

FÁBIO CARNEIRO MARTINS

**O desenvolvimento de estratégias para a retomada do cuidado em saúde bucal
frente à pandemia de covid-19: Odontologia de Mínima Intervenção (OMI)**

São Paulo

2022

FÁBIO CARNEIRO MARTINS

O desenvolvimento de estratégias para a retomada do cuidado em saúde bucal frente à pandemia de covid-19: Odontologia de Mínima Intervenção (OMI)

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Odontologia Forense e Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Campos de Almeida Carrer

São Paulo

2022

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Martins, Fábio Carneiro.

O desenvolvimento de estratégias para a retomada do cuidado em saúde bucal frente à pandemia de covid-19: Odontologia de Mínima Intervenção (OMI) / Fábio Carneiro Martins; orientadora Fernanda Campos de Almeida Carrer. -- São Paulo, 2022.

145 p. : fig., tab. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de concentração: Odontologia Forense e Saúde Coletiva. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida.

1. Pandemia de COVID-19. 2. Odontologia de Mínima Intervenção. 3. Tratamento dentário restaurador sem trauma. 4. Saúde Bucal. 5. Política pública. I. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. II. Título.

Martins FC. O desenvolvimento de estratégias para a retomada do cuidado em saúde bucal frente à pandemia de covid-19: Odontologia de Mínima Intervenção (OMI). Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 20/12/2022

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). Maria Ercília de Araújo

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Edson Hilan Gomes de Lucena

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a) Desiree Rosa Cavalcanti

Instituição: Universidade Mogi das Cruzes (UMC)

Julgamento: Aprovado

Ao meu grande amigo, primo e irmão, Guilherme Cândido Carneiro, por estar sempre presente nos momentos bons e ruins, por ter aberto as portas da sua casa e de seu coração para mim e para tanta gente e por ter sido sempre nosso elo de união.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Telma e Jurandir, pelo amor e dedicação aos filhos, por estarem sempre presentes e darem todos os tipos de suporte ao filho sempre que necessário.

À minha “namorada” e companheira Dayanne, por ter vivido as conquistas e dificuldades, por estar sempre caminhando e construindo juntos uma vida dedicada à família, aos amigos, à educação e à saúde de qualidade.

À minha irmã, Gabi, pelas conversas confiança, amizade e apoio em todos os momentos.

À minha tia e madrinha Terezinha, pelo apoio, amizade, cuidado, carinho, por ter aberto as portas da sua “ex-casa” para que eu pudesse iniciar uma nova jornada.

Ao meu primo/irmão Dudu, pelo apoio sempre incondicional.

À Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, por continuar sendo uma segunda casa e por ter me oferecido tantas oportunidades, devo muito de minha vida pessoal e profissional à esta casa.

À minha orientadora e grande amiga Fernanda, por continuar conduzindo seus alunos à boas escolhas, pela sabedoria em potencializar o melhor dos que estão ao seu lado, por compartilhar as decisões com a equipe, pela confiança, por conduzir uma rotina tão complexa com sabedoria e leveza, prezando sempre pelas relações humanas.

Às professoras Daniela Raggio e Mariana Minatel Braga, pelos conselhos, ideias, por estarem sempre presentes e conduzirem a rotina com tanta tranquilidade, mesmo com o trabalho remoto e os desafios por ele impostos.

Aos amigos e parceiros de Pós-Graduação pelo departamento, Mari Lopes, Maristela, Jana, Rebeca, Rachel, Brunna, Nicole, é muito bom trabalhar com vocês.

À Mariana Gabriel, por sempre estar presente, pelos conselhos e críticas construtivas, por ter compartilhado minha primeira experiência como professor na Universidade de Mogi das Cruzes, devo muito dos aprendizados deste ciclo a você.

À Desirée Cavalcante, por também ter compartilhado os momentos de UMC, pelo acolhimento, por prezar pela boa relação ensino-serviço.

À minha superamiga Laura Pontes, por compartilhar e colocar em prática nossas ideias, pela prontidão, por se fazer presente mesmo que a distância, pelo apoio com o Projeto Sorria Pro Bem, mas principalmente, pela nossa amizade.

Ao amigo Bruno Matuck por ser exemplo de dedicação à pesquisa e por ter se dedicado tanto ao enfrentamento da pandemia nestes últimos anos.

Aos professores Edgard Michel Crosato e Maria Ercília de Araújo, pela paciência, conselhos, críticas e por estarem dispostos em ajudar os alunos sempre que necessário.

Ao professor Edson Hilan Gomes de Lucena, pelo apoio na qualificação deste projeto, com críticas sempre construtivas.

Aos professores Celso, Simone, Maria Gabriela e Mazzilli, pelos ensinamentos e conversas, nos momentos presenciais e à distância.

Ao professor Toninho, pela dedicação para que os alunos vivam a rotina dos serviços de saúde e pela condução de diversas atividades com leveza.

À professora Maine, por despertar em nós alunos a paixão pela docência, pelo apoio no uso das ferramentas para o trabalho de forma remota, por estar sempre presente na construção de soluções para os problemas enfrentados pela saúde neste período.

Ao professor Dorival, pelo acolhimento, conversas e apoio.

À professora Ana Estela Haddad, pelo acolhimento e direcionamento no início dessa jornada na pós-graduação.

À Fernanda Tricoli, pela dedicação na busca de implementações bem-informadas, pela transparência, suporte, condução de construções coletivas, pela disponibilização de dados e ferramentas para a construção deste trabalho.

A todos os interlocutores dos Departamentos Regionais de Saúde, profissionais de saúde e gestores que participaram da busca de soluções para a saúde bucal ao longo da pandemia de covid-19.

À Andréia e Sônia, por sempre estarem dispostas a ajudar, pelas conversas e conselhos, pela prontidão e competência de sempre.

À Kelly, por acreditar, ajudar e construir os projetos de extensão universitária, mesmo nos momentos em que ações presenciais não foram possíveis.

Aos professores Gilberto Alfredo Pucca Junior, Cristine Miron Stefani, Tiago Araújo Coelho de Souza, Emília Carvalho Leitão Biato e Adriano de Almeida de Lima, pelo acolhimento, pelo aprendizado ao longo do último ano e por me ajudarem a compartilhar as tarefas da Universidade de Brasília com a construção deste trabalho.

À aluna de iniciação científica Marina Sebaio Vianna, pela dedicação à construção de respostas rápidas e pelo trabalho em equipe.

A todos os membros da equipe da biblioteca da FOUSP, em especial à Glauci e à Vânia, pela prontidão, eficiência, paciência e solução de diversas dúvidas.

À CNPq, pelo estímulo à formação acadêmica e pesquisa.

Aos meus avós Aline, Mazinho, Cidoca e Quinzinho, por terem sido grandes fontes de inspiração.

Aos meus amigos e família.

"Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar."

Paulo Freire

RESUMO

Martins FC. O desenvolvimento de estratégias para a retomada do cuidado em saúde bucal frente à pandemia de covid-19: Odontologia de Mínima Intervenção (OMI) [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia. 2022. Versão Corrigida.

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de pandemia por conta da covid-19, que trouxe alto risco de contaminação entre os profissionais de saúde bucal e usuários dos serviços. No estado de São Paulo, a coordenação estadual de saúde bucal e o Núcleo de Evidências e Análise Econômica da FOUSP realizaram o Suporte Emergencial, que aproximou diversos atores na busca de soluções para os problemas enfrentados por meio de Lives, Ambulatórios Virtuais e sínteses rápidas de evidências científicas. Este trabalho foi realizado por meio de quatro capítulos, o primeiro relata a experiência, tendo se destacado a relação ensino-serviço-comunidade e a Teleodontologia, que aproximou diversos atores na busca de soluções rápidas e bem-informadas cientificamente. Foram realizadas 25 lives (38733 visualizações no total e 1937 em média). Foram discutidos estudos de Biossegurança (5% das lives), Teleodontologia (20%), Odontologia de Mínima Intervenção (30%), Câncer de boca (25%), aspectos gerais da covid-19 (10%) e a retomada dos procedimentos eletivos (10%). Houve participação de 50 gestores, em média, em cada ambulatório. Foi publicada, em outubro/2020, uma Nota Técnica com orientações para a retomada dos atendimentos eletivos em saúde bucal no estado. O capítulo 2 foi uma síntese rápida, que identificou os procedimentos minimamente invasivos como solução utilizada no contexto global para o problema do acúmulo de necessidades de cárie dentária por conta da covid-19, que também era vivenciado em São Paulo. O capítulo 3 descreveu e analisou o Tratamento Restaurador Atraumático como política, identificando que seus resultados são promissores, com taxas de sobrevida semelhantes às dos estudos clínicos, mas ainda em estágio inicial. Por fim, o capítulo 4 analisa o processo de desenvolvimento da Odontologia de Mínima Intervenção como estratégia de retomada do cuidado eletivo em saúde bucal no estado de São Paulo a partir da percepção de diversos atores. Nas suas falas, ficou claro que houve uma janela de oportunidades que diminuiu algumas resistências às

mudanças sentidas pelos profissionais. Por outro lado, foram identificadas algumas barreiras, como a hegemonia da lógica biomédica e a insistência na prática voltada ao modelo queixa-conduta, em detrimento de ações de promoção de saúde, que podem influenciar na sustentabilidade da estratégia ao longo do tempo.

Palavras-chave: Pandemia de covid-19. Odontologia de Mínima Intervenção. Tratamento dentário restaurador sem trauma. Saúde Bucal. Política Pública.

ABSTRACT

Martins FC. The development of strategies for the resumption of oral health care in the context of the covid-19 pandemic: Minimal Intervention Dentistry [Tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia. 2022. Versão Corrigida.

On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) declared a pandemic status due to covid-19, which brought a high risk of contamination among oral health professionals and service users. In the state of São Paulo, the state oral health coordination and the FOUSP Evidence and Economic Analysis Center carried out Emergency Support, which brought together several actors in the search for solutions to the problems faced through Lives, Virtual Outpatient Clinics and rapid reviews of scientific evidence. This study was carried out through four chapters, the first reports the experience, highlighting the teaching-service-community relationship and Teledentistry, which brought together several actors in the search for quick and scientifically well-informed solutions. 25 lives were performed (38733 views in total and 1937 on average). Biosafety studies (5% of the lives), Teledentistry (20%), Minimal Intervention Dentistry (30%), Mouth Cancer (25%), general aspects of covid-19 (10%) and the resumption of procedures were discussed. electives (10%). An average of 50 managers participated in each outpatient clinic. In October/2020, a Technical Note was published with guidelines for the resumption of elective care in SB in the state. Chapter 2 was a quick synthesis, which identified minimally invasive procedures as a solution used in the global context to the problem of the accumulation of dental caries needs due to covid-19, which was also experienced in São Paulo. Chapter 3 described and analyzed Atraumatic Restorative Treatment as a policy, identifying that its results are promising, with survival rates similar to those of clinical studies, but still at an early stage. Finally, chapter 4 analyzes the process of development of Minimal Intervention Dentistry as a strategy for resuming elective oral health care in the state of São Paulo, based on the perception of several actors. In their speeches, it was clear that there was a window of opportunity that reduced some resistance to changes felt by professionals. On the other hand, some barriers, such as the hegemony of the biomedical logic, and the insistence on the practice focused on the complaint-conduct model, to the detriment of health promotion actions, can influence the sustainability of the strategy over time.

Keywords: Covid-19 pandemic. Minimal Intervention Dentistry. Dental atraumatic restorative treatment. Oral Health. Public policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 - Esquema do processo de abertura da janela de oportunidade que possibilitou a mudança no processo de trabalho em saúde bucal no SUS.	39
Figura 4.2 - Mapa do Estado de São Paulo com as regionais de Saúde	40
Figura 4.3 Esquema intervenção proposta: Tradução, transferência e troca de conhecimento para possibilitar a implementação mudanças.....	42
Figura 5.1 - Sugestão de classificação de lesões para decidir sobre quando intervir.	69
Figura 6.1 - Seleção dos estudos (PRISMA Flow Diagram)	81
Figura 6.2 - Desenvolvimento: Contexto local e tomada de decisão.....	83
Figura 7.1 - Mapa do Estado de São Paulo com as regionais de Saúde	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 - Quadro conceitual sobre a temática estudada	32
Quadro 3.1 - Características dos estudos	35
Quadro 4.1 - Todos os documentos que tratam da intervenção, organizados por tipo de documento e ordenados por relevância para a questão e para a covid-19	49
Quadro 4.2 - Visão geral do tipo e quantidade de documentos que foram identificados	53
Quadro 4.3 - Questões atualmente sendo trabalhadas	54
Quadro 6.1 - Síntese orientadora para descrição e análise das intervenções estudadas	77
Quadro 6.2 - Estratégias de busca.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 6.1 - Estudos de coorte que acompanham a longevidade das restaurações.	83
Tabela 6.2 - Dados qualitativos: Facilitadores e Barreiras de implementação.....	87
Tabela 7.1 Unidades de registro e categorias utilizadas para descrição e análise..	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ART	Tratamento Restaurador Atraumático
BS	Brasil Sorridente
CD	Cirurgião Dentista
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
OMI	Odontologia de Mínima Intervenção
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SECESB/SP	Suporte Emergencial à Coordenação Estadual de Saúde Bucal de São Paulo
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
1.1	Quadro conceitual sobre a temática estudada.....	30
2	PROPOSIÇÃO	33
3	MATERIAL E MÉTODOS	35
3.1	Atendimento às normas de bioética.....	36
4	CAPÍTULO 1 MODELO DE RESPOSTA RÁPIDA: TRADUÇÃO, TRANSFERÊNCIA E TROCA DE CONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA INFORMAR A TOMADA DE DECISÃO RÁPIDA NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO EM FACE DA PANDEMIA DE COVID-19	37
5	CAPÍTULO 2 RETOMADA DO CUIDADO ELETIVO EM SAÚDE BUCAL FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19, COM FOCO NA CÁRIE DENTÁRIA: SÍNTESE RÁPIDA PARA INFORMAR A TOMADA DE DECISÃO	61
6	CAPÍTULO 3 O TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (ART) COMO POLÍTICA: UMA REVISÃO DE ESCOPO	73
7	CAPÍTULO 4 PERCEPÇÃO DAS PARTES INTERESSADAS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA OMI COMO ESTRATÉGIA DE RETOMADA DO CUIDADO ELETIVO EM SAÚDE BUCAL FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19	101
8	DISCUSSÃO	117
9	CONCLUSÕES	123
	REFERÊNCIAS	125
	ANEXOS	129

1 INTRODUÇÃO

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de pandemia por conta da covid-19, uma nova infecção pulmonar de origem viral que surgiu em Wuhan, na China e que se caracteriza por causar síndrome respiratória aguda grave ¹. O agente biológico causador da doença é um coronavírus, tipo de vírus também causador de outras duas epidemias do século XXI (SARS, em 2002 e MERS, em 2011, que tiveram disseminação restrita ao sudeste asiático), entretanto, a covid-19 se difere dessas outras epidemias por sua alta e rápida disseminação pelo mundo, tal eficácia está pautada em três pilares: 1. Longo período de incubação 2. Letalidade relativa 3. Alta transmissibilidade dos assintomáticos ².

A covid-19 apresenta importante impacto na odontologia e já existem estudos que indicam sítios da cavidade bucal, como o tecido periodontal, como possíveis focos de entrada do coronavírus nas células do hospedeiro humano ³. Além disso, estudos realizados com outros coronavírus em animais demonstraram que receptores de angiotensina presentes nos ductos das glândulas salivares, podem ser o alvo primário de invasão celular do patógeno ⁴. O fato deste vírus estar presente dentro de células de tecidos bucais faz com que o aerossol gerado durante os procedimentos odontológicos seja potencialmente contaminado e atenua a chance de que bochechos pré-operatórios eliminem totalmente o coronavírus das secreções salivares e creviculares.

Portanto, por conta de grande parte dos procedimentos operatórios produzir aerossóis, a atividade odontológica era uma das mais críticas naquele momento. Além disso, havia escassez e aumento exacerbado dos custos de equipamentos de proteção individual (EPI), falta de protocolos claros de biossegurança, necessidade de reduzir os riscos de contaminação dos profissionais de saúde e usuários, o que fez com que os tomadores de decisão responsáveis por diversas instituições e governos locais, em um primeiro momento, suspendessem os procedimentos eletivos em odontologia em diversos países, com manutenção apenas de urgências e emergências ⁵⁻⁷. No Brasil, os procedimentos eletivos foram suspensos pelo Ministério da Saúde em 20 de março de 2020 ⁵.

No estado de São Paulo, que é a unidade de federação mais populosa, com cerca de 47 milhões de habitantes (aproximadamente 22% da população brasileira);

com maior "Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (cerca de 30%); altamente urbanizada (cerca de 95%)⁸, mas com profundas desigualdades socioeconômicas, o cenário imposto pela pandemia era desafiador. Antes mesmo do primeiro caso chegar ao Brasil, criou-se um comitê de enfrentamento da crise sanitária com pesquisadores, políticos, profissionais de saúde, sanitaristas para a definição, desenvolvimento e implementação de estratégias políticas para o enfrentamento do problema.

Vale ressaltar, que não existe uma definição única ou melhor sobre política pública, mas existem diferentes significados que orientam a discussão para o locus onde se desenvolvem os embates de interesses, preferências e ideias em planos de ação, ou seja, nos governos. Portanto, consideraremos como estratégia política o processo pelo qual os governos traduzem seus propósitos em ações em busca de resultados, mudanças, soluções, ou omissões para um problema ou realidade conhecida⁹.

Um importante modelo conceitual que explica o desenvolvimento de políticas é o de Kingdon, que explica como diferentes fluxos interagem para o desenvolvimento de políticas. O fluxo dos problemas analisa como as questões são reconhecidas como problemas e os motivos para que compoam a agenda do governo, tais como: indicadores que mensuram a magnitude do problema; a ocorrência de eventos, crises, desastres ou uma experiência pessoal; e questões econômicas, como orçamento, custos e gastos^{10,11}. O fluxo das alternativas as ideias e propostas de solução. Entre as que originam as políticas públicas é possível identificar alguns padrões, como confiabilidade técnica; a aceitabilidade e compatibilidade entre os valores vigentes na sociedade; capacidade de antecipar circunstâncias futuras, como problemas orçamentários. O fluxo político considera três elementos: o clima nacional (ambiente favorável ou desfavorável para a formação da agenda política); forças políticas organizadas (pressões exercidas por grupos) e as mudanças no governo.

No caso da pandemia de covid-19, o fluxo dos problemas apontava indicadores de rápida disseminação e morbimortalidade da doença ao redor do mundo, além de aumento expressivo de custos com a doença no contexto global. Quanto ao fluxo das alternativas, diversos grupos se uniram na busca da aceleração de produção de evidência científica sobre o tema para informar as tomadas de decisão. Quanto ao fluxo político, em geral, houve mobilização para a busca de soluções. Neste sentido, parece ter ocorrido o que a literatura reconhece como uma janela de oportunidades, caracterizada pela integração dos três fluxos - problemas, alternativas e política¹¹.

No que diz respeito à saúde bucal, no estado de São Paulo, ao lado da Secretaria do Estado de Saúde (área técnica - saúde bucal), o Núcleo de Evidências e Análise Econômica Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo participou dos processos de tomadas de decisão para enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia, visando uma retomada segura para os profissionais e seus pacientes, por meio da identificação das melhores evidências disponíveis para os principais problemas que precisavam ser solucionados. Vale destacar que são muitas as barreiras para que a evidência científica seja utilizada para informar a tomada de decisão, dentre elas: 1. a evidência compete com outros fatores no processo de formulação de políticas; 2. a evidência não é valorizada como subsídio; 3. A evidência não é relevante; 4. A evidência não é fácil de usar (os resultados não são efetivamente comunicados, não estão disponíveis quando os tomadores de decisão necessitam, e os tomadores de decisão não possuem mecanismos que facilitem o uso da evidência)^{12,13}. No caso apresentado, somava-se o fato de que o problema havia surgido há meses, portanto, as evidências surgiam a medida que as decisões eram tomadas, ou seja, no início, algumas perguntas não tinham sido respondidas (não havia evidências disponíveis naquele momento), mas o problema entrou na agenda política como necessidade de enfrentamento urgente.

O Suporte Emergencial à Coordenação Estadual de Saúde Bucal de São Paulo (SECESB/SP) buscava monitorar o surgimento de novas evidências, buscar soluções para os problemas identificados por gestores e foi alicerçado nos conceitos: 1. Tradução do Conhecimento (Knowledge translation- KT); 2. “Transferência de conhecimento (Knowledge Transfer); 3. Troca de Conhecimento (Knowledge exchange); 4. Implementação^{14,15}. Por meio de Lives (webinars) e Ambulatórios Virtuais, foi possível introduzir, respectivamente, os usos conceitual (para fornecer uma compreensão geral de determinado contexto) e instrumental (com intenções específicas, com uma perspectiva de resolução de problemas)¹⁶ da evidência científica no processo político, que consiste em duas fases: 1. desenvolvimento, composta pelos estágios: a. identificação do problema; b. identificação de intervenções; c. adoção da estratégia pelo governo e; 2. implementação, composta pelos estágios: a. implementação e b. monitoramento/avaliação de seu impacto¹⁷.

Durante o SECESB/SP, alguns temas foram considerados prioritários pelos atores envolvidos para uma retomada segura, tendo sido discutidos durante as Lives e Ambulatórios Virtuais. Alguns destes temas (1. Biossegurança, 2. Odontologia de

Mínima Intervenção, 3. Teleodontologia e 4. Câncer de Boca) se consolidaram como pilares para uma retomada segura.

Esta tese de doutorado tem foco no pilar 2 – Odontologia de Mínima Intervenção e é composta por estudos produzidos durante as tomadas de decisões para que elas fossem informadas pelas melhores evidências científicas disponíveis no momento, bem como por estudos que descrevem e analisam criticamente as etapas do desenvolvimento e implementação da retomada do cuidado em saúde bucal frente à pandemia de covid-19 no estado de São Paulo.

1.1 Quadro conceitual sobre a temática estudada (desenvolvimento e implementação de estratégias/políticas públicas em saúde bucal)

Para melhor conduzir este trabalho, foram utilizados três frameworks publicados na literatura:

1. “3-i+E” Framework: Interests, Ideas and Institutions” (Interesses, ideias e instituições)¹⁸ – explica que os desenvolvimentos e escolhas de políticas são influenciados pelos interesses, definidos por agendas de grupos sociais, funcionários eleitos, funcionários públicos, pesquisadores e empreendedores políticos; ideias, que incluem as evidências científicas, mas também a experiência profissional, valores e cultura dominantes; bem como por instituições, compostas por regras formais e informais, normas, precedentes e fatores organizacionais que estruturam o comportamento político, ou seja, estruturas governamentais, redes de políticas e legados políticos. O modelo foi recentemente atualizado com a inclusão de fatores externos (mudanças políticas, mídia, eventos inesperados), que também tem influência a tomada de decisão ¹⁹.
2. Sustainable Oral Health Framework (SOHF) - centrado em quatro “estágios de implementação de intervenções” (1. disseminação de treinamento; 2. adoção; 3. implementação e 4. melhoria da prática), que mostram como os conceitos capturados por cada um deles contribuem como partes de uma cadeia de eventos integrada de fatores-chave que influenciam

sequencialmente a sustentabilidade de uma inovação/intervenção em saúde bucal ²⁰.

3. Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), que fornece construções organizadas em 5 domínios e associadas à implementação efetiva, fornecendo um guia prático para avaliar sistematicamente potenciais barreiras e facilitadores na preparação para a implementação de uma inovação, para fornecer construtos baseados em teoria para o desenvolvimento de modelos lógicos específicos de contexto ou teorias de médio alcance generalizáveis ²¹.

A partir da leitura e análise dos três frameworks apresentados, foi realizada síntese dos modelos teóricos utilizados neste estudo e sistematizadas as categorias para coleta de dados e análise no Quadro 1.1, que contempla as etapas relacionadas ao desenvolvimento e implementação de estratégias/políticas públicas em saúde bucal, bem como os fatores-chave relacionados à sua sustentabilidade. Portanto, ele foi utilizado como fio condutor deste trabalho.

Quadro 1.1 - Quadro conceitual sobre a temática estudada

Etapa	Categorias	Aspectos considerados	Framework
Desenvolvimento	Contexto e Processo de tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do problema • Instituições (Estruturas governamentais; redes de políticas; legados políticos) • Ideias (Conhecimento/evidência científica; valores/cultura dominantes na sociedade) • Interesses (agenda de grupos da sociedade, funcionários públicos, pesquisadores e políticos); • Intervenção não adaptada, • Cenários interno e externo; • Indivíduos envolvidos, • Intervenção adaptada 	3-I + E CFIR
	Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Compatibilidade com as necessidades dos profissionais; • Acessibilidade; • Oferta de certificação 	SOHF
Implementação	Dados qualitativos	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitadores e Barreiras de Implementação 	CFIR SOHF

Fonte: O autor.

2 PROPOSIÇÃO

Descrever e analisar o processo de desenvolvimento das estratégias políticas para a retomada do cuidado em saúde bucal no contexto do enfrentamento da pandemia de covid-19 no estado de São Paulo.

2.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- ✓ Como se deu o processo de desenvolvimento das estratégias de retomada do cuidado em saúde bucal durante a pandemia de covid-19?
- ✓ Quais as melhores estratégias para o acesso aos tratamentos de necessidades acumuladas relacionadas à cárie dentária durante a pandemia de covid-19?
- ✓ Qual o contexto global do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) como política pública?
- ✓ Qual a percepção dos processos de desenvolvimento e implementação da OMI como política, pelos atores envolvidos no processo

3 MATERIAL E MÉTODOS

Essa tese foi organizada em quatro estudos complementares que reúnem informações específicas quanto a metodologia, portanto, foi realizada uma síntese de cada estudo, de acordo com a correspondente pergunta de pesquisa, objetivos, metodologia, referencial teórico e comitê de ética, no quadro 3.1.

