UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

Livia Souza Kretter de Camargo

O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO INTERIOR DE SÃO PAULO/BRASIL

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Patricia Rodrigues Sanine
Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu
2022

LIVIA SOUZA KRETTER DE CAMARGO

O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO INTERIOR DE SÃO PAULO/BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Faculdade Estadual de medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para a obtenção do Título de Mestre(a) em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof(a).Dr(a). Patricia Rodrigues Sanine
Coorientador(a):Prof(a).Dr(a). Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Camargo, Livia Souza Kretter de.
O impacto da pandemia da Covid-19 na atenção à saúde bucal em um serviço de atenção primária do interior de São Paulo/Brasil / Livia Souza Kretter de Camargo. - Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Patrícia Rodrigues Sanine
Coorientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Capes: 40600009

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação em saúde. 4. COVID-19 (Doença). 5. Saúde bucal.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde; COVID-19; Saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

A realização dessa dissertação não teria seguido o mesmo curso sem todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a sua elaboração.

Agradecimentos especiais à minha orientadora Profª Drª Patricia Rodrigues Sanine pela confiança no meu trabalho, pelo respeito e por todos os ensinamentos brilhantes realizados com tanta dedicação e paciência.

À minha coorientadora Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira pelas contribuições na elaboração desse trabalho.

À SORRI-Bauru e à SMS de Bauru pela oportunidade de realizar esse mestrado.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação.

E aos meus familiares que sempre me apoiaram e me motivaram, estando sempre presentes na minha caminhada.

RESUMO

CAMARGO, L. S. K. **O impacto da pandemia da covid-19 na atenção à saúde bucal em um serviço de atenção primária do interior de São Paulo/Brasil.** 2022. 67f. Dissertação (Mestrado em saúde da família/ Profsaúde) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são destacados pela sua sensibilidade diagnóstica e alta capacidade resolutiva, mas ainda enfrentam o desafio de tornar a atenção à saúde bucal mais acessíveis para a população. Considerando as significativas mudanças organizacionais nos serviços de APS durante a pandemia da covid-19 e a ausência de estudos evidenciando seu reflexo nos atendimentos odontológicos, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto provocado pelas mudanças organizacionais decorrentes da pandemia de covid-19 na atenção odontológica em um serviço de APS do interior paulista. Realizou-se um estudo de caso como método avaliativo, utilizando dados secundários provenientes dos registros de rotina da atenção à saúde bucal prestada em dois momentos (antes da pandemia, de 10/2019 a 11/2019 e de 01/2020 a 02/2020 e durante a pandemia, de 10/2020 a 11/2020 e de 01/2021a 02/2021). Coletou-se dos relatórios do sistema de informação em saúde municipal 18 variáveis de análise que foram agrupadas em dois domínios: Características dos atendimentos segundo os usuários (oito variáveis sobre sexo, ciclos de vida e situação gestacional) e Características dos atendimentos odontológicos (10 variáveis sobre informações gerais dos atendimentos, tipos de consulta e de procedimentos). Os dados foram analisados por meio do Teste de Proporção, considerando o nível de significância de $p<0,05$. Os resultados evidenciaram mudanças na atenção à saúde bucal durante a pandemia da covid-19, impactando na redução do atendimento de pessoas pertencentes a todos os ciclos de vida (crianças $p=0,007$; adolescentes $p=0,002$; adulto $p<0,001$; gestantes $p<0,001$), com exceção dos bebês ($p=0,421$) e idosos ($p=0,193$). Constatou-se, também, manutenção do número de primeira consulta odontológica ($p=0,269$) e aumento das consultas por demandas imediatas ($p<0,001$) e atendimento domiciliar ($p=0,001$), enquanto reduziram os outros tipos de consulta (retorno $p<0,001$ e conclusão do tratamento $p=0,005$) e todos os procedimentos ofertados pelo serviço de APS ($p<0,001$). Os procedimentos preventivos, seguidos dos conservadores, sofreram reduções maiores que os invasivos (78%, 45% e 34%, respectivamente). Tais resultados evidenciaram mudanças no acesso à atenção odontológica que devem ser consideradas diante do prolongamento do período pandêmico, ao mesmo tempo que demonstraram que as adaptações realizadas durante esse período podem contribuir para a ampliação do acesso à atenção odontológica em alguns territórios de difícil acesso, como em comunidades ribeirinhas. Reforçam, ainda, a necessidade de (re)organização da atenção à saúde bucal a partir de práticas ampliadas, que valorizem a promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais, além da replicabilidade de estudos que abordem diferentes locais e contextos, permitindo análises que possibilitem aprofundar a compreensão sobre as adaptações realizadas no processo de trabalho durante a retomada dos atendimentos.

Palavra-chave: COVID-19. Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

CAMARGO, L. S. K. **The impact of the covid-19 pandemic on oral health care in a primary care service in the interior of São Paulo/Brazil**. 2022. 67f. Dissertation (Master's in Family Health/Professional Health) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

Primary Health Care (PHC) services stand out for their diagnostic sensitivity and high resolution capacity, but still face the challenge of making oral health care more accessible to the population. Considering the significant organizational changes in PHC services during the covid-19 pandemic and the absence of studies showing their impact on dental care, the present study aimed to evaluate the impact caused by the organizational changes resulting from the covid-19 pandemic in healthcare dental care in an APS service in the interior of São Paulo. A case study was carried out as an evaluative method, using secondary data from routine records of oral health care provided in two moments (before the pandemic, from 10/2019 to 11/2019 and from 01/2020 to 02/2020 and during the pandemic, from 10/2020 to 11/2020 and from 01/2021 to 02/2021). Eighteen analysis variables were collected from reports from the municipal health information system and grouped into two domains: Characteristics of care according to users (eight variables on sex, life cycles and gestational situation) and Characteristics of dental care (10 variables on general information about appointments, types of appointments and procedures). Data were analyzed using the Proportion Test, considering a significance level of $p<0.05$. The results showed changes in oral health care during the covid-19 pandemic, impacting on the reduction of care for people belonging to all life cycles (children $p=0.007$; adolescents $p=0.002$; adult $p<0.001$; pregnant women $p< 0.001$), with the exception of infants ($p=0.421$) and the elderly ($p=0.193$). There was also a maintenance of the number of first dental consultations ($p=0.269$) and an increase in consultations for immediate demands ($p<0.001$) and home care ($p=0.001$), while the other types of consultations decreased (return $p< 0.001$ and completion of treatment $p=0.005$) and all procedures offered by the PHC service ($p<0.001$). Preventive procedures, followed by conservative ones, suffered greater reductions than invasive ones (78%, 45% and 34%, respectively). Such results showed changes in access to dental care that should be considered in view of the extension of the pandemic period, while demonstrating that the adaptations made during this period can contribute to expanding access to dental care in some areas of difficult access, such as in riverside communities. They also reinforce the need to (re)organize oral health care based on expanded practices that value health promotion and prevention of oral diseases, in addition to the replicability of studies that address different locations and contexts, allowing analyzes that make it possible to deepen the understanding of the adaptations made in the work process during the resumption of care.

Keywords: COVID-19. Oral Health. Primary Health Care. Access to Health Services. Health Assessment.

APRESENTAÇÃO

Cirurgiã dentista, atuante na Estratégia de Saúde da Família do município de Bauru, no interior de São Paulo há 11 anos. Sempre gostei de cuidar das pessoas e acredito que essa paixão foi o que me motivou para seguir uma carreira na área da saúde. Durante a graduação percebi o quanto a saúde pública é desafiadora, principalmente ao que se refere à saúde bucal. Tive a oportunidade de estagiar em escolas e conhecer serviços de APS e nessa caminhada observei o quanto as populações crescem e se modificam ao longo do tempo necessitando, portanto, que os profissionais se renovem, busquem novas estratégias para garantir um serviço de qualidade e resolutivo.

Após três anos de atuação nessa área, senti a necessidade de me aprofundar e cursei a especialização em saúde da família oferecida pela Unifesp, que me preparou para inúmeros desafios por onde foi possível conhecer ferramentas que facilitaram a abordagem e atuação em áreas de grande vulnerabilidade, que é característica principal da área de abrangência em que atuo.

Ainda que a especialização me trouxesse um rico conhecimento, me senti motivada para ingressar no mestrado profissional em busca de aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos que pudessem contribuir com o desenvolvimento de estratégias visando a melhoria no acesso aos serviços em saúde.

Considerando a situação emergencial de pandemia vivenciada durante o mestrado tornou-se inevitável acrescentar, às minhas inquietações, novos questionamentos sobre o acesso dos usuários à saúde bucal e todo o impacto provocado pelas mudanças organizacionais resultantes desse novo cenário. Desta forma, o presente trabalho será apresentado a partir de uma sessão de introdução, seguido de uma revisão bibliográfica, para depois abordar o método utilizado, seus resultados, a discussão com algumas recomendações e as considerações finais.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das frequências que caracterizam os atendimentos conforme os usuários nos quatro períodos que compuseram a análise da assistência odontológica no serviço de Atenção Primária à Saúde 35
Tabela 2 – Distribuição das frequências dos atendimentos segundo as características dos usuários, conforme o período do atendimento odontológico no serviço de atenção primária à saúde.....36
Tabela 3 – Distribuição dos atendimentos odontológicos conforme o tipo de consulta odontológica e o tipo de procedimento odontológico em quatro períodos.....37
Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos odontológicos conforme o tipo de consulta e o tipo de procedimento.....38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipo de informações contidas nas variáveis dos atendimentos, conforme características dos usuários e dos atendimentos odontológicos no serviço de atenção primária à saúde, antes e durante a pandemia de covid-19. 33

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BHL	Banco de Leite Humano
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CRMI	Centro de Referência de Moléstias Infecciosas
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HRAC	Hospital de Reabilitação e Anomalias Craniofaciais
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NHS	National Health Service

PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRECAD	Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SOPC	Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dentária
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNACOM	Unidades de Assistência de Alta Complexidade
UOM	Unidade Odontológica Móvel
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
2 REVISÃO DA LITERATURA 14
2.1 A Atenção Primária a Saúde como integradora da rede e porta de entrada da atenção à saúde bucal 14
2.2 Acesso à saúde bucal nos serviços de atenção primária 19
2.3 A atenção à Saúde Bucal em serviços de atenção primária durante a pandemia da Covid-19 26
3 OBJETIVO 30
4 MÉTODO 31
5 RESULTADOS 35
5.1 Caracterização dos atendimentos segundo os usuários que receberam atendimento odontológico 35
5.2 Caracterização dos atendimentos odontológicos 36
6 DISCUSSÃO 39
7 RECOMENDAÇÕES 45
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 48
REFERÊNCIAS 49
ANEXO 1: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FMB/UNESP BOTUCATU **64**
ANEXO 2: ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO MUNICÍPIO **67**

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pela sua proximidade com a comunidade e maior acompanhamento longitudinal e integral, apresentam uma alta capacidade diagnóstica e resolutiva dos problemas de saúde (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002; MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Embora alguns serviços de APS já contemplassem consultórios dentários em suas estruturas, pode-se afirmar que a saúde bucal no Brasil foi integrada a esses serviços somente a partir da promulgação da Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB (BRASIL, 1986 b), por meio do Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária - PRECAD (BRASIL, 1988), que foi incorporando aos poucos os procedimentos coletivos, como o de estímulo às ações de promoção e prevenção à saúde bucal (SILVESTRE *et al*., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006; GARRAFA; MOYSES, 1986).

Porém, foi com o modelo instituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) que ocorreu uma maior valorização do trabalho em equipe multidisciplinar desenvolvido junto às famílias e à comunidade (BRASIL, 2006c; 2017a; CIAMPO *et al*., 2006; UCHOA *et al*., 2011), no qual a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi incorporada como parte integrada dos serviços neste nível de atenção, expandindo a oferta odontológica em cerca de 50%, entre os anos de 1999 e 2011 (CORREA; CELESTE, 2015).

Desde esse reconhecimento da saúde bucal como parte inseparável da saúde geral do indivíduo, foram vários aos avanços políticos a favor de uma maior abrangência e integração com as equipes dos serviços de APS (BRASIL, 2009; 2017 b; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006; SILVESTRE *et al*., 2013; PUCCA JUNIOR *et al*., 2009). Tais iniciativas podem ser observadas na ampliação do número de equipes de saúde bucal incorporados aos serviços de APS, na otimização de recursos e no estímulo a atividades de promoção e prevenção em saúde bucal, na queda do número de pessoas que nunca haviam ido ao dentista e no declínio da cárie dentária na população infantil (BRUNHAUSER; MAGRO; NEVES, 2013; BRASIL, 2004b, CAMARGOS, 2011; CHAVES; OLIVEIRA; SOARES, 2016; BRAGA, 2012; SANCHES; BRAGA, 2014; MATTOS *et al*., 2014).

Apesar de tais melhorias, limitações consideradas crônicas podem ser citadas, como em relação a falta de profissionais e de equipamentos e insumos

(LIMA *et al*., 2018; LEAL JUNIOR *et al*., 2021; SILVA; GOMES FILHO, 2012), as constantes trocas de dentistas nos serviços de APS (MUNKEVIZ; PELICIONI, 2010), uma baixa proporção de ações de promoção da saúde bucal fora das unidades de saúde (SANINE *et al*., 2018), menor proporção de usuários que conseguem agendar consulta odontológica (HIROOKA *et al*., 2017), além de elevados números de dentes perdidos precocemente entre adultos e idosos (BRASIL, 2000; SILVESTRE *et al*., 2013).

