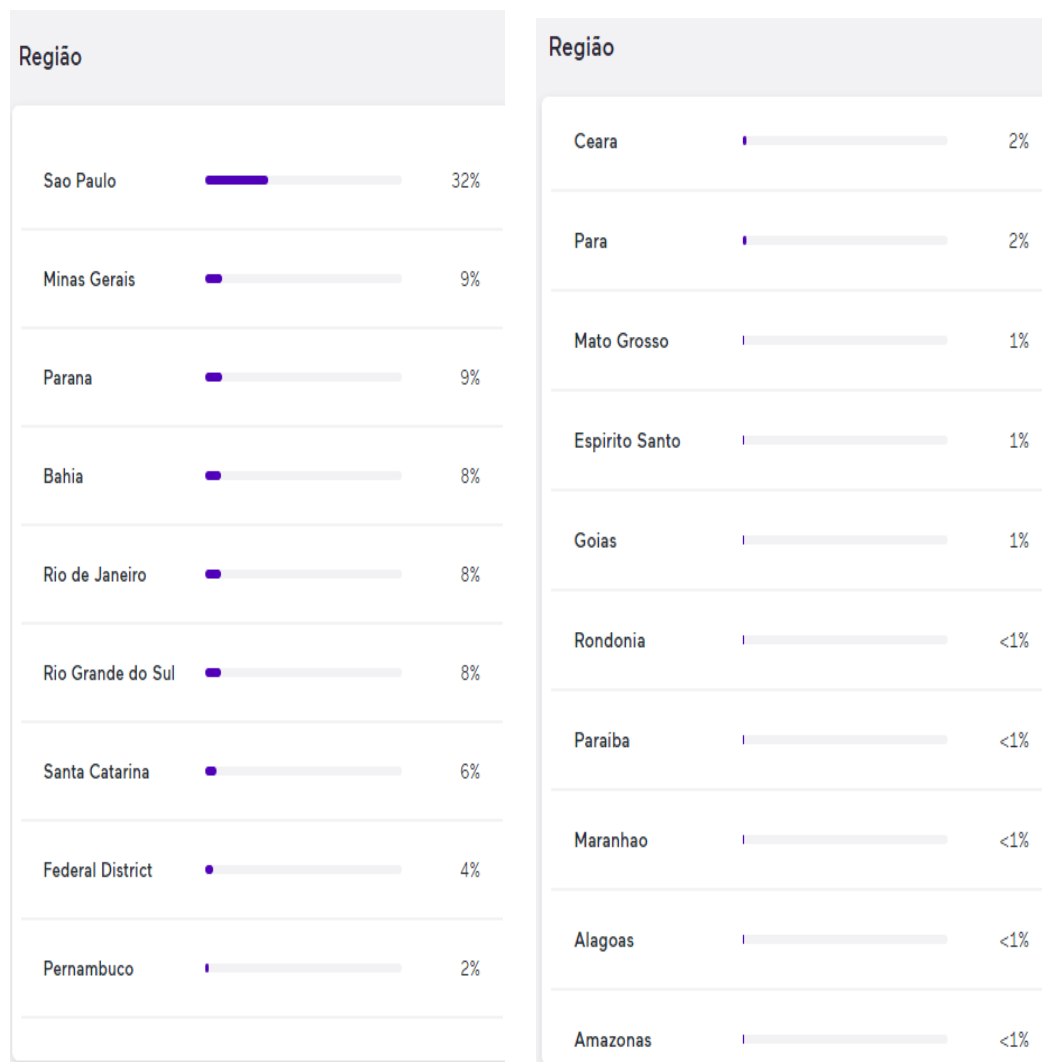
Distribuição dos ouvintes do Podcast Papo de Gestante em 32 países.