Quadro 3.1 - Características dos estudos

Estudo	Pergunta de pesquisa	Objetivos	Método	Framework utilizado	Necessidade de TCLE
1	Como se deu o processo de desenvolvimento das estratégias de retomada do cuidado em saúde bucal durante a pandemia de covid-19?	Relatar o suporte emergencial do Núcleo de Evidências e Análise Econômica da Faculdade de Odontologia da USP para a coordenação estadual de saúde bucal (SB) de São Paulo durante as tomadas de decisão e ressignificação do processo de trabalho em SB na pandemia.	Relato de experiência por meio de ebook	3i+E	Não necessário
2	Quais as melhores estratégias para o acesso aos tratamentos de necessidades acumuladas relacionadas à cárie dentária durante a pandemia de covid-19?	Identificar, descrever e analisar as principais estratégias para tratamentos eletivos de cárie dentária no contexto da pandemia de covid-19 para informar as tomadas de decisão com base nas evidências científicas disponíveis no momento.	Síntese Rápida	Não se aplica	Não necessário
3	Qual o contexto global do Tratamento Restaurador	Identificar, descrever e analisar o contexto global do Tratamento	Revisão de escopo	3is + E e SOHF	Não Necessário

	Atraumático (ART) como política pública?	Restaurador Atraumático (ART) como política pública.			
4	Quais aspectos estiveram presentes no desenvolvimento e implementação da OMI como estratégia e como eles podem influenciar sua sustentabilidade?	Identificar, descrever e analisar criticamente o Processo de desenvolvimento da OMI na rede de atenção à saúde bucal para a retomada do cuidado odontológico e monitorar dados referentes à implementação.	Estudo qualitativo	3 I + E CFIR	Necessário

3.1 Atendimento às normas de bioética

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sob o parecer nº 4.749.489 (Anexo A).

4 CAPÍTULO 1 - MODELO DE RESPOSTA RÁPIDA: TRADUÇÃO, TRANSFERÊNCIA E TROCA DE CONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA INFORMAR A TOMADA DE DECISÃO RÁPIDA NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO EM FACE DA PANDEMIA DE COVID-19

RESUMO

Background: Este relato de experiência foi publicado como ebook e pode ser acessado na íntegra em: <https://sites.usp.br/eviporalhealth/publicacoes/> . Incluímos como o primeiro capítulo desta tese a versão em português, que faz parte do documento publicado e pode ser acessada pelo link mencionado. Em 2020, diante da pandemia de covid-19, o Núcleo de Evidências e Análise Econômica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) estabeleceu um programa de apoio emergencial à tomada de decisão à Coordenação Estadual de saúde Bucal do Estado de São Paulo. **Objetivo:** Relatar o suporte emergencial do Núcleo para a coordenação estadual de saúde bucal (SB) de São Paulo durante as tomadas de decisão e ressignificação do processo de trabalho em SB na pandemia. **Método:** Em 2020 foram implementadas duas estratégias de tradução, transferência e troca de conhecimento (1. lives/debates com diversos atores, a fim de estabelecer marcos teóricos para tomada de decisão com uso conceitual da evidência científica; 2. encontros síncronos, denominados ambulatórios virtuais, onde gestores e trabalhadores discutem a implementação dos assuntos tratados nas lives e as adaptações à realidade da pandemia em cada região do estado, com uso instrumental da evidência científica. **Resultados:** Foram realizadas 25 lives (38733 visualizações no total e 1937 em média). Foram discutidos estudos de Biossegurança (5% das lives), Teleodontologia (20%), Odontologia de Mínima Intervenção (30%), Câncer de boca (25%), aspectos gerais da covid-19 (10%) e a retomada dos procedimentos eletivos (10%). Houve participação de 50 gestores, em média, em cada ambulatório. Foi publicada, em outubro/2020, uma Nota Técnica com orientações para a retomada dos atendimentos eletivos em SB no estado. **Conclusão:** A relação ensino-serviço-comunidade, quando pautada não só na tradução passiva do conhecimento, mas também na transferência e na construção de espaços coletivos de troca, pode possibilitar o desenvolvimento e implementação de estratégias, programas e políticas públicas bem-informadas.

INTRODUÇÃO

Contexto da Pandemia no Brasil no estado de São Paulo

O Brasil nunca mais será o mesmo depois da COVID19. A história contemporânea da humanidade nunca viveu uma crise das dimensões impostas pelo SARS-COV-2. O mundo do trabalho, o ensino, a economia e o sistema de saúde sofreram transformações rápidas e profundas e que devem permanecer no pós-pandemia (ONU,2020;ONU,2020; Dias,Pinto, 2020).

No contexto de ampliação da disseminação do vírus entre a população, os estudos revelaram que as únicas medidas eficazes de controle de infecção estavam relacionadas aos hábitos individuais. Medidas sanitárias coletivas foram tomadas para garantir a segurança de todos, o que obrigou que formuladores de políticas e “stakeholders” a tomarem decisões difíceis, tais como o fechamento do comércio (São Paulo, 2020), suspensão das aulas presenciais (São Paulo, 2020) e uso obrigatório de máscara (São Paulo, 2020), tais medidas geraram na sociedade conflitos e discussões sobre os limites entre o Direito individual e o Direito coletivo.

Some-se a isso que o Brasil não viveu, desde o início da pandemia, um cenário de comando único, no próprio governo federal havia sérias e profundas divergências entre a ala ideológicas do governo, que negava a existência e gravidade do problema e os técnicos do Sistema Único de Saúde e do Ministério da saúde, que tomavam as decisões pautando-se nas evidências científicas e em consensos internacionais (Lancet, 2020). Por outro lado, no estado de São Paulo, antes mesmo do primeiro caso chegar ao Brasil, criou-se um comitê de enfrentamento da crise sanitária com pesquisadores, sanitaristas e políticos.

A pandemia da COVID19 tirou o maior símbolo da profissão de cirurgião-dentista: o motor de alta rotação e limitou o atendimento em urgência e emergência (ANVISA,2020). Não era mais possível praticar a odontologia de sempre e era urgente que universidade e policy makers pensassem formas de resolver esta situação, a pandemia, no entanto, abriu uma janela de oportunidade, de revermos nossas práticas, inovarmos no cuidado, à medida que colocou em “xeque” o processo de trabalho historicamente construído pela odontologia. Fomos obrigados a, diante da situação real e inevitável da pandemia, ampliar não apenas o objeto da clínica

odontológica, ampliar as nossas próprias formas de pensar, ampliar as possibilidades de um Cirurgião Dentista (CD) atuar em um cenário tão complexo e desafiador.

A pandemia foi a crise inesperada que abriu a janela das oportunidades (Kingdon, 2003) e revelou a realidade, que possibilitou a tomada de decisão política e a saúde bucal tem vivido uma inesperada revolução no seu processo de trabalho, que pode ser um novo capítulo da sua história, se soubermos construir seus alicerces com evidência científica e com estreitamento entre as relações do serviço-ensino e comunidade.

Figura 4.1 - Esquema do processo de abertura da janela de oportunidade que possibilitou a mudança no processo de trabalho em saúde bucal no SUS.



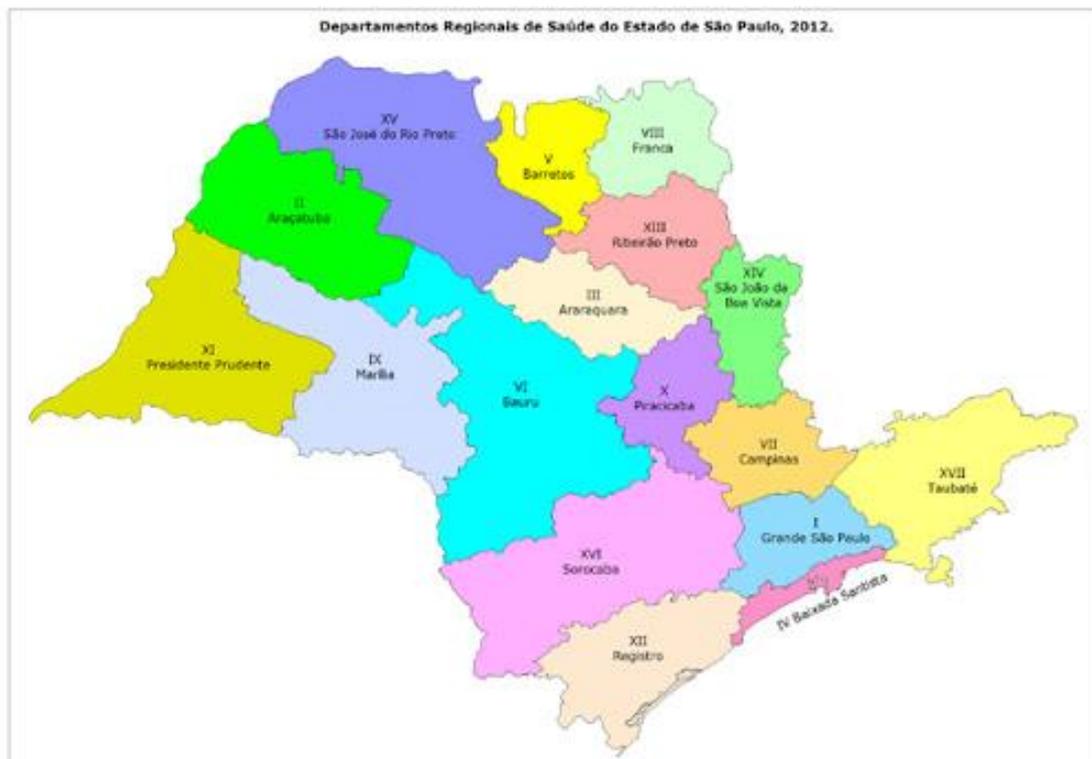
Fonte: O autor

PERCURSO METODOLÓGICO

Detalhes da intervenção proposta: Tradução, transferência e troca de conhecimento para possibilitar a implementação das mudanças

População e cenário de estudo: Equipes de saúde bucal, Gestores de saúde bucal, secretários de saúde dos 645 municípios do estado de São Paulo, divididos em 17 regionais de saúde (Figura 4.2). São Paulo é o maior e mais rico estado do Brasil, sua área total é de 248 222,362 km², o que equivale a 2,9% da superfície do Brasil, sendo pouco maior que o Reino Unido. Tem cerca de 50 milhões de habitantes e se fosse um país independente, seu PIB nominal poderia ser classificado entre os 20 maiores do mundo.

Figura 4.2- Mapa do Estado de São Paulo com as regionais de Saúde



Fonte: São Paulo, 2011

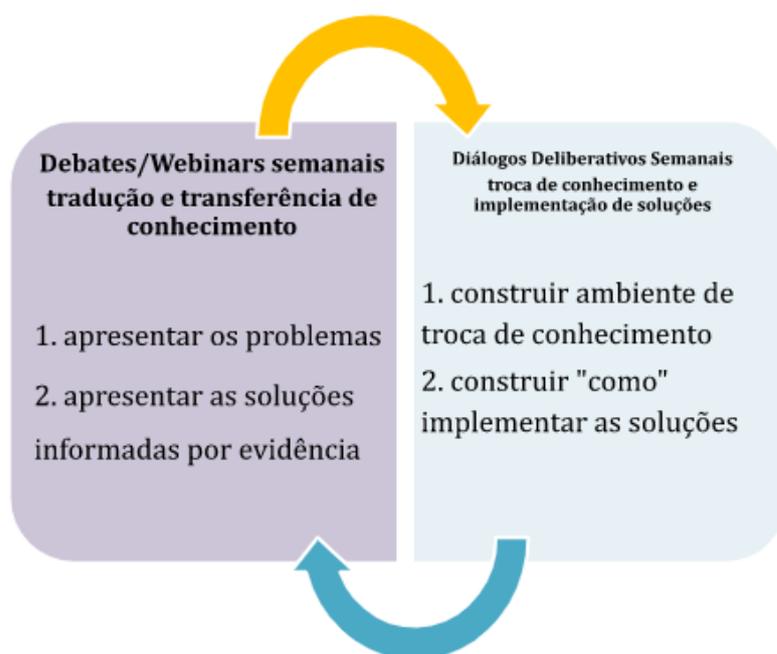
Intervenção

1. **Março/2020- Revisão Rápida-** para informar a tomada de decisão para subsidiar a tomada de decisão se o estado de São Paulo suspenderia ou não os atendimentos eletivos odontológicos.
2. **Março/2020- Diálogo deliberativo** - com coordenador estadual de saúde bucal + 17 coordenadores (interlocutores) de saúde bucal das regionais de saúde do estado + Núcleo de Evidências da FOUSP- para compreender como o Núcleo poderia colaborar no enfrentamento à pandemia, no contexto da saúde bucal e da atenção primária à saúde do SUS.
3. **Março 26- Decreto:** publicação de resolução suspendendo os atendimentos odontológicos eletivos e mantendo os atendimentos de urgência.
4. **Abril 2020- Novo Diálogo deliberativo** para identificar novas demandas e novas deliberações-
Resultado: Necessidade de educação permanente (tradução e Transferência de conhecimento), especialmente em relação aos novos protocolos de

- biossegurança e organização do processo de trabalho em tempos de pandemia.
5. **Maio 18 - Webinars ciclo 1-** Início das atividades semanais de tradução do conhecimento e de transferência do conhecimento via Youtube.
 6. **Maio 20- Diálogos deliberativos semanais-** Início das atividades semanais de troca de conhecimento e de deliberação para construção das normas/protocolos e leis estaduais e municipais.
 7. **Junho 01 - Decreto-** Plano estadual de flexibilização da quarentena e necessidade de planejamento para retorno responsável dos atendimentos eletivos- momento de alta tensão.
 8. **Junho 01- webinars Ciclo 2** (Tradução e transferência de conhecimento) sobre a retomada abordando os temas:
 - a) Odontologia de Mínima Intervenção - restauração atraumática, cariostático, tratamentos ultra conservadores, hall technique.
 - b) Teleodontologia para garantir o cuidado em saúde.
 9. **Junho 03- Diálogo deliberativo**
 - a) Construção da regulamentação de teleodontologia.
 - b) Construção da regulamentação dos protocolos de retomada dos atendimentos odontológicos respeitando o perfil epidemiológico de cada município- necessidade de decisão local.
 10. **Junho 04- Decreto- RESOLUÇÃO CFO-226 /2020-** regulamentação teleodontologia no Brasil.
 11. **Julho 01- Publicação do protocolo de retomada da atenção básica no estado de São Paulo com os detalhes do atendimento odontológico**
 12. **Estudos primários em banco de dados oficiais-** Quando os municípios iniciaram o processo de retomada dos atendimentos eletivos começou a ficar evidente que o sistema de saúde não conseguiu cuidar dos pacientes com câncer de boca e de pacientes com necessidade especiais.
 13. **Agosto 06- Publicação paper-** Teledentistry and the Unified Health System: An Important Tool for the Resumption of Primary Health Care in the Context of the COVID-19 Pandemic.
 14. **Agosto 12- Diálogo deliberativo-** para definir estratégias de resgatar pacientes com câncer de boca e organizar a rede de cuidado ao paciente oncológico.

- a) Definição do mês de novembro como mês de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.
- b) Organização da rede- Diagnóstico dos nós críticos e resolução dos problemas.

Figura 4.3 Esquema intervenção proposta: Tradução, transferência e troca de conhecimento para possibilitar a implementação mudanças.



Fonte: O autor

Detalhes da intervenção e conceituação teórica

Em 2020, diante da pandemia da COVID 19, o Núcleo estabeleceu um programa de apoio emergencial à tomada de decisão à Coordenação Estadual de saúde Bucal do Estado de São Paulo, com atividades semanais realizadas a partir do mês de maio, alicerçadas nos conceitos: Tradução do Conhecimento (Knowledge translation- KT); 2. "A transferência de conhecimento (Knowledge transfer- KTransfer); 3. Troca de Conhecimento (Knowledge exchange); 4. Implementação (Graham; Tetroe, 2007; Field et al, 2014; Ferraz; Pereira; Pereira, 2019)

Como estratégia de transferência rápida de conhecimento e apoio para tomada de decisão e apoio na implementação das estratégias de enfrentamento à pandemia, desenvolvemos debates ao vivo (webinars), usando youtube, sobre temas pertinentes

e que eram trazidos por gestores e trabalhadores do SUS. Neste espaço conseguimos estabelecer “tradução e troca de conhecimento”.

De 18 de maio à 21 de Setembro, todas as segundas-feiras à noite, fizemos 20 debates, disponíveis no canal do youtube do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas em Saúde Bucal (<https://www.youtube.com/c/ObservatoriolberoamericanoPoliticasa%C3%BAdedeBucal/videos>), com pesquisadore(a)s, gestore(a)s e Trabalhadore(a)s das diversas áreas da saúde pública e da Odontologia, afim de estabelecer os marcos teóricos para tomada de decisão informada por evidência, estabelecendo “tradução e transferência de conhecimento”. Essas sessões são públicas e todo o conteúdo pode ser acessado por qualquer usuário da internet.

Após os debates, nos reunimos nos “**Diálogos deliberativos semanais**”, às quartas-feiras, conhecidos como Ambulatórios Virtuais, para construirmos espaço de “troca de conhecimento” e estabelecermos espaço de deliberação e construção de planos de “implementação” das mudanças necessárias no processo de trabalho em saúde bucal no estado de São Paulo. De 20 de Maio a 24 de setembro realizamos 18 encontros, com média de 50 gestores por encontro. Essas reuniões preservam a identidade e o sigilo das informações, portanto seu conteúdo não é divulgado, apenas um resumo, por meio de ata, é realizado a cada reunião para preservar a memória dos encontros.

RESULTADOS

Durantes o Suporte Emergencial à tomada de decisão à Coordenação Estadual de saúde Bucal do Estado de São Paulo abordamos os seguintes ciclos:

Webinars - ciclo 1. Conhecendo o SARS COV2 e as medidas de biossegurança

1. Aspectos gerais do novo coronavírus de interesse dos dentistas; <https://www.youtube.com/watch?v=JRdulLaQY7E>
2. Atenção Primária à Saúde (APS) que faz a diferença em tempos de pandemia; https://www.youtube.com/watch?v=fh_AgFyA6KY
3. Vídeo aula: Biossegurança em Tempos de Covid-19; <https://www.youtube.com/watch?v=P0BEEtOrDSU>

4. Aspectos de biossegurança para a Odontologia no Sistema Único de Saúde;

<https://www.youtube.com/watch?v=CDo3JPuVChI&t=46s>

5. Proteção respiratória: como proteger a força de trabalho da saúde em tempos de pandemia?

<https://www.youtube.com/watch?v=igpl7J6XgE8>

Webinars- ciclo dois. Retomada segura e mudança de processo de trabalho

6. Como retomar a saúde bucal diante da pandemia?

<https://www.youtube.com/watch?v=vA0QH0aQ5lg>

7. As possibilidades da Teleodontologia no SUS;

<https://www.youtube.com/watch?v=rZK6SExNr2U&t=988s>

8. Ações coletivas e individuais em Odontologia Mediadas por Tecnologias no Sus: Prevenção e Promoção da Saúde; <https://www.youtube.com/watch?v=iOjF6zw97Yc>

9. Aspectos gerais da odontologia com intervenção mínima para a retomada no contexto da APS. <https://www.youtube.com/watch?v=KIOMT0fycc0>

10. Cariologia: Etiologia, diagnóstico e avaliação de risco de acordo com SES/SP;

<https://www.youtube.com/watch?v=wiGaYB7d9sk>

11. Os Desafios da Implementação da Intervenção Mínima como Política -

<https://www.youtube.com/watch?v=Olh8NX7EYaI>

12. Odontologia com intervenção mínima: ART;

<https://www.youtube.com/watch?v=PByRcGcJCXQ&t=1364s>

13. Odontologia com mínima intervenção. Tratamento das lesões iniciais - uso de cariostáticos;

https://www.youtube.com/results?search_query=Tratamento+de+les%C3%B5es+iniciais+-+a+utiliza%C3%A7%C3%A3o+de+cariost%C3%A1ticos

14. Conhecendo as coroas de aço e recapitulando a mínima intervenção

<https://www.youtube.com/watch?v=r53QvH0bd8>

15. A pandemia de médio e longo prazo no Brasil, no mundo e a capacidade de resposta do SUS <https://www.youtube.com/watch?v=bAjFq718YEg&t=4529s>

16. O (des) cuidado de pacientes com câncer de boca e a pandemia de COVID19

https://www.youtube.com/watch?v=Y_O6tDUfYMw

17. Estratégias no SUS para rastrear pacientes em risco para câncer de boca em tempos de pandemia <https://www.youtube.com/watch?v=74cgFEYuwrrw&t=2064s>

18. Apoio em tempos de pandemia e câncer de boca https://www.youtube.com/watch?v=TY-fuG_V6Jw&t=2154s

19. Diagnóstico mediado por tecnologia: caminhos e possibilidades <https://www.youtube.com/watch?v=OPPXyVQzww0&t=3475s>

20. Como cuidar de pacientes com necessidades especiais em meio à pandemia? https://www.youtube.com/watch?v=IS6R86yBO_s&t=1s

5. Nome deste produto:

Modelo de resposta rápida: Tradução, transferência e troca de conhecimento como estratégia para informar a tomada de decisão rápida no sistema de saúde público do estado de São Paulo em face da pandemia de COVID-19.

Resumo com links importantes

1. **Revisão Rápida-** Aumentando a segurança do tratamento odontológico durante o COVID-19: uma revisão rápida: <https://drive.google.com/file/d/1mtqGFp5CG2chyla9OI7-vCGD2Luz2j1t/view?usp=sharing>
2. **Documento suspendendo tratamentos eletivos em saúde bucal:** http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/covid2603_orientacoes_bucal_coe.pdf
3. **Documento recomendando a retomada dos atendimentos eletivos:** file:///F:/2020/teleconsultorias/organizacao_das_acoes_na_aps_versao_2-julho_2020.pdf or <http://www.cosemssp.org.br/noticias/organizacao-das-acoes-na-atencao-primaria-a-saude-no-contexto-da-covid-19/>
4. **Publicação paper-** Teledentistry and the Unified Health System: An Important Tool for the Resumption of Primary Health Care in the Context of the COVID-19 Pandemic: <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.155>
5. **Extract data:** Dados da falta de cuidado do paciente do câncer de boca no Brasil e no estado de SP: <https://drive.google.com/file/d/1dcyHjSlyWrohJXKM2Scno-VYUOZsR12F/view?usp=sharing>
6. **Webinar:** Aspectos gerais do novo coronavírus de interesse dos dentistas; <https://www.youtube.com/watch?v=JRdulLaQY7E>

7. **Webinar:** A APS que faz a diferença em tempos de pandemia; https://www.youtube.com/watch?v=fh_AgFyA6KY
8. **Webinar:** Vídeo aula: Biossegurança em Tempos de Covid-19; <https://www.youtube.com/watch?v=P0BEEtOrDSU>
9. **Webinar:** Aspectos de biossegurança para a Odontologia no Sistema Único de Saúde; <https://www.youtube.com/watch?v=CDo3JPuVChI&t=46s>
10. **Webinar:** Proteção respiratória: como proteger a força de trabalho da saúde em tempos de pandemia? <https://www.youtube.com/watch?v=igpl7J6XgE8>
11. **Webinar:** Como retomar a saúde bucal diante da pandemia do COVID-19? <https://www.youtube.com/watch?v=vA0QH0aQ5lq>
12. **Webinar:** As possibilidades da Teleodontologia no SUS; <https://www.youtube.com/watch?v=rZK6SExNr2U&t=988s>
13. **Webinar:** Ações coletivas e individuais em Odontologia Mediadas por Tecnologias no Sus: Prevenção e Promoção da Saúde; <https://www.youtube.com/watch?v=iOjF6zw97Yc>
14. **Webinar:** Aspectos gerais da odontologia com intervenção mínima para a retomada no contexto da APS. <https://www.youtube.com/watch?v=KIOMT0fycc0>
15. **Webinar:** Cariologia: Etiologia, diagnóstico e avaliação de risco segundo SES/SP; <https://www.youtube.com/watch?v=wiGaYB7d9sk>
16. **Webinar:** Os Desafios da Implementação da Intervenção Mínima como Política [-https://www.youtube.com/watch?v=Olh8NX7EYal](https://www.youtube.com/watch?v=Olh8NX7EYal)
17. **Webinar:** Odontologia com intervenção mínima: ART; <https://www.youtube.com/watch?v=PByRcGcJCXQ&t=1364s>
18. **Webinar:** Odontologia com mínima intervenção. Tratamento de lesões iniciais - uso de carióstáticos; https://www.youtube.com/results?search_query=Tratamento+de+les%C3%B5es+iniciais+utiliza%C3%A7%C3%A3o+de+cariost%C3%A1ticos
19. **Webinar:** Conhecendo as coroas de aço e recapitulando a mínima intervenção <https://www.youtube.com/watch?v=r53QvH0bd8>
20. **Webinar:** A pandemia de médio e longo prazo no Brasil, no mundo e a capacidade de resposta do SUS <https://www.youtube.com/watch?v=bAjFq718YEg&t=4529s>
21. **Webinar:** O cuidado (menos) de pacientes com câncer de boca e a pandemia de COVID-19 https://www.youtube.com/watch?v=Y_O6tDUfYMw

22. **Webinar:** Estratégias no SUS para rastrear pacientes em risco para câncer de boca em tempos de pandemia
<https://www.youtube.com/watch?v=74cgFEYuwrw&t=2064s>
23. **Webinar:** Apoio em tempos de pandemia e câncer de boca
https://www.youtube.com/watch?v=TY-fuG_V6Jw&t=2154s
24. **Webinar:** Diagnóstico mediado por tecnologia: caminhos e possibilidades
<https://www.youtube.com/watch?v=OPPXyVQzww0&t=3475s>
25. **Webinar:** Como cuidar de pacientes com necessidades especiais em meio à pandemia? https://www.youtube.com/watch?v=IS6R86yBO_s&t=1s

Quadro 4.1 - Todos os documentos que tratam da intervenção, organizados por tipo de documento e ordenados por relevância para a questão e para a COVID-19 (com hiperlink sempre que possível e sinalizado como disponível mediante solicitação quando não houver hiperlink disponível)

Tipo de documento	Questão/assunto	Relevância para enfrentamento da pandemia de covid-19	Hyperlink
Rapid Review	Biossegurança	Com a COVID todos os protocolos de biossegurança na odontologia foram readaptados, para evitar contaminação dos profissionais e pacientes	https://drive.google.com/file/d/1mtgGFp5CG2chyla9OI7-vCGD2Luz2j1t/view?usp=sharing
Lei/ decreto	Documento suspendendo tratamentos eletivos:	Após revisão rápida e diálogo deliberativos observamos: Falta de equipamentos de proteção individuais Alto risco de contaminação dos profissionais Necessidade lockdown e diminuição de pessoas nas ruas Necessidade de usar a força de trabalho da equipe de saúde bucal no fast track da pandemia	http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/covid2603_orientacoes_bucal_coe.pdf
Lei/decreto	Documento recomendando a retomada dos atendimentos eletivos	Após acompanhamento de indicadores de saúde e diálogos deliberativos semanais, observamos: Estoque suficiente de equipamentos de proteção individuais Treinamento da força de trabalho e definição de protocolos de biossegurança (webinars e manuais) Indicadores de saúde alarmantes sobre câncer boca e pacientes com necessidades especiais	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
Análise das possibilidades para SUS - Paper		A Teleodontologia e o Sistema Único de Saúde: uma ferramenta importante para a retomada da Atenção Primária à Saúde no Contexto da Pandemia da COVID-19:	http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/5714/pdf
Extract data- Paper	Análise de dados secundários	O sistema de saúde deixou de fazer diagnóstico de câncer de boca nos primeiros meses de pandemia	https://drive.google.com/file/d/1dcyHjSlYwrohJXKM2Scno-VYUOZsR12F/view?usp=sharing
Webinar	Coronavírus	Aspectos gerais do novo coronavírus de interesse dos dentistas	https://www.youtube.com/watch?v=JRdulLaQY7E
Webinar	APS	A APS que faz a diferença em tempos de pandemia	https://www.youtube.com/watch?v=fn_AgFyA6KY

Fonte: O autor.