Resultados como esses, associado à baixa prevalência de tratamentos concluídos em relação aos agendamentos de retorno e até mesmo a disparidade entre o número de equipes que identificam a necessidade de prótese dentária, mas que não a confeccionam (HIROOKA *et al*., 2020), são outros indicadores que sinalizam uma série de fragilidades na organização dos serviços em relação à oferta da atenção odontológica.

Tal contexto, associado à crise econômica do país, que passou a adotar medidas de austeridade (HONE et al., 2019; MASSUDA et al., 2018), intensificou uma série de problemas relacionados ao acesso à saúde bucal, como a falta de cadeiras odontológicas nos consultórios, a centralização de consultórios odontológicos em uma estrutura fora dos serviços de APS, além da desativação de várias equipes de saúde bucal (HIROOKA et al., 2020).

O empobrecimento da população, o isolamento social, a redução da força de trabalho por adoecimento ou afastamento dos profissionais por pertencerem a grupos de risco ou por casos suspeito ou confirmado de covid-19, além do estabelecimento da prática odontológica como uma atuação de maior risco de contágio da doença, suspendendo por um período os procedimentos eletivos e as ações de promoção e prevenção, foram alguns dos fatores que contribuíram para o agravamento desse cenário durante a pandemia da covid-19 (BALDAN; TEIXEIRA; ZERMIANI, 2021; COSTA, 2020; NUNES *et al*., 2020; TROVÃO, 2020; BRASIL, 2020a; GALLASCH *et al*., 2020; BOUSQUAT *et al*., 2020).

Considerando todo esse cenário de tantas mudanças na sociedade e na organização dos serviços de APS, acredita-se na hipótese de que à atenção em saúde bucal tenha piorado durante o período da pandemia, sendo oportuno questionar como era o atendimento odontológico antes do início da pandemia de covid-19 e o quanto tais alterações impactaram nos tipos de consultas e

procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal dos serviços de APS durante o período de retomada das atividades.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Atenção Primária a Saúde como integradora da rede e porta de entrada da atenção à saúde bucal

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto modelo assistencial é representada em geral por ser o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, que junto à longitudinalidade, integralidade e coordenação, conformam os atributos essenciais desse modelo (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002).

Elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, o Relatório Dawson é tido como o marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas de saúde. Esse documento propôs uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e segundo os custos do tratamento. O relatório preconizou a organização do sistema de atenção à saúde nos seguintes níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. Dessa forma, os centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e ter como suporte os centros de saúde secundários e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Vale ressaltar que a proposta de Dawson não foi implementada, sendo, em parte, retomada no Reino Unido somente após a segunda guerra mundial, quando foi fundado o Serviço Nacional de Saúde (National Health Service – NHS), em 1948 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Outro marco histórico da Atenção Primária à Saúde é a Declaração de Alma Ata, publicada em 1978 na “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”. Trazia em seu texto a APS como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (LAVRAS, 2011; OMS, 1978).

A partir da Conferência emergiram elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares (MENDES *et al*., 2012).

No Brasil, assim como em grande parte dos países em desenvolvimento, a APS não foi incorporada como recomendada em Alma Ata, sendo por muito tempo concentrada em intervenções dirigidas a problemas considerados prioritários, através da atenção a grupos de maior relevância como gestantes e crianças de até um ano de idade (HENRIQUE; CALVO, 2008; OMS, 1978, 2008; PAIM *et al*., 2011).

Os centros de saúde, propostos por Paula Souza, foram inicialmente instituídos em São Paulo e tinham como objetivo ação integral a população com ênfase em educação sanitária e promoção da saúde, colocando o estado à frente na implantação de tal modelo, que ganhou diferentes configurações pelas regiões brasileiras (LAVRAS, 2011; MENDES-GONÇALVES, 1994).

No início da década de 1980, com o processo de redemocratização foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Seguindo essas mudanças do país na área da saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, marcou uma nova fase de muitas conquistas sociais, incluindo a proposta de criação de um sistema único e gratuito para toda a população (BRASIL, 1986a; LAVRAS, 2011).

Em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela nova Constituição, foram iniciadas as primeiras ideias em direção a esses princípios com várias tentativas de se organizar a APS. Entretanto, somente com a institucionalização do SUS e a municipalização, no início da década de 1990, é que começou a haver uma estruturação mais uniforme da APS por meio de normatizações do Ministério da Saúde que colocavam os municípios brasileiros como parte responsável para a organização dessas ações (LAVRAS, 2011).

Foi então que, após a instituição de vários modelos assistenciais operacionalizados pelos serviços de APS, o Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado em 1994, passando a ser considerado como a estratégia prioritária para a organização deste nível de atenção (BRASIL, 2017a). Denominado atualmente

como Estratégia de Saúde da Família (ESF), esse modelo trouxe a proposta de ampliação da visão do processo saúde e adoecimento, compreendendo as pessoas em todos os seus aspectos, incluindo o ambiente no qual estão inseridas em suas relações (CIAMPO *et al*., 2006; UCHOA *et al*., 2011).

Esse novo modelo de atenção preconizado para os serviços de APS (BRASIL, 2017a), ainda que muito articulado pelo contato com os Agentes Comunitários de Saúde - ACS (SCHERER *et al*., 2018), alterou o perfil de atividades ofertadas nos serviços de APS, que passou a incorporar uma atuação mais ampla, para além das ações de assistência curativa individual, incluindo atividades voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, com grande ênfase para as medidas coletivas, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (CAMARGOS, 2011; MATTOS *et al*., 2014; SANCHEZ; BRAGA, 2014; PEREIRA *et al*., 2012).

Cabe pontuar que esse mesmo movimento foi observado em relação à inserção da saúde bucal nos serviços de APS do país. A VIII Conferência de Saúde foi um marco importante para a saúde bucal brasileira, pois disparou discussões que resultaram, em setembro de 1986, na organização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Essa Conferência trouxe aspectos relevantes das condições da atenção odontológica da população e a necessidade de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), afirmando a odontologia como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. Ainda nesse ano foi criada a área técnica de Saúde Bucal no Ministério da Saúde, iniciando uma fase de levantamentos epidemiológicos sobre a saúde bucal em todas as regiões do país (BRASIL, 1986a, b; SILVESTRE et al., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

Em 1989, pela primeira vez, foi programado em nível nacional uma política específica para a odontologia – o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária (PRECAD). No entanto, cabe destacar que este foi caracterizado como um programa planejado e executado de forma vertical e centralizada, sendo contrário ao que era defendido pelo movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 1988; SILVESTRE et al., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

A partir de então, outros avanços na saúde bucal foram vistos, como a normatização da produção de creme dental fluoretado comercializado no país e a instituição por Portaria dos procedimentos coletivos em saúde bucal, destacando o estímulo dado às ações de promoção e prevenção em saúde bucal, pois até então o modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracterizava-se pela sua capacidade

limitada de resposta às necessidades da população brasileira (SILVESTRE et al., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006; GARRAFA; MOYSES, 1986).

A ESF reorientou as bases das ações e preconizou um trabalho em equipe multidisciplinar voltado para ações preventivas, de promoção de saúde, de recuperação, reabilitação, com foco na família e na comunidade. Tendo como base o trabalho em um território definido, estimulando o vínculo e cuidado integral e longitudinal, em dezembro de 2000, foi editada a Portaria MS/GM nº. 1444 que criava o incentivo para incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) junto às de Saúde da Família. Essa portaria trouxe, também, a definição da composição das equipes em duas modalidades: uma composta apenas por um Cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e uma outra que contempla também um Técnico em Higiene Dentária (THD) na equipe (CALADO, 2002; MANFREDINI, 2006; SILVESTRE et al., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

Pesa pontuar que apesar dessa definição homologada em Portaria, foi anos depois que as ações de saúde bucal nesse nível de atenção foram definidas e que as profissões de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB) que tinham antigas denominações de ACD e THD foram regulamentadas (BRASIL, 2006c).

Dois outros avanços merecem destaque, a adoção de dois indicadores para a saúde bucal já no Pacto pela Saúde: a primeira consulta programática e os procedimentos coletivos (BRASIL, 2006b; SILVESTRE et al., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006; PADILHA et al., 2005; PIMENTEL et al., 2014) e a criação da Unidade Odontológica Móvel (UOM), representando um importante equipamento de apoio para a ampliação do acesso à assistência em áreas com barreiras geográficas, dispersão populacional e/ou cobertas por populações específicas (BRASIL, 2009; SILVESTRE et al., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006; BRASIL, 2017b).

Mas o maior dos avanços foi à criação do Programa Brasil Sorridente, em 2004, que reforçando a inclusão das equipes de saúde bucal junto à APS, marcou o início de uma nova Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Buscando a ampliação do acesso aos serviços odontológicos por meio de um planejamento norteado pelos princípios do SUS, com ênfase na ética, acolhimento, humanização do atendimento e vínculo entre as equipes e usuários, o Brasil Sorridente previa a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), de Laboratórios

Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a organização de um sistema nacional de vigilância sanitária dos teores de flúor (BRASIL, 2004c; PUCCA JUNIOR et al., 2009; SILVESTRE et al., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

Melhoria no acesso puderam ser observadas pelos levantamentos nacionais que apontaram queda no número de pessoas que nunca haviam ido ao dentista de 15,9% para de cerca de 11,7%, entre 2003 e 2010 (BRASIL, 2004b, 2010). Cabe destacar que apesar de vários estudos apontarem uma série de vantagens nesse novo modelo de atenção, como em relação ao acesso à saúde bucal (BRAGA, 2012; SANCHES; BRAGA, 2014; MATTOS et al., 2014) e à satisfação dos usuários com o atendimento odontológico, quando comparado à assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais (BRUNHAUSER; MAGRO; NEVES, 2013), um estudo realizado no município de Campina Grande/PB não encontrou diferença entre os diferentes serviços de APS (ROCHA; GOES, 2008).

Tais resultados corroboram com a hipótese de que mesmo após representativos avanços alcançados pelo SUS, ainda é possível ver fragilidades na organização dos serviços em relação à oferta da atenção odontológica, como no declínio da cárie dentária na população infantil, que foi mantido de forma desigual entre as diferentes regiões brasileiras, além da manutenção de indicadores elevados de dentes perdidos precocemente entre adultos e idosos (BRASIL, 2000; SILVESTRE et al., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

Assim, a atenção à saúde bucal dentro da RAS (Rede de Atenção à Saúde) é organizada tendo nos serviços de APS a principal porta de entrada para o sistema e os responsáveis pela atenção individual e coletiva nesse nível de complexidade (BRASIL, 2006a, 2017a, 2018). Exemplificam essa atuação, as ações de mapeamento do território, escovação supervisionada em instituições infantis, desenvolvimento de grupos educativos, visita domiciliar e interconsultas com profissionais da equipe e de outros serviços, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) nos atendimentos compartilhados (PEREIRA et al., 2012; BRASIL, 2004a).

Considerando esses aspectos, apenas nas situações de necessidade de exames complementares, ou de uma atenção mais complexa e especializada é que o usuário deve ser conduzido para os demais equipamentos que compõe essa rede. Deve fazer parte da rede de atenção à saúde bucal, além dos serviços de APS (que podem ser organizados conforme as UBS ou os diferentes tipos de modalidade de

ESF), os CEO, os Centro de Apoio Diagnóstico - CAD, os LRPD, as Unidades de Pronto Atendimento - UPA, farmácias e hospitais de referência (BRASIL, 2018). Cabe acrescentar ainda, a garantia da oferta de procedimentos em nível hospitalar e a obrigatoriedade da atenção ao câncer de boca nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade - UNACOM e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON (FIGUEIREDO et al., 2012; BRASIL, 2018).

É importante destacar que dentro da proposta da RAS, a disponibilidade desses serviços não precisa estar presente em todos os municípios, podendo ser organizado distrital, regional ou até estadual e que, dessa forma, o modelo de atenção à saúde bucal realizado em uma determinada região reflete a organização local dessa rede (PEREIRA et al., 2012) e o quanto há de integração entre a atenção especializada e a APS (CHAVES; OLIVEIRA; SOARES, 2016; CHAVES et al., 2012).

Por questões como essas, reforçadas pela incipiência do fortalecimento da atenção ambulatorial especializada, pelo CEO e LRPD, é que há recomendações como as que os CEO não sejam implantados em municípios onde os serviços de APS não estejam adequadamente estruturados, o que poderia causar uma maior demanda para esse serviço, alterando o verdadeiro papel da atenção secundária (CHAVES et al., 2010; FIGUEIREDO et al., 2012; BRASIL, 2018). Outro exemplo de obstáculo enfrentado para garantir a continuidade do tratamento em função da integração da RAS está na dificuldade de contrarreferência efetiva (CAMARGOS, 2011; LEAL JUNIOR et al., 2021).

2.2 Acesso à saúde bucal nos serviços de atenção primária

As questões apresentadas na sessão anterior demonstram a existência de propostas organizativas nas quais a equipe de saúde bucal se integra aos demais profissionais da APS, em vista de ofertar uma atenção qualificada e resolutiva. Entretanto, uma série de limitações são evidenciadas em relação a efetivação de tal proposta, remetendo a importância em olhar para as questões voltadas ao acesso, enquanto entrada e utilização da população à atenção ofertada pela equipe de saúde bucal.

