

Medidas de biossegurança nos consultórios odontológicos durante a pandemia de COVID-19: estudo com profissionais de saúde bucal do estado do Paraná

Biosafety measures in dental offices during the COVID-19 pandemic: a study with oral health professionals in the state of Paraná

Rosalba Vaz Schüllli dos Anjos¹, Alan Gustavo Stahlhoefer², Ivone da Costa Rosa³, Renata Cristina Soares⁴, Letícia Simeoni Avais⁵, Elis Carolina Pacheco⁶, Manoelito Ferreira Silva Junior⁷, Thays Regina Ferreira da Costa⁸, Giovana Daniela Pecharki⁹, Marcia Helena Baldani¹⁰, Rafael Gomes Ditterich¹¹

RESUMO

Com o surgimento da pandemia causada pelo SARS-Cov-2, houve a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, incluindo a clínica odontológica. O objetivo do presente estudo é descrever as medidas de biossegurança realizadas ou modificadas na prática de saúde bucal no estado do Paraná, em nível público e privado, envolvendo três categorias profissionais: cirurgiões-dentistas (CD), técnicos em saúde bucal (TSB) e auxiliares de saúde bucal (ASB). Esta pesquisa transversal descritiva foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2020, com o envio de questionários *on-line* por *e-mail* e divulgação em redes sociais. Foram envolvidos 1072 profissionais, sendo 75,6% CD, 16,3% ASB e 8,1% TSB. O gênero feminino foi predominante entre os participantes (81,1%), com 46,1% apresentando idade entre 40 e 59 anos. Gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção e protetor facial são referidos como sempre utilizados, respectivamente, por 92,3%, 81,0%, 80,0% e 79,1% dos participantes. A máscara N95/PFF2 (67,5%) e o avental impermeável (20,3%) tiveram os maiores percentuais de "nunca disponíveis ou utilizados". Cerca de 50% afirmaram que tiveram acesso à Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Os profissionais avaliados, em geral, realizaram mudanças em suas práticas de biossegurança, mas precisam ser acompanhados durante toda a extensão da pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Contenção de Riscos Biológicos. Atenção Odontológica. Serviços de Saúde Bucal. Padrões de Prática Odontológica.

ABSTRACT

With the emergence of the SARS-Cov-2 pandemic, there was a need to restructure health services in Brazil, including the dental clinic. The aim of the present study was to describe the biosafety measures performed or modified in oral health practice at public and private levels, involving the three professional categories: dental surgeons (DDS), oral health technicians (OHT), and health assistants (HA) in the state of Paraná. This descriptive cross-sectional survey was carried out from August to October 2020, with an online questionnaire being sent by email and published on social networks. There were 1072 professionals involved, of which 75.6% were DDS, 16.3% were OHT, and 8.1% were HA. The female gender was predominant among the participants (81.1%), and 46.1% were aged between 40 and 59 years. 92.3%, 81.0%, 80.0%, and 79.1% of the participants, respectively, said they always used a cap, surgical mask, protective glasses, and face shield. The N95/PFF2 mask (67.5%) and the waterproof apron (20.3%) are two of the most frequently mentioned items as never being available or used. About 51% said they had access to Technical Note GVIMS/GGTES/ANVISA No. 04/2020. In general, the professionals evaluated have been making changes in their biosafety practices, but they still need to be monitored throughout the pandemic.

KEYWORDS: COVID-19. Containment of Biohazards. Dental Care. Dental Health Services. Practice Patterns, Dentists'.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: novembro de 2021

¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4414-6258>.

² Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4527-1181>.

³ Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5759-6592>.

⁴ Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7261-3020>.

⁵ Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4603-7090>.

⁶ Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0409-2881>.

⁷ Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8837-5912>.

⁸ Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9658-3823>.

⁹ Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9537-9855>.

¹⁰ Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1310-6771>.

¹¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8940-1836>.

INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia da COVID-19. Essa doença é causada pelo vírus SARS-CoV-2 e suas manifestações vão desde uma síndrome gripal até uma infecção respiratória aguda, que pode levar a óbito¹.

Em um curto espaço de tempo, o cirurgião-dentista foi submetido a mudanças bruscas em sua rotina de trabalho, uma vez que diversas adaptações foram necessárias para que pudesse manter-se ativo². Todo um arsenal de biossegurança passou a fazer parte da rotina odontológica³, até então considerada pacificada. O contato muito próximo entre profissional e paciente passou a dar lugar ao medo e à insegurança, por mais que fossem adotados todos os cuidados recomendados por órgãos de saúde internacionais e nacionais. Os pacientes, também imersos nesses sentimentos e sujeitos às restrições impostas a todos, diminuíram a busca pelos atendimentos. Na atenção à saúde bucal, a situação imposta determinou cautela na organização do processo de trabalho⁴.

A disponibilidade de protocolos de atendimento e sua constante atualização exercem importante papel para guiar os profissionais de saúde bucal, principalmente em tempos de incerteza, como ocorre nesse momento de pandemia de COVID-19, em que novas descobertas ocorrem diariamente. Tratando-se especificamente do atendimento odontológico, sabe-se que há muitos riscos associados, sobretudo devido à produção de aerossóis, proximidade face a face e exposição a saliva e sangue⁵.

Nesse sentido, para o enfrentamento da COVID-19, protocolos foram organizados pelas entidades e órgãos da saúde internacionais e nacionais de vários países com o objetivo de proteger os profissionais da saúde bucal e os pacientes, bem como a fim de instituir medidas preventivas e evitar a disseminação do vírus. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 no dia 30 de janeiro de 2020, que sofreu sucessivas atualizações em 17 de fevereiro, 21 de março, 31 de março, 8 de maio e 27 de outubro de 2020, assim como em 25 de fevereiro de 2021. A terceira atualização, em 31 de março 2020, estabeleceu a restrição aos serviços de saúde bucal, estipulando o atendimento somente de urgência ou emergência nos consultórios odontológicos no início da pandemia⁶. Após essa última, até o presente, já houve mais três atualizações da norma com orientações para os profissionais⁶.

O Ministério da Saúde publicou a nota técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS no dia 20 de março de 2020, definindo que, especialmente na Atenção Primária à Saúde – que é responsável por cerca de 80% dos casos leves esperados de COVID-19 –, os profissionais de saúde bucal, sendo corresponsáveis pelo cuidado da população e integrantes das equipes multiprofissionais, deverão compor a equipe que realizará as ações do *Fast-Track* COVID-19⁷.

Nesse sentido, no estado do Paraná, vários profissionais de saúde bucal do serviço público foram alocados para a linha de frente do enfrentamento da COVID-19, no acolhimento e na testagem em vários municípios paranaenses.

Para a adequação aos protocolos mais rígidos de biossegurança durante a pandemia nos consultórios odontológicos públicos e privados, houve necessidade de mudanças organizacionais no processo de trabalho das equipes de saúde bucal, como também em relação aos usuários. Isso posto, em um contexto de escassez de tempo e de recursos, o conhecimento das normas e o treinamento adequado dos profissionais de saúde bucal são essenciais para avaliar como estes se expõem durante o atendimento e como os serviços de saúde se organizam^{8,9,10}.

Baldan et al.¹¹, ao realizarem pesquisa de revisão integrativa sobre a temática, constataram que os estudos analisados eram, em sua maioria, de revisão de literatura, de modo que há carência de publicações sobre a temática que analisem a efetividade dessas medidas preventivas, bem como a adesão dos profissionais a tais estratégias, e que avaliem a percepção deles acerca do enfrentamento da pandemia e do impacto das medidas de prevenção nos serviços odontológicos.