Webinar	Biossegurança	Vídeo aula: Biossegurança em tempos de Covid-19	https://www.youtube.com/watch?v=P0BEEtOrDSU
Webinar	Biossegurança	Proteção respiratória: como proteger a força de trabalho da saúde em tempos de pandemia?	https://www.youtube.com/watch?v=igpl7J6XgE8
Webinar	Atenção em saúde bucal	Como fica a saúde bucal diante da pandemia do COVID 19? saúde diante da pandemia do COVID 19?	https://www.youtube.com/watch?v=vA0QH0aQ5lg
Webinar	Teleodontologia	As possibilidades da Teleodontologia no SUS;	https://www.youtube.com/watch?v=rZK6SExNr2U&t=988s
Webinar	Teleodontologia Ações coletivas e individuais Prevenção e Promoção da Saúde	Ações coletivas e individuais em Odontologia Mediadas por Tecnologias no Sus: Prevenção e Promoção da Saúde	https://www.youtube.com/watch?v=iOjF6zw97Yc

Webinar	mínima intervenção APS	Aspectos gerais da odontologia com intervenção mínima para a retomada no contexto da APS.	https://www.youtube.com/watch?v=KIOMT0fycc0
Webinar	Cariologia	Cariologia: Etiologia, diagnóstico e avaliação de risco de acordo com SES/SP	https://www.youtube.com/watch?v=wiGaYB7d9sk
Webinar	Mínima Intervenção como Política	Os Desafios da Implementação da Intervenção Mínima como Política	https://www.youtube.com/watch?v=Olh8NX7EYal
Webinar	Restauração Atraumática	Odontologia de mínima intervenção: ART;	https://www.youtube.com/watch?v=PByRcGcJCXQ&t=1364s
Webinar	Diamino Fluoreto de Prata (Cariostático)	Odontologia com mínima intervenção. Tratamento das lesões iniciais - uso de cariostáticos;	https://www.youtube.com/results?search_query=Tratamento+de+les%C3%B5es+iniciais+-+a+utiliza%C3%A7%C3%A3o+de+cariost%C3%A1ticos
Webinar	Hall Technique	Conhecendo as coroas de aço e recapitulando a mínima intervenção	https://www.youtube.com/watch?v=_r53QvH0bd8
Webinar	Efeitos da pandemia	A pandemia de médio e longo prazo no Brasil, no mundo e a capacidade de resposta do SUS	https://www.youtube.com/watch?v=bAjFq718YEg&t=4529s

Webinar	Câncer de Boca	O (des) cuidado de pacientes com câncer de boca e a pandemia de COVID19	https://www.youtube.com/watch?v=Y_O6tDUfYMw
Webinar	Rastreio de Câncer de Boca	Estratégias no SUS para rastrear pacientes em risco para câncer de boca em tempos de pandemia	https://www.youtube.com/watch?v=74cgFEYuwrv&t=2064s
Webinar	Câncer de Boca	Apoio em tempos de pandemia e câncer de boca	https://www.youtube.com/watch?v=TY-fuG_V6Jw&t=2154s
Webinar	Teleodontologia	Diagnóstico mediado por tecnologia: caminhos e possibilidades	https://www.youtube.com/watch?v=OPPXyVQzvv0&t=3475s
Webinar	pacientes com necessidades especiais	Como cuidar de pacientes com necessidades especiais em meio à pandemia?	https://www.youtube.com/watch?v=IS6R86yBO_s&t=1s

Quadro 4.2 - visão geral do tipo e quantidade de documentos que foram identificados

Tipo de análise	Abordagem usada para capturar evidências e insights	
	Análise documental	Entrevistas
Análise de política	Síntese das melhores evidências de pesquisa disponíveis de revisões sistemáticas e estudos primários (por exemplo, benefícios, danos e custos de opções de políticas)	Identificar insights das principais partes interessadas cujos pontos de vista já foram capturados em relatórios de literatura cinzenta não indexados em bancos de dados online
Análise de sistema	Análise de documentos de políticas (por exemplo, legislação/regulamentação) e outras fontes (por exemplo, dados locais) que fornecem informações e contexto sobre como funcionam as principais partes de um sistema de saúde ou social	Identificar insights de informantes-chave sobre como as partes-chave de um sistema de saúde ou social funcionam e opções para fazer as coisas de maneira diferente
Análise de políticas	Análise de documentos de políticas (por exemplo, discursos e plataformas de partidos políticos) e outras fontes (por exemplo, sites de partes interessadas) para identificar fatores que podem afetar a definição da agenda do governo e os processos de tomada de decisão	Identificar insights de informantes-chave sobre fatores políticos que podem afetar a definição da agenda do governo e os processos de tomada de decisão

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4.3 - Questões atualmente sendo trabalhadas

Segurança da força de trabalho e dos usuários- Biossegurança
Suspensão dos atendimentos eletivos
Tomada de decisão informada por evidência
Retomada dos atendimentos eletivos
Mudança no processo de trabalho da odontologia no SUS em face da pandemia
Odontologia de Mínima intervenção
Teleodontologia - Cuidado em saúde mediado por tecnologias
Rastreamento do paciente com câncer de boca em face da pandemia
Cuidado do paciente especial em face da pandemia

Fonte: Elaboração Própria

Oportunidade de estudos primários a partir desta resposta rápida:

1. Como informar a tomada de decisão para incorporar a mínima intervenção como política no trans e pós pandemia
2. Como avaliar o processo de retomada dos atendimentos eletivos nos diversos municípios
3. Avaliar custo efetividade da teleodontologia como ferramenta adjuvante de cuidado em saúde
4. Monitorar indicadores de saúde bucal
5. Biossegurança na Odontologia

REFERÊNCIAS

ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-cov-2). Brasília. 2020. Acesso em 6 Out 2020. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada>

DIAS, Érika; PINTO, Fátima Cunha Ferreira. A Educação e a Covid-19. Ensaio: aval.pol.públ.Educ., Rio de Janeiro, v. 28, n. 108, p. 545-554, Sept. 2020. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362020000300545&lng=en&nrm=iso. access on 06 Oct. 2020. Epub July 06, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-40362019002801080001>.

Ferraz Lucimare, Pereira Rui Pedro Gomes, Pereira Altamiro Manuel Rodrigues da Costa. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. Saúde debate [Internet]. 2019 Nov [cited 2020 Oct 06]; 43(spe2): 200-216. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000600200&lng=en. Epub Feb 10, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s215>.

Field, B., Booth, A., Iltott, I. et al. Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review. Implementation Sci 9, 172 (2014). <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0172-2>

Graham ID, Tetroe J; KT Theories Research Group. Some theoretical underpinnings of knowledge translation. Acad Emerg Med. 2007 Nov;14(11):936-41. doi: 10.1197/j.aem.2007.07.004. PMID: 17967955.

ONU.OMS diz que mundo pós-Covid-19 tem que ser mais verde e saudável.ONU News.[interne] 2020. Acesso em: 5 Out 2020. Disponível em:<https://news.un.org/pt/story/2020/05/1714912>

ONU.OIT: desemprego causado por pandemia afeta mais de um em cada seis jovens.ONU News.[interne] 2020. Acesso em: 5 Out 2020. Disponível em:<https://news.un.org/pt/story/2020/05/1714822>

SÃO PAULO. Governo de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Redes Regionais de Atenção à Saúde. 2011. Acesso em: 6 Out 2020. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/destaques/redesregionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-deatencao-a-saude-rras>

São Paulo. DECRETO Nº 64.881, DE 22 DE MARÇO DE 2020. Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências complementares. [Internet]. São Paulo. 2020. Acesso em: 5 Out 2020. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/sp/decreto-n-64881-2020-sao-paulo-decreta-quarentena-no-estado-de-sao-paulo-no-contexto-da-pandemia-do-covid-19-novo-coronavirus-e-da-providencias-complementares>.

São Paulo. DECRETO Nº 64.862, DE 13 DE MARÇO DE 2020. Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações no setor privado estadual. Diário Oficial. Vol 130 Nº 51. Publicado em 14 Mar 2020 [Internet]. Acesso em: 5 Out 2020. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/decreto-64862.pdf>

São Paulo. DECRETO Nº 64.959, DE 4 DE MAIO DE 2020 Dispõe sobre o uso geral e obrigatório de máscaras de proteção facial no contexto da pandemia da COVID-19 e dá medidas correlatas. Diário Oficial. Vol 130 Nº 85. Publicado em 5 Maio 2020 [Internet]. Acesso em: 5 Out 2020. Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20200505&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=1>

The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?” The Lancet, 395(10235), 1461 [internet]. 2020. Acesso em 6 Out 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7251993/.doi:10.1016/s0140-6736\(20\)31095-3](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7251993/.doi:10.1016/s0140-6736(20)31095-3).

KINGDON, J. W. Agendas, alternativas and public policies. 2. ed. Ann Arbor, : University of Michigan, 2003.

CARRER, FERNANDA CAMPOS DE ALMEIDA ; GALANTE, MARIANA LOPES ; GABRIEL, MARIANA ; PISCHEL, NICOLE ; GIRALDES, AMANDA IIDA ; NEUMANN, ALINE ; SILVA, DORIVAL PEDROSO DA ; PUCCA, GILBERTO ALFREDO . A COVID-19 na América Latina e suas repercussões para a odontologia. REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA-PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, v. 44, p. 1, 2020

Autores e participantes das estratégias descritas

Docentes

Maria Ercilia de Araujo- School of Dentistry- University of São Paulo
 Antonio Carlos Frias - School of Dentistry- University of São Paulo
 Mary Caroline Skelton Macedo- School of Dentistry- University of São Paulo
 Maria Stella N.A Moreira - School of Dentistry- University of Ibirapuera
 Mariana Gabriel- School of Dentistry- University of São Paulo
 Edson Hilan- - School of Dentistry- University of Paraíba
 Claudia Novoa- Telehealth program of Sao Paulo State
 Daniela Raggio- - School of Dentistry- University of Sao Paulo
 José Carlos Imparato- School of Dentistry- University of São Paulo
 Gilberto Alfredo Pucca Junior- University of Brasília
 Fausto Mendes- School of Dentistry- University of São Paulo
 Mariana Braga Minatel - School of Dentistry- University of São Paulo
 Paulo Saldiva- School of Medicine- University of São Paulo
 Márcio Lopes- School of Dentistry- University of Campinas
 Yuri Cavalcanti- School of Dentistry- University of Paraíba
 Ronald Cavalcanti- School of Dentistry- University of Pernambuco
 Celso Lemos- School of Dentistry- University of São Paulo
 Guido Lemos- School of Dentistry- University of Paraíba
 Cassius Torres- School of Dentistry- University of Paraná
 Márcia Alves- University of Rio de Janeiro and Ministry of Health

Alunos graduação

Nicole Pischel- School of Dentistry- University of São Paulo
 Amanda Iida- School of Dentistry- University of São Paulo

Alunos pós graduação

Fabio Carneiro Martins School of Dentistry- University of São Paulo
 Bruno Matuk- School of Medicine- University of São Paulo
 Rebeca Cardoso Pedra - School of Dentistry- University of São Paulo
 Julia Mendes - School of Dentistry- University of São Paulo
 Mariana Lopes Galante - School of Dentistry- University of São Paulo
 Janaína Galleazzi - School of Dentistry- University of São Paulo

Emiliana Maria Grando- Nursing School- University of São Paulo
 Laura Pontes- School of Dentistry- University of São Paulo
 Elizabeth Rocha- School of Dentistry- University of São Paulo
 Maria Eduarda Franco Viganó School of Dentistry- University of São Paulo
 Karina Haibara School of Dentistry- University of São Paulo
 Julia Gomes School of Dentistry- University of São Paulo
 Ana Laura Pássaro School of Dentistry- University of São Paulo
 Isabel Olegário School of Dentistry- University of São Paulo
 Mariana Pinheiro School of Dentistry- University of São Paulo
 Rachel Santos School of Dentistry- University of São Paulo

Lideranças Comunitárias

Lula Santos- Community of São Remo

Gestores

Maria Fernanda Tricoli- Oral Health Coordinator of State of São Paulo
 Marisa Sugaya- Oral Health Coordinator - Suzano/SP
 Aylton Correa- Regional Department of Health
 Lucia Maria Lima Lemos de Melo- Regional Department of Health
 Gabriela Bevilaqua- Regional Department of Health
 Andrea Mello Dresh Oliveira Gomes- Regional Department of Health
 Emília Cristina Zanetti Martins - Regional Department of Health
 Sabrina Engla Alves- Regional Department of Health
 Cláudio César de Rossi - Regional Department of Health
 Fernando Di Mase- Regional Department of Health
 Diana T. Shibuya- Regional Department of Health
 Paulo Roberto dos Santos - Regional Department of Health
 Assahito Joel Sakamoto- Regional Department of Health
 Alexandre Lipelt Ribeiro dos Santos e Maria Inês F. Locatelli- Regional Dep. of Health
 Sandra R. Lourenço Gomes- Regional Department of Health
 Cláudia Maria Krauss - Regional Department of Health
 Silvio Carlos Coelho de Abreu- Coordinator of the state oral cancer program in São Paulo
 Vinício Rocha- Oral Health Coordinator of Varginha- Minas Gerais state

Moacir Padulleto - Secretary of Health of Pardinho- Pr

Sandra Marques- Coordinator of the anti-smoking program of the government of the state of São Paulo

Trabalhadores SUS

Gabriel Vinícius de Oliveira - Dentist in PHC

Beatriz Nunes- Dentist in PHC

Desirré Cavalcanti- Dentist oral health specialist

5 CAPÍTULO 2 - RETOMADA DO CUIDADO ELETIVO EM SAÚDE BUCAL FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19, COM FOCO NA CÁRIE DENTÁRIA: SÍNTESE RÁPIDA PARA INFORMAR A TOMADA DE DECISÃO

RESUMO

A covid-19 apresenta grande risco de contaminação dos profissionais e usuários dos serviços de saúde bucal, uma vez que o vírus causador da doença está presente em células do tecido periodontal e de glândulas salivares, podendo ser disseminado por aerossóis. Por conta deste problema, os procedimentos eletivos em saúde bucal foram paralisados em março de 2020. Para informar gestores e outros tomadores de decisão, esta síntese rápida objetivou identificar e analisar as melhores opções disponíveis na literatura científica para tratamento da cárie dentária no contexto da pandemia de covid-19, bem como os facilitadores e barreiras de implementação. As buscas foram conduzidas no PubMed, de 2020 a 2022, sem restrição de idiomas, com a estratégia: "dental caries" OR "elective procedures" OR "atraumatic restorative treatment" AND COVID-19 OR lockdown e filtros específicos para COVID-19. Dos 183 estudos elegíveis, 155 foram excluídos após a leitura de títulos e resumos, pelo critério de inclusão (deveriam ser relacionados à odontologia) e 19 estudos pelos critérios de exclusão (não eram sobre cárie dentária). Os 9 estudos incluídos nesta síntese descreveram três opções de tratamento: 1. Tratamento Restaurador Atraumático (ART); 2. Hall Technique; 3. Fluoreto de Diamino de Prata (cariostático). A não produção de aerossóis foi considerada o principal facilitador para utilização dessas técnicas nas rotinas dos serviços de saúde, no contexto apresentado. Por outro lado, a necessidade de capacitações e treinamentos dos profissionais de saúde foi apontada como principal barreira de implementação. As opções identificadas para o enfrentamento do problema estão inseridas na filosofia moderna de atenção à saúde, que prevê esforço máximo nas abordagens preventivas e, quando necessário e como complementares, realização de procedimentos restauradores minimamente invasivos. Portanto, são complementares e não excludentes, devendo ser implementadas na lógica da Odontologia de Mínima Intervenção, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS). Neste contexto, foram consideradas

abordagens seguras e viáveis para o tratamento de lesões de cárie dentária no contexto da pandemia e no pós-pandemia.

INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 se difere de outras epidemias por sua alta e rápida disseminação pelo mundo, por conta de três fatores: 1. Longo período de incubação 2. Letalidade relativa 3. Alta transmissibilidade dos assintomáticos ². Ao compreender a maneira como a Covid-19 é disseminada (o vírus causador da doença está presente dentro de células de tecidos bucais, portanto, pode ser difundido pela fala no caso de assintomáticos) ^{2,3,4}, fica evidente o alto risco de contaminação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, em especial no caso da saúde bucal, por conta dos aerossóis produzidos por canetas de alta rotação, equipamentos de ultrassom, seringas triplas, entre outros.

Diante deste cenário, foi necessário que o processo de trabalho nos serviços de saúde bucal fosse repensado no contexto global, com priorização da redução da utilização de aparelhos rotatórios e procedimentos geradores de aerossóis (AGPs), em detrimento da utilização de técnicas conservadoras com instrumentos manuais ¹. Além disso, surgiram novas normas de biossegurança, como o uso de respiradores e protetores faciais, a desinfecção terminal do ambiente a cada atendimento e o espaçamento dos pacientes, que antes podiam ser tratados em consultores modulares, para uma retomada segura ^{2,3,4}.

O problema discutido por esta síntese rápida é o aumento das necessidades de tratamentos eletivos e de urgência, por conta do agravamento de lesões de cárie dentária não tratadas e aumento das ações dos fatores de risco individuais, após as paralisações do cuidado eletivo em saúde bucal em diversas localidades. Quanto às suas causas, podemos mencionar a própria pandemia de covid-19 e riscos à ela inerentes. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) requereu que os profissionais de saúde, principalmente da odontologia, realizassem os atendimentos com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) específicos, preferencialmente realizando procedimentos de urgência e evitando uso de equipamentos que pudessem gerar alto risco de propagação da Covid-19.

No Brasil, os procedimentos eletivos foram suspensos pelo Ministério da Saúde em 20 de março de 2020 e sua retomada contou com uma avaliação e modificação do processo de trabalho dos profissionais da saúde, visando, por meio das melhores evidências científicas, reduzir a dispersão e a contaminação dessa afecção para a implementação de uma retomada segura ^{3,4,5}. Quanto às consequências da suspensão dos tratamentos eletivos, estudos apontam impacto nos indicadores de acesso e resolutividade, como o agravamento de lesões em estágio inicial ou moderada, além do aumento na demanda reprimida, que pode refletir um retrocesso do quadro epidemiológico do país, não só no caso da cárie dentária, objeto de estudo desta síntese, mas também de outras doenças crônicas não transmissíveis ³.

Portanto, com o objetivo de apresentar as melhores evidências disponíveis sobre para a realização de tratamentos eletivos de cárie dentária na retomada dos atendimentos odontológicos ambulatoriais, esta síntese rápida as identificou e analisou os facilitadores e barreiras de implementação descritos. Esta síntese não inclui recomendações, apenas mobiliza evidências de pesquisas globais e locais sobre uma questão colocada por tomadores de decisão e está endereçada para: Gestores, profissionais da saúde e demais tomadores de decisão que buscam, com embasamento científico, uma retomada segura.

METODOLOGIA

A busca foi conduzida nas bases de dados PubMed, Scielo, Epistemonikos e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio da estratégia ("dental caries" OR "elective procedures" OR "atraumatic restorative treatment" AND COVID-19 OR lockdown AND LitCTREATMENT) no período de 2020 a 2022, sem restrição de idioma. A seleção dos estudos foi realizada por dois avaliadores de forma independente, após calibração (coeficiente de concordância Kapa = 0,75). As discordâncias foram solucionadas por consenso, não sendo necessária a participação de um terceiro avaliador. A extração de dados foi realizada pelos mesmos avaliadores, que os organizaram em planilhas do Microsoft Excel 365.

A última busca foi conduzida em 27/01/2022, dos 183 estudos elegíveis, 155 foram excluídos após a leitura de títulos e resumos, pelo critério de inclusão (foram incluídos apenas artigos relacionados à odontologia) e 19 estudos pelos critérios de exclusão, pois não eram sobre a cárie dentária. 9 estudos foram incluídos nesta síntese sendo 1 editorial publicado em 2020, 1 revisão sistemática conduzida na Europa, 1 análise retrospectiva e comparativa realizada na Alemanha, 1 estudo transversal feito na Arábia Saudita, 1 projeto piloto de 6 meses de implementação de cuidado para gestão da cárie em Nashville, nos Estados Unidos, 1 estudo de intervenção produzido na Colômbia que analisou outros 13 centros de países diferentes e 3 documentos que não apresentaram metodologia (um deles desenvolvido na Índia, que apresenta opções de tratamento na odontopediatria, outro por autores da Turquia, Estados Unidos, Alemanha e China e o terceiro elaborado por pesquisadores de diferentes países para analisar o uso de Fluoreto de Diamina de Prata na Argentina, Austrália, Brasil, China, Egito, Finlândia, Gana, Mongólia, África do Sul, Índia, Quênia, Japão, Switzerland, Nigéria, Tailândia, Estados Unidos e Reino Unido).

Os estudos selecionados apresentaram como soluções alguns procedimentos minimamente invasivos, que se destacam por serem não AGP (não geradores de aerossóis) ou baixo AGP, portanto, por reduzirem a disseminação de aerossóis e, assim, o risco de contaminação. Por conta disso, cada procedimento mencionado e analisado pelos estudos incluídos foi apresentado como uma das opções de enfrentamento. Ressaltamos que cada procedimento tem indicações específicas e que, portanto, as opções aqui apresentadas são complementares e não excludentes, como é comum em outras sínteses rápidas. Para cada opção, foram apresentados facilitadores e barreiras de implementação, bem como suas indicações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Opções para o enfrentamento do problema

Opção 1: Tratamento Restaurador Atraumático (ART)

Classificado como procedimento minimamente invasivo. O ART foi idealizado por Joe E. Frencken e colaboradores, em meados de 1980, na Tanzânia, para ser

realizado em espaços sociais onde não houvesse acesso à energia elétrica, impossibilitando a realização de tratamentos odontológicos convencionais, porém mostrou-se como abordagem de alta qualidade e confiável no manejo da cárie dentária, não devendo se restringir às essas regiões, passando a ser indicado para todas as pessoas e amplamente divulgado pela OMS a partir de 1994. Nesse cenário, a alta prevalência de cárie dentária e a dificuldade de deslocamento de usuários para tratamento de lesões em esmalte, ou em dentina (quando as lesões cavitadas são rasas ou moderadas, ainda sem relato de dor) são destacados na literatura como problemas comuns em diversas localidades e com contexto favorável para implementação do Tratamento Restaurador Atraumático (ART). Considerado uma estratégia a princípio utilizada em locais sem acesso a procedimentos convencionais, essa abordagem, inserida na Odontologia de Mínima Intervenção (OMI), objetiva o tratamento e a manutenção da saúde bucal por meio de cuidados preventivos e minimamente invasivos ⁶.

Comumente, essa abordagem é utilizada para o tratamento de lesões de cárie dentária, uma doença crônica com elevada prevalência em todo o mundo e, portanto, considerada um problema de saúde pública. Na prática, é realizada remoção seletiva da lesão de cárie dentária, sem o desgaste desnecessário de estruturas sadias ou passíveis de remineralização, com o uso de instrumentos manuais, possibilitando a remoção da camada superficial da dentina infectada e a preservação da camada mais profunda (dentina afetada) sobre a parede pulpar propiciando a remineralização ^{1,6,7}. O material mais utilizado para a restauração das cavidades é o ionômero de vidro de alta viscosidade, que apresenta sobrevida semelhante à de materiais restauradores mais utilizados para restaurações definitivas, no caso de lesões de superfície única em dentes decíduos.

Barreiras

Falta de treinamentos/capacitações ^{8,9,10};

Dificuldade para realização de troca de restaurações em adultos ^{8,9,10} (por outro lado, estudos mencionam a possibilidade de reparos como alternativa segura à substituição das restaurações, corrigindo possíveis falhas e conservando o que está adequadamente restaurado, sem comprometer a estrutura sadia);

Um estudo apontou a falta de evidências suficientes sobre restaurações com mais de uma superfície em dentição permanente, não recomendando como estratégia a longo prazo ⁹.