É importante destacar que o termo acesso é muito associado à ideia de entrada nos serviços de saúde e, algumas vezes, relacionado ao primeiro recurso a ser procurado diante da existência de um problema de saúde, entretanto, não deve

se restringir a tal definição (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; DONABEDIAN, 2003; STARFIELD, 2002). Porém, essa concepção de entrada encontra-se mais bem conceituada na utilização do termo acessibilidade, que corresponde à capacidade de oferta e de realização de ações que atendam às necessidades de saúde de uma determinada população, extrapolando, inclusive os serviços de APS, pois sofre influência de outros aspectos, como por exemplo, da estrutura da rede de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

Com uma perspectiva muito mais ampla, há quem defenda que o acesso represente o quanto o serviço de saúde está ajustado à comunidade, destacando nesse contexto a importância dos usuários, dos trabalhadores da saúde e dos gestores como protagonistas na efetivação do acesso aos serviços (ASSIS; JESUS, 2012; STARFIELD, 2002). Nesse sentido, o relacionam com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam envolvidas não só com a possibilidade de atendimento às consultas, mas, também, com a localização geográfica da unidade de saúde, a disponibilidade de dias e horários para atendimento, por exemplo (ASSIS; JESUS, 2012; STARFIELD, 2002).

Essa discussão é abordada por Starfield (2002) que justifica tal confusão em função da dificuldade em se mensurar o acesso, uma vez que precisa haver uma clareza sobre a efetividade dos serviços. Enquanto a acessibilidade é algo mais fácil de ser avaliada, por possuir componentes identificados com maior facilidade. Donabedian (2003), apesar de usar os termos acesso e acessibilidade como sinônimos, corrobora com esta definição ao separar a “dimensão geográfica” (composta por variáveis envolvidas na locomoção do usuário até a chegada no serviço) e “dimensão sócio organizacional” (com características relacionadas à oferta do serviço que favorece ou não sua utilização).

Assim, apesar de não haver um consenso sobre as definições de acesso e acessibilidade, algumas linhas de concordância podem ser vistas entre os autores e convergem para uma reflexão comum: o acesso e a acessibilidade são componentes interdependentes e que, por se complementarem, devem ser pensados e analisados em conjunto, objetivando uma atenção de qualidade, mais integral, equânime e resolutiva.

A proposta de Starfield (2002) de avaliar o acesso a partir dos “componentes estruturais da acessibilidade”, que mensuram a capacidade da atenção, e dos “componentes de desempenho”, ou seja, aqueles que indicam o quanto a atenção

foi efetivada, contribui nesta discussão possibilitando a conceituação do termo acesso como algo mais amplo. Ao mesmo tempo, permite uma melhor distinção dos fatores que influenciam nesse processo, como as barreiras geográficas, financeiras e organizacionais que podem dificultar a acessibilidade do usuário ao serviço e à oferta da atenção, mas, também, àquelas relacionadas à efetivação do atendimento propriamente dito, muito relacionadas aos atributos da APS, ou seja, vinculados ao primeiro contato e à longitudinalidade do cuidado, como no processo de trabalho acolhedor, humanizado e oportuno, por exemplo (STARFIELD, 2002).

A partir de tais conceitos e de evidências de que o acesso a serviços odontológicos é maior na rede privada, em comparação à rede pública (ROHR; BARCELLOS, 2008), surgem diversos questionamentos sobre quais mecanismos exercem influência sobre esse cenário de acesso da população à atenção à saúde bucal nos serviços de APS do país.

Nesse sentido, a literatura aborda uma série de limitações, como em relação às barreiras geográficas, principalmente por parte de comunidades rurais que, muitas vezes, não possuem serviços de APS e/ou equipes de saúde bucal próximos, ou mesmo por apresentarem carência de transporte público para o deslocamento até a unidade de saúde (SANTIAGO, 2013).

As barreiras financeiras, apesar de menos perceptíveis do que em outros países (STARFIELD, 2002), devido à sua oferta ser disponibilizada de forma gratuita no SUS, ainda assim encontram-se presentes no Brasil, como em relação às restrições de procedimentos cobertos pelo SUS (BRASIL, 2018, 2020b), pela falta de materiais para procedimentos clínicos odontológicos ou em decorrência de deficiências na manutenção dos equipamentos (TAVARES *et al*., 2013).

Da mesma forma, o modo como à atenção odontológica é ofertada nos serviços pode apresentar-se como barreiras organizacionais que limitam o acesso dos usuários, como por exemplo, o ambiente onde ocorre o acolhimento, que muitas vezes é conflituoso e tenso, cercado de disputas de atenção por diferentes demandas (SANTOS *et al*., 2007).

Outras questões que não podem deixar de serem consideradas é a formação do Cirurgião-dentista. Os cursos de graduação em odontologia sempre foram pautados em um modelo mais biomédico e tecnicista, voltado para uma atuação predominantemente curativa, com grande ênfase em atividades restauradoras

voltadas para demandas que chegam até o consultório (SCHERER; SCHERER, 2015).

Essa característica pode ser considerada como um fator negativo para o acesso e à integralidade do cuidado, uma vez que muitos dos profissionais não possuem uma formação que se adéque a atuação recomendada no modelo preconizado para os serviços de APS, que refere-se a um modelo de atenção que avança para o campo da Saúde Bucal Coletiva, que valoriza as ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos e doenças (MATTOS *et al*., 2014; REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015; CAMARGOS, 2011; BRASIL, 2006a, 2017a, 2018).

Ainda que as grades curriculares das universidades de odontologia tenham sofrido alterações no decorrer dos anos, incluindo a inserção de universitários como estagiários nos serviços de APS, a ampliação desse cenário de ensino-aprendizagem com maior aproximação dos graduandos em panorama mais próximo da realidade no campo da saúde coletiva e do modelo de atendimento no SUS, essas mudanças, ainda, estão distantes do ideal (MOURA, 2011; ROSELINO; DAMASCENO; FIGUEIREDO, 2019).

A integração dos profissionais de saúde bucal com os outros membros da equipe da APS é considerada um dos problemas mais importantes a serem trabalhados em busca de uma atuação com resolutividade. Esse fator pode ser explicado pela formação dos profissionais de saúde bucal que ainda se mantém voltada para uma atuação individualista, pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo da equipe de saúde bucal, não permitindo que se integre às atividades da equipe de APS. Ou mesmo pela inserção tardia das equipes de saúde bucal nos serviços de APS, fazendo com que os profissionais de saúde bucal não se sintam valorizados e, muitas vezes, não se integrando às atividades do restante da equipe (CAMARGOS, 2011; BASSO *et al*., 2019).

Outra questão importante de ser acrescentada a essa discussão são as constantes trocas de dentistas nos serviços de APS. Esse fato interfere em um dos princípios essenciais dos serviços de APS, que é o vínculo com o usuário (MUNKEVIZ; PELICIONI, 2010), mas, também, pode reforçar essa dificuldade de uma atuação mais integrada com a equipe do serviço.

Tais dificuldades resultam em outros problemas como, por exemplo, nas filas para atendimento odontológico que somado a quantidade insuficiente de vagas ofertadas nos serviços, caracterizam outra barreira de acesso, muito vinculada à

insatisfação dos usuários e desmotivação dos profissionais que por mais que se dediquem não conseguem responder a todas as demandas (SILVA; GOMES FILHO, 2012).

Tal cenário é reforçado por outros estudos que apontam a falta de profissionais e de equipamentos e insumos - que dificultam o processo de trabalho das equipes (LIMA *et al*., 2018; LEAL JUNIOR *et al*., 2021), além de outras limitações tanto de acesso quanto de qualidade da atenção, como nas diferenças na cobertura da população por serviços de APS, em especial, naqueles organizados conforme o modelo ESF (que tendem a ter equipes de saúde bucal integrados), podem justificar algumas das situações que exercem influência na ocorrência das doenças bucais e que se somam aos desafios postos aos serviços de APS. Reforçam tais hipóteses, evidências que demonstram diferenças regionais na distribuição da prevalência e gravidade da cárie – um dos principais problemas de saúde bucal (SCHERER; SCHERER, 2015; NASCIMENTO *et al*., 2009; BRASIL, 2018), assim como o fato da região Norte, seguida pela região Nordeste e Centro-oeste, apresentarem o maior índice de cárie ou de dentes perdidos, entre crianças com 12 anos (BRASIL, 2012; PINHO *et al*., 2015).

Dificuldades como essas podem levar a interrupções no tratamento ou à preferência em procurar por clínicas odontológicas privadas, mesmo no caso de pessoas que não possuem recursos financeiros para isso. As clínicas e franquias “populares”, como ficaram conhecidas, apresentam locais e horários mais atrativos a um preço mais acessível. No entanto, têm qualidade questionável, além de manter um modelo de atenção centrado no curativo (AMORIM; FAGUNDES DE SOUZA, 2010; MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007).

Dessa forma, compreendendo a saúde bucal como um processo que sofre forte influência do social, e não apenas resultando de práticas odontológicas, pensar apenas no aumento no número de equipes não seria suficiente para melhorar o acesso aos serviços e a qualidade da atenção à saúde bucal (BRASIL, 2012; PINHO *et al*., 2015). Faz-se necessário a ampliação de políticas públicas voltadas para a equidade na atenção, além da ampliação de atividades coletivas desempenhada nos serviços de APS. Torna-se imprescindível, a oferta de práticas que extrapolem o espaço da unidade de saúde e passem a ocupar espaços sociais, com maior participação da comunidade (CHAVES; OLIVEIRA; SOARES, 2016; BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva, cabe pontuar que a atenção odontológica no serviço público brasileiro traz um histórico de atuação comunitária de há anos prestar atendimento a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas voltados somente para as doenças cárie e periodontal. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores (OLIVEIRA; SALIBA, 2005; BRASIL, 2018), como na extração de dentes que apesar de evitável na grande maioria dos casos, é bastante frequente na população brasileira, que já apresentava aproximadamente 11% de pessoas sem nenhum dente, ou seja, 16 milhões de pessoas com sua qualidade de vida influenciada por situações como ter que se ausentar do emprego em decorrência desses agravos em 2008 (IBGE, 2015; ROHR; BARCELLOS, 2008).

Alguns autores justificam tais limitações pelo fato do modelo de atenção para a saúde bucal, historicamente pautado em ações curativistas e de reabilitação, não ter acompanhado a reorganização proposta pela ESF (ANJOS *et al*., 2011; MATTOS *et al*., 2014), ou por essas ações (de promoção à saúde e prevenção de agravos relacionados à saúde bucal) dependerem de um planejamento norteado pelo conhecimento da realidade local quando na prática os atendimentos são conduzidos conforme as demandas, muito associadas à dor de dente (OLIVEIRA *et al*., 2014; CAMARGOS, 2011; RIBEIRO, 2014).

Assim, espera-se que a organização da atenção à saúde bucal seja baseada em um planejamento que contemple as necessidades reais da população e que, essas ações, devem ser realizadas com a atuação de toda a equipe (LOPES, 2013), identificando os fatores de risco que podem influenciar no desenvolvimento das principais doenças bucais (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019; CARNUT *et al*. 2011; CARVALHO *et al*., 2014; ALVES, 2011; SILVA; GOMES FILHO, 2012; AUSTREGÉSILO *et al*., 2015).

No entanto, a literatura aponta limitações expressivas no acesso aos serviços de saúde bucal influenciados por características individuais e condições sociodemográficas e econômicas, como sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e renda (MOURA, 2011; SANCHEZ; BRAGA, 2014; CORRÊA, 2013; MADRUGA *et al*., 2017; OLIVEIRA *et al*., 2014; EMMI; BARROSO, 2008; SOUZA; RONCALLI, 2007; DAVOGLIO *et al*., 2009; ROHR; BARCELLOS, 2008). Tais situações evidenciam que os profissionais da saúde bucal não estão considerando

as principais características de ordem social, econômica e biológica do território para planejarem a organização de suas práticas.

Corrobora com o exposto os indicadores referentes à cárie e à doença periodontal, que apesar de terem sofrido uma redução considerável no decorrer dos anos, apresentam grande desigualdade entre os grupos populacionais (WARMILING *et al*., 2012). A alta prevalência da cárie, principalmente, em comunidades com maior risco social é um dos exemplos do quanto os determinantes sociais influenciam a saúde bucal, em especial, aqueles relacionados à condição socioeconômica (MOURA, 2011; KOBAYASHI *et al*., 2015).

Evidencia ainda que, apesar de mudanças positivas para a melhoria da oferta de atenção odontológica no país, ainda são observadas limitações na atuação dos profissionais que, somados ao crescimento da população em condições precárias de saneamento básico, provoca um desequilíbrio entre a capacidade de oferta e a quantidade de demanda, colocando em risco o acesso da população a esse tipo de atendimento (BASSO *et al*., 2019).

Cabe pontuar ainda, a instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como uma outra incorporação que merece destaque na indução da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade dos serviços de APS, incluindo as ESB - que passaram a partir de 2012, a serem avaliadas em relação à estrutura e ao processo de trabalho desenvolvido (BRASIL, 2017a, b; BALDANI *et al*., 2018; MEDEIROS; NICKEL; CALVO, 2019; SAMPAIO *et al*., 2016). Também sendo incorporada nos CEO (PMAQ-CEO), essa modalidade avaliativa propunha um olhar sobre toda a rede de atenção voltada para a saúde bucal (LUCENA, 2016; CERPA, 2020; BRASIL, 2013).