Alguns estudos têm avaliado o conhecimento e as atitudes dos cirurgiões-dentistas e as possíveis mudanças e adequação aos protocolos realizados durante a pandemia¹¹, contudo os questionários visam apenas aos Cirurgiões-dentistas (CD),¹²⁻¹⁹ não considerando os Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e os Técnicos de Saúde Bucal (TSB). Sendo assim, o objetivo do trabalho foi descrever como e quais medidas de biossegurança os profissionais de saúde bucal do estado do Paraná realizaram ou mudaram no atendimento odontológico durante a pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Este estudo tem delineamento transversal descritivo e foi realizado a partir de coleta de dados *on-line* com profissionais de saúde bucal de serviços odontológicos de nível ambulatorial, públicos e privados, que atuam no estado do Paraná, Brasil. Trata-se de um recorte de pesquisa multicêntrica da Rede de Saúde Bucal Coletiva da região Sul, intitulada “Biossegurança em odontologia para o enfrentamento da COVID-19: análise das práticas e formulação de estratégias”.

Local do estudo

O Paraná é o sexto maior estado brasileiro em população e compõe a Região Sul do Brasil juntamente com os estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. Conta numericamente com o 4º maior número de Cirurgiões-dentistas (CD) de todo o Brasil, porém ao ser considerado o número total dos profissionais que foram alvo desta pesquisa (CD, TSB e ASB), o estado fica em 5º lugar, abaixo de SP, MG, RJ e RS, de acordo com dados do Conselho Federal de Odontologia¹⁴. O estado possui 20.526 CD, que correspondem a 68,4% das três categorias estudadas no presente, 7.476 ASB (25%) e 1.981 TSB (6,6%). O total amostral desta pesquisa foi de 810 CD, 175 ASB e 87 TSB, correspondendo no estudo a 75,5%, 16,3% e 8,1%, respectivamente.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa, PR, centro coordenador do estudo multicêntrico, sob o protocolo de número 4.024.593. Juntamente com o questionário, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que também está disponível na plataforma *on-line*. Só teve acesso ao instrumento da pesquisa o participante que assinou o TCLE.

Amostra

Para este estudo foi considerada uma amostra de conveniência. A elegibilidade dos sujeitos, selecionados a partir do banco de dados do estudo multicêntrico, foi definida a partir dos critérios de inclusão: Cirurgiões-dentistas, Técnicos em Saúde Bucal ou Auxiliares em Saúde Bucal, inscritos no Conselho Regional de Odontologia do Paraná (CRO-PR) e com local ativo de trabalho nos municípios paranaenses. Na amostra foram incluídos os profissionais de nível ambulatorial, excluindo-se os que não realizaram atendimentos odontológicos durante a pandemia da COVID-19, os que atuavam em gestão e docência e os que se auto referiram como desempregados.

Coleta de dados

A coleta de dados do estudo multicêntrico foi realizada entre agosto e outubro de 2020 por meio de formulário *on-line* do Google Formulários®, sendo o *link* para participação enviado aos profissionais ativos via *e-mail* pelo CRO-PR, juntamente com o TCLE. Após o primeiro envio,

a resposta ao formulário foi monitorada independentemente em cada estado da região Sul, e o mesmo *e-mail* foi reenviado 15 e 45 dias depois do primeiro envio.

Para aumentar a taxa de resposta, foram adotadas estratégias de divulgação em redes sociais, tais como Instagram®, Facebook® e Whatsapp®. Além disso, os pesquisadores entraram em contato com gestores da área da saúde pública dos estados e municípios, como secretários de saúde e coordenadores de saúde bucal, como também com entidades representativas da profissão, como a Associação Brasileira de Odontologia (ABO). Também foi solicitado auxílio de coordenadores de cursos técnicos e de graduação para alcance dos egressos. Para ampliar a divulgação, foi realizada uma série de eventos *on-line*, com participação de profissionais da saúde ligados à Odontologia e à saúde pública da região Sul do Brasil, com o intuito de levar informações baseadas em evidências, ajudar com a divulgação da pesquisa e incentivar a participação dos profissionais de saúde bucal.

Os participantes responderam a um questionário *on-line* estruturado, especificamente elaborado para a pesquisa multicêntrica, composto por 50 questões divididas em três blocos: (1) Perfil sociodemográfico, de formação e de trabalho; (2) Disponibilidade de insumos e medidas de biossegurança preconizadas pela Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA No 04/20208⁵; (3) Prática Profissional, gestão, educação e trabalho em equipe. As questões do bloco 2 foram elaboradas com opções de resposta em escala *likert* de frequência em 5 pontos (1 - nunca, 2 - raramente, 3 - às vezes, 4 - quase sempre, 5 - sempre), contendo ainda a opção “não sei”. As do bloco 3 se apresentam em escala *likert* de concordância de 5 pontos (1 - discordo totalmente, 2 - discordo parcialmente, 3 - não concordo e nem discordo, 4 - concordo parcialmente e 5 - concordo totalmente), contendo também a opção “não sei”.

Na primeira etapa da pesquisa, o questionário foi validado. A primeira fase do processo constou da validação de face por oito experts da área. Na segunda fase de validação, o questionário foi aplicado a 35 profissionais que trabalham em outros municípios que não os dos estados da região Sul do Brasil. Essa etapa aconteceu em julho de 2020. O objetivo desse estudo piloto foi aprimorar o instrumento de coleta de dados e identificar possíveis fatores que pudessem interferir negativamente no andamento do estudo, como desafios no envio do questionário e aspectos relacionados à compreensão das questões. Depois de realizados os ajustes necessários, o questionário definitivo foi então enviado aos profissionais de saúde bucal e divulgado para resposta.

A reprodutibilidade do instrumento foi verificada ao longo da coleta de dados, sendo os participantes convidados a responder novamente à pesquisa após decorridos de 7 a 10 dias da primeira resposta. O convite foi encaminhado aleatoriamente e repetido até se alcançar o número de 50 respostas.

Análise de dados

Os dados quantitativos foram organizados em planilha eletrônica do Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, EUA), e a análise descritiva foi realizada no *programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para Windows® (IBM Corporation, New York, EUA) por meio de frequências absolutas (n) e percentuais (%) para as variáveis categóricas.

RESULTADOS

A caracterização demográfica dos participantes revelou que mais de 80,0% da amostra é de profissionais do sexo feminino (n=869), com 18,9% do sexo masculino (n=203). Quanto à idade, a maioria situa-se nas faixas entre 25 e 39 anos e entre 40 e 59 anos (90,5% no total, sendo 44,4% e 46,1 %, respectivamente). A faixa etária com menos participantes foi de 60 anos ou mais, contando com 30 pessoas (2,8 %) (Tabela 1).

No que diz respeito à ocupação, 75,6% eram cirurgiões-dentistas (CD), 16,3%, auxiliares de saúde bucal (ASB) e 8,1%, técnicos de saúde bucal (TSB). O tempo de conclusão da formação inicial principal desses profissionais foi bastante variado: 23,1% (n=248) tinham até 5 anos de formados, 19,4% (n=208) tinham entre 6 e 10 anos, 14,6% (n=157) tinham entre 11 e 15 anos, 11,5% (n=123) tinham entre 16 e 20 anos, com a maioria, 31% (n=332), tendo entre 16 e 20 anos de formados. Apenas quatro (n= 4) participantes (0,4 %) não tinham formação, pois eram ASB que haviam sido reconhecidos pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO) através de comprovação de conhecimentos e aptidões na profissão por carta de recomendação do cirurgião-dentista com quem o ASB trabalhava. Isso ocorreu antes da promulgação da Lei Federal 11.889 de 24/12/2008, que regulamentou as profissões de ASB e TSB. A partir dessa data, o registro no conselho de classe passou a ser realizado apenas mediante conclusão de curso prévio de formação (Tabela 1).

Na questão que trazia o tema “maior nível de pós-graduação”, a amostra contou com 810 participantes, visto que era direcionada apenas para os cirurgiões-dentistas. Dentre esses profissionais, 16,9% (n=181) não tinham pós-graduação, 45,9% (n=492) eram especialistas, 7,8% (n=84) tinham mestrado e 4,9% (n=53), doutorado (Tabela 1).