Facilitadores

Não há produção de aerossol ^{1,8,9,11};

Revisões sistemáticas mostram sobrevida satisfatória (em campo e em unidades de saúde)¹⁰;

Menor custo quando comparado à restaurações convencionais;

Bem aceito por profissionais e pacientes, por apresentar baixos sinais de dor e ansiedade, redução do tempo de cadeira e a menor intervenção possível ¹⁰.

Indicações

Pode ser indicado como restauração permanente, em dentes decíduos ou permanentes, restauração provisória e para estabilizar as dentições antes de outras intervenções restauradoras - adequação do meio ⁹. Apresenta maior sucesso em superfícies simples, com o uso de cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade como material de escolha. Também pode ser indicado para lesões cavitadas em esmalte ou dentina (cavidades rasas, moderadas ou profundas), quando não há comprometimento pulpar ¹⁰.

Opção 2: Técnica de Hall

Classificado como técnica mista. A técnica de Hall é um tratamento não invasivo de molares decíduos cariados, comumente em pacientes não cooperativos, pode também ser uma alternativa em lesões que não se estenderam até a dentina (cavitada ou não cavitada) ^{9,12}. Utiliza-se uma coroa metálica pré-formada de aço inoxidável, que é cimentada sobre a cavidade com ionômero de vidro, sem uso de anestésicos ou brocas. A técnica oferece vantagem de recobrimento, evita a progressão da lesão de cárie para a polpa, bem como para o dente vizinho. O preparo cavitário não é necessário e o procedimento não gera aerossóis, uma vez que não é preciso o uso da caneta de alta rotação ¹¹.

Barreiras

A técnica ainda é recente, portanto, destaca-se a falta de formação acadêmica e treinamento clínico necessário em todos os níveis para o uso e a aplicação dessa técnica ¹².

Facilitadores

Considerado em alguns círculos como “padrão ouro” para gerenciamento de lesões primárias não pulpares envolvendo múltiplas superfícies de molares;

Anestesia local não é necessária;

Não há procedimento cirúrgico para remover a dentina cariada;

Sobrevida elevada (estudos mostram maior sobrevida de restaurações de lesões de cárie em molares decíduos, especialmente no caso de lesões ocluso proximais e diminuição do risco de exposição pulpar ^{8,10,12}).

Indicações

Lesões oclusais e ocluso-proximais de molares decíduos que não apresentam sinais de comprometimento pulpar, com até metade da dentina amolecida (lesões moderadas). A coroa pré-fabricada deve ser colocada na área afetada após a criação de espaço, por meio de espaçadores ortodônticos, utilizados por 3 a 5 dias ^{8,9,10}.

Opção 3: Fluoreto de Diamina de Prata (SDF)

Classificada como não invasiva, essa técnica utiliza a ação desinfetante da prata e o efeito remineralizante do flúor, com objetivo de evitar a progressão de lesões com atividade. O fluoreto de diamina de prata também é eficaz para impedir a progressão de lesões de cárie dentária, estudos demonstram que sua aplicação ao menos uma vez ao ano previne 61% das novas lesões, inclusive lesões precoces na infância, além de realizar o controle de biofilme e placa, uma vez que inibe o crescimento bacteriano, sem a necessidade de um preparo cavitário e sem a utilização de micromotores ^{8,9,11}. Além disso, o uso do SDF pode ser combinado com o ART ou com a técnica de Hall ⁹.

Barreiras

Ainda não há evidências suficientes sobre o uso em crianças para a prevenção de cárie em dentição permanente ⁸.

Falta de treinamento clínico específico e formação acadêmica para a utilização eficaz dessa técnica, sendo a principal barreira reconhecida pelos estudos incluídos para a implementação dessa estratégia ^{12,13}.

Facilitadores

Essa abordagem é uma alternativa eficiente, promissora e viável para tratamento e prevenção de lesões de cárie dentária ⁹. No contexto pandêmico o tecido cariado não ser removido pode minimizar a produção de gotículas e aerossóis. Além disso, a técnica consiste na secagem da superfície com algodão e aplicação do SDF com um micro pincel, portanto, é uma técnica simples, econômica, não invasiva e segura ^{12,13}. Essa ferramenta também se mostra acessível por estar disponível nos serviços de saúde em diversos países, como Argentina, Austrália, Brasil, Índia, Japão, Tailândia e Estados Unidos, que têm seus próprios produtos SDF ¹³.

Indicações

Indicado para paralisação de lesões em dentição decídua sem comprometimento pulpar em superfícies oclusais com mais da metade da dentina amolecida, em lesões multi superfícies com apenas o esmalte afetado e permanentes com mais da metade da dentina acometida ⁹.

Opção 4: Tratamentos convencionais

Classificado como invasivo e pouco mencionado no contexto da pandemia, o tratamento convencional para lesões de cárie dentária envolve uso de brocas rotativas com ou sem associação de instrumentos manuais para remoção de esmalte e/ou dentina cariados, preparando as cavidades para a restauração. O procedimento produz aerossóis e exige o uso de EPI adequado para minimizar o risco de transmissão viral, sobretudo durante a pandemia. Além disso, a anestesia local é frequentemente necessária para evitar a dor durante o procedimento ^{14,15}.

Barreiras

Os tratamentos convencionais exigem treinamento, acesso à eletricidade, equipamentos apropriadas, além de serem mais caros. Essa abordagem, pode causar dor e desconforto associados ao preparo cavitário, o que leva, em muitos casos, pacientes relutantes em procurar tratamento odontológico. Vale ressaltar que esse tratamento tem um risco aumentado de exposição pulpar, quando comparado aos procedimentos minimamente invasivos, além de sintomas pulpares pós-operatórios e causar maiores desgastes, como resultado da remoção de lesões de cárie de maneira mais invasiva ¹⁴.

Facilitadores

Prática já inserida na rotina das equipes de saúde (treinamento / capacitações não seriam necessárias).

Segundo os estudos descritos, o tratamento minimamente invasivo para cárie deve ser escolhido considerando alguns critérios, tais como a extensão, atividade da lesão, capacidade de higienização e o tipo de dentição acometida. A partir da análise dos estudos, foi desenvolvida a Figura 5.1, que pode auxiliar na tomada de decisão dos profissionais de saúde:

Figura 5.1 – Sugestão de classificação de lesões para decidir sobre quando intervir



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a paralisação do cuidado em saúde bucal, especialmente em relação aos procedimentos eletivos, houve um aumento de necessidades reprimidas, como o agravamento de lesões que estavam em estágio inicial ou moderado e conseqüentemente um retrocesso do quadro epidemiológico do país. Portanto, com o objetivo de apresentar evidências sobre o melhor tratamento para cárie dentária na retomada dos atendimentos eletivos no contexto da covid-19, identificar e analisar os facilitadores e barreiras de implementação, foi possível concluir, por meio das evidências encontradas, que a melhor e mais viável estratégia para o planejamento de uma retomada segura foi a utilização da lógica da Odontologia de Mínima Intervenção (OMI), com utilização dos procedimentos minimamente invasivos.

Sendo assim, a OMI foi considerada uma alternativa viável a retomada dos procedimentos odontológicos frente a pandemia, visto que além de reduzir a geração de aerossóis que apresentam risco iminente à saúde de toda a equipe odontológica e aos pacientes, controlando, assim, a disseminação de SARS-CoV-2, é uma abordagem simples, rápida, que dialoga com o contexto da atenção primária à saúde e que gera menos dor e ansiedade nos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. FEBBO, C. PINCHEMEL, E. N. B. Odontologia Minimamente Invasiva em Tempos de Covid-19: Revisão de literatura / Minimally Invasive Dentistry in Times of Covid-19: Literature Review. ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 15, n. 56, p. 241–251, 2021.
2. KUTTER, J. S. et al. Transmission routes of respiratory viruses among humans This review comes from a themed issue on Emerging viruses: intraspecies transmission. *Current Opinion in Virology*, v. 28, n. January, p. 142–151, 2018.
3. 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. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 20, 2020.
4. CASTILHO, A. V. S. S. et al. Covid-19: Risco Biológico E Protocolo De Cuidados Clínicos Em Odontologia. p. 101–113, 2021.
5. FALLAHI, H. R. et al. Being a front-line dentist during the Covid-19 pandemic: a literature review. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 42, n. 1, 2020.
6. NETO, J. M. DE A. E S. et al. Os avanços da odontologia minimamente invasiva nos dias atuais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, p. e6267, 2021.
7. REIS, I.C. et al. Minimally Invasive Treatment of carious lesions in pediatric dentistry. p. 129–143, 2020.
8. AL-HALABI, M. et al. Assessment of paediatric dental guidelines and caries management alternatives in the post COVID-19 period. A critical review and clinical recommendations. *European Archives of Paediatric Dentistry*, v. 21, n. 5, p. 543–556, 2020
9. EDEN, E. et al. Managing dental caries against the backdrop of COVID-19: approaches to reduce aerosol generation. *British Dental Journal*, v. 229, n. 7, p. 411–416, 2020.
10. GARBIM, J. R. et al. Atraumatic restorative treatment restorations performed in different settings: systematic review and meta-analysis. *Australian Dental Journal*, v. 66, n. 4, p. 430–443, 2021.
11. SCHWENDICKE, F. et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. *Advances in dental research*, v. 28, n. 2, p. 58–67, 2016.

12. EZZELDIN, T. et al. A Study to assess the awareness and use of Silver Diammine Fluoride and Hall Technique among dental professionals and dental students in the Eastern Province. *Saudi Dental Journal*, v. 33, n. 8, p. 1166–1173, 2021.
13. GAO, S. S. et al. Global Oral Health Policies and Guidelines: Using Silver Diamine Fluoride for Caries Control. *Frontiers in Oral Health*, v. 2, n. July, p. 1–12, 2021.
14. DONG, Y. et al. Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics*, v. 145, n. 6, p. 23804, 2020.
15. DORRI M, MARTINEZ-ZAPATA MJ, WALSH T, M. V. Treatment for managing dental caries (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 12, p. 1–68, 2017.
16. SCHWENDICKE, F. et al. When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement. *Clinical Oral Investigations*, v. 23, n. 10, p. 3691–3703, 2019.

6 CAPÍTULO 3 - O TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (ART) COMO POLÍTICA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

RESUMO

Esta revisão de escopo teve como objetivo identificar, descrever e analisar o contexto global do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) como política pública. Métodos: Os critérios de inclusão foram estudos sobre políticas públicas de saúde bucal, cárie dentária ou ART. Os critérios de exclusão foram estudos clínicos, intervenções específicas não relacionadas à tomada de decisão de gestores ou formuladores de políticas, estudos que relatam políticas públicas que não utilizaram o ART como estratégia para o tratamento da cárie dentária. A busca foi realizada no PubMed, BVS, Epistemonikos, Health Systems Evidence e Rx for change. Não houve restrições de idioma e período de publicação. A extração dos dados foi realizada por dois autores, de forma independente, de acordo com as etapas e categorias de um quadro conceitual. Dos 2.253 artigos elegíveis, 139 eram duplicatas e 1.680 não foram incluídos após a revisão do título e resumo. Após a leitura dos textos completos, 414 artigos foram excluídos. Resultados: 20 artigos foram incluídos. Dezenove foram realizados em nove países (África do Sul, Bolívia, Camboja, Egito, México, Tanzânia, Timor Leste, Tunísia e Zimbábue) e um nas Américas. Em relação aos contextos locais, os estudos relataram alta prevalência de cárie dentária e falta de acesso a procedimentos restauradores nos serviços de saúde como problemas comuns. Os processos de desenvolvimento de políticas foram semelhantes em alguns aspectos, como presença de governos, uso conceitual de evidências científicas e indução pela Organização Mundial da Saúde. Quanto às barreiras de implementação, foram mencionadas a falta de insumos para a realização dos procedimentos e a falta de indução do processo de trabalho por parte dos gestores. Quanto aos facilitadores, foram mencionadas a educação permanente e a prática profissional. Estudos de coorte mostraram uma taxa de sobrevida superior a 80% após um ano de acompanhamento em todos os países. Conclusões: Os achados desta revisão indicam que o uso do ART nas políticas públicas é uma opção promissora para o enfrentamento de problemas comuns em diversos países, porém, seu uso como política ainda está em estágio inicial.

Palavras-chave: Tratamento dentário restaurador atraumático. Cárie Dentária. Política Pública. Odontologia Comunitária. Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

O adoecimento é um fenômeno complexo que precisa ser compreendido nas suas dimensões biopsicossociais e ações, programas ou políticas que desejem interferir nos determinantes do processo saúde-adoecimento devem contemplar todos esses aspectos. Vale ressaltar, que desde a Declaração de Alma Ata, em 1978, discutem-se estratégias de combater as desigualdades e atingir uma cobertura universal de saúde para a população mundial ^{1,2}.

Nesse contexto, a cárie dentária, por tratar-se de um agravo de alta prevalência em todas as faixas etárias, deve ser alvo de ações articuladas capazes de reverter o quadro de adoecimento da população e as iniquidades em saúde observadas na distribuição dessa doença, que é socialmente determinada. Ela é considerada a doença crônica mais comum da infância dentre as que não regredem espontaneamente e que não são passíveis de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo ³. Soma-se a isto, a falta de políticas públicas equânimes, que garantam acesso à cuidados de promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde bucal aos que deles mais precisam, uma vez que a saúde bucal ainda é considerada invisível aos sistemas de saúde ao redor do mundo ⁴.

Em 2002, o Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Nijmegen, publicou o documento denominado “The Basic Package of Oral Care” (BPOC) ⁵, que propõe estratégias para o enfrentamento da maioria das necessidades de saúde bucal de uma população, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), que vão de encontro ao problema apresentado, dentre elas o Tratamento Restaurador Atraumático (ART).

Idealizado por Joe E. Frencken e colaboradores, em meados de 1980, na Tanzânia, para ser realizado em espaços sociais onde não houvesse acesso à energia elétrica, o que impossibilitava a realização de tratamentos odontológicos convencionais, o ART mostrou alta qualidade e confiabilidade para o manejo da cárie dentária, não devendo ser restrito à essas regiões ^{6,7}. A abordagem passou a ser indicada para todas as pessoas e amplamente divulgada ao redor do mundo pela OMS, que a reconheceu como tratamento relevante e de potencial impacto desde 1994.

Atualmente, o ART é compreendido como uma abordagem minimamente invasiva, que compreende medidas preventivas, terapêuticas e restauradoras em relação à cárie dentária e no controle dessa doença ⁸, além de estar perfeitamente inserido na filosofia moderna de atenção à saúde, que caracteriza-se pelo esforço máximo nas abordagens promotoras de saúde, preventivas e na realização, quando necessário, de procedimentos minimamente invasivos. Além disso, sua qualidade é sustentada por atuais e robustas evidências científicas ^{9,10}, uma vez que ao longo das últimas décadas, foram desenvolvidas pesquisas de alta qualidade sobre o ART e a formação de diversos grupos de pesquisa que advogam pela sua implementação na rotina dos serviços de saúde.

Entretanto, apesar da intensa produção científica, pouco se sabe sobre a sua utilização para a tomada de decisão de gestores e consequente inclusão em políticas públicas de saúde bucal. Portanto, essa Revisão de Escopo foi desenvolvida para identificar estudos que envolvem a utilização do ART como política pública ou programa governamental, com objetivo de fornecer uma melhor compreensão a respeito da utilização da técnica na rotina dos serviços de saúde de municípios, estados ou países ao redor do mundo.

QUADRO CONCEITUAL SOBRE A TEMÁTICA ESTUDADA

Para melhor conduzir este trabalho, foram utilizados dois frameworks publicados na literatura: o primeiro foi o “3-i” Framework: Interests, Ideas and Institutions” (Interesses, ideias e instituições), desenvolvido por François-Pierre Gauvin, do Centro Nacional de Colaboração para Políticas Públicas Saudáveis de Montréal, Québec ¹¹ e o segundo foi um framework desenvolvido para análise de

implementações sustentáveis em saúde bucal, desenvolvido por D. Dwayne Simpson, do Instituto de Pesquisas Comportamentais (IBR) da Universidade Cristã do Texas ¹².

O primeiro reúne três dos fatores mais comuns aos quais a literatura de ciência política recorre para explicar os processos de desenvolvimento de políticas públicas. Comumente referida como a estrutura “3-i”, esta estrutura sustenta que os desenvolvimentos e escolhas de políticas são influenciados pelos **interesses**, definidos por agendas de grupos sociais, funcionários eleitos, funcionários públicos, pesquisadores e empreendedores políticos; **ideias**, que incluem as evidências científicas, mas também a experiência profissional, valores e cultura dominantes; bem como por **instituições**, compostas por regras formais e informais, normas, precedentes e fatores organizacionais que estruturam o comportamento político, ou seja, estruturas governamentais, redes de políticas e legados políticos. O modelo foi recentemente atualizado com a inclusão de **fatores externos** (mudanças políticas e mídia), que também tem influência a tomada de decisão ¹³.

O segundo modelo conceitual é centrado em quatro “estágios de implementação de intervenções”, que mostram como os conceitos presentes em cada um deles contribuem como parte de uma cadeia de eventos integrada de fatores-chave que influenciam sequencialmente a sustentabilidade de uma inovação/intervenção em saúde bucal ¹⁴. Além disso, destaca a organização, a prontidão e a infraestrutura dos sistemas de saúde como aspectos essenciais para que uma implementação seja possível e que a disponibilidade de recursos (financeiros, humanos, logísticos) somados à gestão das tensões organizacionais impactarão em sua sustentabilidade.

A partir da leitura dos dois referenciais descritos, sintetizamos os elementos necessários no Quadro 6.1, que foi utilizado como fio condutor deste trabalho.

Quadro 6.1 - Síntese orientadora para descrição e análise das intervenções estudada

Etapa	Categorias	Aspectos considerados	Framework
Desenvolvimento	Contexto e Processo de tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> Definição do problema Instituições (Estruturas governamentais; redes de políticas; legados políticos) Ideias (Conhecimento/evidência científica; valores/cultura dominantes na sociedade) Interesses (agenda de grupos da sociedade, funcionários públicos, pesquisadores e políticos); 	3-I + E
Implementação	Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> Em relação aos projetos pilotos: (Importância da liderança, flexibilidade, utilidade, adaptabilidade, qualidade) Em relação aos cursos: (Compatibilidade com as necessidades dos profissionais, acessibilidade, oferta de certificação) 	SOHF
	Dados quantitativos e qualitativos	<ul style="list-style-type: none"> Quantidade e longevidade procedimentos realizados Facilitadores (Efetividade, viabilidade, versatilidade, disponibilização de insumos, metas, monitoramento, educação permanente) Barreiras (rotatividade na gestão e equipes de saúde, resistências, baixa fidelidade) 	SOHF

MÉTODO

Protocolo e registro

A princípio, planejamos realizar uma revisão sistemática, mas percebemos que a questão de pesquisa seria melhor respondida por uma scoping review, por ser uma questão ampla, sobre o contexto global da ART como política. Portanto, o protocolo para esta scoping review foi registrado no PROSPERO - International Prospective Register of Systematic Reviews (ID: CRD42020181798) e pode ser acessado em https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=181798.

Critérios de elegibilidade

Formulou-se uma ampla questão de pesquisa: Qual é o cenário global atual descrito na literatura científica sobre o uso da ART como política pública?

Vale ressaltar que não existe uma definição única ou melhor sobre política pública, mas existem diferentes significados que orientam a discussão para o locus onde se desenvolvem os embates de interesses, preferências e ideias, ou seja, nos governos. Portanto, consideraremos política pública como o processo pelo qual os

governos traduzem seus propósitos em ações em busca de resultados ou mudanças em uma realidade conhecida ¹⁵.

Em relação à seleção, não houve restrições quanto à data de publicação ou idioma.

Critérios de inclusão: Estudos sobre políticas públicas de saúde bucal, cárie dentária ou ART. Critérios de exclusão: Estudos clínicos, intervenções específicas não relacionadas à tomada de decisão de gestores ou formuladores de políticas e estudos que relatem políticas públicas de saúde bucal que não utilizem o ART como estratégia de enfrentamento à cárie dentária.

Fontes de informação

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde-BVS, Epistemonikos, Health Systems Evidence, Rx for change e Cochrane Library. Para completar a busca, enviamos um convite por e-mail para que os informantes-chave (pesquisadores que participaram da idealização e implementação do ART em programas ou projetos de pesquisa) pudessem relatar experiências por meio de um formulário criado com a ferramenta Google Forms. A última busca foi realizada em 5 de março de 2021.

Estratégias de busca

Os detalhes das estratégias de busca utilizadas estão descritos no Quadro 6.2.

Quadro 6.2 - Estratégias de busca

Base de dados	Busca	Número de estudos encontrados
PubMed	(((((("oral care"[Title/Abstract] OR "salud oral"[Title/Abstract]) OR "oral health care"[Title/Abstract] OR "oral health"[MeSH Terms]) OR "oral health"[Title/Abstract] OR "public policy"[MeSH Terms]) OR "public policy"[All Fields] OR "community dentistry"[All Fields] OR "government"[Title/Abstract] OR "public health"[Title/Abstract] OR "health system"[Title/Abstract] AND (((("atraumatic restorative treatment"[Title/Abstract] OR "dental treatment"[Title/Abstract]) OR "ART approach"[Title/Abstract] OR "Atraumatic Restorative Treatment (ART)"[Title/Abstract] OR "ART restorations"[Title/Abstract] OR "dental atraumatic restorative treatment"[MeSH Terms]))	2048
BVS	tw:((tw:(public policy)) OR (tw:(oral health)) AND (tw:(atraumatic restorative treatment)))	187
Epistemonikos	(title:(title:(oral health) OR abstract:(oral health)) OR (title:(oral care) OR abstract:(oral care)) AND (title:(atraumatic restorative treatment) OR abstract:(atraumatic restorative treatment))) OR abstract:(title:(oral health) OR abstract:(oral health)) OR (title:(oral care) OR abstract:(oral care)) AND (title:(atraumatic restorative treatment) OR abstract:(atraumatic restorative treatment)))	14
Health Systems Evidence	Public Policy AND dental caries	1
Rx for change	Public Policy AND Atraumatic Restorative Treatment	2
Other sources (Key informants)	Não se aplica	1
Total		2253

Seleção dos estudos

Os títulos e resumos dos artigos selecionados na busca eletrônica foram exportados das bases de dados e organizados no Microsoft Excel 365. Dois revisores (FCM; GSMG) realizaram a calibração com 10% da amostra na busca inicial (n = 206); O coeficiente de Cohen Kappa foi de 0,81. As fases de inclusão e exclusão ocorreram de forma independente e, nos casos de discordância, chegamos a um consenso. Um terceiro revisor não precisou participar.

Coleta de dados

A extração dos dados qualitativos e quantitativos de interesse foi realizada por dois autores de forma independente (FCM; LRAP), de acordo com as etapas e categorias do quadro conceitual (Quadro 6.1) e organizados em planilhas no Microsoft Excel 365. Os dados também foram descritos e analisadas a partir da mesma perspectiva, etapas e categorias. Para descrever o processo de desenvolvimento das experiências relatadas pelos estudos incluídos, elas foram subdivididas nas seguintes categorias:

1. Experiências que pararam em um estágio introdutório e não foram implementadas ou não se consolidaram como política;
2. Experiências instáveis;
3. Experiências sustentáveis.

Quanto ao processo de implementação, foram descritos dados relacionados à educação permanente, dados quantitativos (sobrevida dos procedimentos realizados) e qualitativos (facilitadores e barreiras de implementação).

Risco de viés

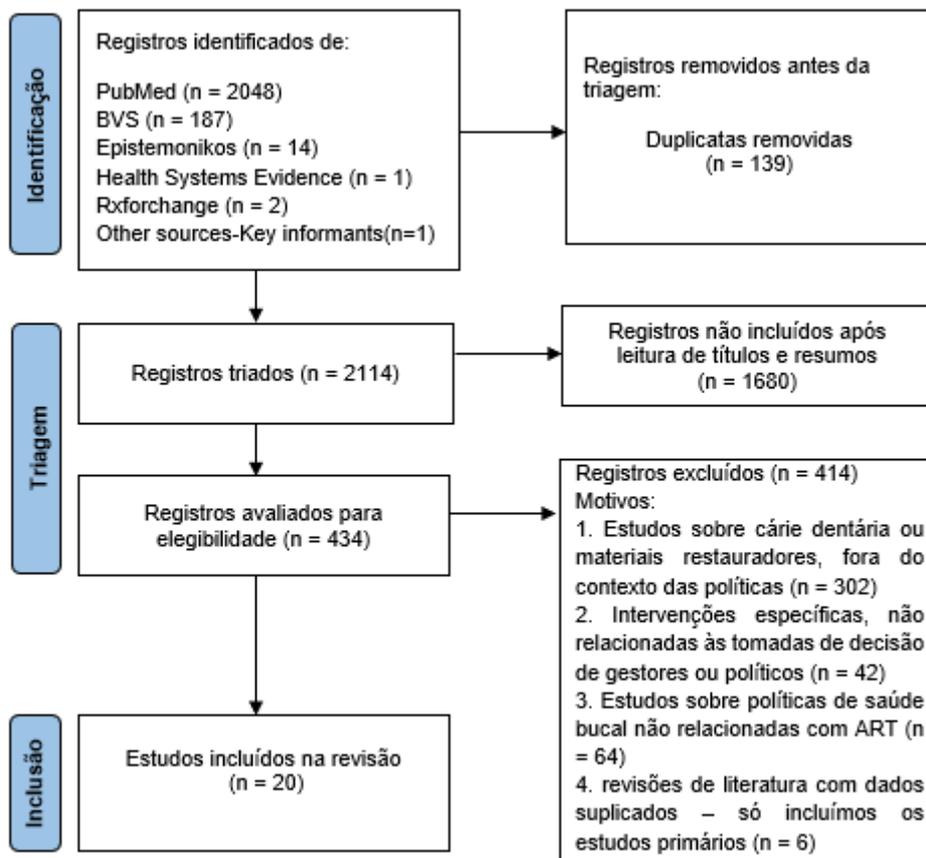
Nenhuma análise de risco de viés foi realizada, pois esta revisão teve como objetivo sintetizar, contextualizar, descrever e analisar subjetivamente as experiências dos países, ao invés de avaliar o desenho e a qualidade dos estudos incluídos.