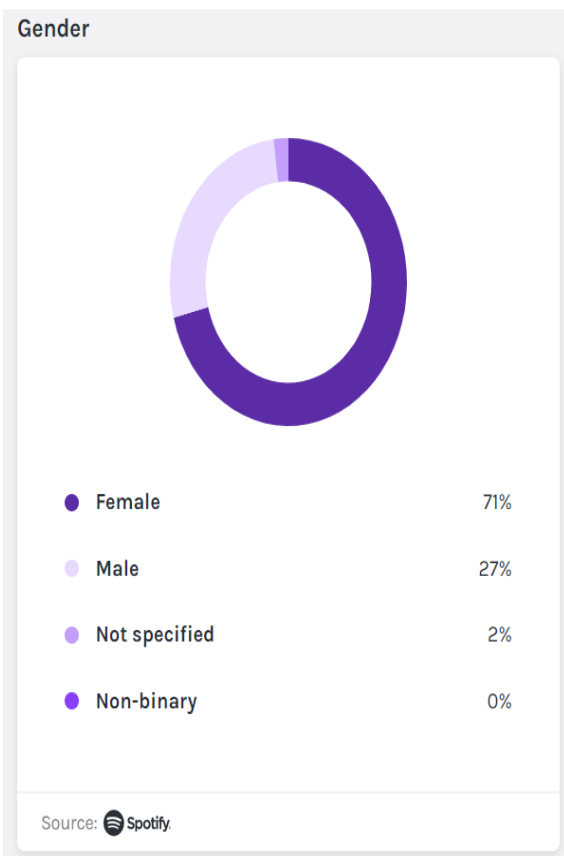
Dados até 30/04/2022.



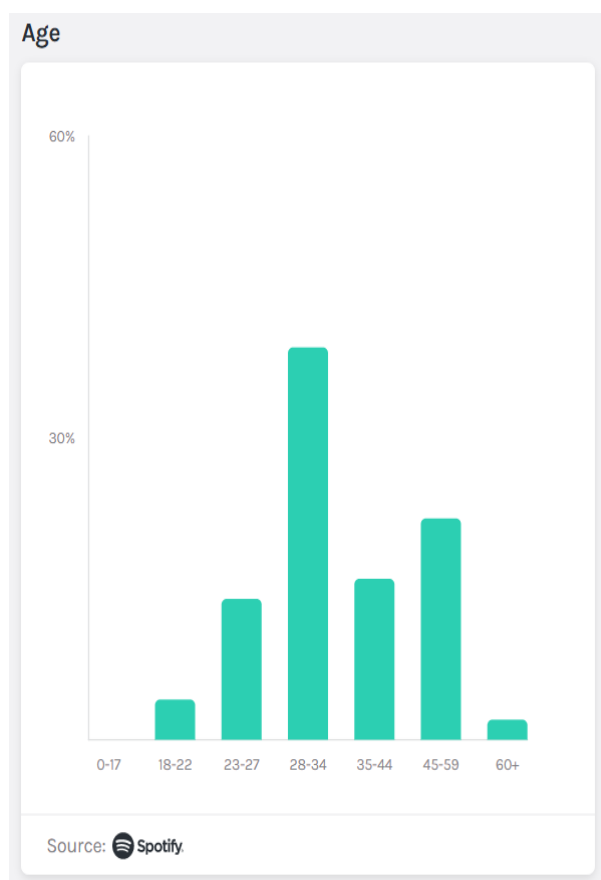
## Distribuição dos ouvintes do Podcast Papo de Gestante dentro do Brasil.

Dados até 30/04/2022.