Quando foram arguidos sobre vínculos empregatícios, a grande maioria dos participantes (85,3 %, n=914) afirmou ter apenas um, e somente 14,7% (n=158) dos profissionais referiram ter mais de um vínculo empregatício (Tabela 1).

Ao responderem sobre o local de trabalho atual, questão que possibilitava mais de uma resposta, apurou-se que a grande maioria da amostra atuava no serviço público (58,3 %, n=626) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com Estratégia Saúde da Família (29,1 %) ou sem (22,9

%), em Centros de Especialidades Odontológicas (6 %) ou em Unidades de Pronto Atendimento (0,3 %). Na sequência, aparecem os profissionais que atuavam no serviço privado (49,4%, n=530) e os que atuavam em clínica odontológica de ensino (intra e/ou extramuros), contando estes com 3,9% (n=42) da amostra. Outros locais de trabalho com menores quantitativos entre os respondentes, que somam 5,8% de respostas, também são apresentados na Tabela 1, sendo eles: Sistema “S”, Serviço Hospitalar, Forças de Segurança, Gestão, Associação/Sindicato e Sistema Prisional (Tabela 1).

Os tipos de vínculos trabalhistas – questão que também permitia selecionar mais de uma resposta – ficaram na seguinte ordem decrescente de seleção pelos participantes: servidor público estatutário (n=443), profissional autônomo (n=386), servidor público celetista (n=114), empregado celetista (n=111), profissional que trabalha por porcentagem (n=98), profissional com contrato temporário (47) e residente (39) (Tabela 1).

Na questão sobre qual dos serviços ambulatoriais em que atuam os participantes selecionariam para responder à pesquisa de biossegurança, mais da metade (53,7 %) dos participantes escolheram o vínculo profissional em que atuam no Sistema Único de Saúde, sendo 48,1% trabalhadores na Atenção Básica, 5,2% profissionais de Centros de Especialidades, 4,0% atuando em Unidades de Pronto Atendimento. Em seguida, 40,1% (n=430) dos respondentes escolheram a clínica odontológica privada em que atuam. Houve 3,0% (n=32) que escolheram seu trabalho no Sistema “S”, 0,6% dos participantes selecionaram o hospital em que atuam, 0,5%, o trabalho em forças de segurança, 0,2%, o curso de residência e 1,9% selecionou outros ou não especificou (Tabela 1).

Quanto ao acesso às diretrizes de prevenção e controle da COVID-19, ainda apresentado na Tabela 1, mais de metade dos profissionais relataram que a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020⁵ foi a mais acessada (51%, n=547 participantes) e 5% referiram que não tiveram acesso a nenhum dos documentos citados na questão. Na segunda colocação de mais acessos aparece a cartilha do Conselho Federal de Odontologia (CFO) (18,5%, n=198 participantes). Em terceiro lugar, ficaram as Recomendações dos CROs, contando com 15,8% (n=169) da amostra. Foram citadas ainda como diretrizes acessadas, as Recomendações da Secretaria Municipal/Estadual de Saúde (9,1%, n=98 participantes). Seis pessoas (0,6%, n=6) responderam que acessaram outros documentos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, de formação e trabalho da amostra de profissionais de saúde bucal. Paraná, Brasil, ago.-out. 2020

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	869	81,1
Masculino	203	18,9
Idade		
18-24 anos	72	6,7
25-39 anos	476	44,4
40-59 anos	494	46,1
60 anos ou mais	30	2,8
Profissão/ocupação		
Cirurgião(ã)-dentista (CD)	810	75,6
Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)	175	16,3
Técnico(a) em Saúde Bucal (TSB)	87	8,1
Ano de conclusão da formação profissional		
Até 5 anos de formado (2010 a 2020)	248	23,1
06 a 10 anos	208	19,4
11 a 15 anos (2009 a 2000 inclusive)	157	14,6
16 a 20 anos	123	11,5
Mais de 20 anos (1999 inclusive ou menor)	332	31,0
ASB sem formação (reconhecimento por carta de cirurgião-dentista)	4	0,4
Maior nível de pós-graduação (n=810) *		
Não possui	181	16,9
Especialização	492	45,9
Mestrado	84	7,8
Doutorado	53	4,9
Não se aplica (ASB e TSB)	262	24,5
Número de vínculos de trabalho		
Apenas um	914	85,3
Mais de um	158	14,7
Tipo(s) de vínculo(s) de trabalho**		
Servidor público estatutário	443	41,3
Autônomo	386	36,0
Servidor público celetista	114	10,6

Variáveis	(Conclusão)	
	n	%
Empregado (CLT)	111	10,3
Trabalha por porcentagem	98	9,1
Contrato temporário	47	4,4
Residente	39	3,6
Serviço ambulatorial pelo qual respondeu a pesquisa:		
Atenção Básica (SUS)	516	48,1
Clínica odontológica privada	430	40,1
Centro de Especialidades Odontológicas (SUS)	56	5,2
Sistema "S"	32	3,0
Hospital	2	1,9
Diretrizes de prevenção e controle da COVID-19 às quais teve acesso		
**		
Forças de segurança	5	4,7
Unidade de Pronto-atendimento (SUS)	4	0,4
Outros	22	2,1
Diretrizes de prevenção e controle da COVID-19 às quais teve acesso **		
Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 ⁵	547	51,0
Cartilha do Conselho Federal de Odontologia (CFO)	198	18,5
Recomendações dos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO)	169	15,8
Recomendações da Secretaria Municipal / Estadual de Saúde	98	9,1
Não teve acesso a nenhum destes documentos	54	5,0
Outros	6	0,6

*: Apenas Cirurgiões Dentistas (CD) responderam; **: Respostas múltiplas

Fonte: elaborada pelos autores (2021)

Quanto às condições de risco e de interrupção do trabalho dos profissionais de odontologia durante a pandemia de COVID-19, a grande maioria da amostra (89,4 %, n=958 profissionais) não apresenta condição de risco para formas graves da COVID-19. Dentre os participantes, 2% (n=21) tinham somente a idade como fator de risco, tendo 60 anos ou mais, 11% (n=116) apresentavam somente condição de saúde como fator de risco e 0,3% (n=3) tinha idade acima de 60 anos e condição de saúde, simultaneamente.

A tabela 2 apresenta também os dados da amostra referentes ao afastamento do trabalho em odontologia durante a pandemia pelo SARS-CoV-2 e sobre a testagem dos profissionais de odontologia do Paraná para COVID-19. Quando perguntados sobre a descontinuidade dos trabalhos em odontologia, tem-se que 9,9% (n=106) da amostra afastou-se por suspeita ou para tratamento de COVID-19, 56,3% se afastaram ou foram afastados por outros motivos. Os que não se afastaram em nenhum momento foram 33,8% (n=362) (Tabela 2).

Quanto a submeter-se a testes para COVID-19, mais da metade dos participantes (53,2 %, n=570 profissionais de odontologia) não fizeram nenhum teste. Por outro lado, 36,8% (n=502) fizeram algum dos testes das três modalidades disponíveis, assim distribuídos: 22,2% (n=238) foram submetidos a testes rápidos, 13,2% (n=142) fizeram testes RT-PCR (*Reverse-*

Transcriptase Polymerase Chain Reaction) – considerado o teste padrão-ouro para detecção do SARS-CoV-2 – e 11,4% (n=122) foram submetidos a testes sorológicos (IgM e IgG) (Tabela 2).