RESULTADOS

A Figura 6.1 ilustra o processo de seleção dos estudos. Dos 2.253 artigos selecionados pela base de dados e informantes-chave, após a remoção de 139 duplicatas, 1.680 foram excluídos pelos critérios de inclusão e 414 pelos critérios de

exclusão. Foram selecionados 20 estudos, desses, 19 foram realizados em 9 países, África do Sul (n=3)¹⁶⁻¹⁸, Bolívia (n=1)¹⁹, Camboja (n=2)^{20,21}, Egito (n=2)^{22,23}, México (n=2)^{24,25}, Tanzânia (n=4)²⁶⁻²⁹, Timor Leste (n=1)³⁰, Tunísia (n=1)³¹ e Zimbábue (n=3)³²⁻³⁴; e um estudo continha dados sobre a integração do ART nos sistemas de saúde de países das Américas³⁵, a partir das opiniões de informantes chave.

Figura 6.1 Seleção dos estudos (PRISMA Flow Diagram)



Quanto ao ano de publicação, foram incluídos estudos de 1996 a 2016. Dezenove estudos foram publicados em inglês e um em espanhol. Estudos de caso e relatos de experiência (n = 3), estudos transversais (n = 5), estudos de coorte (n = 8), estudos de caso-controle (n = 2), uma revisão narrativa da literatura (n = 1) e uma tese (n = 1) foram incluídos.

Resultados e sínteses dos estudos segundo o quadro conceitual (Quadro 6.1).

Etapa 1 - Desenvolvimento

Quanto à definição do problema, os estudos descreveram: alta prevalência de cárie dentária em 100% dos países; falta de acesso a serviços restauradores em oito dos nove países; 3. iniquidades relacionadas ao acesso (falta de recursos humanos em áreas remotas, rurais ou periféricas aos centros urbanos), em 100% dos países, e realização de procedimentos mutiladores (extrações dentárias evitáveis) em sete dos nove países.

Em relação às instituições, conforme descrito pela Figura 6.2, os estudos relatam que na maioria dos países (77,7%), as estruturas governamentais estavam presentes, com o envolvimento de seus ministérios da saúde ou coordenação local na fase de desenvolvimento. No entanto, poucos estudos relataram redes políticas (11,1%) e legados políticos (44,4%).

Em relação às ideias, todos os estudos relatam a influência da evidência científica ou do conhecimento dos pesquisadores, mas o tipo de evidência utilizada não é clara. A OMS é fortemente percebida como um indutor essencial (fator externo) da escolha do ART como política e tem sido relatada em todas as experiências.

Por fim, em relação aos interesses, em todos os países, houve relatos de interesse de pesquisadores e na maioria, políticos. No entanto, a participação de trabalhadores de serviços de saúde (33,3%) e grupos sociais (relatados apenas na Bolívia) é baixa.

Figura 6.2 - Desenvolvimento: Contexto local e tomada de decisão

País	Instituições			Ideias	Interesses				Fatores externos	Fontes de consulta
	Estruturas governamentais	Redes de políticas	Legados políticos	Conhecimento/ evidência científica	Grupos da sociedade	Trabalhadores do serviço público	Pesquisadores	Políticos	Indução pela OMS	
Experiências que pararam (ou ainda estão) na etapa de formulação										
Egito	X			X		X	X	X	X	Introduction of the ART approach in Egypt: Intentions, clinical effects and perceived barriers
Timor Leste				X			X		X	Opportunities in oral health policy for Timor-Leste
n (%)	1 (50)	0	0	2 (100)		1 (50)	2 (100)	1 (50)	2 (100)	
Experiências instáveis										
África do Sul				X			X		X	Implementation of the ART approach in South Africa: an activity report
Tanzânia	X			X			X		X	Atraumatic restorative treatment (ART): The Tanzanian experience.
Tunísia	X		X	X			X	X	X	Atraumatic Restorative Treatment and glass ionomer sealants in Tunisian children: survival after 3 years

Zimbábue	X			X			X	X	X	Atraumatic restorative treatment and glass-ionomer sealants in a school oral health programme in Zimbabwe: evaluation after 1 year
n (%)	3 (75)	0	1 (25)	4 (100)	0	0	4 (100)	2 (50)	4 (100)	
Experiências sustentáveis										
Bolívia	X		X	X	X		X	X	X	El tratamiento restaurador atraumático (TRA) como parte de un paquete básico de servicios de salud oral en el área rural de Bolivia
Camboja	X		X	X		X	X	X	X	Dental nurse training in Cambodia - a new approach.
México	X	X	X	X			X	X	X	The implementation and preliminary evaluation of an ART strategy in Mexico: a country example
n (%)	3 (100)	1 (33.3)	3 (100)	3 (100)	1 (33.3)	1 (33.3)	3 (100)	3 (100)	3 (100)	
n (%) Total	7 (77.7)	1 (11.1)	4 (44.4)	9 (100)	1 (11.1)	2(22.2)	9 (100)	6 (66.6)	9 (100)	

Etapa 2 – Implementação

2.1 Educação permanente

Em relação à educação permanente, identificamos a ausência de projetos piloto em todas as intervenções. De acordo com o Quadro 6.1, os aspectos que garantem a eficácia dos cursos preparatórios, bem como a adesão dos profissionais às atividades, são a acessibilidade (relatada na África do Sul, Camboja, México), que envolve a liberação dos profissionais para formação; compatibilidade com as necessidades dos profissionais (relatadas no Camboja, México), com foco no processo de trabalho de acordo com suas configurações; e oferta de certificação (relatada na África do Sul), que pode garantir progressão na carreira profissional.

Outro estudo descreveu o mesmo componente de forma particular para avaliar a percepção dos formuladores de políticas nos países americanos, usando um questionário. Os autores informaram que todos os entrevistados (Chile, Equador, El Salvador, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Estados Unidos) afirmaram ter realizado cursos em seus países e que em 88,2% desses países, em menos duas oportunidades. Os autores relataram que o ART está incluído na agenda das faculdades de odontologia da Argentina, Bolívia, Brasil, Equador, México, Peru e Venezuela.

A capacitação de profissionais foi descrita com um enfoque diferente (não foi relatada a divulgação para profissionais do serviço público em grande escala) em dois outros países. Na Tanzânia (Mandari e Matee 2006), um treinamento foi fornecido por universidades ou instituições externas. No Zimbábue (Frencken et al. 1996), apenas profissionais que participaram de projetos de pesquisa estiveram envolvidos e realizaram o acompanhamento dos procedimentos.

2.2 Dados Quantitativos

Foram identificados 5 estudos de coorte que acompanharam a sobrevivência das restaurações. Além dos dados apresentados na Tabela 6.1, também havia dados sobre os selantes, que não foram incluídos, pois não é o foco deste estudo.

Tabela 6.1 Estudos de coorte que acompanham a longevidade das restaurações

Estudos que acompanham ART realizados em lesões de uma superfície: Dentes Decíduos							
Título do estudo e ano da publicação	País	n total procedimentos realizados	perda amostra %	critério avaliação	Sobrevida 1 ano %	Sobrevida 1-2 anos %	Sobrevida 2-3 anos %
Atraumatic restorative treatment and glass-ionomer sealants in a school oral health programme in Zimbabwe: evaluation after 1 year (1996)	Zimbábue	316	32.6	Presença de cárie ao redor	93.4		
Three-year survival of one-surface ART restorations and glass-ionomer sealants in a school oral health programme in Zimbabwe (1998)	Zimbábue	307	35.8	Presença de cárie ao redor	95.7	92	85.3
ART restorations and glass ionomer sealants in Zimbabwe: survival after 3 years (1998)	Zimbábue	297	38.6	Presença de cárie ao redor	98.6	93.8	88.3
The implementation and preliminary evaluation of an ART strategy in Mexico: a country example (2009)	México	314	10	standard ART criteria + presença cárie ao redor	80.2		
The atraumatic restorative treatment (ART) strategy in Mexico: two-years follow up of ART sealants and restorations (2013)	México	291	0	standard ART criteria + presença cárie ao redor	82.1	74	
Estudos que acompanham ART realizados em lesões de uma superfície: Dentes Permanentes							
The implementation and preliminary evaluation of an ART strategy in Mexico: a country example. (2009)	México	96	8.4	standard ART criteria + presença cárie ao redor	87.5		

The atraumatic restorative treatment (ART) strategy in Mexico: two-years follow up of ART sealants and restorations. 2013	México	74	0	standard ART criteria + presença cárie ao redor	86.5	80.9	
Atraumatic restorative treatment and glass ionomer sealants in Tunisian children: survival after 3 years (2002)	Tunisia	126	31.8	ART criteria	88.1	56.1	45.7

2.3 Dados Qualitativos

Quanto aos facilitadores e barreiras, foram incluídos 4 estudos transversais (questionários) que avaliaram a percepção dos profissionais e usuários dos serviços de saúde e outros 7 estudos (estudos de caso, relatos de experiência e coorte) que continham dados a partir da percepção dos próprios pesquisadores. Os dados identificados pelos estudos como barreiras ou facilitadores foram apresentados de forma individual, na tabela 6.2.

Tabela 6.2 – Dados qualitativos: Facilitadores e Barreiras de implementação

Barreiras		
	Estudos N (%)	Países em que os estudos relatam barreiras
Barreiras percebidas pelos profissionais		
Financiamento	5 (83.3)	Camboja, México, Tanzânia
Falta de insumos	4 (66.5)	Américas, Camboja, México, Tanzânia
Falta de indução por gestores	3 (50)	Américas, Tanzânia
Habilidade técnica	1 (16.6)	Tanzânia
Resistência à mudança	2 (33.3)	Américas, Tanzânia
Total	6 estudos	
Barreiras percebidas pelos usuários		
Senso comum de que o ART tem qualidade inferior	2 (100)	Américas, Tanzânia

Falta de conhecimento	1 (50)	Américas
Total	2 estudos	
Barreiras percebidas por pesquisadores		
Falta de insumos	3 (60)	África do Sul, Camboja, México
Falta de recursos humanos	2 (40)	África do Sul, Camboja
Senso comum Profissionais	2 (40)	África do Sul, Tunísia
Senso comum usuários	1 (20)	África do Sul
Total	5 estudos	
Facilitadores		
	N (%)	Países em que os estudos relatam facilitadores
Facilitadores percebidos pelos profissionais		
Percepção através da experiência com ART na rotina	3 (100)	Américas, Camboja, Tanzânia
Educação permanente	2 (66.6)	México, Camboja
Aumento de cobertura	1 (33.3)	Américas
Total	3 estudos	
Facilitadores percebidos pelos usuários		
Opinião favorável após ter conhecimento sobre o ART	1 (50)	Américas
Satisfação com o tratamento recebido	1 (50)	Bolívia
Redução do medo/ansiedade com o tratamento	1 (50)	Bolívia
Total	2 estudos	
Facilitadores percebidos pelos pesquisadores		
Aumento da cobertura	1 (33.3)	Bolívia
Educação permanente	2 (66.6)	Bolívia, Camboja
Ter disponibilidade de insumos nos serviços	1 (33.3)	Camboja
Total	3 estudos	

DISCUSSÃO

Foram identificadas apenas 9 experiências, reportadas por 20 artigos, que avaliaram as etapas relacionadas à implementação do ART como política pública. Não se sabe ao certo se a técnica tem sido utilizada, geralmente, em ações pontuais e em projetos de pesquisa, sem que haja o envolvimento de tomadores de decisão para inclusão na agenda política, ou se a estratégia é utilizada como política, porém sem avaliação e publicação dos resultados na literatura científica, pois além das experiências apresentadas, gestores afirmam que o ART está incluído em políticas nacionais de saúde bucal de países como Brasil, Chile, Equador, Peru, Uruguai, e na agenda de faculdades de odontologia de países como Argentina, Brasil, Equador, Peru e Venezuela³⁵. Vale mencionar que as poucas experiências encontradas podem ser reflexo da baixa oferta da saúde bucal como política pública.

Quanto ao contexto para a implementação do ART nas políticas públicas de saúde bucal, os estudos compartilham problemas comuns, como a alta prevalência de cárie dentária e a falta de acesso aos procedimentos restauradores nos serviços de saúde, agravado pelas iniquidades no acesso, que reforça as desigualdades sociais. Outro problema reconhecido pela literatura científica, é a dificuldade de deslocamento dos usuários para a realização de tratamentos de lesões de cárie cavidades rasas e médias, quando ainda não há relato de dor, que cita a consulta marcada em horário de trabalho ou escola, o medo de perder o emprego, a própria miséria e a falta de informação, como as principais raízes do absenteísmo³⁶⁻³⁸. O tratamento tardio dos agravos em saúde bucal produz tratamentos mutiladores desnecessários e evitáveis, desde que haja estratégias para o diagnóstico situacional e intervenções precoces, além de medidas de promoção de saúde e prevenção destes agravos.

O ART, idealizado para ser utilizado em locais onde não há acesso aos procedimentos convencionais, é uma abordagem importante e segura para os problemas identificados pelos estudos incluídos nesta revisão, pois pode ser realizado em espaços sociais alternativos, como escolas, em ações coletivas e parece ter custo inferior à prática odontológica convencional³⁹. Além disso, está inserido na Odontologia de Mínima Intervenção, filosofia que não mede esforços para o não-malefício, com foco na manutenção da saúde bucal ao longo do ciclo de vida, através de cuidados preventivos e minimamente invasivos^{8,40}.

Em relação às instituições, na maior parte dos países, houve a presença de estruturas governamentais, com envolvimento de seus Ministérios da Saúde ou coordenações locais na etapa de formulação. Entretanto, os estudos citam a presença das instituições, mas pouco descrevem o seu papel na tomada de decisão e planejamento para as implementações. Além disso, poucos estudos relatam redes e legados políticos, portanto, pouco se sabe sobre as características intrínsecas dos programas ou políticas públicas de saúde bucal em que o ART foi inserido como rotina dos serviços de saúde.

No que diz respeito às ideias, apesar de todos os estudos relatarem a influência da evidência científica ou do conhecimento de pesquisadores, as informações também são pouco claras quanto ao tipo de uso da evidência, mas parece ter ocorrido, em geral, o uso conceitual (para fornecer uma compreensão geral de determinado tema), ao invés do uso instrumental (com intenções específicas de utilização de evidência científica para a resolução de problemas bem definidos) ⁴¹. Ainda sobre as ideias, vale destacar a OMS, que desde a década de 1990 tem divulgado amplamente os resultados de pesquisas através da produção de materiais que fazem a tradução da evidência científica produzida ^{5,42}, como importante indutora externa da utilização do ART, tendo sido relatada em todas as experiências.

O uso instrumental das evidências científicas pode contribuir para a formulação de políticas mais sólidas e sustentáveis a longo prazo, mas existem diversos motivos para seu uso ser subutilizado, tais como: 1. A evidência compete com outros fatores no processo de formulação de políticas; 2. A evidência não é valorizada como subsídio; 3. A evidência não é relevante; 4. A evidência não é fácil de usar: 4.1. Os resultados não são efetivamente comunicados, 4.2. Não está disponível quando os tomadores de decisão necessitam e 4.3. Os tomadores de decisão não possuem mecanismos que facilitem o uso da evidência ^{43,44}.

Por fim, quanto aos interesses, em todos os países, houve relatos de interesses de pesquisadores e políticos, mas também há escassez de informações sobre o papel destes atores nos processos decisórios. Um dado que chamou a atenção foi a Bolívia ter sido o único país onde os estudos relatam a presença de grupos sociais, como professores das escolas e as próprias famílias das crianças que seriam atendidas pela implementação do ART no contexto de uma política intersetorial, que envolvesse ações educativas, escovação supervisionada e os tratamentos restauradores em ambiente escolar ¹⁹. Isso parece explicar a fragilidade observada na maioria das

implementações do ART como política, pois pesquisas relacionadas ao uso instrumental da evidência científica para a tomada de decisão bem informada, defendem a participação de diversos atores neste processo, como acontece nos diálogos deliberativos e produção de sínteses de evidências científicas, que oferecem opções políticas factíveis para o enfrentamento de problemas bem definidos ⁴⁵.

Na Tanzânia, em estudo que teve como objetivo avaliar as experiências dos profissionais da saúde bucal com ART e a influência da técnica no tipo de tratamento odontológico prestado no país, realizado em 2006, os achados mostram que a maioria dos profissionais ainda não possuía conhecimento sobre a técnica e que a prática como rotina era baixa ²⁶. Os autores concluem que o modelo de cuidado em saúde bucal no país que foi pioneiro em relação ao ART permaneceu inalterado, com as exodontias prevalecendo em mais de 90% entre todas as formas de tratamento dentário executados.

Em geral, nos casos em que a política foi mais bem estruturada, como na Bolívia ¹⁹, Camboja ^{20,21} e México ^{24,25}, parece que a tomada de decisão ocorreu a partir de uma janela de oportunidade política, em que o problema identificado era interesse de diversos atores e estava na agenda política dos países. Por outro lado, em países que tentaram incorporar políticas para ampliar o acesso à atenção primária em saúde bucal em contextos desfavoráveis, como era o caso do Timor Leste (no período da independência do Timor-Leste, sua administração entrou em colapso, mais de um terço de todas as instalações de saúde e 80% das escolas foram destruídas, a infraestrutura restante foi gravemente danificada e houve uma emigração de profissionais de saúde e gestores dos serviços) ³⁰, a incorporação da estratégia na agenda política não foi suficiente para que ela se consolidasse. Ainda assim, o fato de ter sido incorporado na agenda política faz com que o ART permaneça como possível estratégia para tratamento de cárie dentária em larga escala no país.

Quanto à implementação, um achado importante foi que em todos os países onde a estratégia foi implementada, os estudos realizados identificaram o aumento do acesso aos serviços de saúde, tendo sido, no início, designados especialmente a usuários em maior vulnerabilidade social ^{16,25,30}, em municípios com baixo IDH, como no caso do México ^{24,25}, ou em zonas rurais ou remotas, como na Bolívia ³⁰. Entretanto, apesar de o tratamento ter sido idealizado para ser realizado em territórios onde não houvesse a possibilidade de tratamento com métodos convencionais, em países onde foram realizados estudos que avaliaram a qualidade e longevidade das restaurações,

como México ²⁵ e Zimbábue ³²⁻³⁴, os resultados foram semelhantes aos de revisões sistemáticas que envolviam ensaios clínicos controlados.

As taxas de sobrevivência são muito elevadas, o que assinala que o ART, desde que corretamente indicado, pode ser utilizado como rotina dos serviços, independente da presença de energia elétrica, IDH ou localização. Entretanto, foram realizados follow-up, apenas de cavidades oclusais, em dois países, com critérios de avaliação pouco rigorosos, a maioria avaliados por pesquisadores ^{24,25,32-34}. Entende-se a dificuldade de se realizar os monitoramentos na rotina dos serviços, principalmente no contexto de implementação, em que os profissionais ainda estão se adaptando às novas práticas, mas é preciso que haja esforços para a inclusão do monitoramento dos procedimentos simples e complexos, pelos próprios profissionais dos serviços, se capacitados para tais atividades.

No que diz respeito às barreiras identificadas na implementação, a falta de insumos (instrumentais e materiais de consumo) para realização dos procedimentos e de indução pelos gestores dos serviços (através de estipulação de metas, monitoramento, recursos financeiros) parece ter influência mais marcante que as outras barreiras identificadas. Um dos estudos realizados no Camboja ²¹ aponta que após anos da oferta de cursos bem estruturados, para capacitar Técnicos em Saúde Bucal que atuavam em províncias remotas no país, pouco se fazia em relação aos tratamentos restauradores. Durante a execução da pesquisa, uma unidade de saúde recebeu os insumos necessários, visitas trimestrais de membros do Ministério da Saúde e metas foram pactuadas, enquanto não houve interferência em outra, o que resultou no aumento expressivo de tratamentos restauradores minimamente invasivos nesta unidade. Portanto, parece que a educação permanente, apesar de fundamental para a atualização e mudança de percepção dos profissionais, sozinha, não é suficiente para que novas práticas se estabeleçam. A instabilidade política e falta de respaldo nas instituições e de lideranças engajadas e participativas foram apontadas como aspectos determinantes nos casos em que o ART não se consolidou como política pública sustentável ³⁰.

Além das barreiras comuns, vale ressaltar um achado importante em estudo realizado na Bolívia, de que informações relacionadas à dosagem dos componentes em condições ambientais extremas não são descritas de forma detalhada em perfis técnicos de fabricantes de CIV (no caso da Bolívia, altitudes muito acima do nível do mar e umidade relativa do ar que varia de 20 a mais de 90%) para obter uma adequada

viscosidade, resistência e aderência dos produtos, o que também pode impactar negativamente a qualidade dos resultados e reforçar as barreiras relacionadas ao senso comum ¹⁹. No caso, os protocolos de manipulação dos materiais foram definidos a partir de consenso com um comitê de especialistas.

Quanto aos facilitadores, os achados apontam que a educação permanente e a própria prática profissional potencializam o uso do ART como prática na rotina dos serviços de saúde, além da disponibilidade de insumos, e indução pelos gestores, conforme já discutido. Além disso, no que diz respeito aos usuários dos serviços, parece haver elevada satisfação com a abordagem e redução do medo/ansiedade dos tratamentos odontológicos ¹⁹. A literatura científica corrobora com esses achados, uma vez que desde os primeiros estudos clínicos com o ART, tem sido observado maior conforto e aceitação dos pacientes, em especial crianças, ao tratamento, em detrimento de procedimentos convencionais, que necessitam de anestesia, isolamento absoluto e alta rotação ³⁹. Outro fator que colabora para a aceitação é a possibilidade de realização dos tratamentos em espaços escolares, onde as crianças apresentam-se, em geral, menos ansiosas quando comparadas às tratadas em consultórios convencionais ⁸.

Apesar do alto desempenho da técnica, comprovada cientificamente ao longo das últimas décadas, o ART como política só foi identificado em países emergentes, portanto, não foi possível avaliar sua utilização como rotina de sistemas de saúde mais bem estruturados, que garantiriam condições para sustentabilidade da nova prática com menor dificuldade estrutural.

Por fim, no início de 2020, a OMS decretou estado de pandemia da COVID-19, que apresenta especial impacto na odontologia, pois estudos indicam sítios da cavidade oral como possíveis focos de entrada do coronavírus nas células do hospedeiro humano e em trabalhos realizados com outros coronavírus em animais, demonstram que receptores de angiotensina presentes nos ductos das glândulas salivares, podem ser o alvo primário de invasão celular do patógeno ⁴⁶. Portanto, como a atividade odontológica é uma das mais críticas, pois grande parte dos procedimentos operatórios gera aerossóis, suas práticas precisarão ser repensadas.

Diante deste cenário, agravado pela escassez de equipamentos de proteção individual, falta de protocolos claros de biossegurança, necessidade de preservar as equipes de saúde e reduzir riscos de contaminação dos usuários, os sistemas de saúde ao redor do mundo suspenderam os procedimentos eletivos em odontologia,

com manutenção apenas de urgências e emergências, conforme recomendado por diversas instituições e governos locais ⁴⁷⁻⁵². Nesse contexto, a Odontologia de Mínima Intervenção merece ainda mais os olhares de pesquisadores, gestores dos serviços de saúde e formuladores de políticas públicas, pois possibilita outros tipos de cuidado em saúde, que não se restringem aos procedimentos operatórios ⁴⁰. Além disso, procedimentos minimamente invasivos e que não produzem aerossol, como é o caso do ART, serão cada vez mais necessários para a retomada da saúde bucal, no contexto trans e pós pandemia, mas, para que novas políticas e programas sejam bem estruturadas e sustentáveis, é necessário que seja feito o uso conceitual e instrumental da evidência científica o seu desenvolvimento e implementação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de haver evidência científica suficiente para a utilização do ART como estratégia moderna e segura de garantia de cuidados preventivos e restauradores minimamente invasivos, no contexto das políticas públicas, a abordagem ainda está em um estágio inicial, denominado por autores “still in its infancy”. Parece ocorrer o que a literatura reconhece como um “know-do gap”, ou abismo que existe entre o saber e o fazer, portanto, são necessários esforços para que haja redução deste abismo e que práticas inseridas na filosofia moderna de atenção à saúde, como é o caso do ART, não estejam apenas na agenda política de forma global, mas também capilarizada nas redes de atenção à saúde bucal, integrada ao processo de trabalho dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Gabriel MAME. Distribuição geográfica dos Cirurgiões-Dentistas: percepção e motivação para a migração [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016.
2. Organização Mundial da Saúde. Declaração de alma-ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde; 6-8 set. 1978; Alma-Ata, URSS. AlmaAta; 1978.
3. Tesch FC, De Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2007 nov;23(11):2555–64.
4. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390: 1211-1259
5. Frencken JE, Holmgren CJ, van Palenstein Helderman WH. Basic Package of Oral Care [Internet]. [citado 20 fev. 2019]. Disponível em: <http://www.chdentalinstitute.org/images/BPOC.pdf>.
6. Frencken JO, Holmgren CJ. Atraumatic restorative treatment for dental caries. Nijmegen: STI Book; 1999
7. Frencken JE, Leal SC, Navarro MF. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: A comprehensive overview. *Clin Oral Investig*. 2012 Oct;16(5):1337–46. doi: 10.1007/s00784-012-0783-4.
8. Navarro MFL, Leal SC, Molina GF, et al. Tratamento restaurador atraumático : atualidades e perspectivas. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2015;69(3):289–301.
9. Mickenautsch S, Yengopal V, Banerjee A. Atraumatic restorative treatment versus amalgam restoration longevity: A systematic review. *Clin Oral Investig*. 2010 Jun;14(3):233-40. doi: 10.1007/s00784-009-0335-8.
10. Tedesco TK, Bonifácio CC, Calvo AFB, Gimenez T, Braga MM, Raggio DP. Caries lesion prevention and arrestment in approximal surfaces in contact with glass ionomer cement restorations - A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2016 May;26(3):161-72. doi: 10.1111/ipd.12174.
11. Gauvin F-P. Understanding policy developments and choices through the “3-i” framework: interests, ideas and institutions [Internet]. Quebec: National Collaborating Centre for Health Public Policy; 2014. Disponível em: http://www.ncchpp.ca/165/publications.ccnpps?id_article=1077.
12. Simpson DD. A Framework for implementing sustainable oral health promotion interventions *J Public Health Dent*. 2011 Winter;71 Suppl 1:S84-94.