Porém, desde 2019, o PMAQ-AB foi substituído por uma nova modalidade de avaliação - o Programa Previne Brasil - que, além de não ter sido colocado totalmente em prática, acompanha outras alterações como a do financiamento dos serviços que desconsidera o resultado das avaliações. É importante destacar que apesar desse programa ter como princípio a estruturação de um modelo focado em aumentar o acesso e a longitudinalidade do cuidado, e prever desempenho de indicadores para o repasse de financiamento aos municípios (BRASIL, 2019; DE SETA; OCKE-REIS; RAMOS, 2021), essa proposta conta atualmente com apenas sete indicadores, na qual a saúde bucal é sintetizada pela proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico (BRASIL, 2019; HARZHEIM, 2020).

Com pouca sensibilidade para avaliação e monitoramento nas ações da área de saúde bucal, esse cenário traz à tona várias discussões de como planejar as ações e como avaliar a qualidade desse cuidado, para que estes não sejam indutores de uma atenção voltada apenas para números.

2.3 A atenção à Saúde Bucal em serviços de atenção primária durante a pandemia da Covid-19

Todo o contexto apontado até aqui permitiu constatar que para além de avanços nas diretrizes e definições de fluxos organizativos ocorridos no país, há uma série de desafios a serem enfrentados que se somam a alguns movimentos contrários em curso. Assim, considerando tais situações e todo o cenário de mudança da sociedade e dos serviços de APS em decorrência da covid-19, levanta-se a necessidade de um maior aprofundado do assunto, pois não se pode deixar de considerar, entre várias outras questões, que a paralisação e queda das atividades produtivas de setores não essenciais contribuíram para o empobrecimento da população e, consequentemente, para o agravamento dos problemas relacionados à saúde bucal (COSTA, 2020; NUNES *et al*., 2020; TROVÃO, 2020).

A nova pneumonia denominada Corona Vírus Disease 19 (covid-19), transmitida por aerossóis suspensos no ar ou em contato com superfícies contaminadas, devido a sua alta capacidade de infecção e letalidade, se tornou rapidamente uma das mais significativas pandemias já ocorridas, com registro de 593.663 óbitos até setembro de 2021, só no Brasil (BRASIL, 2021; SOBRINHO JUNIOR; MORAES, 2020).

No Brasil, como medidas de controle da doença, em março de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil publicou uma série de ações para impedir a propagação do vírus no país. Tais recomendações envolviam desde a higienização das mãos e o uso de máscaras de proteção, até medidas de isolamento social e redução da circulação de pessoas nas ruas (BRASIL, 2020a; LUCENA *et al*., 2020).

No âmbito dos serviços de saúde, além dos cuidados de distanciamento e limpeza de superfícies nas salas de espera e de atendimento, previa a desinfecção de equipamentos e instrumentais, além do uso obrigatório de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais (SOBRINHO JUNIOR; MORAES, 2020; BALDAN; TEIXEIRA; ZERMIANI, 2021).

No entanto, a literatura evidencia que tais recomendações não foram sustentadas e implementadas de forma homogênea no país, o que foi intensificado por informações inadequadas, resultando em diferentes cenários, tanto em percentual de óbitos quanto de estruturação e funcionamento dos serviços de saúde, e de adesão dos usuários às recomendações (GALHARDI et al., 2020; ALMEIDA-FILHO, 2020).

O aumento da demanda de usuários com suspeita de covid-19, o afastamento da população por medo de se infectar ao procurar os serviços, além da redução da força de trabalho por adoecimento ou afastamento dos profissionais por pertencerem a grupos de risco (BRASIL, 2020a; GALLASCH *et al*., 2020) ou por casos suspeito ou confirmado de covid-19 (BOUSQUAT *et al*., 2020), além de situações como a falta de EPI para os trabalhadores da saúde e todo o desgaste físico e psicológico destes profissionais, foram alguns dos impactos percebidos nos serviços de APS (BOUSQUAT *et al*., 2020; CARRER *et al*., 2020).

Neste cenário, discussões sobre as práticas odontológicas foram sendo fomentadas, uma vez que, estudos demonstravam que as glândulas salivares são grandes reservatórios do vírus Sars-CoV-27-8, evidenciando a saliva como um importante meio na cadeia de transmissão da doença. Associado a esse conhecimento, o fato de os procedimentos odontológicos envolverem o uso de instrumentos rotativos, como as pontas de alta e baixa rotação e seringa tríplice, que geram aerossóis contendo gotículas de água, saliva, sangue e microrganismos, estabeleceu-se a prática odontológica como uma atuação de maior risco de contágio da doença (BALDAN; TEIXEIRA; ZERMIANI, 2021; BRASIL, 2020a).

Devido a essa maior exposição dos profissionais da odontologia a aerossóis, novas rotinas e fluxos de atendimento foram estabelecidos para as ações de saúde bucal, levando a um novo padrão de biossegurança (BRASIL, 2020a).

No Brasil, assim como na maioria dos países com transmissão do covid-19, ocorreu, nas primeiras semanas da pandemia uma série de recomendações específicas para a atenção à saúde bucal. Tais recomendações objetivavam a otimização do cuidado, estabelecendo tempos de consultas mais prolongados, para que o profissional realizasse maior quantidade possível de procedimentos ou a conclusão do tratamento em uma única sessão, colaborando para a racionalização do uso do EPI e para diminuição do fluxo dos pacientes nas unidades (BRASIL, 2021).

A principal das mudanças referia-se a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, considerados não essenciais. A manutenção dos atendimentos foi mantida, com a ampliação do intervalo entre eles, apenas para as urgências odontológicas, ou seja, que contemplavam os casos de maior gravidade e que, portanto, poderiam esperar mais tempo (BRASIL, 2020a; 2021; SPAGNUOLO *et al*., 2020; CARLETTO; SANTOS, 2020; CARRER *et al*., 2020; ZHOU *et al*., 2020; NUNES *et al*., 2020).

É importante destacar que, devido ao risco de exposição a uma série de doenças que a atuação odontológica proporciona, esses profissionais já eram treinados durante a formação profissional em medidas de controle e prevenção de infecções no ambiente de trabalho. Esse fato fez com que, historicamente, esses profissionais contribuíssem com a capacitação de outros profissionais em relação a questões de biossegurança e manipulação de EPI. E nesse novo contexto da pandemia, a experiência de tais profissionais com a utilização obrigatória e cotidiana de máscara, gorro, luvas e jaleco foi aproveitada para a capacitação dos trabalhadores da APS para a redução da transmissão do vírus durante os atendimentos, apesar de relatos que descrevem o subaproveitamento desses profissionais na linha de frente do combate ao coronavírus (CARLETTO; SANTOS, 2020; BRASIL, 2020a, b, 2021).

Outra mudança considerada importante na atuação dos profissionais da equipe de saúde bucal (CD, THD e ASB) durante esse período foi sua inclusão junto à equipe do serviço para auxiliar no atendimento e acolhimento dos usuários que procuravam os serviços de APS, independentemente de sua queixa, mas especialmente, na triagem e classificação de usuários suspeitos de estarem infectados, colaborando assim para a organização dos serviços (WIENCI, 2021; BRASIL, 2020a, b, 2021). Além disso, muitos desses profissionais foram alocados para as áreas de vigilância epidemiológica e sanitária do município, realizando acompanhamento e atualização dos registros referentes às imunizações e às barreiras sanitárias necessárias (LORENA SOBRINHO *et al*., 2020).

As ações de promoção e prevenção relacionados à saúde bucal em espaços coletivos durante a pandemia também sofreram alterações, sendo recomendado o seu adiamento ou cancelamento. Portanto, creches, escolas e outros espaços comunitários de convivência permaneceram fechados e os

profissionais inseriram ações de promoção e prevenção em saúde bucal nas atividades on-line programadas na rotina das escolas (BRASIL, 2020a, b, 2021).

Desta forma, essas medidas que visavam evitar a disseminação do vírus acarretaram uma redução considerável dos atendimentos odontológicos e, como consequência, um impacto negativo nos indicadores de acesso e resolutividade dos serviços em saúde bucal, contribuindo para um aumento na demanda reprimida (NUNES *et al*., 2020; LUCENA *et al*., 2020; ENGSTROM *et al*., 2020).

Entretanto, em que pese que todas essas mudanças não ocorreram de forma semelhante em todos os serviços de APS, como por exemplo, em relação à retomada das atividades odontológicas eletivas que, orientada por portaria ministerial em outubro de 2020, ocorreu em diferentes períodos pelo país (BRASIL, 2021; SÃO PAULO, 2021; PIRES, 2021; RIBEIRÃO PRETO, 2020; PARANÁ, 2020; MINAS GERAIS, 2022; MACEIÓ, 2021), há de se considerar a influência indutora do processo avaliativo vigente nesse período, que podem ter exercido um impacto positivo em relação aos problemas postos pela pandemia.

3 OBJETIVO

Este trabalho teve por objetivo avaliar o impacto provocado pelas mudanças organizacionais decorrentes da pandemia da covid-19 na atenção odontológica em um serviço de Atenção Primária à Saúde do interior do estado de São Paulo.

4 MÉTODO

Trata-se de estudo de caso como método avaliativo (YIN, 2015) que utilizou dados secundários extraídos dos registros de rotina dos atendimentos prestados na saúde bucal de um serviço de APS, localizado em um município de grande porte do interior do estado de São Paulo, em dois momentos distintos: antes da pandemia – período de 10 a 11 de 2019 e de 01 a 02 de 2020; e durante a pandemia – período de 10 a 11 de 2020 e de 01 a 02 de 2021.

As definições das datas se deram, primeiramente, devido ao período de suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, que segundo portaria ministerial, iniciou em março de 2020 e retornou apenas em outubro de 2020. Além dessa situação, houve limitações relativas ao acesso às informações no período anterior a setembro de 2019, quando o sistema de informação do município migrou do e-SUS para o MV, sem permitir acesso aos dados anteriores a essa data, e que, portanto, foram perdidos para fins de análise. Outro critério de escolha do período foi manter a comparabilidade entre os atendimentos nos dois períodos de atendimento, uma vez que existem sazonalidades específicas para os atendimentos odontológicos, como por exemplo, nos períodos de férias escolares, ou estações mais frias do ano, como nos meses de junho e julho.

Assim, buscando evitar vieses desse tipo, optou-se por manter dois períodos, mesmo que mais curtos para análise, porém, com dados mais consistentes para mensurar o impacto provocado pelas mudanças organizacionais dos serviços provocadas durante o período da pandemia. Ainda sobre a qualidade dos dados, cabe destacar que no caso estudado tais informações são registradas pelo próprio profissional odontólogo, o que garante maior fidelidade aos resultados.

A escolha do município foi intencional pelo fato da pesquisadora ser profissional do serviço. E apesar de desenvolver suas atividades no serviço estudado, por utilizar dados secundários, acredita-se que foi minimizado a possibilidade de influência nos resultados. Ao mesmo tempo, acredita-se que futuramente esse fato pode potencializar o poder de utilização dos resultados na organização das práticas operacionalizadas pelo serviço.

O município de estudo é um dos mais populosos do Centro-Oeste Paulista, com uma população de aproximadamente 380.000 pessoas. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano muito alto (IDH=0,801) e indicadores de saúde bucal que

estimam uma cobertura ofertada pelos serviços de APS de 23,42% da população, apresentando 88,5% de crianças de 0 a 2 anos livres de cárie, enquanto na faixa etária dos 5 a 6 anos, apenas, 9,3% (BAURU, 2018; IBGE, 2010; TOMITA *et al*., 1996).

O sistema de saúde do município é organizado a partir dos serviços de APS, no qual as 24 unidades encontram-se distribuídas entre os arranjos ESF (n=6), Unidade Básica de Saúde “tradicional” – UBS (n=17) e um único serviço misto (UBS com equipe de ESF). O município possui ainda, 08 serviços de urgência e pronto atendimento (UPA), 03 de assistência farmacêutica, além de 06 unidades com foco na vigilância em saúde (BAURU, 2018).

A atenção odontológica é organizada na rede municipal por meio de 62 equipes de saúde bucal que integram os serviços de APS (compostas por 75 Cirurgiões-dentistas e 67 auxiliares/ técnicas em saúde bucal) e do CEO. Há ainda, profissionais de saúde bucal atuantes na atenção especializada de outras áreas, como no Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer (SOPC), no Banco de Leite Humano (BHL), no Centro de Referência de moléstias infecciosas (CRMI) e no Hospital de Reabilitação e Anomalias Craniofaciais (HRAC). As urgências odontológicas são direcionadas ao Pronto Socorro Odontológico Central e a outras duas UPA (BAURU, 2018).

O serviço selecionado encontra-se localizado em área urbana da região Norte do município com cerca de 4.900 pessoas cadastradas e 1.344 famílias vinculadas a uma equipe de ESF com Saúde Bucal atuante na modalidade I (composta por Cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal). É importante destacar que o presente estudo não contou com cálculo amostral, uma vez que se trabalhou com o universo dos atendimentos registrados durante os períodos.

As variáveis de análise foram fornecidas pelo município de forma agrupada em números totais, uma vez que se referem a informações disponíveis no Sistema de Informação do município. Essas 18 variáveis foram agrupadas em dois domínios de análise: Características dos atendimentos segundo os usuários (8 variáveis) e Características dos procedimentos (10 variáveis).