Tabela 2 – Interrupção e testagem do trabalho em clínica odontológica durante o período da pandemia da COVID-19. Paraná, Brasil, ago.-out. 2020

	n	%
Afastamento do trabalho em clínica odontológica durante a pandemia		
Não se afastou / foi afastado em nenhum momento	362	33,8
Se afastou / foi afastado por suspeita ou para tratamento da COVID-19	106	9,9
Se afastou / foi afastado por outros motivos	604	56,3
Foi submetido a teste para COVID-19		
Não	570	53,2
Sim, teste rápido	238	22,2
Sim, RT-PCR*	142	13,2
Sim, teste sorológico (IgM e IgG)	122	11,4

* RT-PCR: *Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction*

Fonte: elaborada pelos autores (2021)

A Tabela 3 apresenta o perfil de capacitação e segurança para o trabalho dos profissionais de saúde bucal em face do atendimento a pacientes em período de pandemia da COVID-19 no o estado do Paraná. As respostas possíveis foram apresentadas para seleção pelo participante em Escala *Likert* de 6 ou 7 possibilidades. Quando apresentada a afirmação “Considero que recebi orientações no meu local de trabalho a respeito de medidas a serem tomadas durante a pandemia da COVID-19.”, eram seis as respostas possíveis, com a grande maioria (55 %, n=590) dos participantes respondendo que concorda totalmente com a afirmação, ou seja, receberam tais orientações. Somente 6,3% (n=68) discordaram totalmente da afirmação, havendo ainda 12 (1,1%, n=12) participantes que responderam “não sei”.

A segunda informação (II), “Pude aplicar os conhecimentos adquiridos em capacitação/formação sobre COVID-19 para modificar minha prática”, apresentada na Tabela 3, foi direcionada somente aos CD (n=810 participantes). Apurou-se que 42% (n=450) dos participantes selecionaram “concordo totalmente”, 25,2% (n=270) selecionaram “concordo parcialmente”, 4,8% (n=52) selecionaram “nem concordo e nem discordo”. Entre os que discordaram da afirmação, obteve-se a seguinte configuração de respostas: 1,9% (n=20) escolheram “discordo parcialmente” e 0,7% (n=8) escolheu “discordo totalmente”. Ainda houve 0,6% (n=6) dos participantes que responderam “Não sei” e 24,8% (n=266) que selecionaram a opção “Não participei”, demonstrando que não foram inseridas em eventos de

capacitação/formação sobre COVID-19 em sua prática.

Na questão III da Tabela 3, “Sinto-me suficientemente esclarecido e seguro para trabalhar adequadamente na prática odontológica durante a pandemia da COVID-19”, obteve-se o seguinte: 76,6% (n=821), a grande maioria, selecionaram uma das possibilidades de concordância, 7,6% (n=81) disseram que nem concordavam e nem discordavam, 1,1% (n=12) escolheu a resposta “Não sei”. Um percentual de 14,7% (n=158) dos participantes escolheram alguma das possibilidades de discordância da afirmação.

Tabela 3 – Perfil de capacitação e segurança para o trabalho dos profissionais de saúde bucal frente ao atendimento de pacientes em período de pandemia da COVID-19. Paraná, Brasil, ago.-out. 2020

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Não sei
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Considero que recebi orientações no meu local de trabalho a respeito de medidas a serem tomadas durante a pandemia da COVID-19.	590 (55,0)	283 (26,4)	65 (6,1)	54 (5,1)	68 (6,3)	12 (1,1)
Pude aplicar os conhecimentos adquiridos em capacitação/formação sobre COVID-19 para modificar minha prática (n = 810) *	450 (42,0)	270 (25,2)	52 (4,8)	20 (1,9)	8 (0,7)	6 (0,6)
Sinto-me suficientemente esclarecido e seguro para trabalhar adequadamente na prática odontológica durante a pandemia da COVID-19	399 (37,2)	422 (39,4)	81 (7,6)	90 (8,4)	68 (6,3)	12 (1,1)

* Não participou de capacitação sobre COVID-19: 266 (24,8% da amostra)

Fonte: elaborada pelos autores (2021)

A tabela 4 apresenta a distribuição da amostra em itens relacionados à organização dos serviços de saúde e aos cuidados de biossegurança na prática clínica. Dos 1.072 participantes, 41,2% suspenderam os atendimentos eletivos ou os restringiram apenas aos casos urgentes. Com relação à participação dos profissionais na tomada de decisões sobre a mudança no processo de trabalho durante a pandemia, a prevalência das respostas foi “sempre” (36,2%). Sobre a redução na carga de trabalho ou rotatividade de profissionais para minimizar o risco de contaminação, 35,2% dos participantes responderam “nunca”, enquanto a opção “sempre” obteve 30,2% das respostas.

Quando questionados se trabalhavam de forma direta em procedimentos de acolhimento e/ou triagem (*fast track*) para detectar pacientes com suspeita de infecção, 41,6% escolheram a

resposta “nunca”. No agendamento de consultas, 68,8% afirmaram que sempre questionam os pacientes sobre sintomas de infecção respiratória. Além disso, 58,6% afirmaram que sempre isolam imediatamente aqueles pacientes que comparecem ao atendimento odontológico com sintomas respiratórios, bem como 53,2% sempre orientam seus pacientes sobre a COVID-19. (Tabela 4).

Na organização do espaço físico dos serviços de saúde, a Tabela 4 demonstra que 68,3% dos participantes afirmaram que o distanciamento mínimo de 1 metro entre as pessoas é sempre respeitado. Além disso, 55,8% declararam que sempre estavam disponíveis alertas visuais na entrada do serviço de saúde e em outros locais estratégicos. Com relação às ferramentas digitais para teleorientação e/ou telemonitoramento dos pacientes, a maioria (37,6%) relatou nunca as ter utilizado.

Com relação aos cuidados em biossegurança, também na Tabela 4, 54,7% afirmaram que o processo de limpeza e desinfecção dos ambientes é sempre realizado por profissional treinado e devidamente paramentado. Em sua maioria (49,5%), os participantes escolheram a opção “sempre” quando questionados se os procedimentos eram majoritariamente realizados a quatro mãos. Com relação ao uso de peças de mão esterilizadas em cada atendimento, a resposta “sempre” foi dada por 37,0% dos participantes, enquanto que “nunca” obteve 29,1% das respostas. Ademais, 42,1% dos participantes nunca utilizavam dique de borracha para os atendimentos que requerem o uso da alta rotação. O sistema de sucção de alta potência sempre estava disponível e era utilizado por 54,8% dos profissionais pesquisados, além da sequência recomendada de desparamentação após os procedimentos ser seguida pela maioria dos participantes (54,7%) (Tabela 4).

Quando questionados sobre a reutilização de máscara N95/PFF2 de acordo com os critérios de armazenamento, tempo de uso e segurança, a opção “sempre” foi a mais selecionada (55,4%). Do mesmo modo, 86,1% afirmaram sempre realizar a limpeza e a desinfecção do protetor facial com álcool líquido a 70% ou outro produto recomendado (Tabela 4).

A figura 1 apresenta a disponibilidade e a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI). Dentre os EPIs disponíveis que obtiveram maior porcentagem de resposta “sempre”, estão as luvas de procedimento (92,6%), gorro (91,7%), óculos de proteção (89,2%), protetor facial (85,0%) e máscara cirúrgica (84,4%), enquanto a disponibilidade de máscara N95/PFF2 e avental impermeável obtiveram 62,5% e 52,5% de resposta “sempre”, respectivamente. Com relação à utilização dos EPIs, 94,3% da amostra sempre utiliza luvas de procedimento. Gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção e protetor facial também são sempre utilizados por 92,3%, 81,0%, 80,0% e 79,1% dos participantes da pesquisa. Já os que apresentaram menor percentual de resposta “sempre” foram a máscara N95/PFF2 (67,5%) e o avental impermeável (20,3%), com este obtendo 20,3% de resposta “nunca”.

Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto a adesão a medidas de boas práticas para controle da disseminação da COVID-19 no serviço de saúde e na clínica odontológica. Paraná, Brasil, ago.-out. 2020

Durante a pandemia, no meu local de trabalho:	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Organização do serviço de saúde						
Os procedimentos eletivos odontológicos foram suspensos e os atendimentos ficaram restritos aos casos de urgência/ emergência.	442 (41,2)	281 (26,2)	180 (16,8)	94 (8,8)	70 (6,5)	7 (0,7)
Profissional de saúde bucal participou da tomada de decisões sobre mudanças no trabalho durante a pandemia de COVID-19.	389 (36,2)	95 (8,8)	132 (12,3)	86 (8,0)	367 (34,2)	5 (0,5)
Houve redução da carga de trabalho ou rotatividade dos profissionais para minimizar os riscos de contaminação.	324 (30,2)	126 (11,7)	150 (14,0)	83 (7,7)	378 (35,2)	13 (1,2)
Profissional de saúde bucal trabalha de forma direta em procedimentos de acolhimento/ triagem (<i>fast track</i> /linha de frente) para detectar pacientes com suspeita de infecção.	233 (21,7)	102 (9,5)	172 (16,0)	108 (10,1)	447 (41,6)	12 (1,1)
No agendamento de consultas ambulatoriais, os pacientes são questionados se possuem sintomas de infecção respiratória.	739 (68,8)	131 (12,2)	93 (8,7)	45 (4,2)	51 (4,7)	15 (1,4)
Pacientes que comparecem com sintomas de infecção de vias respiratórias são imediatamente isolados dos demais pacientes.	629 (58,6)	144 (13,4)	43 (4,0)	45 (4,2)	133 (12,4)	80 (7,4)
Na sala de espera é respeitado o distanciamento mínimo de 1 metro entre cada pessoa.	734 (68,3)	194 (18,1)	65 (6,1)	46 (4,3)	26 (2,4)	9 (0,8)

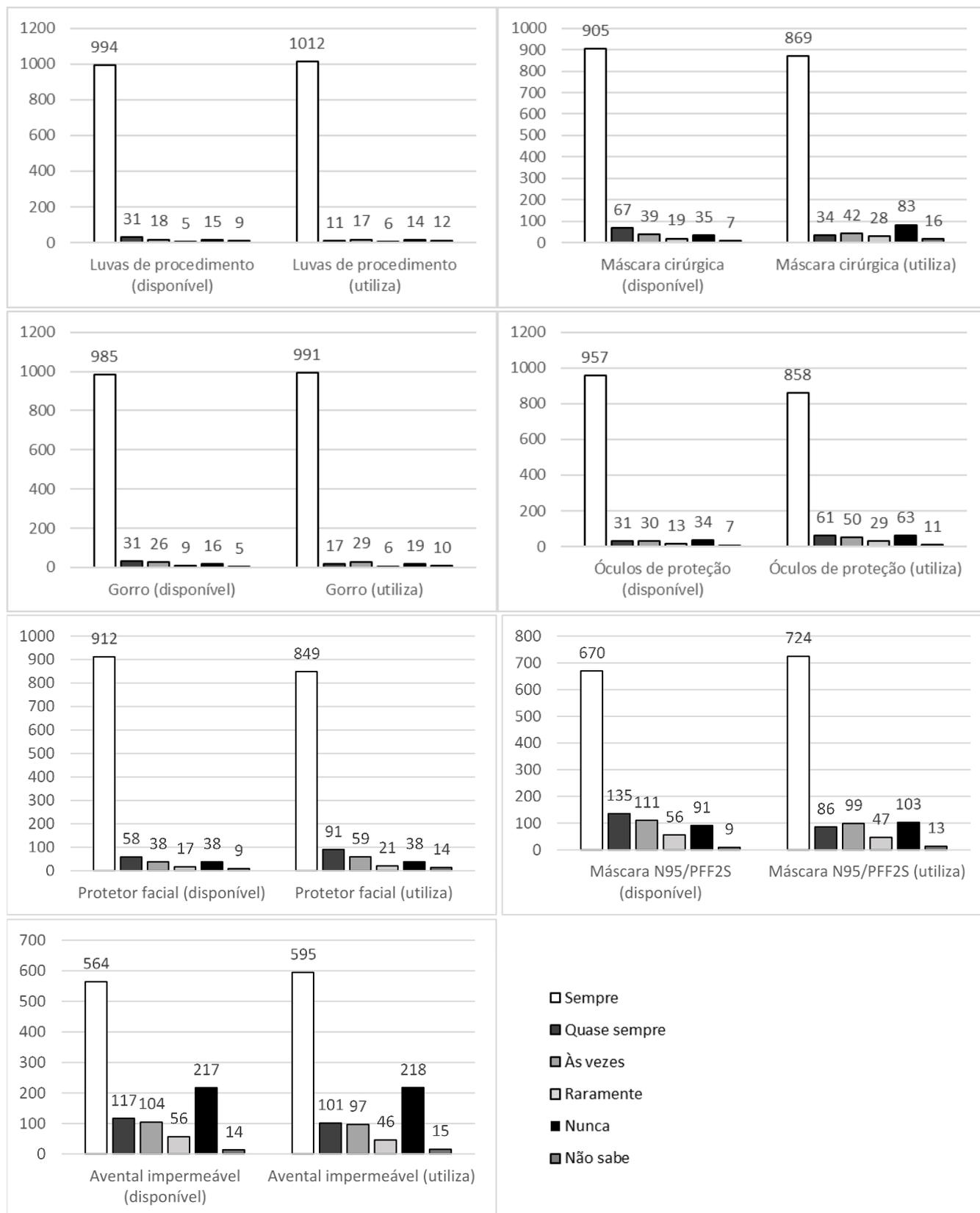
(Continuação)

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durante a pandemia, no meu local de trabalho:						
São disponibilizados alertas visuais na entrada do serviço de saúde e em outros locais estratégicos.	599 (55,8)	129 (12,0)	110 (10,2)	75 (7,0)	147 (13,7)	14 (1,3)
A urgência de um procedimento odontológico é uma decisão baseada em protocolos clínicos pré-estabelecidos.	569 (53,0)	222 (20,7)	98 (9,1)	62 (5,8)	71 (6,6)	52 (4,8)
Profissional de saúde bucal orienta seus pacientes sobre a COVID-19.	571 (53,2)	184 (17,1)	156 (14,5)	73 (6,8)	82 (7,6)	8 (0,7)
Os profissionais de saúde bucal utilizam ferramentas digitais para teleorientação ou telemonitoramento dos pacientes.	279 (26,0)	104 (9,7)	134 (12,5)	108 (10,1)	404 (37,6)	45 (4,2)
O profissional tem interagido com outros profissionais de saúde para discussão do processo de trabalho na prática clínica.	353 (32,9)	227 (21,1)	286 (26,6)	97 (9,0)	107 (10,0)	4 (0,4)
Medidas de biossegurança na clínica						
O processo de limpeza e desinfecção do ambiente é realizado por profissional treinado, que possui e utiliza os EPI adequados.	587 (54,7)	160 (14,9)	95 (8,8)	79 (7,4)	141 (13,1)	12 (1,1)
A limpeza e desinfecção das mangueiras de sucção é realizada com desinfetante a base de cloro ou outro desinfetante indicado para essa finalidade, a cada atendimento.	490(45,6)	156 (14,5)	103 (9,6)	100 (9,3)	170 (15,8)	55 (5,1)
São utilizadas peças de mão (canetas de alta e baixa rotação) estéreis e autoclavadas a cada atendimento odontológico.	397 (37,0)	105 (9,8)	115 (10,7)	125 (11,6)	313 (29,1)	19 (1,8)
Tem sido evitada a realização e/ou solicitação de exames radiográficos intraorais.	207 (19,3)	249 (23,2)	224 (20,9)	147 (13,7)	216 (20,1)	31 (2,9)