13. Oliveira APC, Poz MRD, Craveiro I, Gabriel M, Dussault G. Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220416>
14. Simpson DD. A Framework for implementing sustainable oral health promotion interventions *J Public Health Dent*. 2011 Winter;71 Suppl 1:S84-94.
15. Souza C. Políticas públicas: conceitos, tipologias e sub-áreas [Internet]. Salvador: Fundação Luís Eduardo Magalhães; 2012. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/mate>
16. Mickenautsch S, Rudolph MJ. Implementation of the ART approach in South Africa: an activity report. *SADJ* 2001;56:327–9.
17. Mickenautsch S, Frencken JE. Utilization of the ART approach in a group of public oral health operators in South Africa: a 5-year longitudinal study. *BMC Oral Health*. 2009;9:10. Published 2009 Apr 21. doi:10.1186/1472-6831-9-10
18. Mickenautsch S, Frencken JE, Van't Hof M. Factors inhibiting the implementation of the Atraumatic Restorative Treatment approach in public oral health services in Gauteng Province, South Africa. *J Appl Oral Sci*. 2007;15(1):1-8. doi:10.1590/s1678-77572007000100002
19. Lopez J, Andrade G. El tratamiento restaurador atraumático (TRA) como parte de un paquete básico de servicios de salud oral en el área rural de Bolivia Evidencia sobre la efectividad de la aplicación del TRA y de acciones de promoción de la salud oral en escolares entre 6 y 14 años de edad, en áreas rurales con población dispersa. *Glob Health Promot*. 2011;18(1):146–8. <https://doi.org/10.1177/1757975910393201>.
20. Mallow PK, Klaipo M, Durward CS. Dental nurse training in Cambodia - a new approach. *Int Dent J*. 1997 Jun;47(3):148-56.
21. Chher T, Hak S, Courtel F, Durward C. Improving the provision of the Basic Package of Oral Care (BPOC) in Cambodia. *Int Dent J*. 2009;59(1):47-52.
22. Abeer Farag, Wil J. M. van der Sanden, Jan Mulder, Nico H. J. Creugers & Jo E. Frencken (2013) Introduction of the ART approach in Egypt: Intentions, clinical effects and perceived barriers. A cohort study, *Acta Odontologica Scandinavica*, 71:3-4, 1014-1021, DOI:10.3109/00016357.2012.741705
23. Farag ASED. Atraumatic restorative treatment and oral health in Upper Egypt [thesis] [Internet]. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2012 [citado 12 jan. 2019]. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/08e8/1cc36cf498f05a9d026dfd48a5e5a7b1ffe9.pdf?_ga=2.112128384.563212495.1564678563-662146375.1564678563.
24. Hermosillo VH, Quintero LE, Guerrero ND, et al. The implementation and preliminary evaluation of an ART strategy in Mexico: a country example. *J Appl Oral Sci*. 2009;17 Suppl:114-21.

25. Luengas-Quintero E, Frencken JE, Muñúzuri-Hernández JA, et al. The atraumatic restorative treatment (ART) strategy in Mexico: Two-years follow up of ART sealants and restorations. *BMC Oral Health*. 2013 Sep 8;13:42. doi: 10.1186/1472-6831-13-42.
26. Mandari GJ, Matee MIN. Atraumatic restorative treatment (ART): The Tanzanian experience. *Int Dent J*. 2006 Apr;56(2):71-6.
27. Kikwilu EN, Sciences A, Frencken JE, et al. Impact of Atraumatic Restorative Treatment (ART) on the treatment profile in pilot government dental clinics in Tanzania. *BMC Oral Health*. 2009 Jun 8;9:14. doi: 10.1186/1472-6831-9-14.
28. Kikwilu Emil N., Frencken Jo E., Mulder Jan. Barriers to the adoption of the ART approach as perceived by dental practitioners in governmental dental clinics, in Tanzania. *J. Appl. Oral Sci.* [Internet]. 2009 Oct [cited 2020 June 28]; 17(5): 408-413. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572009000500011&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572009000500011>.
29. Kikwilu Emil N., Frencken Jo E., Mulder Jan, Masalu Joyce R. Dental practitioners' attitudes, subjective norms and intentions to practice atraumatic restorative treatment (ART) in Tanzania. *J. Appl. Oral Sci.* [Internet]. 2009 Apr [cited 2020 June 28]; 17(2): 97-102. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572009000200005&lng=en.
30. Babo Soares L, Bettiol S, Dalla-Fontana I, et al. Opportunities in oral health policy for Timor-Leste. *WHO South East Asia J Public Health*. 2016 Sep;5(2):164-173. doi: 10.4103/2224-3151.206254.
31. Abid, Abdellatif & Chkir, F & Salem, Kamell & Argoubi, K & Sfar-Gandoura, M. (2002). Atraumatic Restorative Treatment and glass ionomer sealants in Tunisian children: survival after 3 years. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de santé de la Méditerranée orientale = al-Majallah al-ṣiḥḥīyah li-sharq al-mutawassiṭ*. 8. 315-23.
32. Frencken JE, Makoni F, Sithole WD. Atraumatic restorative treatment and glass-ionomer sealants in a school oral health programme in Zimbabwe: evaluation after 1 year. *Caries Res*. 1996;30(6):428-433. doi:10.1159/000262355
33. Frencken JE, Makoni F, Sithole WD, Hackenitz E. Three-year survival of one-surface ART restorations and glass-ionomer sealants in a school oral health programme in Zimbabwe. *Caries Res*. 1998;32(2):119-126. doi:10.1159/000016441
34. Frencken JE, Makoni F, Sithole WD. ART restorations and glass ionomer sealants in Zimbabwe: survival after 3 years. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(6):372-381. doi:10.1111/j.1600-0528.1998.tb01975.x
35. Ruiz O. ART integration in oral health care systems in Latin American countries as perceived by directors of oral health. *J Appl Oral Sci*. 2009;17 Suppl:106-13.

36. Gonçalves CÂ, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):449–60. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232015202.00702014>.
37. Jandrey CM, Drehmer TM. Absenteísmo no atendimento clínicoodontológico: o caso do módulo de saúde comunitária do CPOS. *Rev Fac Odontol Porto Alegre [Internet]*. 2000 jan;40(2):24–8. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23787>
38. Cruz DF, Cavalcanti RP, Lucena EHG, Padilha WWN. A regulação da atenção à saúde bucal e o absenteísmo: cenários e possibilidades. *Rev Família Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2018;6(2):228-37. doi: 10.18554/refacs.v6i2.2820.
39. Frencken JE, Leal SC, Navarro MF. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: A comprehensive overview. *Clin Oral Investig*. 2012 Oct;16(5):1337–46. doi: 10.1007/s00784-012-0783-4.
40. Ericson D, Kidd E, McComb D, Mjör I, Noak MJ. Minimally invasive dentistry - concepts and techniques in cariology. *Oral Health Prev Dent* 2003;1(1):59–72.
41. Amara N, Ouimet M, Landry R. New evidence on instrumental, conceptual, and symbolic utilization of university research in government agencies. *Sci Commun*. 2004;26(1):75–106.
42. WHO Oral Health Programme. (1998). Atraumatic restorative treatment (ART) for tooth decay : a global initiative 1998-2000. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64325>
43. Barreto JOM, Souza NM. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. *Cien Saúde Coletiva*. 2013;18(1):25–34. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232013000100004>
44. Lavis JN, Røttingen JA, Bosch-Capblanch X, et al. Guidance for evidenceinformed policies about health systems: Linking guidance development to policy development *PLoS Med*. 2012;9(3):e1001186. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001186>.
45. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(1):50–6.
46. Liu L, Wei Q, Alvarez X, et al. Epithelial cells lining salivary gland ducts are early target cells of severe acute respiratory syndrome coronavirus infection in the upper respiratory tracts of rhesus macaques. *J Virol*. 2011;85(8):4025-4030. doi:10.1128/JVI.02292-10
47. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Atendimento odontológico no SUS. Brasília, DF; 2020. [Acessado em 08 de junho de 2020] Available from: <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/ab69d79b87d04780af08a70d8cee9d70.pdf>

48. Argentina, Ministerio de la Salud Covid-19 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PROGRAMADA INICIAL. [Acessado em 08 de junho de 2020]. Disponível em <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001937cnt-covid-19recomendaciones-atencion-odontologica-programada.pdf>.5.
49. Chile, MINSAL ORIENTACIONES PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN FASE IV COVID-19. [Acessado em 08 de junho de 2020]. Disponível em: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/ORIENTACIONES-ATENCIONODONTOLOGICAS-COVID-19-.pdf>.6.
50. American Dental Association – ADA. ADA recommending dentists postpone elective procedures. American Dental Association. 2020. [Acessado em 08 de junho de 2020] Disponível em: <https://www.ada.org/en/publications/ada-news/2020-archive/march/adarecommending-dentists-postpone-elective-procedures>
51. PEREIRA, Luciano José et al. Biological and social aspects of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) related to oral health. Braz. oral res. [online]. 2020, vol.34 [cited 2020-06-08], e041. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180683242020000100600&lng=en&nrm=iso. Epub May 08, 2020. ISSN 1807-3107. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0041>
52. Kochhar AS, Bhasin R, Kochhar GK, Dadlani H. Provision of continuous dental care for oral oncology patients during & after COVID-19 pandemic. Oral Oncol. 2020;106:104785. doi:10.1016/j.oraloncology.2020.104785

7 CAPÍTULO 4 - PERCEPÇÃO DAS PARTES INTERESSADAS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA OMI COMO ESTRATÉGIA DE RETOMADA DO CUIDADO ELETIVO EM SAÚDE BUCAL FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de pandemia por conta da covid-19 no dia 11 de março de 2020. A doença é caracterizada como uma nova infecção pulmonar de origem viral que pode causar síndrome respiratória aguda grave¹. O agente biológico causador da doença é um coronavírus, tipo de vírus também causador de outras duas epidemias (SARS, em 2002 e MERS, em 2011, que tiveram disseminação restrita ao sudeste asiático), entretanto, a covid-19 se difere dessas outras epidemias por sua alta e rápida disseminação pelo mundo, pautada em três pilares: 1. Longo período de incubação 2. Letalidade relativa 3. Alta transmissibilidade dos assintomáticos².

A covid-19 apresenta importante impacto na odontologia e já existem estudos que indicam sítios da cavidade bucal, como o tecido periodontal, como possíveis focos de entrada do coronavírus nas células do hospedeiro humano³. O fato deste vírus estar presente dentro de células de tecidos bucais faz com que o aerossol gerado durante os procedimentos odontológicos seja potencialmente contaminado, com alto risco de transmissão entre profissionais de saúde e seus pacientes, por conta de grande parte dos procedimentos operatórios produzir aerossóis.

Além disso, havia escassez de equipamentos de proteção individual (EPI), falta de protocolos claros de biossegurança, necessidade de reduzir os riscos de contaminação dos profissionais de saúde e usuários, o que fez com que os tomadores de decisão responsáveis por diversas instituições e governos locais, em um primeiro momento, suspendessem os procedimentos eletivos em odontologia em diversos países, com manutenção apenas de urgências e emergências⁴⁻⁶. No Brasil, os procedimentos eletivos foram suspensos pelo Ministério da Saúde em 20 de março de 2020.

No estado de São Paulo, antes mesmo do primeiro caso chegar ao Brasil, criou-se um comitê de enfrentamento da crise sanitária com pesquisadores, políticos,

profissionais de saúde, sanitaristas para a definição, desenvolvimento e implementação de estratégias políticas para o enfrentamento do problema. No que diz respeito à saúde bucal, no estado de São Paulo, ao lado da Secretaria do Estado de Saúde (área técnica - saúde bucal), o Núcleo de Evidências e Análise Econômica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo participou dos processos de tomadas de decisão para enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia, visando uma retomada segura para os profissionais e seus pacientes, por meio da identificação das melhores evidências disponíveis para os principais problemas que precisavam ser solucionados.

Durante o processo, alguns temas foram considerados prioritários pelos atores envolvidos para uma retomada segura, tais como: 1. Biossegurança, 2. Odontologia de Mínima Intervenção, 3. Teleodontologia e 4. Câncer de Boca).

Este estudo tem foco na Odontologia de Mínima Intervenção e tem o objetivo de descrever e analisar o processo de desenvolvimento desta estratégia como um dos pilares da retomada do cuidado eletivo em saúde bucal no estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Este é um estudo de caso de natureza qualitativa, opção de escolha quando se busca explicar ou descrever um evento ou uma situação ⁷, que descreve e analisa em profundidade o processo de desenvolvimento de um dos pilares da política para enfrentamento de problema identificado pela gestão do estado de São Paulo, em relação à alta prevalência de cárie dentária e acúmulo de necessidades, por conta da suspensão dos tratamentos eletivos em virtude da pandemia de covid-19. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sob o parecer nº 4.749.489 (Anexo A).

Primeiramente, foi necessário compreender e identificar que o contexto estudado é o do estado de São Paulo, portanto, inicialmente foi realizada a descrição do contexto. A descrição e análise crítica de desenvolvimento das estratégias de retomada foram realizadas em sequência, observando-se as seguintes etapas, relacionadas ao desenvolvimento, segundo dois frameworks

(3i+E e CFIR) ^{8,9}. Contexto e tomada de decisão; definição do problema; intervenção não adaptada, cenário interno, cenário externo, indivíduos envolvidos, intervenção adaptada; formulação (adoção da estratégia). Os dados foram colhidos a partir de diferentes fontes e foram utilizados métodos múltiplos. Para a coleta de dados, foi utilizado o Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ⁹. Para melhor conduzir a análise dos resultados deste estudo, foram utilizados os framework “3-i+E” que pode ajudar a explorar como interesses, ideias, instituições e fatores externos, no caso a pandemia de covid-19 interagem para influenciar e, em última análise, definir e estruturar a escolha de opções políticas, e CFIR ^{8,9}.

Contexto da coleta e análise dos dados

Durante os meses de março à dezembro/2020, por meio da Secretaria do Estado de Saúde (Área Técnica – Saúde Bucal) e do Núcleo de Evidências e Análise Econômica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), gestores, professores e pós-graduandos da FOUSP e profissionais de saúde, participaram do Suporte Emergencial à Coordenação Estadual de Saúde Bucal em face da pandemia da covid-19 para definir melhor os problemas, identificar as possíveis propostas de enfrentamento e realizar o planejamento para a formulação de um programa capaz de enfrentar os problemas identificados pela gestão.

Durante o suporte, foram realizadas Lives (discussões entre informantes chave sobre temas relacionados à retomada da saúde bucal, tais como: biossegurança, teleodontologia, odontologia de mínima intervenção, câncer de boca) e Ambulatórios Virtuais (diálogos deliberativos em ambientes virtuais). A coleta de dados foi realizada em duas etapas:

1. Atas e relatórios dos Ambulatórios Virtuais (documentos de domínio público) realizados durante a formulação da política e publicados semanalmente pela Coordenação Estadual de Saúde Bucal.
2. Transcrições de entrevistas individuais semiestruturadas com informantes-chave (coordenadora de saúde bucal do estado de São Paulo, pesquisadores e interlocutores dos departamentos regionais de saúde), selecionados de maneira intencional por terem liderado e/ou participado

atividade dos processos de tomada de decisão durante o desenvolvimento das soluções.

As entrevistas foram conduzidas e gravadas de forma remota, por meio da plataforma “Google meet”. Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), os participantes da pesquisa tiveram a entrevista conduzida com base em roteiro semiestruturado validado, disponível por meio de uma ferramenta do CFIR. O instrumento, que contém todas as etapas e tópicos do framework mencionado, permite que autores o individualizem de acordo com seu projeto de pesquisa. Portanto, adaptamos o questionário para a descrição do processo de desenvolvimento da oferta da OMI como estratégia de enfrentamento de problema identificado pela gestão do estado de São Paulo da alta prevalência de cárie dentária e acúmulo de necessidades.

O questionário adaptado está disponível por meio do Anexo C, e contou com perguntas que poderiam ser direcionadas para cada um dos grupos de atores mencionados (gestores ou pesquisadores), ou apenas algum deles. As entrevistas individuais foram gravadas, posteriormente transcritas e as informações foram codificadas e agrupadas em categorias com a utilização do Microsoft Excel e software Maxqda®.

Após esta etapa inicial, deu-se continuidade as demais etapas da técnica de análise de conteúdo de Bardin ¹⁰.

Organização da análise

Foi realizado o upload das gravações e armazenamento em HD externo, conforme sugerido pelo CEP da FOU SP. As gravações foram transcritas por meio da ferramenta de gravação de voz do Google Docs, tendo sido necessárias algumas correções, realizadas por dois avaliadores.

Durante a pré-análise, foi realizada leitura flutuante dos conteúdos das entrevistas e atas dos ambulatorios. Além disso, foi realizada discussão de hipóteses a partir da primeira leitura, bem como averiguação se os indicadores dos frameworks utilizados seriam suficientes para promover a interpretação do material, tendo surgido novas categorias.

Codificação

As unidades de registro foram definidas pelos temas de interesse relacionados ao desenvolvimento da estratégia política, propostos pelo frameworks 3i+E e CFIR.

Categorização

A análise de conteúdo foi realizada com procedimento descritivo, com técnica de observação direta intensiva por meio da análise do conteúdo temática¹⁰, proposta por Laurence Bardin e guiada pelos frameworks mencionados. Foram utilizados os critérios semântico, sintático, léxico e expressivo. As categorias que surgiram foram analisadas quanto à qualidade de boas categorias (exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade, produtividade) e descritas por meio do Tabela 7.1, utilizado como fio condutor deste estudo.

Tabela 7.1 Unidades de registro e categorias utilizadas para descrição e análise

Unidades de registro de análise (definidas após análise das entrevistas e demais fontes de consulta)	Unidades de registro de análise (definidas pelos frameworks)	Categorias	N (%)
Contexto e processo de desenvolvimento	Definição do problema	Pandemia	10 (100)
		Medo do desconhecido	8 (80)
		Medo da doença	9 (90)
		Medo do trabalho remoto	6 (60)
		Medo de perder o emprego	5 (50)
		Busca pelas melhores evidências	9 (90)
Facilitadores	Tomadas de decisão: Intervenção não adaptada; cenários interno e externo)	Uso da evidência científica	10 (100)
		A evidência estar disponível	7 (70)
		Não produz aerossol	10 (100)
		Ter a participação de pesquisadores de referência	9 (90)
		Aulas e discussões	10 (100)
Barreiras de implementação	Formulação (adoção da estratégia): Intervenção adaptada	Cultura	8 (80)
		Senso comum	9 (90)
		Modelos de atenção à saúde	3 (30)
		Resistência a mudança	6 (10)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Contexto e processo de desenvolvimento

O estado de São Paulo é a unidade de federação mais populosa, com cerca de 47 milhões de habitantes, com maior "Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (cerca de 30%); altamente urbanizada (cerca de 95%), mas com profundas desigualdades socioeconômicas. O estado conta com Equipes de Saúde Bucal, Gestores de saúde bucal, secretários de saúde em 645 municípios, divididos em 27 regionais de saúde (Figura 7.1).

Figura 7.1 - Mapa do Estado de São Paulo com as regionais de Saúde



Fonte: São Paulo, 2011

Portanto, o cenário imposto pela pandemia era desafiador e antes mesmo do primeiro caso chegar ao Brasil, criou-se um comitê de enfrentamento da crise sanitária com pesquisadores, políticos, profissionais de saúde e sanitaristas para a definição, desenvolvimento e implementação de estratégias políticas para o enfrentamento do problema. No caso da saúde bucal, o Núcleo de Evidências e Análise Econômica da FOU SP e a Secretaria de Saúde, por meio da área técnica de saúde bucal, criaram um programa de apoio mútuo, denominado Suporte Emergencial, em que com

Tecnologias de Informação e Comunicação, foi possível aproximar gestores, profissionais de saúde e pesquisadores para a definição de problemas e soluções, informadas pelas melhores evidências científicas disponíveis de modo adaptado à realidade dos serviços e ao contexto da pandemia.

Durante o Suporte, diferentes atores discutiram os problemas e soluções por meio de Ambulatórios Virtuais e Lives com pesquisadores em áreas estratégicas para uma retomada segura. Em outubro de 2020, considerando a situação de pandemia de covid-19 declarada pela OMS desde 11/03/20; a situação de Emergência em Saúde Pública da COVID 19 (Portaria MS 188 de 03/02/20) e suas consequências, relacionadas ao alto risco transmissibilidade através de gotículas provenientes da respiração, espirro ou tosse, das vias aéreas superiores e saliva para as mucosas dos olhos, nariz e boca, além de outras importantes formas de contágio como distanciamento inferior a 2 metros, contato interpessoal, e através de objetos e superfícies; bem como o a recomendação da ANVISA de se proceder com práticas seguras em todos os atendimentos odontológicos (NT nº 4 de 13/03/2020 – atualizada, em 08/05/2020), a Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP, em sua 305ª Reunião Ordinária, realizada em 22/10/2020, aprovou a Nota Técnica CIB – Orientações para a retomada dos atendimentos eletivos em Saúde Bucal, conforme Anexo D, que prevê a realização de procedimentos minimamente invasivos, no contexto da Odontologia de Mínima Intervenção.

“III. Procedimentos de escolha para os atendimentos eletivos e para evitar o uso de alta rotação (...)

Teleatendimentos, Busca Ativa, Acolhimento, Classificação de Risco em saúde bucal de forma individual; (...)

Procedimentos de mínima intervenção, como curetagem de lesões de cárie (remoção seletiva – apenas dentina infectada), cariostático (diamino fluoreto de prata), restauração definitiva com ionômero de vidro de alta viscosidade (ART), adequação de meio com cimentos provisórios, pequenos ajustes e desgastes com tiras de lixas abrasivas, tornando as cavidades expulsivas (Tratamento Ultraconservador) (...)”

Para compreender melhor o processo de desenvolvimento das estratégias, foram realizadas 10 entrevistas, com gestores (n=4) e pesquisadores (n=6) que participaram do desenvolvimento. Os resultados identificados foram apresentados de acordo com as categorias e subcategorias descritas pela Tabela 7.1.

Definição do problema

As falas dos informantes chave revelaram que a pandemia de covid-19 foi um importante fator externo que mobilizou diferentes atores para construir soluções de enfrentamento às suas consequências. O sentimento inicial descrito pelos entrevistados era o medo de contaminação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Neste cenário, a busca pelas melhores evidências científicas sobre biossegurança e prevenção da produção de aerossóis foi identificada como urgente pelos entrevistados. As falas mais significativas dentre as analisadas reforçam as sensações de medo (medo do desconhecido, medo da doença, medo do trabalho remoto, medo de perder o emprego), bem como a quebra de algumas resistências quanto à odontologia de mínima intervenção, que trazia possibilidade de enfrentamento ao problema identificado.

“Lutamos tanto para sermos reconhecidos na equipe multiprofissional e na pandemia a “odonto” se assustou mesmo e não quis atender no primeiro momento, essa é uma contradição que a gente luta a vida toda.” – SUJEITO 5

“A pandemia trouxe com ela o medo, porque o que a gente falava e os pesquisadores que trabalham nisso a muito tempo e as oportunidades de procedimentos invasivos, a pandemia quase que obrigou o modelo odontológico começar a pensar, tudo uma questão de biossegurança a começar daí, acho que esse foi um primeiro grande apelo, porque aí saímos do campo de debate ideológico e de opinião para uma necessidade do profissional. Então eu acho que a pandemia ela trouxe isso, e na medida em que os procedimentos minimamente invasivos começam a ser apresentados e os ouvidos dos profissionais começam a se abrir para escutar isto, se começa a desmistificar e com a desmistificação, a possibilidade de aceitação é maior, então eu acho que a pandemia trouxe esse quadro, porque veja, eu fico pensando nisso e acho até um fator importante, especificamente sobre procedimentos minimamente invasivos mas é também algo que se liga a teleodontologia, fazendo um paralelo que também é meio que uma

filha da pandemia né? Se assim a gente puder falar e o que que é esse fator, é o desconhecimento, ele traz consigo um sentimento de medo, né? Dos profissionais. De medo de todos os níveis, desde o medo em casa da teleodontologia, medo de perder postos de trabalho para uma máquina, é medo, né? E ele vem do desconhecido, na medida que as coisas vão ficando claras, que não há uma disputa de mercado nisso, pelo contrário, esses procedimentos e essa forma de pensar odontologia, no caso dos procedimentos minimamente invasivos eles prescindem, os profissionais, e não só profissionais técnicos, profissionais que inclusive avaliem e façam um bom diagnóstico para prescrever esses procedimentos.” – SUJEITO 1

1.2 Tomadas de decisão: Intervenção não adaptada; Cenários interno e externo; Indivíduos envolvidos;

O Núcleo de Evidências e Análise Econômica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, durante o SECESB/SP, buscou monitorar o surgimento de novas evidências científicas e soluções para os problemas identificados por gestores. Foi possível identificar na fala dos entrevistados que as discussões sobre a implementação de soluções com pesquisadores de referência na área foi um importante fator motivador.

“As aulas que a gente teve, as lives, foram decisivas, quem não conseguiu assistir a gente discutia nos grupos de whatsapp, o pessoal pedia o link e assistia, a coisa foi crescendo, precisava de um start e o start foi as lives, porque eram professores de renome, eram pesquisas validadas que foram trazidas pra gente ter o embasamento científico” – SUJEITO 2

Além disso, ficou evidente nas falas que as intervenções foram construídas com diversos atores, tendo sido adaptadas à rotina dos profissionais e realidade da pandemia, com indução de gestores e pesquisadores, com fortalecimento da relação ensino-serviço.