O domínio Características dos atendimentos segundo os usuários contemplou informações sobre: sexo (2 variáveis), ciclos de vida (5 variáveis) e situação gestacional/gestante (1 variável) das pessoas que tiveram acesso ao serviço nestes dois momentos. Já no domínio Características dos atendimentos odontológicos,

foram agrupadas as informações gerais dos atendimentos (2 variáveis), além de tipos de consulta (5 variáveis) e de procedimentos (3 variáveis). As informações referentes a cada variável podem ser observadas no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Tipo de informações contidas nas variáveis dos atendimentos, conforme características dos usuários e dos atendimentos odontológicos no serviço de atenção primária à saúde, antes e durante a pandemia de covid-19

Variável	**Tipo de informação**
Características dos atendimentos segundo os usuários	
Sexo	Feminino
	Masculino
Ciclos de vida	Bebê (0 a 02 anos)
	Criança (03 a 09 anos)
	Adolescente (10 a 19 anos)
	Adulto (20 a 59 anos)
	Idosos (60 ou mais anos)
Gestante	Consulta pré-agendada das gestantes da área de abrangência. As gestantes são consideradas grupo prioritário para atendimento.
Características dos atendimentos odontológicos	
Informações gerais dos atendimentos	Total de atendimentos
	Total de procedimentos
Tipo de consulta odontológica*	Primeira consulta odontológica - Usuário que nunca procurou o atendimento odontológico ou que finalizou o tratamento odontológico a mais de 1 ano.
	Consulta de retorno (pré-agendada para dar continuidade do tratamento) e as de manutenção em odontologia (pré-agendada para monitoramento e acompanhamento do paciente periodicamente após a conclusão do tratamento)
	Consulta de demanda imediata em odontologia/ Urgência (usuário com presença de sofrimento agudo com possibilidade de complicações físicas, emocionais, sociais).
	Atendimento domiciliar – Deslocamento da equipe em uma área geográfica adstrita.
	Consulta de conclusão de tratamento - que encerra um período de tratamento previsto no plano preventivo terapêutico.
Tipo de procedimento odontológico	Procedimentos Preventivos
	Procedimentos Conservadores
	Procedimentos Invasivos

Fonte: Sistema de Informação em Saúde – MV
* Pode haver sobreposição dos diferentes tipos de consultas e procedimentos.

Destaca-se que se considerou como “procedimentos preventivos”, aqueles relacionados às orientações de higiene bucal durante consulta, como a utilização correta de escovação dental, uso do fio dental e hábitos adequados para a manutenção da saúde bucal, além de palestras e grupos educativos desenvolvidos na unidade de saúde ou na comunidade, atividades de escovação coletiva com

supervisão do profissional e o fornecimento de materiais, como escova, creme e fio dental. Como “procedimentos conservadores” foram incluídas remoções dos tártaros ou cálculos aderidos à superfície dentária, descontaminação da superfície radicular, restauração de dente, capeamento pulpar, ajuste oclusal e selamento provisório de cavidade dentária. Já como procedimentos invasivos consideraram-se os curativos de demora com ou sem preparo biomecânico, extrações dentárias e retirada de pontos de cirurgias.

Cabe pontuar que pode haver sobreposição quanto aos tipos de consultas e procedimentos, como por exemplo, pode-se concluir o tratamento logo na primeira consulta ou a primeira consulta referir-se a um atendimento domiciliar.

Para comparar as mudanças das características dos atendimentos segundo os usuários e dos atendimentos odontológicos no serviço de APS, antes e durante a pandemia de covid-19, as frequências de cada variável dentro de um mesmo período foram somadas, resultando em um valor total para cada um dos dois momentos de análise. Na sequência, foi realizado o Teste de Proporção, considerando $p<0,05$ como nível de significância. As análises foram rodadas no programa estatístico R, versão 3.3.2.

Por referir-se a uma pesquisa que utilizou banco de dados secundários, com informações agregadas e sem possibilidade de identificação individual, o presente projeto não aplicou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitou dispensa ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp), conforme a Resolução CNS 510/2016, porém, foi submetido à Plataforma Brasil, como solicitado nas normas do Profsaúde e foi iniciado apenas após a aprovação do CEP da Unesp **(Anexo 1)** e respectiva autorização do Município **(Anexo 2)**.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos atendimentos segundo os usuários que receberam atendimento odontológico

Foi registrado durante todo o período estudado 1.068 atendimentos de pessoas que tiveram acesso à atenção odontológica no serviço avaliado. Apresentaram maior frequência os adultos com idade entre 20 e 59 anos (n=610) e pessoas do sexo feminino (n=723). É possível constatar, também, que já havia uma redução no número de pessoas atendidas no período entre janeiro e fevereiro de 2020, mas que tais valores foram agravados no primeiro período da pandemia (outubro e novembro de 2021), voltando a aumentar no segundo momento durante a pandemia (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Distribuição das frequências que caracterizam os atendimentos conforme os usuários nos quatro períodos que compuseram a análise da assistência odontológica no serviço de Atenção Primária à Saúde

Variável	Período da Pandemia				Total
	Antes da pandemia		Durante a pandemia		
	Período 1 (10 a 11/2019)	Período 2 (01 a 02/2020)	Período 3 (10 a 11/2020)	Período 4 (01 a 02/2021)	
Sexo					
Feminino	203	205	124	191	723
Masculino	122	110	44	69	345
Ciclos de vida					
Bebê (0 a 2 anos)	6	3	4	5	18
Criança (3 a 9 anos)	48	70	23	24	165
Adolescente (10 a 19 anos)	47	59	17	20	143
Adulto (20 a 59 anos)	187	154	104	165	610
Idosos (60 anos ou mais)	24	21	9	10	64
Gestantes	13	8	11	36	68

Fonte: Sistema de Informação em Saúde – MV, 2021

Quando essas informações são analisadas por período estudado, é possível observar que antes da pandemia o número de atendimentos odontológicos foi maior

do que durante a pandemia, em relação ao sexo e à maioria das idades do ciclo de vida (**Tabela 2**).

Nessa mesma tabela é possível observar que a proporção em relação à idade dos usuários foi mantida em ambos os períodos apenas para os bebês de 0 a 2 anos de idade (p=0,421) e idosos com 60 anos ou mais (p=0,193) e que houve um aumento no período durante a Pandemia no atendimento das mulheres em período gestacional (p<0,001).

Tabela 2 - Distribuição das frequências dos atendimentos segundo as características dos usuários, conforme o período do atendimento odontológico no serviço de atenção primária à saúde

Variável	Período da Pandemia		P-valor*
	Total antes da Pandemia (n)	Total durante a Pandemia (n)	
Sexo			
Feminino	408	315	**<0,001**
Masculino	232	113	**<0,001**
Ciclos de vida			
Bebê (0 a 2 anos)	9	9	0,421
Criança (3 a 9 anos)	118	47	**0,007**
Adolescente (10 a 19 anos)	106	37	**0,002**
Adulto (20 a 59 anos)	341	269	**<0,001**
Idosos (60 anos ou mais)	45	19	0,193
Gestantes	21	47	**<0,001**

Fonte: Sistema de Informação em Saúde – MV, 2021
*Teste de Proporção

5.2 Caracterização dos atendimentos odontológicos

Na **Tabela 3** é possível observar mais detalhadamente a caracterização dos atendimentos conforme os tipos de consultas e de procedimentos conforme suas distribuições nos quatro períodos de estudo. Seguindo a mesma lógica observada na **Tabela 1**, nota-se uma redução significativa nos procedimentos entre o primeiro e o segundo período antes da pandemia (n=2.204 e n=1.187, respectivamente), seguido de uma queda acentuada no primeiro período durante a pandemia (n=395). Apesar do aumento registrado no número de procedimentos odontológicos no segundo momento durante a pandemia (01 a 02/2021), esse acréscimo ainda se mostra aquém dos atendimentos antes da pandemia (n=884).

Tabela 3-Distribuição dos atendimentos odontológicos conforme o tipo de consulta odontológica e o tipo de procedimento odontológico em 4 períodos

Variável	Momentos de estudo				Total
	Antes da pandemia		Durante a pandemia		
	Período 1 (10 a 11/2019)	Período 2 (01 a 02/2020)	Período 3 (10 a 11/2020)	Período 4 (01 a 02/2021)	
Atendimentos	325	315	168	260	1068
Procedimentos	2204	1187	395	884	4670
Tipo de consulta odontológica**					
Primeira consulta odontológica	38	60	10	58	166
Consulta de retorno + Consulta de manutenção	230	204	4	94	532
Consulta de demanda imediata	57	46	153	53	309
Atendimento domiciliar	31	22	19	38	110
Consulta de conclusão de tratamento	44	47	1	24	116
Tipo de procedimento odontológico**					
Procedimentos preventivos	1533	358	161	268	2320
Procedimentos conservadores	614	773	206	569	2162
Procedimentos invasivos	57	56	28	47	188

Fonte: Sistema de Informação em Saúde – MV, 2021
** Pode haver sobreposição dos diferentes tipos de consultas e procedimentos

Identificou-se um total de 4.670 procedimentos odontológicos durante todo o período de estudo e uma queda de 33,12% nos atendimentos e de 62,28% na realização de procedimentos odontológicos durante o período da Pandemia (p-valor <0,001). Todas as variáveis analisadas evidenciaram diferenças entre os dois períodos, com exceção da primeira consulta odontológica, que se manteve semelhante entre os dois períodos (p=0,269) (**Tabela 4**).

Conforme apresentado nessa mesma tabela, houve queda no período durante a pandemia em praticamente todos os tipos de consultas e

procedimentos odontológicos. Porém, destaca-se o significativo aumento nas consultas de demanda imediata (p<0,001) e atendimento domiciliar (p=0,001).

Tabela 4 - Distribuição dos atendimentos odontológicos conforme o tipo de consulta e o tipo de procedimento

Variável	Período da Pandemia		P-valor*
	Total antes da Pandemia (n)	Total durante a Pandemia (n)	
Informações gerais dos atendimentos			
Atendimentos	640	428	**<0,001**
Procedimentos	3.391	1.279	**<0,001**
Tipo de consulta odontológica**			
Primeira consulta odontológica	98	68	0,269
Consulta de retorno e/ou manutenção	434	98	**<0,001**
Consulta de demanda imediata	103	206	**<0,001**
Atendimento domiciliar	53	57	**0,001**
Consulta de conclusão de tratamento	91	25	**0,005**
Tipo de procedimento odontológico**			
Procedimentos preventivos	1.891	429	**<0,001**
Procedimentos conservadores	1.387	775	**<0,001**
Procedimentos invasivos	113	75	**<0,001**

Fonte: Sistema de Informação em Saúde – MV, 2021
*Teste de Proporção
** Pode haver sobreposição dos diferentes tipos de consultas e procedimentos

6 DISCUSSÃO

A abordagem utilizada permitiu identificar mudanças durante o período da pandemia da covid-19, demonstrando redução em grande parte dos atendimentos e procedimentos odontológicos em um serviço de APS do interior do estado de São Paulo. Esse resultado corrobora com o observado em outros estudos que mostraram uma redução de cerca de 40% nas primeiras consultas odontológicas, contribuindo para o aumento na demanda reprimida (LUCENA *et al*., 2020; ROCHA *et al*., 2020).

Tais reduções podem ser justificadas por uma série de fatores, entre eles, o destaque que os profissionais da odontologia ganharam nesse cenário da pandemia, para além da atenção odontológica. Pois devido à experiência significativa com questões relacionadas à biossegurança que já possuíam na rotina de seu trabalho, muitos foram deslocados para ajudar as equipes de saúde durante o enfrentamento da doença, como nas ações de gestão, planejamento de ações, triagem e monitoramento de casos, mas, principalmente, em atividades de capacitação de outros profissionais na manipulação e utilização dos EPI (CARLETTO; SANTOS, 2020; SANTOS; BARBOSA, 2020).

As recomendações de se evitar o uso de alta e baixa rotação, seringa tríplice, jato de bicarbonato e ultrassom por serem equipamentos passíveis de gerar aerossóis e, portanto, que facilitam a disseminação do Coronavírus no ar, caso o paciente estivesse contaminado (BALDAN; TEIXEIRA; ZERMIANI, 2021; BRASIL, 2020a, 2021), também pode ser apontado como outro desses fatores que provocaram a redução dos atendimentos e procedimentos. Soma-se a essas questões a suspensão dos tratamentos odontológicos eletivos, com recomendação de serem mantidos apenas os considerados essenciais – casos de maior gravidade, como aqueles emergenciais e de urgência (BRASIL, 2020a, 2021).

Porém, é importante considerar que mesmo após a retomada das atividades eletivas, estas não voltaram a ocorrer como antes da pandemia, uma vez que as diretrizes ministeriais recomendavam manter fechado o consultório odontológico por um tempo (para que as partículas se sedimentem) e que somente depois fosse realizada a desinfecção adequada do local. De tal forma, a realização de tal procedimento após cada atendimento aumenta o tempo de intervalo, justificando a maior demora (BRASIL, 2021; SPAGNUOLO *et al*., 2020; CARLETTO; SANTOS, 2020; CARRER *et al*., 2020; ZHOU *et al*., 2020; NUNES *et al*., 2020).