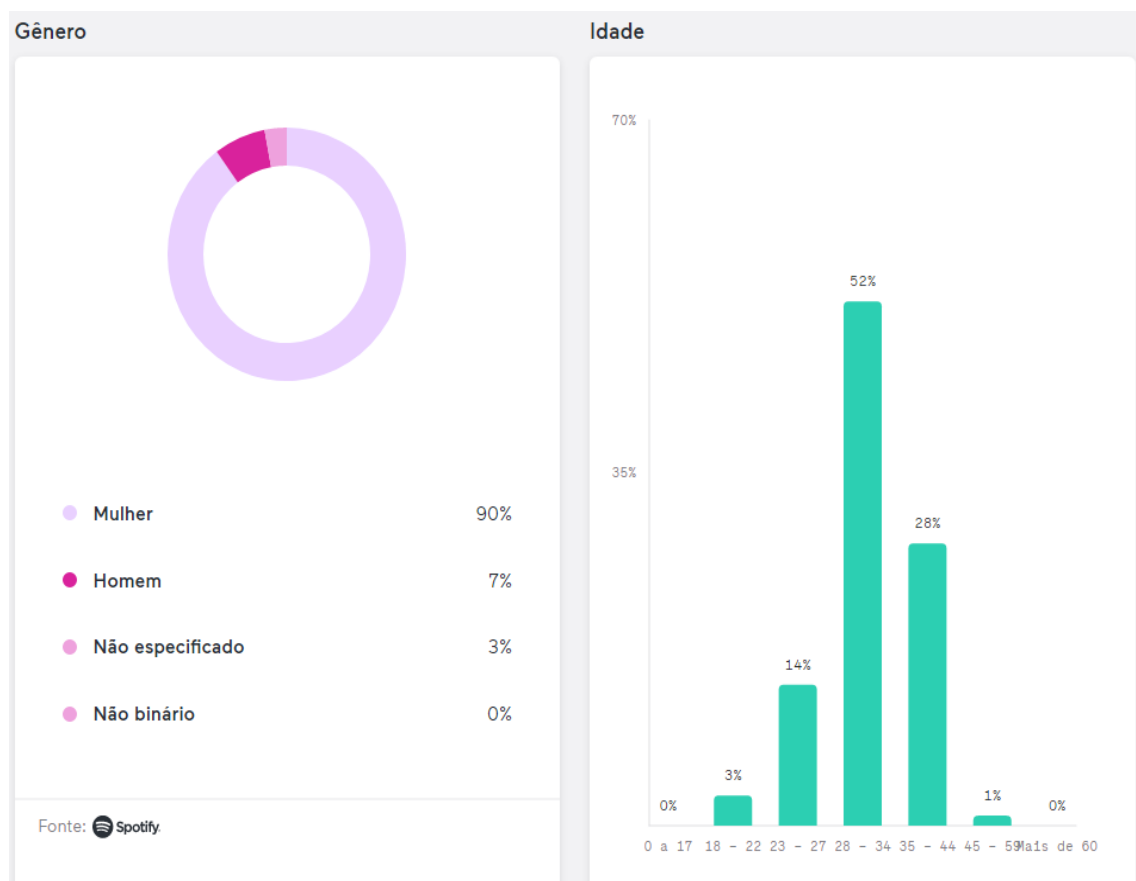




Até 08/09/2020, 71% do público eram mulheres e a distribuição etária de audientes representava 4% com idades de 18 a 22; 53% na faixa de 23 a 34 anos, 16% de 35 a 44 anos, 22% de 45 a 59 anos e 2% representando pessoas com mais de 60 anos.

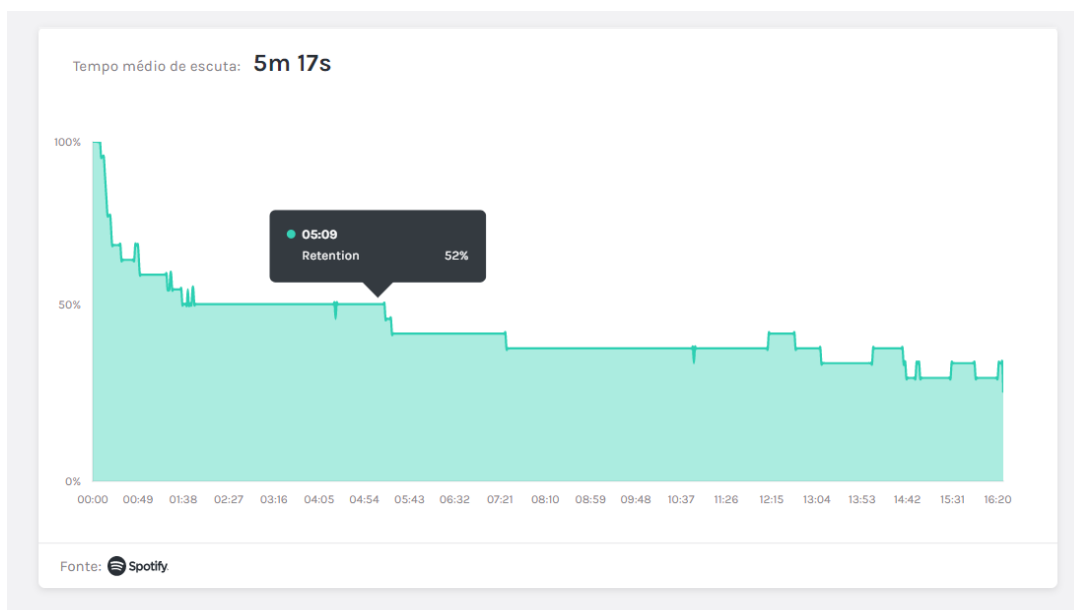


Em 30/04/2022, as mulheres continuaram representando a maioria dos acessos ao Podcast Papo de Gestante e a faixa etária de 28 a 34 anos continuou a ser a mais prevalente.



Outro dado importante identificado na publicação dos primeiros episódios foi com relação à retenção do público até o final da gravação. Por exemplo, no episódio número 1, que possui um pouco mais de 16 minutos, observou-se que 52% acompanharam o episódio até aproximadamente 5 minutos de áudio, e apenas 26% finalizaram a escuta completa. Dessa forma, das 63 pessoas que iniciaram a gravação que tratava dos principais sintomas da gestação, apenas 16 concluíram o podcast.