1.3 Formulação (adoção da estratégia): Intervenção adaptada

Durante o SECESB/SP, por meio da realização da síntese rápida, descrita no capítulo 2, ficou evidente que os procedimentos minimamente invasivos poderiam ser incorporados como solução na rotina dos serviços, para ampliação e qualificação do acesso no contexto da pandemia de covid-19. Ao contrário de estratégias voltadas

para o atendimento em espaços coletivos, no cenário apresentado, foi proposta classificação de risco e atendimentos nas próprias unidades de saúde, com atendimentos mais longos e resolutivos para os usuários de alto risco, e intervalos mais longos entre as consultas, a fim de reduzir o risco de contaminação entre os profissionais. As diretrizes para a retomada dos atendimentos eletivos foram publicadas em outubro de 2020 (Anexo D). Por meio das entrevistas, foram expostos os principais facilitadores e barreiras de implementação relacionados à intervenção adaptada:

1. Facilitadores

Um importante facilitador para a intervenção proposta foi a própria pandemia que covid-19. Ficou claro na fala dos entrevistados que muitas das resistências sobre a Odontologia de Mínima intervenção já conhecidas pela literatura ^{11,12,13}, como o senso comum de que ela propõe tratamentos de menor qualidade, resistência a mudanças, entre outros, diminuíram, evidenciando uma janela de oportunidade para realização dos procedimentos em maior escala, com aceitação pelos profissionais, já que o medo e risco de contaminação era maior do que as barreiras reportadas pela literatura.

“Eu vejo uma coisa, assim, as vezes, eles até aceitam a teoria, mas na prática eles continuam fazendo o que eles sempre fizeram e eu acho que essa pandemia ela fez com que as não tivessem outra opção, elas tinham que fazer e na hora que elas fizeram elas viram que é possível e que dá para fazer muita coisa. Então ela foi um catalisador né, porque se você pensa assim, a gente sempre fala, demora muito por causa da cultura das pessoas, mudar uma cultura é sempre muito difícil, porque as pessoas falam, começam a repetir as coisas conceituais e até colocar em prática é uma coisa muito demorada, com a pandemia a gente não teve muita opção, teve que colocar na prática, com certeza a pandemia nesse ponto ajudou, ajudou muito e rompeu, hoje ninguém mais fala com desdenho da OMI.”
-- SUJEITO 3

Outro facilitador identificado por meio das falas de pesquisadores foi a qualidade e robustez das evidências científicas que informaram as tomadas de decisões. Vale ressaltar que já haviam sido realizados diversos estudos clínicos e revisões sistemáticas sobre grande parte dos tratamentos propostos, o que deu

segurança para os profissionais, potencializando a janela de oportunidade mencionada anteriormente, de quebra de algumas barreiras e resistências conhecidas.

“A gente tinha a mínima intervenção, ela tem robustas evidências, a gente já tinha conhecimento de que a gente tinha robustas evidências que nos permitam dizer que a gente estava oferecendo um pacote muito eficiente para o controle da cárie, a gente já tinha tido uma experiência prévia aqui no município de São Paulo, então quando a gente foi chamado pelo estado para fazer algo parecido, não era pandemia mas uma fila muito grande precisando de restauração, e como não tinha como a conta dos serviços a gente também propôs a mínima intervenção, na época mostramos as evidências e treinamos especialistas para mostrar que podíamos fazer o ART, a gente já conhecia e tinha uma experiência prévia que nos ajudou e fortaleceu muito, uma evidência de que era um caminho bom para seguir não só no momento da pandemia. Nosso grupo tem muita convicção que a OMI é um modelo para se mudar processos de trabalho, que as equipes de saúde bucal podem incorporar a mínima intervenção independente da pandemia se quiserem aumentar acesso e a capacidade de serviços, a gente já tinha isso muito claro na nossa cabeça, então quando vem a pandemia e a OMI além de tudo não produz aerossol na maioria dos procedimentos (...) então por esses motivos a gente tinha certeza de que seria importante colocar a mínima intervenção. Depois disso nós fizemos uma síntese rápida, que precisa ser mais bem compartilhada na rede, nessa perspectiva de que agora que temos vacina, números favoráveis de transmissão, internação e morte, como a gente mantém esse procedimento na rede? Mas a gente tinha muito a aprender e a gente compartilhou todas essas evidências com os tomadores de decisão, então diferente da questão da biossegurança que tínhamos muitas incertezas, da OMI a gente tinha muita evidência e experiência no processo. – SUJEITO 5

Além disso, um tópico reforçado foi a diminuição de tempo entre o surgimento das evidências científicas e implementação nos serviços de saúde, outra janela de oportunidade identificada na fala dos entrevistados.

“Pensando na mínima intervenção como um todo eu acho que as evidências são muito fortes já, para OMI, algumas técnicas mais e outras menos, mas pegando aqui os dois grandes exemplos que eu acho que mudaram um pouco o padrão na pandemia que a gente pode citar, o ART e o SDF, você parte do convencional, usando broca e resina para um conceito que se realiza remoção parcial. (...) eu acho que as evidências são sólidas, o grande problema é o gap de demora de mais de 5, 10 anos da produção da evidência para implementação da evidência na prática, nesse processo a pandemia acelerou, porque foi a necessidade que fez as pessoas se sensibilizarem. Acho que é o certo que já deveria ser assim, é o idealismo de uma pessoa que faz pesquisa motivada pela clínica, que é meu caso, eu desisti de fazer pesquisa de laboratório, acho importante mas eu quero trazer as respostas clínicas, meu ideal era que as pesquisas imediatamente pudessem ser incorporadas, por mais esforço que eu faça eu vejo que isso é distante, eu gosto desse lado da pandemia e acho que como uma pesquisadora que não só produz evidência mas vem estudando as formas dessa evidência chegar no aluno, no profissional houve uma janela de oportunidade” – SUJEITO 4

2. Barreiras de implementação

Foram relatadas como principais barreiras a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde, ainda tendo sido reportado o modelo biomédico como hegemônico, o que contraria a lógica da mínima intervenção; bem como a resistência com a mudança nas práticas profissionais e a cultura.

(...)o modelo hegemônico ainda é um modelo hegemônico biomédico, o aparelho formador brasileiro não está preparado para isso, como eu disse os procedimentos minimamente invasivos, eu acho que isso a gente tem que falar muito, sabe? não é apenas um modelo, uma troca de oferta de modelos de procedimentos, nós estamos falando de algo muito maior do que isso, uma filosofia, não sei se esse termo, filosofia é uma palavra muito abstrata mas é uma forma de fazer a odontologia diferente, mais comprometida, no mínimo, mais comprometido com o paciente. SUJEITO 1

(...)essa busca ativa antes, para fazer o rastreamento, os profissionais tender a olhar para especialidade, eles não querem fazer a busca ativa, querem finalizar e fazer tudo na Atenção Primária, querem ir para as especialidades, acabam incorporando essas especialidades e deixam de fazer essa parte tão importante que é a busca ativa para o diagnóstico precoce (...)- SUJEITO 2

Vale ressaltar que ao longo da história do Brasil, houve diversos modelos de atenção à saúde (modelo sanitarista-campanhista, modelo médico assistencial previdenciário, modelo médico privatista, transição para um modelo de promoção de saúde) ¹⁴. O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde público e universal, que busca garantir a integralidade do cuidado, só foi implementado no final da década de 1980. Por sua vez, a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente (BS) só foi implantada em 2004. O Ministério da Saúde assumiu um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos estados e municípios brasileiros, por meio de linhas de financiamento específicas para essas ações ¹⁵, mas apesar dos avanços com o SUS e BS, com indução de práticas como promoção de saúde, prevenção de agravos e planejamento na rotina das Equipes de Saúde Bucal (ESB), a atuação destes profissionais, durante muitas décadas, foi focada na prática da odontologia cirúrgica-restauradora, baseada no modelo queixa-conduta ¹⁶.

Muitas ações decorrentes deste modelo ainda são incorporadas nas rotinas dos serviços, como percebido nas falas dos entrevistados. Portanto, para que a OMI seja incorporada na Atenção Primária à Saúde no Brasil Sorridente (BS) de forma sustentável e não pontual, por conta de uma janela de oportunidades específica, será necessário compreender que sua lógica vai ao encontro aos princípios de uma APS forte e resolutiva, envolvendo promoção de saúde, prevenção de agravos rastreamento e diagnóstico precoce, realização de procedimentos de menor complexidade, como procedimentos minimamente invasivos (ART, diamino fluoreto de prata, hall technique, tratamento ultraconservador) e reparos de restaurações. A mudança na prática dos profissionais deve ser pensada na lógica do planejamento em saúde, com foco na atuação que envolva todo esse contexto e não apenas na lógica da forma de realização de procedimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de desenvolvimento da OMI como um dos pilares da retomada do cuidado eletivo em saúde bucal no estado de São Paulo ocorreu por meio do envolvimento de diversos autores e foi respalda por evidências científicas de boa qualidade e produzidas ao longo das últimas décadas.

Pela análise dos documentos e fala dos entrevistados, ficou claro que sua implementação foi possível por conta de uma janela de oportunidade que se abriu pelas consequências da pandemia, como não ser possível realizar procedimentos eletivos com aerossóis, o medo reportado por alguns profissionais e pelo fato de a evidência científica estar disponível e ter sido adaptada pelos diversos atores aos contextos locais.

Entretanto, ficou claro que algumas barreiras, como a hegemonia da lógica biomédica, e insistência na prática voltada ao modelo queixa-conduta, em detrimento de ações de promoção de saúde podem influenciar na sustentabilidade da estratégia ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. Ma X, Ph D, Wang D, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 727–733.
2. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*; 2019. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.7326/M20-0504.
3. Matuck BF, Dolhnikoff M, Maia GVA, et al. Periodontal tissues are targets for Sars-Cov-2 : a post-mortem study. *J Oral Microbiol*; 13. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.1080/20002297.2020.1848135.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica No 9/2020- CGSB/DESF/SAPS/MS Assunto (covid-19 e atendimento odontológico no sus). 2020; 1–5.
5. Chile. Ministerio de Salud. Division de Prevención y Control de Enfermedades | Departamento Salud Bucal. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN FASE IV COVID-19.
6. Argentina. Ministerio de Salud. COVID-19 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PROGRAMADA INICIAL.

7. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Rev Adm Empres. 1995 maio-jun;35(3):20–9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>.
8. Roberto M, Poz D. Factors that influence human resources for health policy formulation : a multiple case study in Brazil and Portugal Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal : estudo de caso múltiplo Factores que influenciaron el proceso de formulación de políticas de recursos humanos en salud en Brasil y Portugal : estudio de caso múltiple. 34. Epub ahead of print 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00220416.
9. Keith RE, Crosson JC, Malley ASO, et al. Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings : a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. Implement Sci 2017; 12: 1–12.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 70th ed. Lisboa: Persona; 2001. Terceira parte – método; p. 93-149.
11. Mallow PK, Klaipo M, Durward CS. Dental nurse training in Cambodia - a new approach. Int Dent J. 1997 Jun;47(3):148-56.
12. Ruiz O. ART integration in oral health care systems in Latin American countries as perceived by directors of oral health. J Appl Oral Sci. 2009;17 Suppl:106-13.
13. Medina-Solis CE, Avila-burgos L, Hidalgo D. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. 2006; 17: 269–286.
14. GIL, Célia Regina Rodrigues; MAEDA, Sayuri Tanaka. Capítulo 4 - Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Moodle USP: e-Disciplinas.
15. CAYETANO, M. H. et al. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. Universitas Odontológica, v. 38, n. 80, 2019.
16. FERREIRA BELLO, R. Atenção básica na alta complexidade : o cuidado em saúde bucal com o paciente hospitalizado. Revista Fluminense de Odontologia, 4 abr. 2013.

8 DISCUSSÃO

Este estudo foi elaborado a partir de problemas enfrentados pela coordenação da área técnica de saúde bucal do estado de São Paulo e trazidos ao Núcleo de Evidências e Análise Econômica da FOU SP. O núcleo tem como finalidade institucionalizar o uso do conhecimento científico nos processos de tomada de decisão no âmbito do SUS; desenvolver métodos e estratégias inovadoras na gestão e fazer tradução do conhecimento científico, aproximando gestores, pesquisadores e profissionais de saúde para o desenvolvimento de estratégias, programas e políticas públicas bem-informadas.

O problema enfrentado ao longo dos últimos anos foi a pandemia de covid-19, que fez com que diversos sistemas e serviços de saúde, em diversos países, paralisassem a realização de procedimentos eletivos, em especial no que diz respeito à odontologia, já que a doença pode ser transmitida pela saliva e a produção de aerossóis ocorre em grande parte dos procedimentos.

A cárie dentária, por sua vez, é considerada uma doença multifatorial, socialmente determinada, doença crônica mais comum da infância dentre as que não regredem espontaneamente e que não são passíveis de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo ²². No estado de São Paulo e no Brasil, ela encontra-se polarizada, concentrada nas pessoas e territórios de maior vulnerabilidade social ^{23,24}. No estado, o problema enfrentado foi a paralização dos atendimentos eletivos em saúde bucal por conta da pandemia, o que impactou no acesso dos usuários aos serviços de saúde, tendo como uma de suas principais consequências o acúmulo de necessidades.

Como proposta de enfrentamento para o problema, o Núcleo de Evidências e Análise Econômica da FOU SP e a coordenação de saúde bucal do estado de São Paulo propuseram o Suporte Emergencial, focado na redução do abismo que existe entre o saber e o fazer. Dentre as atividades envolvidas, ocorreram o levantamento de problemas prioritários, proposta de soluções com base nas evidências científicas disponíveis e discussão sobre como implementá-las nos contextos locais.

Conforme descrito pelo primeiro estudo (Modelo de resposta rápida: tradução, transferência e troca de conhecimento como estratégia para informar a tomada de decisão rápida no sistema de saúde público do estado de São Paulo em face da pandemia de covid-19), foi identificado que as tomadas de decisão que ocorreram

durante o desenvolvimento da estratégia política estudada, que aconteceram a partir de uma janela de oportunidades política ¹¹, em que a pandemia de covid-19 foi um importante fator externo indutor que colocou a necessidade de se repensar as práticas em saúde bucal na agenda de gestores no contexto global.

Vale ressaltar, que no contexto brasileiro, as instituições, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e Brasil Sorridente (BS) colocam a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas ²⁵. Entretanto, essas duas políticas ainda não recentes na história do Brasil, tendo o SUS sido desenvolvido no final da década de 1980 e o BS em 2004. Neste contexto, um dos grandes desafios do novo modelo de atenção em saúde bucal brasileiro, baseado nos princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é garantir acesso à população ²⁶⁻²⁸, que em sua maioria é SUS dependente e apresenta grande acúmulo de necessidades. Portanto, as ações de planejamento e gestão devem inovar no cuidado e propor modelos que aumentem a capacidade de resposta da rede instalada, com garantia de qualidade das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, indo de encontro aos três princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) ²⁹.

No caso estudado, a utilização da Teleodontologia nos permitiu aproximar diversos atores na busca de respostas rápidas e a participação de pesquisadores de áreas estratégicas para a construção de soluções. Conforme descrito no capítulo 1, alguns problemas eram urgentes como a própria pandemia de covid-19, questões relacionadas à biossegurança, a teleodontologia, o câncer de boca e a cárie dentária. No caso da cárie dentária, uma preocupação era o acúmulo de necessidades e a dificuldade em se ofertar tratamentos, já grande parte dos procedimentos produz aerossóis, o que era um fator de risco para transmissão da covid-19. Tendo em vista a urgência para solucionar o problema, realizamos dois outros estudos.

O capítulo 2 (Retomada do cuidado eletivo em saúde bucal frente à pandemia de covid-19, com foco na cárie dentária: síntese rápida para informar a tomada de decisão) é uma síntese rápida, em que buscamos identificar as soluções implementadas no contexto global nos últimos dois anos (durante a pandemia), tendo aparecido, após o processo de seleção dos estudos, os procedimentos minimamente invasivos, como o Tratamento Restaurador Atraumático (ART), Tratamento Ultraconservador (UCT), Diamino Fluoreto de Prata, Hall Technique como soluções complementares, aplicáveis ao contexto de redução da produção de aerossóis e

respaldadas por robustas evidências científicas. Vale ressaltar, que para a eficiência dessas estratégias, elas devem ser utilizadas dentro da lógica da Odontologia de Mínima Intervenção (OMI), que envolve promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamentos precoces e minimamente invasivos, indo, por conta, de encontro aos atributos essenciais (atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação) e derivados (orientação familiar, comunitária, competência cultural) da APS.

Como solução para a qualificação e ampliação do acesso ao cuidado eletivo de pessoas com lesões de cárie dentária com atividade e necessidade de tratamentos, ficou decidido, durante a realização das Lives e Ambulatórios Virtuais, utilizar alguns dos tratamentos minimamente invasivos propostos a partir da resposta rápida (ART, Diamino Fluoreto de Prata, Tratamento Ultraconservador), conforme publicado nas diretrizes para a retomada dos atendimentos eletivos, publicadas em outubro de 2020 (Anexo D).

Dentre estes procedimentos, o ART é o que tem mais tempo, tendo sido desenvolvido idealizado por Joe E. Frencken e colaboradores, na década de 1980, na Tanzânia, para ser realizado em espaços sociais onde não houvesse acesso à energia elétrica, impossibilitando a realização de tratamentos odontológicos convencionais. Entretanto, mostrou ter alta qualidade, não devendo se restringir à essas regiões. A partir de 1994, passou a ser indicado para todas as pessoas e amplamente divulgado pela OMS^{30,31}. Atualmente³², é descrito como abordagem minimamente invasiva que envolve medidas preventivas, terapêuticas e restauradoras de lesões de cárie dentária, sem a produção de aerossol, portanto, tendo potencial de enfrentamento para o problema aqui discutido, segundo atuais e robustas evidências científicas³³⁻³⁵. Além disso, está previsto pela OMS em seu pacote básico de cuidados bucais (Basic Package of Oral Care) 10 e pela Política Nacional de Saúde Bucal brasileira, segundo o Caderno de Atenção Básica nº17³⁶.

Apesar da evolução da técnica mostrado pelos estudos clínicos e de seu potencial como solução para o problema estudado, pouco se sabe sobre seu uso nas políticas. Portanto, foi realizado uma revisão de escopo (Capítulo 3 - O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) como política pública: uma revisão de escopo) para a descrição e análise crítica de experiências da utilização do ART como política como estudo complementar, a fim de informar as tomadas de decisões a partir de

publicações já disponíveis na literatura científica, mesmo que tenham acontecido fora do contexto da pandemia de covid-19.

Foram identificadas 9 experiências, reportadas por 20 estudos. Em geral, percebeu-se que as taxas de sobrevivência dos procedimentos, quando monitorados, foi semelhante à de estudos clínicos³³⁻³⁵. Por outro lado, a maior parte das experiências não se consolidou de forma sustentável como política, tendo sido classificadas como instáveis e aspectos como financiamento, falta de insumos, falta de indução por gestores, habilidade técnica insuficiente, resistência à mudança, senso comum, como principais barreiras de implementação.

O capítulo 4 (Percepção das partes interessadas no processo de desenvolvimento e implementação da OMI como estratégia de retomada do cuidado eletivo em saúde bucal frente à pandemia de covid-19. descreve e analisa a percepção de diversos atores envolvidos no desenvolvimento da estratégia política de adoção dos procedimentos minimamente invasivos na rotina da rede de atenção à saúde bucal no estado de São Paulo. As falas dos entrevistados revelaram barreiras semelhantes às aquelas identificadas nos capítulos 2 e 3, tendo sido a Cultura, Senso Comum, Modelos de atenção à saúde e Resistência a mudança, reportadas como as principais categorias.

Por outro lado, como facilitadores, destacaram-se nas falas o uso da evidência científica, a evidência estar disponível, a não produção de aerossol, ter ocorrido a participação de pesquisadores de referência, terem ocorrido aulas e discussões, por meio das lives e ambulatórios virtuais. Estes achados também vão de encontro aos identificados pelos capítulos 2 e 3, que somam a redução de ansiedade nos usuários, a disponibilidade de insumos e a possibilidade de ampliação do acesso como facilitadores reportados em outras experiências.

Em geral, percebemos que a pandemia de covid-19 abriu uma janela de oportunidades em escala global, aproximando os fluxos dos problemas aos das soluções e trouxe novas práticas para diversos profissionais. No caso estudado, foram destacadas: 1. a utilização de ferramentas da Teleodontologia, que favoreceu a relação-ensino serviço e facilitou a capacitação e formulação de estratégias entre diversos atores; 2. A Odontologia de Mínima Intervenção, que já era sustentada por sólidas evidências científicas disponíveis para colocá-la como solução. Entretanto, é necessário entender e trabalhar as barreiras identificadas para que essas novas práticas sejam experiências sustentáveis e não pontuais. Outro ponto importante é

compreender que os procedimentos minimamente invasivos precisam ser considerados como produção dos profissionais e constar nos contratos de gestão, o que pode induzir a sustentabilidade da inovação na rotina dos serviços.

Por fim, vale destacar que os procedimentos estão previstos pela filosofia da OMI como parte integrante de abordagens que envolvem mudanças de hábitos, prevenção, diagnóstico e tratamentos precoces. Ao longo da história do Brasil, houve diversos modelos de atenção a saúde e a lógica da Estratégia Saúde da Família, em especial na saúde bucal, só foi implantada nas últimas décadas. Para a qualificação e ampliação do acesso à saúde será necessário não apenas mudar o olhar sobre os procedimentos, mas também sobre o processo de trabalho, inserindo o planejamento em saúde como norteador das ações dos profissionais de saúde bucal na APS.

9 CONCLUSÕES

O processo de desenvolvimento das estratégias de retomada do cuidado em saúde bucal durante a pandemia de covid-19 aconteceu por conta de uma janela de oportunidades política, influenciada fortemente por um fator externo (pandemia de covid-19). O desenvolvimento foi possível por meio da relação ensino-serviço-comunidade e facilitado pela Teleodontologia, que aproximou diversos atores na busca de soluções rápidas, bem-informadas cientificamente.

As melhores estratégias para o acesso aos tratamentos de necessidades acumuladas relacionadas à cárie dentária durante a pandemia de covid-19 foram identificadas por uma síntese rápida, tendo se destacado os procedimentos minimamente invasivos (ART, Diamino Fluoreto de Prata, UCT, Hall Technique), incorporados na lógica do planejamento em saúde.

As experiências do ART como política pública são promissoras, entretanto, estão em um estágio inicial. São necessários esforços para que haja redução do abismo entre o “saber e o fazer” e que práticas inseridas na filosofia moderna de atenção à saúde não estejam apenas na agenda política, mas nas redes de atenção à saúde bucal e integrada ao processo de trabalho dos serviços.

Segundo a percepção dos atores envolvidos no desenvolvimento da OMI como um dos pilares da retomada do cuidado eletivo em saúde bucal no estado de São Paulo, o processo ocorreu por meio do envolvimento de diversos autores e foi respaldado por evidências científicas de boa qualidade, tendo se tornado possível por conta de uma janela de oportunidade que se abriu pelas consequências da pandemia, como não ser possível realizar procedimentos eletivos com aerossóis. Algumas barreiras, como a hegemonia da lógica biomédica, e insistência na prática voltada ao modelo queixa-conduta, em detrimento de ações de promoção de saúde, podem influenciar na sustentabilidade da estratégia ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS¹

1. Ma X, Ph D, Wang D, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 727–733.
2. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*; 2019. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.7326/M20-0504.
3. Matuck BF, Dolhnikoff M, Maia GVA, et al. Periodontal tissues are targets for Sars-Cov-2 : a post-mortem study. *J Oral Microbiol*; 13. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.1080/20002297.2020.1848135.
4. Liu L, Wei Q, Alvarez X, et al. Epithelial Cells Lining Salivary Gland Ducts Are Early Target Cells of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Infection in the Upper Respiratory Tracts of Rhesus Macaques. *Am Soc Microbiol* 2011; 85: 4025–4030.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica No 9/2020- CGSB/DESF/SAPS/MS assunto (covid-19 e atendimento odontológico no sus). 2020; 1–5.
6. Chile. Ministerio de Salud. Division de Prevención y Control de Enfermedades | Departamento Salud Bucal. Atención odontológica en fase iv covid-19.
7. Argentina. Ministerio de Salud. Covid-19 atención odontológica programada inicial.
8. Brasil escola. Rede Omnia. Geografia do Brasil, região sudeste, São Paulo [Site]. [citado 10 out 2022] Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/sao-paulo.htm#:~:text=Trata%2Dse%20da%20unidade%20de,presen%C3%A7a%20de%20planaltos%20e%20depress%C3%B5es>
9. Souza C. Políticas públicas: conceitos, tipologias e sub-áreas [Internet]. Salvador: Fundação Luís Eduardo Magalhães; 2012. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/mate>
10. KINGDON, J. W. Agendas, alternativas and public policies. 2. ed. Ann Arbor: University of Michigan, 2003.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

11. Göttems LBD, Pires MRGM, Calmon PCDP, Alves ED. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde : aplicabilidades , contribuições e limites Kingdon ' s multiple stream model used to analyze health policies : applicability , contribution and limits. *Saúde Soc São Paulo* [Internet]. 2013 [citado 14 fev. 2022];22(2):511–20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a20.pdf>.
12. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidenceinformed health Policymaking (STP) 1 : What is evidence-informed policymaking ? *Health Res Policy Syst*. 2009 Dec 16;7 Suppl 1:S1. doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-S1.
13. Barreto JOM, Souza NM. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. *Cien Saúde Coletiva*. 2013;18(1):25–34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100004>.
14. Graham I, Tetroe J, Group KTR. Some Theoretical Underpinnings of Knowledge Translation. *Acad Emerg Med*; 14, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1553-2712.2007.tb02369.x> (2007).
15. Ferraz L, Pereira RPG, Pereira AMR da C. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde : uma revisão de escopo. *SAÚDE DEBATE* 2019; 43: 200–216.
16. Amara N, Ouimet M. New Evidence on Instrumental , Conceptual , and Symbolic Utilization. *Sci Commun* 2004; 26: 75–106
17. Fundamentals of Implementation Science in Global Health (University of Washington). Lecture: A Roadmap for Health Development and Advocacy, https://www.youtube.com/watch?v=XhhPz5mB1tg&feature=emb_logo.
18. Gauvin F-P. Understanding policy developments and choices through the “3-i” framework: interests, ideas and institutions [Internet]. Quebec: National Collaborating Centre for Health Public Policy; 2014. [ctado 19 mar. 2022]. Disponível em: http://www.ncchpp.ca/165/publications.ccnpps?id_article=1077.