Tais mudanças, também, podem ser compreendidas como uma das causas do aumento das consultas de demanda imediata identificada nesse período, já que o funcionamento dos serviços de urgência e emergência odontológicas continuaram atendendo durante todo o período da pandemia e, assim, não devendo refletir nos atendimentos da APS. De tal forma, pode-se considerar que o fato da grande maioria dos usuários que estavam em acompanhamento odontológico antes da pandemia terem o tratamento interrompido, levou ao agravamento dos problemas bucais já existentes e/ou o surgimento de novos. Imagina-se que a mesma situação pode ter acontecido com os casos novos, que devido ao medo em se contaminar, foram adiando a procura pelo atendimento até seu agravamento.

Pode-se observar também, que as primeiras consultas odontológicas já se encontram em proporções próximas ao período anterior ao da pandemia. A distribuição das frequências durante os quatro períodos analisados sugere, também, uma tendência de aumento, apesar de ainda não apresentarem semelhança estatística. Essa certa aproximação da normalização da atenção à saúde bucal é apresentada em outros estudos (DANIGNO *et al*., 2022; CARLETTO; SANTOS, 2020; MORAES *et al*., 2020), mas discutida com preocupação por alguns autores que questionam o quanto o modelo de financiamento atual pode estar gerando uma pressão para que os gestores incentivem o retorno dos atendimentos odontológicos eletivos, mesmo sem a existência de um respaldo técnico científico (MORAES *et al*., 2020; CARLETTO; SANTOS, 2020).

Isso porque, desde 2020, o financiamento dos serviços de APS passou a ser realizado com base em parâmetros e desempenho dos indicadores do Programa Previne Brasil. O Programa conta com indicadores que segundo sua proposta são usados para monitorar, avaliar e subsidiar decisões dos profissionais de saúde sobre serviços ofertados, bem como verificar a evolução na população ao longo do tempo no território e, entre esses indicadores, há um voltado para a saúde bucal – proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (BRASIL, 2019, 2021; HARZHEIM, 2020; DE SETA; OCKE-REIS; RAMOS, 2021).

Para além da discussão se esse seria o melhor indicador para mensurar o acesso e a qualidade da atenção recebida pela população nos serviços de APS no âmbito do SUS (GONÇALVES; MOURA FÉ, 2019; SANTIAGO *et al*., 2021) e se atende a promessa de induzir um equilíbrio entre a clínica e a saúde coletiva, reconstruindo uma APS forte, coordenadora do cuidado e resolutiva (HARZHEIM,

2020), o modo como o Previne Brasil foi instituído na prática tem se materializado na busca enlouquecedora por atingir tais indicadores sem manter o olhar atento a outros grupos populacionais, também, vulneráveis às doenças bucais, tornando-se um grande ataque aos princípios do SUS (CARLETTO; SANTOS, 2020; DE SETA; OCKE-REIS; RAMOS, 2021).

O aumento dos atendimentos por gestantes, ao mesmo tempo em que reduziram os de crianças, jovens e adultos atendidos no mesmo período, mesmo essas estando incluídas nas recomendações como grupo de risco para agravamento das complicações provocadas pela covid-19, pode ser um resultado que reforça essa hipótese de indução do modelo de financiamento, uma vez que as pessoas idosas, que também estavam incluídas entre os grupos de maior risco, mas não possuem indicadores específicos no Previne Brasil não demonstrou diferença nos atendimentos entre os períodos (SILVA *et al*., 2020; NERI, 2020; FILO *et al*., 2020; FREITAS NETO *et al*., 2022, VIELLAS *et al*., 2014).

Tal reflexão levanta o questionamento que se houvesse um indicador do Previne Brasil para outras ações, como por exemplo, das de promoção da saúde, elas tenderiam também a aumentar. No entanto, o próprio resultado referente aos idosos sugere que talvez não, já que no Previne Brasil há indicadores de maior prevalência entre esse público – Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre e Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre -, e mesmo assim, seus atendimentos não sofreram mudança durante a pandemia (BRASIL, 2019).

Assim, não se pode deixar de considerar o maior padrão das mulheres em procurarem os serviços de saúde logo que percebem sintomas diferentes do habitual, atrelado à tradição já incorporada nas gestantes de realizarem o acompanhamento do pré-natal nos serviços de APS, além do reforço das recomendações ministeriais que para não interromper o acompanhamento do pré-natal durante esse período (BRASIL, 2020a; SOUSA *et al*., 2011; GUIBU *et al*., 2017; SANINE; CASTANHEIRA, 2018).

No entanto, não pode ser desconsiderado a interferência de outros fatores, como em relação a uma maior facilidade de agendamento, especificamente para esse grupo, pois durante esse período de restrição dos atendimentos odontológicos, além de maior disponibilidade de agenda para grupos prioritários, o

acompanhamento do pré-natal não foi suspenso nos serviços de APS (BRASIL, 2020a; SILVA *et al*., 2021), facilitando a capitação dessas mulheres para o acompanhamento odontológico. Cabe destacar ainda, que muito provavelmente, essa estratégia de ofertar a atenção odontológica enquanto a gestante já se encontrava no serviço para atendimento com outros profissionais, pode favorecer muito a redução do absenteísmo e ser melhor utilizado após esse período de pandemia (PINHEIRO; MOREIRA, 2021).

Tal resultado mostra, ainda, uma coerência entre a redução de alguns tipos de atendimento, como das consultas de retorno e/ou manutenção e as de conclusão de tratamento, ao mesmo tempo em que aumentaram as de demanda imediata e os atendimentos domiciliares. Tais resultados apesar de já esperados, sinalizam um importante alerta para se pensar a (re)organização da atenção ofertada, pois essa procura por atendimentos de urgência e emergência demonstra o agravamento do adoecimento da população, mas refletem, também, a falta de acesso ao tratamento odontológico e à resolutividade dos serviços de saúde, como um todo - que já era crônico na maioria dos serviços de APS do país (ALBUQUERQUE *et al*., 2016; SANTIAGO *et al*., 2021).

Essa constante falta de acesso à atenção em saúde bucal que acaba por priorizar as demandas imediatas relacionadas à queixa de dor, já se encontra internalizada na percepção da população que deve procurar o atendimento odontológico somente diante de tal situação. De tal forma, como o parâmetro da dor é muito difícil de ser avaliado clinicamente, essa pode ser considerada uma outra justificativa para o aumento das consultas de demanda imediata (SILVESTRE et al., 2013; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2006).

Por outro lado, o aumento em relação à atenção domiciliar pode ser compreendido como um ponto positivo, revelando uma certa manutenção do vínculo, mas, também, maior integralidade do cuidado, uma vez que o alto grau de vulnerabilidade das famílias cobertas por esse serviço já exigia um acompanhamento mais próximo, com mais de uma visita domiciliar no mês, mesmo antes da pandemia (BRASIL, 2003). Assim, considerando o agravamento das vulnerabilidades sociais durante a pandemia, essa pode ser uma das causas para tal aumento. Além disso, a maior disponibilidade de horários na agenda pode ser apresentada como um outro fator favorável para a realização das visitas domiciliares, incluindo a busca ativa de faltosos em consultas.

Entretanto, cabe destacar que o aumento das visitas domiciliares poderia oportunizar a realização de práticas voltadas à prevenção de cárie dentária e da doença periodontal (ALBUQUERQUE *et al*., 2016), levando ao aumento desse tipo de procedimento ou, pelo menos, minimizado os impactos durante o período da pandemia, o que não se evidenciou no estudo.

Tal resultado, associado à redução muito maior dos procedimentos preventivos (seguido dos conservadores), quando comparado aos invasivos, traz para a discussão questões que vão muito além das mudanças produzidas pela pandemia, remetendo à construção sócio-histórica da saúde bucal no país. Construção essa, marcada por um ensino biologicista e tecnicista que, ainda nos tempos atuais, valoriza uma abordagem limitada ao dano já instaurado, por meio de atendimentos conservadores ou invasivos, quase sempre tendenciosos a um olhar individualista e fragmentado (MOTTA; GONÇALVES; LOPES, 2015; TUMENAS *et al*., 2014).

Os resultados permitiram, ainda, evidenciar que, apesar de um movimento de retomada das atividades, a saúde bucal ainda terá que enfrentar grandes desafios, reorganizando seu processo de trabalho de modo a garantir uma melhor resolutividade nos procedimentos. Somado a essa necessidade de adaptação às necessidades de uma nova rotina, com novos procedimentos minimamente invasivos, alguns autores apontam o aumento no custo dos EPI, que podem impactar nesse processo (RIBEIRO *et al*., 2021; GE, 2020; MENG; HUA; BIAN, 2020; MORAES *et al*., 2020).

Porém, cabe pontuar ainda, que algumas das mudanças decorrentes da pandemia podem servir de aprendizado para a melhoria da organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, como por exemplo, na aproximação que as equipes de saúde bucal tiveram com os demais profissionais da APS para o enfrentamento da covid-19, pode ser estendido para outras atividades, ampliando o vínculo entre os membros da equipe e, consequentemente, buscando superar essa atuação individualizada e fragmentada tão apontada na atenção à saúde bucal.

A inserção na rotina da equipe de saúde de estratégias que possam superar a necessidade do contato presencial, como atividades remotas e divulgação de vídeos de promoção e prevenção em saúde e de informações relacionadas ao tema, pode apresentar-se como uma solução para desafios relacionados a ampliação de acesso, por exemplo.

Assim, apesar das limitações quanto à generalização dos achados, existentes em desenhos metodológicos que utilizam estudo de caso, e ao curto período analisado, constatou-se consonância das características dos usuários atendidos no período de estudo com aqueles que habitualmente utilizam os serviços de APS no Brasil – com predomínio de mulheres (GUIBU *et al*., 2017; SOUSA *et al*., 2011). Apontado como um resultado que traduz um cenário considerado cultural, no qual os adolescentes e, especialmente os homens que precisam ocupar uma posição viril, de quem não pode possuir fragilidades e adoecer, o que reduz e/ou retarda a procura pelo serviço de saúde são refletidos nas demandas também na área de saúde bucal (SOUSA *et al*., 2011; GUIBU *et al*., 2017; AL HALABI, 2020; BANIHANI, 2020). Dessa forma, acredita-se que os resultados também se mostraram de grande relevância para outras equipes de saúde bucal e gestores municipais, uma vez que podem gerar reflexões e, consequentes, mudanças na (re)organização das práticas ofertadas.

7 RECOMENDAÇÕES

Diante de todas as questões elencadas, em especial, da possibilidade de novos períodos de agravamento da Covid-19, são apresentadas algumas recomendações que podem auxiliar os profissionais na (re)organização dos seus processos de trabalhos. Tais recomendações apresentam potencial para melhorar a atenção odontológica ofertada para a comunidade, mas principalmente, ampliar a qualidade do processo de trabalho de toda a equipe do serviço de APS.

A primeira delas está relacionada à importância de se criar um ambiente de trabalho onde se promova a contenção do risco de exposição a agentes potencialmente nocivos ao trabalhador, aos usuários e ao próprio meio ambiente. De tal forma, com o destaque que os profissionais da saúde bucal ganharam nesse cenário de pandemia, devido à familiaridade durante a sua formação com os cuidados de biossegurança, é pertinente que desenvolvam atividades de formação de novos integrantes à equipe do serviço, além da capacitação permanente abordando temas como por exemplo, da técnica de lavagem das mãos, da limpeza e desinfecção de superfícies e, principalmente, do uso correto dos EPI.

Espera-se que a aproximação dos profissionais da saúde bucal com os demais membros do serviço durante as atividades voltadas à covid-19 tenha favorecido uma maior compreensão sobre a importância do trabalho integrado. Porém, uma ação pertinente e que pode ser aproveitada a partir dessa inserção desse espaço de formação e capacitação permanente, seria a criação de momentos para se abordar a importância dos outros profissionais da APS olhem para as questões relacionadas à saúde bucal e inclua essa preocupação em suas consultas, além da realização de um maior número de atividades e consultas compartilhadas.

Um bom exemplo para essa maior integração está no acompanhamento do pré-natal, uma vez que manter uma boa saúde bucal durante a gestação pode impactar na diminuição de morbi-mortalidade materna e infantil. Mas que em decorrência da existência de alguns mitos, esse seguimento das gestantes no tratamento odontológico acaba sendo dificultado, como no receio de que o atendimento odontológico possa trazer algum risco para a vida do bebê em virtude das radiações usadas para a realização de exames radiográficos ou pelo uso de soluções anestésicas durante alguns procedimentos. Nesse sentido, a abordagem do tema por outros profissionais que acompanham a mulher durante esse período, como o médico e o en-

fermeiro, podem contribuir para esclarecer essas informações e motivá-las a realizar o acompanhamento odontológico.

Outra estratégia importante refere-se ao compartilhamento das consultas de pré-natal entre profissionais da equipe. Pode-se optar por organizara agenda em conjunto com o profissional responsável pelo acompanhamento de pré-natal e/ou oportunamente, durante a abertura do pré-natal com a enfermeira, a gestante ser abordada pela equipe de saúde bucal para já realiza a primeira consulta odontológica. Cabe destacar que esse contato logo no primeiro momento permite maior esclarecimento dos fatores relacionados ao pré-natal odontológico e de sua importância, além de proporcionar o fortalecimento do vínculo, o que tende a contribuir para uma diminuição do absenteísmo desse público.