Durante a pandemia, no meu local de trabalho:	(Conclusão)					
	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Os procedimentos odontológicos são realizados, em sua maioria, a quatro mãos.	532 (49,5)	147 (13,7)	99 (9,2)	132 (12,3)	149 (13,9)	15 (1,4)
O dique de borracha é utilizado para os atendimentos que requerem alta rotação.	154 (14,3)	109 (10,1)	166 (15,5)	133 (12,4)	452 (42,1)	60 (5,6)
São evitados procedimentos que requerem o uso equipamentos que geram aerossóis.	229 (21,3)	283 (26,4)	213 (19,8)	158 (14,7)	176 (16,4)	15 (1,4)
O sistema de sucção de alta potência (bomba a vácuo) está disponível e é utilizado.	589 (54,8)	52 (4,8)	38 (3,5)	24 (2,2)	344 (32,0)	27 (2,5)
Após cada atendimento, é realizada a sequência de desparamentação recomendada	587 (54,7)	215 (20,0)	99 (9,2)	57 (5,3)	106 (9,9)	10 (0,9)
Há reutilização da máscara N95/PFF2/ou equivalente, seguindo os critérios de armazenamento, tempo de uso e segurança.	595 (55,4)	150 (14,0)	112 (10,4)	37 (3,4)	133 (12,4)	47 (4,4)
É realizada limpeza e desinfecção do protetor facial com álcool líquido a 70% ou outro produto recomendado pelo fabricante a cada atendimento.	925 (86,1)	74 (6,9)	25 (2,3)	11 (1,0)	27 (2,5)	12 (1,1)

Fonte: elaborada pelos autores (2021)

Figura 1 – Distribuição da amostra (n) segundo relato de disponibilidade e utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) na clínica odontológica. Paraná, Brasil, ago.-out. 2020 (n = 1072)



Fonte: elaboradas pelos autores (2021)

DISCUSSÃO

A presente pesquisa utilizou diferentes estratégias combinadas para recrutar os participantes que atuam nas redes públicas e privadas e sensibilizar o público-alvo de CD, ASB e TSB. Isso permitiu reunir uma amostra importante para caracterizar como os profissionais de saúde bucal do estado do Paraná vêm atuando diante dos desafios da biossegurança nos consultórios odontológicos durante a pandemia de COVID-19. Como citado anteriormente, segundo dados do CFO¹⁵, o estado do Paraná possui 29.983 profissionais de saúde bucal das categorias CD (68,4%), ASB (25%) e TSB (6,6%). O total amostral desta pesquisa foi de 75,5% (n=810) para CD, 16,3% (n=175) para ASB (n=87) e 8,1% para TSB, refletindo bem quantitativos proporcionais para o estado, com maioria de CD, seguido de ASB e TSB como participantes.

A pandemia pode ter facilitado o recrutamento devido ao fato de as pessoas passarem mais tempo em casa e nas redes sociais. Os métodos de levantamento *on-line* são particularmente importantes durante esse tempo, quando as medidas sanitárias impedem as abordagens tradicionais de pesquisa²⁰.

Na caracterização demográfica dos participantes, observou-se que houve maior frequência de profissionais mulheres. Segundo o Conselho Federal de Odontologia, as mulheres são a maioria dos cirurgiões-dentistas (CD), correspondendo a quase 60% do número de profissionais registrados em todo o país²¹. Embora sejam raros os estudos que retratem o perfil dos profissionais auxiliares (ASB e TSB) que atuam na prática odontológica, essas categorias são predominantemente ocupadas por mulheres,²² o que pode também justificar a proporção identificada no estudo. A inclusão na pesquisa das categorias profissionais de ASB e TSB evidenciou a importância desses trabalhadores da saúde na assistência odontológica a quatro mãos e na garantia das rotinas de biossegurança, no intuito de tornar os procedimentos mais rápidos e mais seguros, principalmente agora no cenário de pandemia.

Sobre o tempo de formado, grande parte dos profissionais apresentavam até 10 anos de atuação na área (43,5%). Esse perfil também foi identificado em estudo sobre os cirurgiões-dentistas durante a pandemia na Romênia, no qual identificaram que a experiência na área de odontologia foi de $11,87 \pm 8,62$ anos e o número de horas de trabalho por semana foi de $30,94 \pm 11,76$ (com um mínimo de 4 e um máximo de 60 horas clínicas), com diferenças devido ao fato de que os professores universitários costumam ter poucas horas de trabalho para a prática clínica²³.

Vale considerar que, no momento da coleta de dados da pesquisa, o número de novos casos e de mortes da pandemia estavam em elevação no Brasil e na região do Paraná²⁴. Dessa forma, algumas questões avaliadas podem ter sido influenciadas pelo contexto em que o profissional de saúde estava inserido, pois as mudanças no campo científico e o relaxamento

das medidas pela duração da extensão da pandemia podem ter interferido nas condutas de biossegurança e nas rotinas dentro do consultório odontológico.

Assim, ainda na caracterização, pode-se observar que os profissionais que participaram, atuavam tanto no setor público como no privado, sendo que destes 14,7% relataram ter duplo vínculo trabalhista. Gaspar et al.¹⁹, nesse cenário de pandemia, identificaram um valor maior no estado do Pernambuco, em que 38,6% dos profissionais trabalham tanto no setor público como no privado.

No presente estudo, verificou-se que a maioria (51%) dos profissionais de saúde bucal apresentavam conhecimento sobre as normas técnicas de biossegurança e realizavam medidas de biossegurança no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Alguns resultados destacam ainda que a prática odontológica foi mantida na maioria dos serviços, sendo focadas para o atendimento de urgência e emergência, e o uso de máscara N95 ou similar, *face shield* e avental impermeável foi incorporado gradativamente como nova prática no consultório odontológico. No entanto, em estudo conduzido em todo território nacional, foi constatado que a grande maioria dos cirurgiões-dentistas (91%) indicou que estão seguindo os padrões regulamentares oficiais em suas novas rotinas e que, em geral, têm feito esforços substanciais para lidar com os novos requisitos clínicos²⁵. No entanto, ressalta-se que, quando se fala de biossegurança, as medidas precisam ser periodicamente revisadas e devem ser aplicadas na garantia de um atendimento seguro.

Amato et al.,²⁶ em pesquisa realizada com cirurgiões-dentistas da Itália, também verificaram que a grande maioria dos entrevistados declarou que a pandemia provocou alterações no fluxo e na agenda, além de passar a ser solicitado aos pacientes para não virem acompanhados ao consultório odontológico. Além disso, ocorreram mudanças na ficha de anamnese por causa da COVID-19, houve modificações e planejamentos específicos para os processos de esterilização de instrumentais e higienização de equipamentos e superfícies entre as consultas.

A presente pesquisa demonstrou que 66,2% dos participantes se afastaram temporariamente ou por maior período durante a pandemia. Os resultados foram muito semelhantes ao estudo realizado no Egito, em que se apurou que 53,1% dos participantes suspenderam sua prática odontológica e 34,1% dos participantes realizaram apenas atendimento odontológico de emergência. A duração da restrição foi diversa, variando de menos de 1 mês a 7 meses. Muitos participantes (78,3%) adiaram o tratamento odontológico de pacientes com sintomas suspeitos²⁷.

Apesar do grande acesso às normas e resoluções para o enfrentamento da COVID-19 publicadas e/ou divulgadas pelos órgãos competentes no Brasil e mesmo considerando que a grande maioria dos profissionais siga as recomendações, no presente estudo, observou-se que

o acesso às normas e resoluções publicadas para o enfrentamento da COVID-19 pelos órgãos competentes permitiram mudanças na rotina odontológica, sendo que 81,4% dos participantes concordam que receberam, mesmo que parcialmente, orientações no seu local de trabalho a respeito de medidas a serem tomadas durante a pandemia da COVID-19 e que não foi observada uma segurança no trabalho por grande parte dos profissionais de saúde bucal. Estudo de Ali²⁷, realizado no Egito, argumentou que os cirurgiões-dentistas preferem buscar informação para melhor entendimento e enfrentamento da pandemia em *sites* oficiais, mas raramente em periódicos acadêmicos. Moraes et al.²⁵ relatam no estudo nacional sobre práticas de biossegurança da odontologia durante a pandemia que mais de 80% dos cirurgiões-dentistas passaram por, pelo menos, algum treinamento nas medidas preventivas para a COVID-19, embora menos de 5% tenham participado de treinamento prático na clínica. Desse modo, evidencia-se a importância da educação permanente durante a pandemia para os trabalhadores da saúde bucal, pois somente realizar uma capacitação esporádica ou virtual e produzir material orientativo impresso não resultam em mudança e segurança para realizar novas rotinas no ambiente de trabalho.