Entretanto, quando lançado um podcast bônus, denominado Resenhas da gestação, com enfoque humorístico, tema voltado para a importância da presença do parceiro nas consultas e com duração de 2 minutos e 4 segundos, 100% das pessoas que acessaram o podcast escutaram até o final da narrativa e 57% permaneceram ouvindo até a conclusão dos 19 segundos finais da trilha sonora.



FONTE: <https://anchor.fm/dashboard/episode/eilqus>  
Episódio 1: Principais sintomas da gestação



FONTE: <https://anchor.fm/dashboard/episode/eilqus>  
Episódio Bônus: Resenhas da gestação.

Os Podcasts configuram uma tendência mundial, e os acessos de outros países ao Podcast Papo de Gestante atestam essa realidade. Pesquisas recentes confirmam que o brasileiro tem utilizado essa mídia de forma crescente, sendo o Brasil, atualmente, o segundo maior consumidor mundial de Podcasts, ficando os Estados Unidos com o primeiro lugar no ranking (ALVES, 2019)

A distribuição executada pela plataforma Anchor para outras plataformas internacionais, a exemplo do Spotify®, amplia a capacidade de compartilhamento e visibilidade

dos episódios produzidos (BOUDREAU, 2020), que se traduziu em ingressos de países como Estados Unidos, Portugal, Reino Unido, Alemanha, Angola, Japão, dentre outros.

Considerando que este produto foi elaborado, primordialmente, para um público alvo morador de Salvador, era de se esperar que dentre os estados do Brasil, a Bahia possuísse um maior número de acessos, demonstrados pelos 79% de cliques verificados ainda no primeiro ano do projeto (08/09/2020). Ressalte-se que, pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Podcasters (AMPod), em 2019, constatou que São Paulo é o estado brasileiro que mais acompanha essa mídia (PODPESQUISA, 2019), corroborando o dado encontrado em 30/04/2022, quando 32% dos acessos foram de residentes de São Paulo, ficando a Bahia atrás de Minas Gerais e do Paraná.

Dados de pesquisas realizadas nos últimos anos, constataram que a maioria dos ouvintes brasileiros, de podcasts, é do gênero masculino, e que ocorreu um crescimento do percentual do público feminino, do ano de 2018 para 2019, de 11% (PODPESQUISA, 2019). A criação do Papo de Gestante, apesar de possuir temas relacionados à gestação, teve a intenção de convidar e incluir na discussão quaisquer pessoas, independente de gênero, e os 27% de público masculino e 2% de gênero não especificado, identificados na data da primeira aferição, refletem essa intenção.

As gestantes acompanhadas na unidade de saúde, executora do projeto, apresentavam de 15 a 41 anos, sendo que a maioria se encontra na faixa etária de 23 a 34 anos. Os dados apresentados demonstram que o podcast atingiu também ouvintes acima de 45 anos (24%), corroborando que este produto pode alcançar parceiros, familiares e demais pessoas interessadas em tratar de temas relacionados à saúde.

Com relação ao tempo de retenção, nos episódios publicados, foi verificada uma redução da audiência em 50%, a partir de 5 minutos de programa, sugerindo que o público alvo desse projeto prefere mídias mais curtas. Dantas-Queiroz e colaboradores (2018), explicam que apesar das Podpesquisas, realizadas no Brasil, indicarem preferência por programas entre 60 a 90 minutos, estes entrevistados já são consumidores desse tipo de mídia, e estão acostumados a programas longos.

Cabendo ressaltar que para aqueles com pouca familiaridade com esse tipo de tecnologia, podcasts mais curtos, informais e humorísticos são mais atrativos (DANTAS-QUEIROZ, 2018), informação compatível com a audiência de 100% encontrada no episódio extra, com enfoque humorístico, Resenhas da gestação.

## CONCLUSÃO

Este produto técnico sugere que a elaboração de podcasts e sua incorporação como ferramenta de apoio na educação em saúde, na atenção primária, desvela outras possibilidades de uso das tecnologias, experimentando novas abordagens de interação e de troca de saberes relacionados à gestação e à saúde em geral.

A produção de uma biblioteca de podcasts e a propagação de conteúdos, com potencial alcance a um público diversificado, estimula o avanço na utilização dessa mídia. Entretanto, pesquisas são necessárias para avaliar e acompanhar a inserção desses podcasts na rotina dos sujeitos participantes dessa construção.