Uma prática, de abrangência coletiva e fácil execução, que pode contribuir para ampliar o acesso à uma parcela da população localizada em áreas distantes dos serviços, como as comunidades ribeirinhas, e/ou que não contemplam equipes de saúde bucal nos serviços aos quais estão matriculados, refere-se as atividades remotas. O contato telefônico com os usuários no dia anterior as consultas já era uma prática utilizada por alguns serviços para evitar o absenteísmo. Porém, durante a pandemia, adaptações foram realizadas como para a oferta de orientações e levantamento de sintomas sugestivos de covid-19, assim como sua utilização como um suporte entre as consultas odontológicas.

Mas a grande inovação implementada nos serviços de APS para auxiliar no diagnóstico e acompanhamento dos usuários pode ser observada em uma série de iniciativas utilizando tecnologias a distância, como redes sociais e smartfone. Da mesma forma, é possível desenvolver atividades com crianças e pais utilizando as informações do cadastro da família ou da escola, assim como é possível divulgar informações (em formato de card ou vídeos) que abordem aspectos de prevenção e promoção da saúde, para além das noções de higiene bucal.

Nessa mesma perspectiva, o desenvolvimento de jogos simples, como por exemplo, jogo da memória ou trilha, abordando os temas relacionados à saúde bucal contribuiriam para ações de maior amplitude comunitária e que, provavelmente, despertaria o maior interesse das crianças e adolescentes, além de não sofrerem impacto com as mudanças decorrentes de situações como a pandemia vivenciada.

Com tantos efeitos negativos trazidos pela pandemia, espera-se que a partir destas recomendações possa-se ampliar o olhar dos profissionais da APS, para que busquem estratégias e ferramentas que possam auxiliar no desenvolvimento das ações em saúde. Além disso, a ampliação de um olhar sobre o quanto o território muda, o quanto estamos em constante evolução e necessidade de adaptações frente os obstáculos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram mudanças na atenção à saúde bucal durante a pandemia da covid-19 que reduziu o atendimento de pessoas pertencentes a todos os ciclos de vida, com exceção dos bebês e das pessoas idosas, que não mostraram diferenças com o período anterior à pandemia. Constatou-se, também, manutenção do número de primeira consulta odontológica e aumento das consultas por demandas imediatas e atendimento domiciliar, enquanto reduziram todos os outros tipos de consulta e procedimento ofertados pelo serviço de APS.

No entanto, ao observar a evolução dos atendimentos e procedimentos entre os quatro períodos, foi possível notar uma certa adaptabilidade nos processos de trabalho, sinalizando uma tendência de aproximação com os valores anteriores a pandemia. Para além de tais mudanças, os resultados elucidaram que a pandemia impactou muito fortemente a realização dos procedimentos preventivos, levantando reflexões a respeito de como são priorizadas tais atividades na rotina de trabalho nos serviços de APS.

Assim, a relevância desses achados reforça a necessidade de (re)organização da atenção à saúde bucal a partir de práticas ampliadas, que valorizem a promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais, além da replicabilidade de estudos que abordem diferentes locais e contextos, permitindo análises que possibilitem aprofundar a compreensão sobre as adaptações realizadas no processo de trabalho durante a retomada dos atendimentos, já que novas ondas de agravamento da Covid-19 demonstram um prolongamento desse período pandêmico. Dessa forma, os problemas identificados nesse estudo poderão contribuir com a reorganização do processo de trabalho em busca da melhoria dos atendimentos e procedimentos odontológicos nesse contexto, mas, também, poderá colaborar para a ampliação de acesso à atenção odontológica em alguns territórios de difícil acesso, como por exemplo, em comunidades ribeirinhas.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, Y. E. et al., Perfil do atendimento odontológico no serviço de urgência para crianças e adolescentes da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. **Rev. Odontol. UNESP,** v. 45, n. 2, p. 115-120, 2016.
2. AL-HALABI, M. Assessment of paediatric dental guidelines and cáries management alternatives in the post COVID-19 period. A critical review and clinical recommendations. **Eur. Arch. Paediatr. Dent.,** v. 10, n. 10, 2020.
3. ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de COVID-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. Brasília: **OPAS/CONASS**, 2020, p. 214-225. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume1.pdf. Acesso em: 5 dez. 2022.
4. ALVES, F. N. M. **Organização da atenção em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: análise da utilização da abordagem sócio-dental e do Índice de Desenvolvimento Familiar na ESF Manguinhos/RJ.** 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2011.
5. AMORIM, A. G.; FAGUNDES DE SOUZA, E. C. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.
6. ANJOS, F. S. et al. Equipes de Saúde Bucal no Brasil: Avanços e desafios. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 601-607, 2011.
7. ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 17, n. 11, 2012.
8. AUSTREGÉSILO, S. C. et al. Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 189-199, 2015.
9. BALDAN, L. C.; TEIXEIRA, F. F.; ZERMIANI, T. C. Atenção odontológica durante a pandemia de COVID-19: uma revisão de literatura**. Vigil. Sanit. Debate**, v. 9, n. 1, 2021.

10. BALDANI, M. H. et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 42, 2018.
11. BANIHANI, A. et al. Could COVID-19 change the way we manage caries in primary teeth? Current implications on Paediatric Dentistry. **Int. J. Paediatr. Dent.**, v. 30, n. 5, 2020.
12. BASSO, M. B. et al. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, 2019.
13. BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Bauru. **Plano municipal de saúde de Bauru 2018-2021**. 2018.
14. BOUSQUAT, A. et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. **Rede de Pesquisa em APS-ABRASCO**, jul., 2020.
15. BRAGA, S. C. **Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Uma revisão de literatura visando a melhoria no acesso aos serviços de saúde bucal no município de Ibirité, Minas Gerais.** 2012. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, MG. 2012.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde- Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986a.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde.** LOPES, José Mauro Ceratti. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 2017a.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União,** 2000.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, 2019.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2371, de 7 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel – UOM. **Diário Oficial da União**, 2009.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 2006b.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprovação Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e organização da Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006c.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3627, de 22 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a aplicação de recursos de programação aprovados pela Lei nº 13.528, de 29 de novembro de 2017, para transferência fundo a fundo de incentivo financeiro para aquisição de Unidades Odontológicas Móveis – UOM pelos entes Municipais, Estaduais e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, 2017b.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde; 1986b.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF– Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Condições de**

saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. 2004b.

32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010: resultados principais**. 2012.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: PMAQ-CEO**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Atendimento Odontológico no SUS**. Brasília-DF, mar. 2020b.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da covid-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
36. BRASIL. Senado Federal. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.
37. BRUNHAUSER, A. L.; MAGRO, M. L.; NEVES, M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. **RFO Passo Fundo**, v. 18, n. 1, p. 24-31, 2013.
38. CALADO, G. S. **A inserção de equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002.
39. CAMARGOS, M. H. L. R. **A organização das ações de Saúde Bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família**. 2011. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Patos de Minas, MG. 2011.
40. CARLETTO, A. F.; SANTOS, F. F. A atuação do dentista de família na pandemia do covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Physis,** v. 30, n. 3, 2020.
41. CARNUT, L. et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3083-3091, 2011.
42. CARRER, F. C. A. et al. Teleodontologia e SUS: uma importante ferramenta para a retomada da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de

COVID-19. **Scielo Preprints**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.837>. Acesso em: 23/04/2021.

43. CARVALHO, J. A. M. et al. Avaliação do acesso de gestantes à atenção odontológica realizada pelo grupo PET-Saúde da Universidade Estadual De Londrina-PR. **Revista da ABENO**, v. 14, n. 1, p. 81-86, 2014.
44. CERPA, N. P. **Acesso e utilização do CEO: uma análise a partir da perspectiva do usuário.** 2020. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2020.
45. CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte**. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3115-24, 2012.
46. CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, 2010.
47. CHAVES, S. C. L.; OLIVEIRA, T. S.; SOARES, C. L. M. Características da utilização de serviços públicos odontológicos em município de médio porte. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 315-335, 2016.
48. CIAMPO, L. A. D. et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 11, n. 3, 2006.
49. CORREA, G. T. **Avaliação da oferta e uso de serviços odontológicos públicos e o impacto das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. No aumento da produção ambulatorial nos municípios brasileiros entre 1999 e 2011**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.
50. CORREA, G. T.; CELESTE, R. K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 12, 2015.
51. COSTA, S. S. Pandemia de desemprego no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 54, n. 4, 2020.
52. DANIGNO, J. F. et al. Fatores associados à redução de atendimentos odontológicos na Atenção Primária à Saúde no Brasil, com o surgimento da COVID-19: estudo transversal, 2020**. Epidemiol. e Serv. de Savol.**, v. 31, n. 1, 2022.

53. DAVOGLIO, R. S. et al. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 655-667, 2009.
54. DE SETA, M. H.; OCKE-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, 2021.
55. DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press**,** 2003.
56. ELY, H. C.; CARVALHO, D. Q.; SANTOS, M. **Políticas de saúde bucal:** breve histórico das políticas de saúde bucal no Brasil. 17 ed. Brasília/Porto Alegre: Mimeo, 2006.
57. EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F.. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 35-41, 2008.
58. ENGSTROM, E. et al. **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da covid-19**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020.
59. FIGUEIREDO, N. et al. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médica, 2012. p. 195-209.
60. FILO, J. M. J. et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista brasileira de saúde ocupacional.** São Paulo, v. 45, n. 14, 2020.
61. FREITAS NETO, W. A. et al. Guerreiros(as) de uma pandemia: pessoas idosas hospitalizadas por covid-19 no Brasil. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2020/2021**: uma análise da situação de saúde diante da pandemia de covid-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Brasília, 2022. p. 69-94.
62. GALHARDI, C. P. et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** 25(Supl.2):4201-4210, 2020.
63. GALLASCH, C. E. et al. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de covid-19**. Rev. Enferm. UERJ**, v. 28, 2020.

64. GARRAFA, V.; MOYSES, S. J. Odontologia brasileira, tecnicamente elogiável, cientificamente dissentível, socialmente caótica. **Divulgação para Debate.** 1986.
65. GE, Y. L. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. **Zhejiang Univ-Sci B (Biomed & Biotechnol)**, v. 21, n. 5, p. 361-368, 2020.
66. GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 951-964, 2006.
67. GONÇALVES, V. F.; MOURA FÉ, M. A. **Acesso a primeira consulta odontológica programática no município de Nazária– PI**, 2019. 12 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) - Universidade Federal do Piauí, 2019.
68. GUIBU, I. A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública,** v. 51, 2017.
69. HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, 2020.
70. HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. 809-19, 2008.
71. HIROOKA, L. B. et al. Organization of dental health care in a region of the state of São Paulo based on PMAQ-AB External Evaluation, 2012. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 74, n. 2, p. 101-113, 2017.
72. HIROOKA, L. B. et al. **Retratos da atenção primária à saúde bucal em uma região do estado de São Paulo 2012-2018, por seus atores sociais**. In: AKERMAN, M. et al. (orgs). Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS – a resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da atenção primária à saúde. Hucitec, 2020, p.298-315.
73. HONE, T. *et al*. Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities. **Lancet Glob Health**, v.7, n.11, p-1575-1583, 2019.

74. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013, Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
75. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População no último censo:** IBGE, Censo Demográfico 2010.
76. KOBAYASHI, H. M. et al. Family risk as adjunct for organizing the demand for oral health service in the Family Health Strategy **Rev. Odontol. UNESP**, v. 44, n. 2, p. 85-91, 2015.
77. KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.
78. LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, dez. 2011.
79. LEAL JUNIOR, F. J. et al. Integrality in oral health in primary Health Care: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, 2021.
80. LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 42, n.1, set. 2018.
81. LOPES, R. C. P. **Integração da ESF e ESB como forma de organização da demanda: contribuição para o aumento do acesso ao serviço de saúde bucal em Belo Horizonte, MG**. 2013. Monografia (Especialização em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. 2013.
82. LORENA SOBRINHO, J. E. et al. Atuação do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde frente a covid-19: experiência em Caruaru, Pernambuco**. Odontol. Clín. Cient.**, v. 19, n. 3, p. 214 – 220, Jul., 2020.
83. LUCENA, E. H. G. **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO)**. 2016. 153 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
84. LUCENA, E. H. G. et al. Acesso em saúde bucal na atenção básica antes e após o início da pandemia de covid-19 no Brasil. **Pesq. Bras. em Odontop. e Clín. Integ.,** 2020.

85. MACEIO. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Maceió. **Atendimento Odontológico em tempos de Covid-19 no município de Maceió –AL**. Maio, 2021.
86. MADRUGA, R. C. R. et al. Access to Oral Health Services in Areas Covered by the Family Health Strateg. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.,** v. 17, n. 1, 2017.
87. MANFREDINI, M. A. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: DIAS, A. A e cols. **Saúde Bucal Coletiva** – Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Editora Santos, 2006. p. 43-73.
88. MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BmJ Glob. Health.,** v. 3, n. 4, p. e000829, 2018.
89. MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2014.
90. MEDEIROS, G. A. R.; NICKEL, D. A.; CALVO, M. C. M. Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 28, n. 3, 2019.
91. MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.
92. MENDES-GONÇALVES, R. B. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v. 1, n. 1, out.1994.
93. MENG, L., HUA, F.; BIAN, Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine**. Journal of Dental Research**. v. 99, n. 5, 2020.
94. MINAS GERAIS. Nota Técnica nº 15/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CSB/2022 Processo nº 1320.01.0038322/2022-97: **Orientação para o atendimento odontológico no contexto trans e pós pandemia Covid-19**. Secretaria Municipal da Saúde. Abril, 2022.
95. MINISTRY OF HEALTH. Consultative Council on Medical and Allied Services. **Interim report on the future provision of medical and allied services London**, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 15/02/2022.