Enquanto o serviço privado envolve a necessidade financeira para a manutenção dos atendimentos, no serviço público há uma demanda reprimida com necessidades odontológicas urgentes a serem tratadas²⁸. No serviço público – especialmente nas UBS – os profissionais de saúde bucal tiveram que atuar na linha de frente do combate ao novo coronavírus, principalmente nas ações de *fast-track*, além de terem que reorganizar a assistência odontológica diante da pandemia⁷.

Na organização da assistência odontológica, pode-se observar que a maioria dos profissionais restringiram os atendimentos odontológicos aos casos de urgência e emergência no período em que a terceira atualização da Nota Técnica Nº 04 esteve vigente⁶. Esse resultado vai de encontro ao estudo de Duruk et al.²⁹, em que 42,3% dos profissionais atendiam apenas pacientes com emergência. Já em outra pesquisa, Ali²² relatou que 71,7% dos profissionais concordaram que era seguro o atendimento de emergência durante a pandemia. Os procedimentos endodônticos foram selecionados por 43,8% dos participantes, seguido de procedimentos cirúrgicos (36,7%), e, em seguida, procedimentos restauradores e estéticos (33,2%).

Além da restrição aos atendimentos, outras medidas como questionar aos pacientes quanto aos sintomas de infecção respiratória, isolar os pacientes que apresentam sintomas suspeitos e o distanciamento de pelo menos um metro entre cada pessoa no local de trabalho e na sala de espera³, indicam que os profissionais de saúde estão tomando cuidado não apenas durante a prática clínica, mas também em outros locais atrelados ao trabalho.

Embora a grande maioria dos profissionais tenha respondido que profissionais treinados

utilizando corretamente os EPIs sempre realizavam procedimentos de limpeza no ambiente de trabalho (superfícies que provavelmente estão contaminadas, próximas ao paciente como a cadeira odontológica, mocho, painéis, mesa, refletor e demais superfícies nos ambientes do consultório/ambulatório, como maçanetas, superfícies de móveis da sala de espera, interruptores de luz, corrimãos, superfícies de banheiros, entre outros), apenas uma parcela sempre utilizava peças de mão estéreis e autoclavadas em todos os procedimentos e evitavam procedimentos que geram aerossóis.

Em estudo conduzido em diferentes serviços públicos de Curitiba-PR, foram coletadas 711 amostras de superfície ambiental, incluindo 234 de unidades odontológicas, 177 de consultórios médicos, 160 de unidades de avaliação COVID-19, 45 de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) do hospital COVID-19, 55 da UTI e 40 dos banheiros de Unidade de Saúde. As amostras das unidades odontológicas apresentaram maior frequência de contaminação, com positividade em 3% das amostras, principalmente na cuspideira, na seringa tripla odontológica e nos materiais odontológicos descartáveis. O vírus de RNA também foi detectado em instrumentos não descartáveis, como refletores e cadeiras odontológicas, sendo que, para este último, foi obtido teste positivo para SARS-CoV-2 na superfície poltrona odontológica mesmo após os procedimentos de desinfecção³⁰.

No presente estudo, observou-se também que a grande maioria dos profissionais têm acesso aos equipamentos de proteção individual e que estes estão disponíveis para prática odontológica. Ainda assim, mesmo com a pandemia, 67,5% utilizavam a máscara N95/PPF2S/ou equivalente (67,5%) e 20,3%, o avental impermeável. No entanto, estudo conduzido em todo território nacional²⁴ identificou que a pandemia exigiu mudanças na infraestrutura do ambiente de trabalho para 74% dos cirurgiões-dentistas. A maioria tinha novos tipos de EPIs disponíveis para todas as consultas clínicas, incluindo protetores faciais (84%), máscaras N95 (71%) e jalecos descartáveis (66%). Já outra pesquisa realizada com cirurgiões-dentistas do Egito²⁷, relatou que todos os participantes usavam luvas descartáveis e máscara facial. Muitos participantes (74,8%) achavam que a máscara N95 deve ser usada rotineiramente na prática odontológica. No entanto, apenas 47,8% deles usam máscara N95 para cada paciente e 16,4% a usam de vez em quando. Muitos participantes usam aventais descartáveis (76,1%) e óculos de segurança (69,5%).

As limitações do estudo estão relacionadas a uma amostra de conveniência e uma taxa de não resposta que não é passível de ser medida, uma vez que não se pode aferir o alcance do formulário *on-line*. Pesquisas nesse formato, apesar de parecerem de mais fácil acesso, têm um grau de dificuldade para uma representatividade vinculada ao fato de trabalhar apenas com indivíduos motivados a participar da pesquisa. Além do momento de pandemia, soma-se a superposição de coleta de dados de diversas pesquisas *on-line* que são realizadas

concomitantemente, fazendo com que o público-alvo fique desmotivado a participar. A coleta dos dados depende ainda do acesso a *e-mail* cadastrado no Conselho Regional de Odontologia do estado do Paraná, que pode não estar atualizado ou, em decorrência da alta demanda de trabalho durante a pandemia, o profissional de saúde pode não ter dado a relevância necessária ou o acesso ao *e-mail* pode não fazer parte de sua rotina. Entretanto, o estudo buscou medidas para alcançar maior participação e diminuir essa dificuldade, criando propostas para alcançar uma distribuição por categorias profissionais mais próxima da realidade do município estudado. Uma segunda limitação, considerando o recorte transversal e a extensa duração da pandemia pela COVID-19, os resultados obtidos podem não representar a realidade desses profissionais em todo o período pandêmico, refletindo o momento de período descendente da primeira onda. No entanto, o estudo mostra o panorama da biossegurança dos profissionais de saúde bucal do Paraná, que pode ser utilizado para novas pesquisas em outras regiões do país. Também deve-se destacar que o Brasil se tornou o epicentro da pandemia com a variante gama (brasileira) no fim do ano de 2020, e, mesmo após o início da vacinação, o país encontrava-se com uma curva ascendente no número de novos casos e de mortes nos meses de realização da pesquisa, demonstrando assim a importância de se assegurar a manutenção da cobertura de EPIs como um fator indispensável para todos os profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Pode-se observar que, no estado do Paraná, as medidas mitigadoras para a COVID-19 têm sido utilizadas por boa parte dos profissionais de saúde bucal na atenção odontológica, apesar de alguns recursos ainda serem pouco explorados – como a teleodontologia.

Os cuidados de biossegurança também se mostraram prevalentes na amostra analisada, principalmente com relação à disponibilidade e uso de EPIs e aos processos de limpeza e desinfecção do ambiente odontológico, embora muitos profissionais ainda não tenham acesso a recursos que possam minimizar a dispersão do vírus (como os sistemas de sucção de alta potência).

Os resultados do presente estudo identificaram o novo contexto, regras e desafios que os profissionais de saúde bucal enfrentaram durante os primeiros sete meses da pandemia. Os legisladores e associações profissionais podem se beneficiar desses resultados ao rediscutir as diretrizes para apoiar os profissionais durante a COVID-19 ou quaisquer futuras pandemias.