## REFERÊNCIAS:

ALVES, Soraia. Segundo Spotify, Brasil é o segundo maior mercado de podcasts do mundo. **B9**, 2019. Disponível em: <<https://www.b9.com.br/116720/segundo-spotify-brasil-e-o-segundo-maior-mercado-de-podcasts-do-mundo/>> Acesso em: 08 de set. de 2020.

BOUDREAU, Matthew. Anchor Review: Is It Worth Using Anchor to Make a Podcast? **Thepodcasthost**, 2020. Disponível em: <<https://www.thepodcasthost.com/planning/using-anchor-to-make-a-podcast/>> Acesso em: 08 de set. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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).**, 2017.

DANTAS-QUEIROZ, M. V.; WENTZEL, L. C. P.; QUEIROZ, L. L. Science communication podcasting in Brazil: The potential and challenges depicted by two podcasts. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v. 90, n. 2, p. 1891–1901, 2018.


NWOSU, A. C. et al. Use of podcast technology to facilitate education, communication and dissemination in palliative care: the development of the AmiPal podcast. **BMJ supportive & palliative care**, v. 7, n. 2, p. 212–217, jun. 2017.

PODPESQUISA, 2019. Resultado Geral da PodPesquisa 2019. Disponível em: <<http://abpod.com.br/podpesquisa-2019/>> Acesso em: 08 de set. de 2020.

SALVADOR. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. DIRETORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE. COORDENADORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **NOTA TÉCNICA DAS/APS- novo Coronavírus. Nº 09/2020, de 23 de junho de 2020. Orientações para Reorganização do Processo de Trabalho da Atenção Primária**, 2020a.

## WEB PALESTRA TELESSAÚDE BAHIA

Produto Técnico publicado na plataforma Telessaude Bahia, disponível em: <https://telessaúde.saude.ba.gov.br>




**CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS**

**DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS**

**NA PANDEMIA**

**Edlair Costa**

Mestranda em Saúde Coletiva (UNEB); Especialista em Saúde Pública (Estácio de Sá); Odontóloga da Estratégia de Saúde da Família do município de Salvador.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia pela COVID-19 representou um importante marco temporal para profissionais da odontologia e para a atenção à saúde bucal à medida que impôs urgência em fortalecer protocolos de biossegurança e propor novos processos de trabalho. À partir desta, este estudo evidenciou que os saberes construídos, as percepções frente a diferentes cenários de pandemia, as práticas desenvolvidas em diversos sistemas de saúde e as orientações publicadas por órgãos e instituições oficiais estão em processo de transição.

Os resultados mostraram que medidas de apoio à saúde dos trabalhadores, treinamentos e programas de incentivo e auxílio financeiro devem ser implementados por formuladores de política e gestores, tendo em vista que os profissionais e os diferentes sistemas de saúde precisam estar preparados para esta e outras doenças que possam surgir endêmica ou pandemicamente. Nesse sentido, documentos oficiais publicados durante a pandemia acolhem a força de trabalho do cirurgião dentista em situações de emergências de saúde pública bem como reconhecem a atenção à saúde bucal como cuidado essencial.

Entendendo a complexidade do processo de trabalho em saúde, o referencial teórico de Mendes Gonçalves, utilizado na análise do primeiro artigo, fortaleceu o entendimento da odontologia enquanto prática social, que produz serviços que atendem necessidades de sujeitos, ao mesmo tempo em que responde por uma odontologia de mercado, com toda sua instabilidade. Nesse contexto, os diferentes sistemas de saúde da Itália, Estados Unidos e Brasil - os dois primeiros com uma atenção à saúde bucal eminentemente privada - evidenciam uma necessidade de ampliação de cobertura odontológica pública.

Este estudo também aponta que a teleodontologia e a adoção de tecnologias na teletriagem, teleconsulta e tele-educação à distância podem se firmar enquanto procedimento de rotina e alternativa de cuidado, tendo em vista a crescente regulamentação e o interesse de pacientes e profissionais.

Por conseguinte, a pandemia atuou como limitação e ao mesmo tempo força propulsora para a criação dos produtos técnicos apresentados nessa dissertação. Estes buscaram contribuir com a construção coletiva de novos conhecimentos e a disseminação destes de forma simples e direta. Entendemos que outros espaços para reflexão, debate e pesquisa ainda são muito necessários dentro da atenção em saúde bucal, principalmente, em um contexto de pandemia pela COVID-19 mas esperamos ter contribuído, pelo menos em parte, com o estado da arte desse tema.