96. MORAES, D. C. et al. Atendimento odontológico em tempos de covid-19: compartilhando boas práticas protetivas e de biossegurança**. J. Dent. Public. Health**, v**.** 11, n.1, p.73-82, 2020.

97. MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1383-1392, 2007.

98. MOTTA, L. J.; GONÇALVES, P. E.; LOPES, M. C. Primary Dental Care: the experience in the undergraduate courses. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 21 dec. 2015.

99. MOURA, M. S. **A saúde bucal no contexto da saúde da família: os desafios da promoção em saúde bucal no contexto da saúde da família**. 2011. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, MG. 2011.

100. MUNKEVIS, M. S. G.; PELICIONI, M. C. F.. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: uma perspectiva do usuário. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.**, v. 20, n. 3, p. 791-801, 2010.

101. NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 455-462, 2009.

102. NERI, M. Onde estão os idosos? Conhecimento contra o COVID-19. **FGV Social**, abr. 2020. [citado 2020 Jul 10]. Disponível em: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Sumario-Executivo-COVIDage-FGV-Social-Marcelo-Neri.pdf>. Acesso em: 15/02/2022.

103. NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciênc. Saúde Colet.,** v. 24, n. 5, 2019.

104. NUNES, J. et al. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global**. Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020.

105. OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 297-302, 2005.

106. OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, 2013.

107. OLIVEIRA, R. S. et al. Use of dental services in areas covered by the Family Health Strategy in Olinda, Brazil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 22, n. 1, 2014.

108. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2008:** Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

109. OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Alta**. Alma-Alta: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 15/02/2022.

110. PADILHA, W. W. N. et al. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada,** v. 5, n. 1, p. 65-74, jan./abr. 2005.

111. PAIM, J.S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges**. The Lancet**, p. 1778-179, 2011.

112. PARANÁ. Secretaria Municipal da Saúde. Nota orientativa 39/2020: **Orientações referentes ao atendimento odontológico* nos serviços públicos frente ao COVID-19**. 2020.

113. PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 449-462, 2012.

114. PIMENTEL, F. C. et al. Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Colet.**, v. 22, n. 1, jan./mar. 2014.

115. PINHEIRO, M. L. S.; MOREIRA, M. R. M. M. **Atuação da odontologia no atendimento compartilhado durante pré-natal: um relato de experiência**. In: VIII Encontro Cearense de Residências em Saúde. Resumo Expandido. Processo formativo do/a residente. 2021.

116. PINHO, J. R. O. et al. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 69, n. 1, jan./mar. 2015.

117. PIRES, Olga Maria Dias Agostinho. **Retomada dos atendimentos odontológicos em tempos de pandemia de covid 19**. Anais do XVII Congresso Paulista de Saúde Pública... Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/79013>. Acesso em: 01/12/2022 12:12

118. PUCCA JUNIOR, G. A.et al. Oral health policies in Brazil. **Braz. Oral Res.**, v. 23, n. 1, p. 9-16, 2009.

119. REIS, W. G; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate,** v. 39, n. 104, p. 56-64, 2015.

120. RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Orientações para a Retomada dos Atendimentos Eletivos em Odontologia Pré – Atendimento**. 2020.

121. RIBEIRO, E. M. **Plano de intervenção para organização do acesso aos serviços de saúde bucal na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Candides, Divinópolis, Minas Gerais**. 2014. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, MG. 2014.

122. RIBEIRO, L. M. C. A.V. et al. O impacto da pandemia do COVID-19 no atendimento odontológico infantojuvenil no Sistema Único de Saúde de João Pessoa – PB. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 5, 2021.

123. ROCHA, J. R. et al. Odontologia no contexto da pandemia por COVID-19: uma visão crítica. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 6, p. 19498-19509. nov./dez. 2020.

124. ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, 2008.

125. ROHR, R. I. T.; BARCELLOS, L. A. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. **Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde**, v. 10, n. 3, 2008.

126. ROSELINO, P. L.; DAMASCENO, J. L.; FIGUEIREDO, G. L. A. Saúde bucal na atenção primária à saúde: articulações entre o ensino e a estratégia de saúde da família. **Rev. Odontol. UNESP**, 2019.

127. SAMPAIO, J. et al. PMAQ-AB: A Experiência local para a qualificação do programa nacional. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 10, n. 5, p. 4318-28, nov. 2016.

128. SANCHEZ, H. F.; BRAGA, S. C. Melhoria do acesso à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: Uma revisão de literatura. **Rev. APS**, v. 17, n. 3, p. 397-402, 2014.

129. SANINE, P. R. et al. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018.

130. SANINE, P. R.; CASTANHEIRA, E. R. L. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. **Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos**, v. 25, p. 199-215, 2018.

131. SANTIAGO, C. P. L. et al. Resolutividade da atenção básica em saúde bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva,** v. 26, p. 3589-3597, 2021.

132. SANTIAGO, F. H. D. **A não adesão dos usuários ao tratamento odontológico devido a dificuldade de acesso a Unidade Básica de Saúde.** 2013. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, MG. 2013.

133. SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

134. SANTOS, K. F.; BARBOSA, M. COVID-19 e a Odontologia na prática atual. **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. 12, n. 11, p. e5113, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5113.2020 >. Acesso em: 15/02/2022.

135. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Orientações para Atendimentos Odontológicos em Tempos da COVID-19 – Saúde Bucal**. 2021.

136. SCHERER, C. I. et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde Debate**, v. 42, n. 2, p. 233-246, 2018.

137. SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, p. 98, 2015.

138. SILVA, A. L. M. et al. Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico,** ISSN 2595-7899, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e8633.2021>. Acesso em: 18/09/2022.

139. SILVA, M. L.; GOMES FILHO, Douglas Leonardo. A Percepção dos Usuários sobre a Incorporação da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.,** v. 12, n. 3, p. 369-76, 2012.

140. SILVA, M. V. S. et al. O impacto do isolamento social na qualidade de vida dos idosos durante a pandemia por COVID-19**. Enferm. Bras**., v. 19, n. 4, p. S34-S41, 2020.

141. SILVESTRE, J. A. C. et al. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

142. SOBRINHO JUNIOR, J. F.; MORAES, C. C. A COVID-19 e os reflexos sociais do fechamento das escolas. **Dialogia**, n. 36, 2020.

143. SOUSA, L. M. et al. Perfil dos usuários atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Ananindeua (Pará-Brasil). **Revista Ciência & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 50-58, jul./dez. 2011.

144. SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial**. Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

145. SPAGNUOLO, G. et al. Surto de COVID-19: uma visão geral sobre odontologia. **Int. J. Environ. Res. Public. Health**., v. 17, n. 6, 2020.

146. STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD, B. (Org). **Atenção primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, p. 207-45, 2002.

147. TAVARES, R. P. et al. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 628-635, 2013.

148. TOMITA, N. E. et al. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. **Rev. Saúde Pública,** v. 30, n.5, p. 413-20, 1996.

149. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, 2004.

150. TROVÃO, C. J. B. M. **A Pandemia da covid-19 e a Desigualdade de Renda no Brasil:** Um Olhar Macrorregional para a Proteção Social e os Auxílios Emergenciais. Texto para Discussão. UFRN. DEPEC, Natal, n. 4, 2020.

151. TUMENAS, I. et al. Odontologia Minimamente Invasiva. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 68, n. 4, p. 283-295, 2014.

152. UCHOA, A. C. et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis,** v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011.

153. VIELLAS, E. F. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública 30, s. 1, 2014.

154. WARMLING, A. M. F. et al. F. Application based on dental cáries determinants for decision making support. **Jornal Brasileiro de TeleSaúde**, v. 1, p. 35-42, 2012.

155. WIENCI, A. Reorganização do Serviço Odontológico da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde de Foz do Iguaçu-PR no Período do covid-19. **Rep. Inst. UNILA**, 2021.

156. YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

157. ZHOU, P. et al. Surto de pneumonia associado a um novo coronavírus de provável origem em morcego. **Nature**, p.270-273, 2020.

ANEXO 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/Unesp Botucatu

UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O impacto da pandemia da Covid-19 no acesso à assistência bucal em um serviço de atenção primária à saúde do interior de São Paulo/ Brasil.

Pesquisador: LIVIA SOUZA KRETTER DE CAMARGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48434221.5.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.999.527

Apresentação do Projeto:

As informações apresentadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

Atendendo a pendência anteriormente proposta, a pesquisadora apresenta a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município para a coleta de dados no sistema municipal.

A pesquisadora refere que devido à maior exposição dos profissionais da odontologia a saliva, sangue e fluidos corporais, que são intensificados pelo uso dos instrumentos rotatórios, no contexto da pandemia da Covid-19 as ações de saúde bucal sofreram um grande impacto. Os atendimentos odontológicos eletivos foram suspensos, sendo mantido apenas os casos de urgência. Mas, mesmo estes, foram alterados com a ampliação do intervalo entre as consultas. O acesso aos serviços são caracterizados pelo reconhecimento, por parte dos profissionais e da população, como o primeiro recurso a ser procurado diante da existência de um problema de saúde. Já a acessibilidade relaciona-se à oferta de serviços e à capacidade de realização de ações que respondam às necessidades de saúde de uma determinada população. As medidas que visavam evitar a disseminação do vírus acarretaram uma redução considerável dos atendimentos odontológicos e, como consequência, um impacto negativo nos indicadores de acesso e resolubilidade dos serviços em saúde bucal, contribuindo para um aumento na demanda reprimida e para o agravamento de problemas relacionados à saúde bucal.

O estudo tem como hipótese que o acesso à assistência em saúde bucal tenha piorado durante o

Endereço: Chácara Butignolli , s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br

período da pandemia.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa que utilizará dados secundários extraídos dos registros de rotina da assistência prestada na saúde bucal em um serviço de APS de um município de grande porte do interior do estado de São Paulo, em dois períodos da pandemia da Covid-19 (antes – de 09/2019 a 02/2020 e durante - de 09/2020 a 02/2021). As variáveis de análise serão coletadas dos relatórios do Sistema de Informação em Saúde – MV, utilizado no município e serão agrupadas conforme características sociodemográficas dos usuários que tiveram acesso ao serviço nestes dois períodos e características referentes ao atendimento odontológico. O banco extraído do MV será exportado para o Pacote estatístico SPSS (versão 25.0) e realizada análises estatísticas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto da pandemia da Covid-19 no acesso à assistência bucal em um serviço de Atenção Primária à Saúde do interior do estado de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Referem que não há riscos, uma vez que utilizar-se-ão dados secundários sem a identificação dos participantes. Os benefícios elencados são: desenvolver conhecimento generalizável e ter a possibilidade de responder às incertezas ou lacunas do conhecimento científico envolvendo essa temática; Contribuir com a reorganização dos serviços de APS, em especial, voltada para oferta de assistência odontológica à uma demanda reprimida durante o período da pandemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante que será realizada em município de grande porte para compreender, no contexto da pandemia, a acessibilidade aos serviços odontológicos na atenção primária à saúde. Os dados serão colhidos de sistema de informação do município sem contato direto com os usuários do sistema de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos: Folha de rosto assinada e Termo de Anuência Institucional da Unesp. Conforme solicitação trouxe a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização do estudo. Solicita dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) justificando que a pesquisa utilizará banco de dados secundários, com informações agregadas e sem possibilidade de identificação individual.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO, o PROJETO de Pesquisa apresentado, foi APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise em REUNIÃO, o PROJETO de Pesquisa apresentado, foi APROVADO.

Apresentar o Relatório Final de Atividades ao encerramento da pesquisa.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1774729.pdf	22/09/2021 17:49:33		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	22/09/2021 17:48:06	LIVIA SOUZA KRETTER DE CAMARGO	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	22/09/2021 14:26:12	LIVIA SOUZA KRETTER DE CAMARGO	Aceito
Outros	parecer_sms.pdf	31/08/2021 21:23:38	LIVIA SOUZA KRETTER DE CAMARGO	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaInstitucional.pdf	22/06/2021 14:03:55	LIVIA SOUZA KRETTER DE CAMARGO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.pdf	22/06/2021 14:01:03	LIVIA SOUZA KRETTER DE CAMARGO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	22/06/2021 14:00:18	LIVIA SOUZA KRETTER DE CAMARGO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO 2: Anuência da secretaria municipal de saúde para utilização das informações do município

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA DA SAÚDE DE BAURU

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro que tenho ciência e autorizo o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: **"O impacto da pandemia da Covid-19 no acesso à assistência bucal em um serviço de atenção primária a saúde do interior de São Paulo/Brasil"**, a ser conduzido(a) pelo(a) pesquisador(a) **Livia Souza Kretter de Camargo** e sob orientação da Prof.(a) Dr.(a) **Patricia Rodrigues Sanine**, junto a esta instituição, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro também que conheço e farei cumprir os requisitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e tendo esta Instituição as condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, autorizo sua execução.

Bauru, 19 de agosto de 2021.

Secretaria Municipal de Saúde de Bauru
Dr. Orlando Costa Dias
Secretário Municipal de Saúde
CPF: 920.608.5[illegible]-49

Dr. Orlando Costa Dias
Secretário Municipal de Saúde de Bauru