REFERÊNCIAS

1. Baloch S, Baloch MA, Zheng T, Pei X. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Tohoku J Exp Med* [internet]. 2020 [acesso em 2021 abr. 28]; Apr;250(4):271-278. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32321874/>
2. Zhang W, Jiang X. Measures and suggestions for the prevention and control of the novel coronavirus in dental institutions. *Front Oral Maxillofac Med* [internet]. 2020 [acesso em 2021 abr.20]; 2:4. Disponível em: <https://fomm.amegroups.com/article/view/36147/coif>
3. Ather A, Patel B, Ruparel NB, Diogenes A, Hargreaves KM. Coronavirus disease 19 (COVID-19): implications for clinical dental care. *J Endod* [internet]. 2020. [acesso em 2021 mai. 02]; May;46(5):584-595 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32273156/>
4. Carrer FC, Ditterich RG, Castro RG. O processo de trabalho na atenção primária em tempos de covid-19: indicadores (não recomendados?), bio(in)segurança, teleodontologia e a (indi)gestão do cuidado. In: Sousa Néttó OB, Chaves SCL, Colussi CF et al. *Diálogos Bucaleros: reflexões em tempos pandêmicos*. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021.
5. Silva ROC, Zermiani TC, Bonan KFZ, Ditterich RG. Protocolos de atendimento odontológico durante a pandemia de COVID-19 nos países do Mercosul: similaridades e discrepâncias. *Vigil Sanit Debate* [internet]. 2020 [acesso em 2021 mai.20]; 8(2):86-9. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5705/570566811011/html/>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2020. [internet]. Atualizada em 25/02/2021. [acesso em 2021 abr.14]; Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf
7. Ministério da Saúde (Brasil). Nota técnica Nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. Atendimento odontológico no SUS. [internet]. [acesso em 2021 abr.14].; Disponível em: https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/covid19_anexo_11.pdf
8. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Silva-Junior JS. Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the COVID-19 scenario. **Rev Enferm UERJ** [internet] [SI] v. 28, p. e49596, abr. 2020 [acesso em 2021 mai. 15]; ISSN 2764-6149. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49596>
9. Heymann DL, Shindo N; WHO Scientific and technical advisory group for infectious hazards. COVID-19: what is next for public health? *Lancet* [internet]. 2020 [acesso em 2021 mai.04], Feb 22;395(10224):542-54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32061313/>
10. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect* [internet]. 2020. [acesso em 2021 abr. 12]; May;105(1):100-101, Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32147406/>
11. Baldan LC, Zermiani TC, Teixeira FF. Atenção odontológica durante a pandemia de COVID-19: uma revisão de literatura. *Visa em Debate* [internet]. 2021 [acesso em 2021 out. 04]; 9(1):36-46. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570569570006>
12. Castro MS, Castilho AVSS, Azevedo-Silva LJ, Santos LF, Orenha ES, Sales-Peres SHC.

- Coronavirus disease 2019 biological risk and clinical care protocol in dentistry: a systematic review. *Acta Scientific Dental Sciences* [internet]. 2021 [acesso em 2021 jun. 25]; 5(5): 28-43. Disponível em: <https://actascientific.com/ASDS/pdf/ASDS-05-1094.pdf>
13. Kamate SK, Sharma S, Thakar S, Srivastava D, Sengupta K, Hadi AJ et al. Assessing knowledge, attitudes and practices of dental practitioners regarding the COVID-19 pandemic: a multinational study. *Dent Med Probl* [internet]. 2020.[acesso em 2021 mai. 22]; Jan-Mar;57(1):11-17. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32307930/>
 14. Wolf TG, Zeyer O, Campus G. COVID-19 in Switzerland and Liechtenstein: A cross-sectional survey among dentists' awareness, protective measures and economic effects. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2020 [acesso em 2021 mar.12]; Dec 4;17(23):9051. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7730085/>
 15. Tysiąc-Miśta M, Dziedzic A. The attitudes and professional approaches of dental practitioners during the COVID-19 outbreak in poland: a cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2020 [acesso em 2021 mar. 11]; Jun 30;17(13):4703. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32629915/>
 16. Ahmed MA, Jouhar R, Ahmed N, Adnan S, Aftab M, Zafar MS, et al. Fear and practice modifications among dentists to combat novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2020 [acesso em 2021, mar. 12]; Apr 19;17(8):2821. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32325888/>
 17. Vieira-Meyer APGF, Coutinho MB, Santos HPG, Saintrain MV, Candeiro GTM. Brazilian primary and secondary public oral health attention: are dentists ready to face the COVID-19 pandemic? *Disaster Med Public Health Prep* [internet]. 2020. [acesso em 2021 abr. 15]; publicado em 2022, Feb;16(1):254-261. Epub 2020 Sep 10. Pré-print disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43402>, publicação posterior disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32907660/>
 18. Ahmadi H, Ghorbani F, Ebrahimi A. The impact of COVID-19 pandemic on dental practice in Iran: a questionnaire-based report. *BMC Oral Health* [internet]. 2020 [acesso em 2021 jun.15]; 20(1): 354. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01341-x>
 19. Gaspar GS, Figueiredo N, Lucena EHG, Ceissler CAS, Cavalcanti RP, Goes PSA. Characterization of dental surgeons of Pernambuco state in the COVID-19 pandemic context: preliminary data. *Pesqui bras odontopediatria clín integr* [internet]. 2020 [acesso em 2021 abr. 30]; 20(1): 1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pboci/a/9Zw69X5sg8nF9zDRjcsnZJr/?lang=en>
 20. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: the checklist for reporting results of internet e-surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res* [internet]. 2004 [acesso em 2021 mar. 29]; Sep 29;6(3):e34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15471760/>
 21. Brasil. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Dados Estatísticos 2021 [internet]. [acesso em 2021 ago.10]; Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>
 22. Paes GR, Ramos JT, Ronsani MM, Meira TM. Formação profissional e conhecimento sobre biossegurança de auxiliares de saúde bucal dos setores público e privado. *Rev ABENO* [internet]. 2018 [acesso em 2021 mar.25]; 18(3), 43–52. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/470>
 23. Iurcov R, Pop LM, Ciavoi G, Iorga M. Evaluating the Practice of Preventive Behaviors and the Fear of COVID-19 among dentists in oradea metropolitan area after the first wave of pandemic; a cross-sectional study. *Healthcare (Basel)* [internet]. 2021 [acesso em 2021 jul. 12]; Apr 9;9(4):443. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33918835/>
 24. Paraná. Secretaria de Estado de Saúde. Boletim Epidemiológico Coronavírus COVID-19

- 2020 [internet]. [acesso em 2021 ago. 10]; Disponível em:
<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>
25. Moraes RR, Correa MB, Queiroz AB, Daneris Â, Lopes JP, Pereira-Cenci T et al. COVID-19 challenges to dentistry in the new pandemic epicenter: Brazil. PLoS One. [internet]. 2020 [acesso em 2021 ago. 10]; Nov 30;15(11):e0242251. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7703993/>
26. Amato A, Ciacci C, Martina S, Caggiano M, Amato M. COVID-19: The dentists' perceived impact on the dental practice. Eur J Dent [internet]. 2021. [acesso em 2021 ago.15]; Jul;15(3):469-474 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33622007/>
27. Ali S. Dental practice during the era of COVID-19 pandemic: An egyptian experience. Oral Dis [internet]. 2021 [acesso em 2021 jun. 21]; May 8:10.1111/odi.13898. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33964048/>
28. Kinariwala N, Samaranayake LP, Perera I, Patel Z. Concerns and fears of Indian dentists on professional practice during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Oral Dis [internet]. 2021 [acesso em 2021 ago. 07]; Apr;27 Suppl 3(Suppl 3):730-732. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32506779/>
29. Duruk G, Gümüşboğa ZŞ, Çolak C. Investigation of turkish dentists' clinical attitudes and behaviors towards the COVID-19 pandemic: a survey study. Braz Oral Res [internet]. 2020 [acesso em 2021 ago. 05]; 34:e054. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32490887/>
30. Vicente VA, Lustosa BPR, Grisolia ME, Pavini Beato C, Balsanelli E, Souza Gubert Fruet V, et al. Environmental detection of SARS-CoV-2 virus RNA in health facilities in Brazil and a systematic review on contamination sources. Int J Environ Res Public Health [internet]. 2021 [acesso em 2021 ago. 10]; Apr 6;18(7):3824. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33917465/>