19. Roberto M, Poz D. Factors that influence human resources for health policy formulation : a multiple case study in Brazil and Portugal Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal : estudo de caso múltiplo Factores que influenciaron el proceso de formulación de políticas de recursos humanos en salud en Brasil y Portugal : estudio de caso múltiple. 34. Epub ahead of print 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00220416.
20. Simpson DD. A Framework for Implementing Sustainable Oral Health Promotion Interventions. *J Public Health Dent.* 2011;71(1):S84–S94. doi:10.1111/j.1752-7325.2011.00234.x
21. Keith RE, Crosson JC, Malley ASO, et al. Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings : a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implement Sci* 2017; 12: 1–12.
22. Tesch FC, De Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2007 nov;23(11):2555–64.
23. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: 113 declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panamer Salud Pública [Internet].* 2006 [citado 10 jan. 2019];19(60):385–93. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n6/385-393/pt>.
24. Silva LFH, Amaral RC do, Meirelles MPR, et al. Fatores sócio comportamentais em grupos de polarização da cárie dentária em escolares e pré-escolares em município de médio porte TT. *Arq Odontol [Internet].* 2014 jul-set [citado 10 jan. 2019];50(3):103–12. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392014000300001.
25. Brasil. Constituição 1988. Leis Federais no 8.080: artigos de 196 a 200 [Internet]. 2000 [citado 10 OUT. 2022]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf.
26. Cayetano MH, Campos FCA, Gabriel M, Martins FC, Pucca Jr G, Araújo ME. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): um resgate da história , aprendizados e futuro [Internet]. [Local desconhecido: editor desconhecido]; 2019. [citado 20 abr. 2022]. Disponível em: 25629-Texto del artículo-99045-1-10-20190405.pdf.
27. Pucca GA, Gabriel M, De Araujo MED, et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res.* 2015 Oct;94(10):1333–7. doi: 10.1177/0022034515599979.

28. Campos De Almeida F, Gilberto C, Pucca A, et al. SUS e Saúde Bucal no Brasil Por um Futuro com Motivos para Sorrir. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2019. [citado 30 abr. 2019]. Disponível em: [SUS-e-aSaúde-Bucal-no-Brasil.pdf](#).
29. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS - Bol Inst Saúde* .2010 ago;12(2):109–14.
30. Frencken JE, Holmgren CJ, van Palenstein Helderma WH. Basic Package of Oral Care [Internet]. [citado 20 fev. 2019]. Disponível em: <http://www.chdentalinstitute.org/images/BPOC.pdf>.
31. Frencken JO, Holmgren CJ. Atraumatic restorative treatment for dental caries. Nijmegen: STI Book; 1999.
32. Navarro MFL, Leal SC, Molina GF, et al. Tratamento restaurador atraumático : atualidades e perspectivas. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2015;69(3):289–301.
33. Tedesco TK, Calvo AFB, Lenzi TL, Hesse D, Guglielmi CAB, Camargo LB, et al. ART is an alternative for restoring occlusoproximal cavities in primary teeth – evidence from an updated systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2017 May;27(3):201-209. doi: 10.1111/ipd.12252.
34. Mickenautsch S, Yengopal V, Banerjee A. Atraumatic restorative treatment versus amalgam restoration longevity: A systematic review. *Clin Oral Investig*. 2010 Jun;14(3):233-40. doi: 10.1007/s00784-009-0335-8.
35. Tedesco TK, Bonifácio CC, Calvo AFB, Gimenez T, Braga MM, Raggio DP. Caries lesion prevention and arrestment in approximal surfaces in contact with glass ionomer cement restorations - A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2016 May;26(3):161-72. doi: 10.1111/ipd.12174.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. [Internet]. Saúde Bucal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde;. 2008 [cirado 16 dez. 2018]. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 17. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf).

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FOUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE RETOMADA DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE SÃO PAULO FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: Fernanda Campos de Almeida Carrer

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42751921.2.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.749.489

Apresentação do Projeto:

Segundo resumo apresentado pelos pesquisadores, por conta da pandemia e de covid-19 e o alto risco de contaminação dos profissionais e usuários dos serviços de saúde, em especial as equipes de saúde bucal, a realização de procedimentos odontológicos eletivos foram suspensos em diversos países. No Brasil, eles foram suspensos pelo Ministério da Saúde em 20 de março de 2020. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (área técnica - saúde bucal), ao lado do Núcleo de Evidências em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, gestores e profissionais de saúde, por meio de um tele-suporte composto por webinars e ambulatórios virtuais, desenvolveram os processos de tomadas de decisão com uso conceitual e instrumental da evidência científica para enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia, visando a implementação de uma política de retomada segura para os profissionais e seus pacientes. O objetivo desta pesquisa será descrever, analisar criticamente e avaliar o impacto da implementação da política de retomada da saúde bucal no estado de São Paulo frente à pandemia de covid19. Este projeto está organizado em 5 estudos complementares que reúnem informações específicas quanto à metodologia, a saber: Estudo1:- Metodologia qualitativa (análise de conteúdo, grupos focais e entrevistas com diversos atores que participaram do desenvolvimento da - OMI - Odontologia de Mínima Intervenção como um dos pilares da política de retomada)

Estudo2:- Metodologia qualitativa/quantitativa(análise de conteúdo, grupos focais e entrevistas

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br



USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FOU SP



Continuação do Parecer: 4.749.489

com diversos atores que participaram da implementação da Odontologia de Mínima Intervenção como um dos pilares da política de retomada e análise de indicadores, tais como número de municípios, UBS, quantidade de procedimentos realizados no mesmo período)

Estudo3:- Avaliação de Impacto (monitoramento semestral dos indicadores da atenção básica de acordo com dados de dois sistemas de informação: App utilizado pelos profissionais do estado de São Paulo durante a classificação de risco dos pacientes e e-SUS Estudo4:- Metodologia qualitativa (análise de conteúdo, grupos focais e entrevistas com diversos atores que participaram do desenvolvimento do novo modelo de atenção ao câncer de boca)

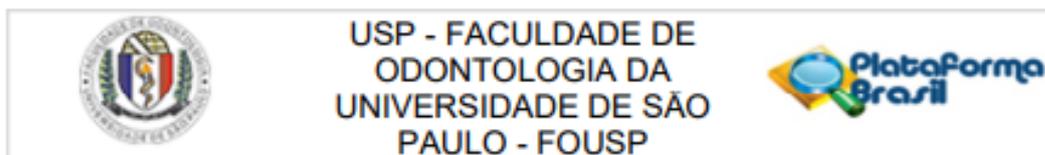
Estudo5:- Metodologia qualitativa (análise de conteúdo, grupos focais e entrevistas com diversos atores que participaram da implementação do novo modelo de atenção ao câncer de boca).

Serão realizados estudos unicêntricos, pois todos os estudos serão conduzidos pelo Núcleo de Evidências em Saúde Bucal da FOU SP, que contará com apoio e colaboração de trabalhadores do Sistema Único de Saúde como participantes de entrevistas e/ou grupos focais, entretanto, não haverá coleta ou análise de dados nos serviços de saúde, pois além das entrevistas e grupos focais, serão utilizados apenas dados públicos e secundários. Como observação os pesquisadores informam que, por conta de a maior parte dos estudos deste projeto terem abordagem qualitativa, o número de participantes será definido ao longo de seu desenvolvimento e os roteiros apresentados, que estão em desenvolvimento, também poderão sofrer alterações, assim foi apresentado o número total estimado de participantes de cada estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores, espera-se que os resultados deste projeto permitam, por meio da descrição e análise crítica da política de retomada da saúde bucal no estado de São Paulo e da tradução do conhecimento, que os tomadores de decisão façam uso instrumental da evidência produzida para a sua efetividade e constante evolução. Como objetivo primário irão descrever, analisar criticamente e avaliar o impacto da implementação da política de retomada da saúde bucal no estado de São Paulo frente à pandemia de covid-19. Secundariamente irão: 1- identificar, descrever e analisar as etapas de desenvolvimento e implementação da Odontologia de Mínima Intervenção (OMI) na rede de atenção à saúde bucal; 2- identificar, descrever e analisar as etapas de desenvolvimento e implementação do novo modelo de atenção ao câncer de boca na rede de atenção à saúde bucal; 3- monitorar indicadores de impacto, tendo como foco a OMI e o novo modelo de atenção ao câncer de boca por meio dos sistemas de informação da Secretaria Estadual de Saúde.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br



Continuação do Parecer: 4.749.489

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos: A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos indica: "V – Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Portanto, é necessário que os participantes estejam cientes da existência de riscos, na forma de desconforto ou constrangimento, que poderão ser gerados durante as discussões. Para minimizar e/ou resolver essa situação, os responsáveis por esta pesquisa garantem a manutenção do sigilo e da privacidade de todos os participantes da pesquisa durante todas as fases, bem como o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento, sem nenhuma penalidade. Caso haja algum transtorno/problema psicológico decorrente da participação, os participantes poderão ter contato com uma psicóloga que integra a equipe. Benefícios: Não há benefício direto ao participante da pesquisa mas a profunda compreensão dos processos e fenômenos envolvidos com o processo de desenvolvimento de políticas públicas colabora para a sua sustentabilidade e para o processo de trabalho das equipes de saúde bucal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um estudo Nacional, unicêntrico, retrospectivo e prospectivo, não randomizado. Serão incluídos a princípio 80 participantes, com previsão de início em setembro de 2021 e término em dezembro de 2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Seguindo a resolução 466/12 do CNS, todos os termos foram adequadamente apresentados, a saber: Projeto detalhado, Informações básicas do projeto, Folha de rosto, TCLEs (6), carta da SESSP, carta anexada com as informações das correções realizadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d..

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "EMENDA", por meio da Plataforma Brasil, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação (Norma Operacional 001/2013 – letra H).

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br



USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FOUSP



Continuação do Parecer: 4.749.489

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1692445.pdf	30/04/2021 16:38:35		Aceito
Outros	Correcoes_Abril2021.pdf	30/04/2021 16:36:50	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXOF_estudo5.pdf	30/04/2021 16:22:49	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXOE_estudo4.pdf	30/04/2021 16:22:41	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXOD_estudo4.pdf	30/04/2021 16:22:32	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXOC_estudo2.pdf	30/04/2021 16:22:20	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXOB_estudo1.pdf	30/04/2021 16:22:09	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXOA_estudo1.pdf	30/04/2021 16:21:55	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PoliticaRetomadaSB_Projeto_3004.pdf	30/04/2021 16:18:37	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/02/2021 09:54:35	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito
Outros	Carta_SESSP_Retomada.pdf	27/01/2021 16:36:17	FABIO CARNEIRO MARTINS	Aceito

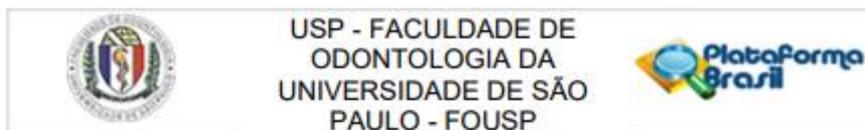
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar, sala 02 da administração
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7960 E-mail: cepfo@usp.br



Continuação do Parecer: 4.749.489

SAO PAULO, 01 de Junho de 2021

Assinado por:
Alyne Simões Gonçalves
(Coordenador(a))

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, intitulada “DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE RETOMADA DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE SÃO PAULO FRENTE À PANDEMIA DE COVID19 – Estudo 1”, tem como pesquisadores a Prof. Dra. Prof Dra. Fernanda Campos de Almeida Carrer Fone: (11) 3091 7891

Convite: Você está sendo convidado (a) a participar desta entrevista de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Se necessário, os pesquisadores deverão responder à todas suas dúvidas antes que você decida participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Caso você opte por não participar, não haverá nenhum dano profissional/pessoal.

Local e objetivo: Este será um estudo de natureza qualitativa a fim de avaliar em profundidade e identificar a percepção dos diversos atores envolvidos no processo de desenvolvimento (definição do problema; contexto; tomada de decisão e formulação - adoção da política) da política de retomada da saúde bucal no estado de São Paulo frente à pandemia de covid19, com foco na Odontologia de Mínima Intervenção (OMI). Todas as entrevistas serão agendadas previamente, fora do horário de trabalho do servidor e de acordo com sua disponibilidade. Você terá o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. As atividades serão realizadas e gravadas de forma remota, por meio da plataforma “Google meet”.

Justificativa e Benefícios: A profunda compreensão dos processos e fenômenos envolvidos com o processo de desenvolvimento de políticas públicas colabora para a sua sustentabilidade e para o processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Não há benefícios diretos aos participantes da pesquisa.

Procedimentos a serem realizados e tempo disponibilizado: A sua participação nesta pesquisa consistirá em participar uma entrevista, que será conduzida pelos pesquisadores, a fim de avaliar seu papel nos processos que envolveram as etapas do desenvolvimento da política. As entrevistas serão gravadas por meio do próprio “Google Meet”

e posteriormente transcritas e analisadas. Cada entrevista terá, em média, 40 minutos.

Riscos e desconfortos: A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos indica: “V – Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. Portanto, é necessário que você esteja ciente da existência de riscos, na forma de desconforto ou constrangimento, que poderão ser gerados a durante as discussões. Para minimizar e/ou resolver essa situação, os responsáveis por esta pesquisa garantem a manutenção do sigilo e da privacidade de todos os participantes da pesquisa durante todas as fases, bem como o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento, sem nenhuma penalidade. Além disso, caso haja algum transtorno/problema psicológico decorrente de sua participação, você poderá ter contato com uma psicóloga que integra nossa equipe.

Riscos característicos do ambiente virtual: poderão ocorrer desconfortos ou constrangimentos, por conta de possíveis limitações relacionadas às tecnologias utilizadas e qualidade da internet. Para minimizar este risco, serão realizados testes com os participantes da pesquisa antes da realização da videochamada, de acordo com a disponibilidade de cada participante da pesquisa. Além disso, os pesquisadores têm limitações para assegurar total sigilo e confiabilidade em casos de violação das plataformas. Para minimizar este risco, será realizado o download das gravações, que ficarão armazenadas apenas em arquivo pessoal (computadores e HD) do pesquisador responsável. Será apagado todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Pesquisador

Participante da pesquisa

Ressarcimento, assistência e indenização: É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial. Não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar pela sua participação. Caso haja custos relacionados à necessidade de deslocamento dos participantes da pesquisa para que tenham acesso à internet, será realizado o ressarcimento do valor correspondente ao transporte, via depósito em conta corrente de preferência do participante da pesquisa, mediante aviso prévio, apresentação e comprovação dos valores.

Garantia de sigilo e consulta a dados: As informações fornecidas serão acessíveis apenas aos pesquisadores, que farão a curadoria das gravações e garantirão o anonimato dos participantes da pesquisa e de suas opiniões emitidas durante as discussões. Dentro dos limites da lei, os dados serão mantidos em sigilo.

Acesso ao resultado da pesquisa: Por conta de questões metodológicas, os participantes não poderão ter acesso às análises qualitativas enquanto estiverem em desenvolvimento, entretanto, ao final do estudo, será enviado um resumo informativo com os resultados da pesquisa para cada um dos participantes. No documento também será incluído o link de acesso para o trabalho completo.

Direito de desistir e acesso à pesquisa: o participante da pesquisa poderá desistir ou se recusar a participar da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Quaisquer dúvidas com relação às questões éticas da pesquisa podem ser esclarecidas com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP (O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos - Resolução CNS nº 466 de 2012).** Av. Lineu Prestes 2227, 05508-000 São Paulo. Telefone (11) 3091-7960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br. Caso queira tratar com o pesquisador ligue, se necessário, a cobrar para (11) 949147460. Este termo foi elaborado em duas vias (uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador responsável), sendo necessário que o participante da pesquisa guarde e (salve) uma cópia do TCLE.

AUTORIZAÇÃO

Após ler, ter sido informado e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador sobre as características do estudo “**DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE RETOMADA DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE SÃO PAULO FRENTE À PANDEMIA DE COVID19 – Estudo 1**”, concordo em participar e estou recebendo uma via deste termo.

Nome participante da pesquisa: _____

Município: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Atenciosamente,

 Pesquisador
 Profa. Dra. Fernanda Campos de Almeida Carrer
 CRO76706

ANEXO C – Questionário adaptado

Pesquisador
Cirurgião dentista ou gestor
Geral

DESENVOLVIMENTO**Intervention Source**

1. Qual foi a sua participação na estratégia para a retomada da saúde bucal?
2. Na sua opinião, quem foram os atores fundamentais para o desenvolvimento da intervenção?
3. Por que você acha que a intervenção foi/está sendo implementada?

Evidence Strength & Quality

1. Que tipo de informação ou evidência você conhece que mostra se a intervenção funcionará ou não em seu ambiente?
2. Quais evidências você ouviu de sua própria pesquisa? Orientações práticas? Literatura publicada? Colegas de trabalho? Outros ajustes? Como esse conhecimento afeta sua percepção da intervenção?

Relative Advantage

1. Como a intervenção se compara a outras alternativas que podem ter sido consideradas ou que você conhece?

Adaptability

1. Que tipos de mudanças ou alterações você acha que precisará fazer na intervenção para que ela funcione efetivamente no SUS? Você acha possível fazer essas mudanças? Por que ou por que não?

Trialability

1. Você acha que seria possível fazer um projeto piloto antes de disponibilizá-la para todos? Por que ou por que não? Isso seria útil?

Complexity

1. Quanto à duração, escopo, complexidade e número de etapas envolvidas e se a intervenção reflete um afastamento claro das práticas anteriores, quão complicada é a intervenção?
 - Por favor, considere os seguintes aspectos da intervenção: duração, escopo, complexidade e número de etapas envolvidas e se a intervenção reflete um afastamento claro das práticas anteriores.

Design Quality & Packaging

1. Quais suportes, como recursos online, materiais de marketing ou um kit de ferramentas, foram/estão disponíveis para ajudá-lo a implementar e usar a intervenção?
 - Como você acessa esses materiais?

Patient Needs & Resources

1. Em que medida as necessidades e preferências dos indivíduos atendidos pelo SUS foram consideradas ao decidir implementar a intervenção?
 - Você pode descrever exemplos específicos?
 - A intervenção será alterada para atender às necessidades e preferências dos usuários?

Quão bem você acha que a intervenção atenderá às necessidades dos indivíduos atendidos por sua organização?

- De que maneiras? Por exemplo, melhor acesso aos serviços? Tempos de espera reduzidos? Ajuda na autogestão? Reduziu o tempo e as despesas de viagem?

Peer Pressure

1. Você pode me dizer o que sabe sobre outras organizações que implementaram a intervenção ou outros programas semelhantes?
 - Como esta informação influenciou a decisão de implementar a intervenção?

External Policies & Incentives

1. Que tipo de medidas de desempenho, políticas, regulamentos ou diretrizes locais, estaduais ou nacionais influenciaram a decisão de implementar a intervenção?
2. Que tipo de incentivos financeiros ou outros influenciaram a decisão de implementar a intervenção?

Inner Setting

Structural Characteristics

1. Que tipos de mudanças de infraestrutura serão necessárias para acomodar a intervenção? Obs: perguntar para pesquisadores se sentem-se à vontade para responder sobre as estruturas

Networks & Communications

1. Reuniões, como reuniões de equipe, são realizadas regularmente?
2. Quando você precisa fazer alguma coisa ou resolver um problema, quem são suas pessoas de referência?

Culture

1. Como você acha que a cultura da sua organização (crenças gerais, valores, suposições que as pessoas adotam) afetará a implementação da intervenção?
 - Você pode descrever um exemplo que destaca isso?

Implementation Climate

Qual é o nível geral de receptividade em sua organização para implementar a intervenção?

- Por que?

Tension for Change

1. Existe uma forte necessidade desta intervenção?
2. Como as pessoas se sentem sobre os programas/práticas/processos atuais que estão disponíveis relacionados à intervenção?

Organizational Incentives & Rewards

1. Que tipos de incentivos existem para ajudar a garantir que a implementação da intervenção seja bem-sucedida?

Learning Climate

1. Você pode descrever uma iniciativa recente de melhoria da qualidade ou a implementação de um novo programa?

Readiness for Implementation

1. Que nível de endosso ou apoio você viu ou ouviu dos líderes?
 - Quem são esses líderes e como isso afetou as coisas até agora? Daqui para frente?

Que nível de envolvimento a liderança da sua organização teve até agora com a intervenção?

Available Resources

1. Você espera ter recursos suficientes para implementar e administrar a intervenção?

Access to Knowledge & Information

1. Que tipo de treinamento está planejado para você? Para colegas?
2. Que tipo de informação e materiais sobre a intervenção já lhe foram disponibilizados?

Characteristics of Individuals

Knowledge & Beliefs about the Intervention

1. Você acha que a intervenção será eficaz?
2. Em que fase de implementação se encontra a intervenção na sua organização?

Engaging Opinion Leaders

1. Quais são os principais indivíduos influentes a aderir a esta implementação?
2. O que os indivíduos influentes estão dizendo sobre a intervenção?

External Change Agents

1. Alguém (ou uma equipe) de fora da sua organização o ajudará/ajudou na implementação da intervenção?
2. Que barreiras os profissionais sentem/ podem sentir ao participar da intervenção?

ANEXO D – NOTA TÉCNICA CIB. ORIENTAÇÕES PARA A RETOMADA DOS ATENDIMENTOS ELETIVOS EM SAÚDE BUCAL, NO CONTEXTO DA COVID-19.

Diário Oficial

Poder Executivo

Estado de São Paulo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes
Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344
Nº 211 – DOE – 24/10/20 - seção 1 – p.22

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Deliberação CIB-93, de 23-10-2020

Considerando a situação de Pandemia de COVID-19 causada pelo novo coronavírus - SARS-COV-2, declarada pela OMS desde 11/03/20;

Considerando a situação de Emergência em Saúde Pública da COVID 19 (Portaria MS 188 de 03/02/20);

Considerando o estado de calamidade pública, decorrente da pandemia do COVID-19, no Estado de São Paulo, (Decreto 64879 de 20/03/2020 atualizado pelo Decreto 64.918 de 03/04/2020);

Considerando as recentes informações epidemiológicas e publicações relacionadas ao tema;

Considerando o alto risco transmissibilidade do novo coronavírus e que sua principal forma de transmissão ocorre através de gotículas provenientes da respiração, espirro ou tosse, das vias aéreas superiores e saliva para as mucosas dos olhos, nariz e boca, somada a outras importantes formas de contágio como distanciamento inferior a 2 metros, contato interpessoal íntimo e prolongado e através de objetos e superfícies;

Considerando o alto risco de disseminação do novo coronavírus durante a assistência odontológica, tanto para os usuários quanto para os profissionais, dada a proximidade às vias aéreas superiores do indivíduo infectado, da possibilidade de exposição aos materiais biológicos proporcionada pela geração de gotículas e aerossóis, bem como o contato direto e prolongado com a saliva, secreção que concentra elevada carga viral e que pode oferecer condições de permanência do vírus após 24 dias;

Considerando a recomendação da ANVISA em sempre proceder com práticas seguras em todos os atendimentos (NT nº 4 de 13/03/2020 – atualizada, em 08/05/2020) odontológicos, dado que a pessoa infectada pode transmitir a doença, mesmo quando não apresenta sintomas evidentes.

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP em sua 305ª Reunião Ordinária, realizada em 22/10/2020 aprova a Nota Técnica CIB – Orientações para a retomada dos atendimentos eletivos em Saúde Bucal, no contexto da COVID- 19, conforme Anexo I.

ANEXO I

NOTA TÉCNICA CIB

ORIENTAÇÕES PARA A RETOMADA DOS ATENDIMENTOS ELETIVOS EM SAÚDE BUCAL, NO CONTEXTO DA COVID-19.

I. Algumas diretrizes merecem especial atenção:

1. A assistência odontológica deve ser retomada aos grupos prioritários da APS, dada a condição de risco sistêmico, ou mesmo, ao potencial de agravo das condições bucais;
2. Os atendimentos às urgências respeitarão critérios de risco protocolares da odontologia;
3. As ações de promoção e prevenção devem compor a assistência odontológica, ponderando-se as ações de busca ativa sobre grupos vulneráveis, de educação em saúde e de classificação de risco às principais afecções bucais conforme diretrizes estaduais (Resol SS nº 12 de 11/01/2020).
4. Considerar sempre a possibilidade de Odontologia à distância, mediada por tecnologia, com a finalidade de orientar, identificar necessidades de atendimento presencial e evitar aglomerações e circulações desnecessárias da população, conforme Resolução do CFO para o SUS;
5. O planejamento do fluxo do usuário para o atendimento das equipes de saúde bucal deve estar alinhado com as demais equipes da unidade de saúde e seus processos de trabalho.
6. No caso dos Centros de Especialidades Odontológicas, a retomada está diretamente condicionada aos encaminhamentos pelas unidades da atenção primária em saúde.

II. Para o atendimento, cada unidade deverá adequar os processos de trabalho e fluxos aos protocolos, respeitando as melhores evidências de biossegurança e tecnologias, sendo necessário observar:

1. Os consultórios modulares devem atender um paciente de cada vez;
2. A equipe de saúde bucal deverá estar devidamente paramentada em todos os atendimentos com os seguintes EPI - luvas, avental descartável (gramatura 50g ou 30 g se impermeável), gorro, óculos com vedação total, proteção facial e máscara N95/PFF2 sem válvulas ;
3. O paciente também deverá ser protegido, (cabeça, olhos e tórax); sugere-se a utilização de campo fenestrado ou outra solução que garanta a proteção do mesmo.
4. Trabalhar de portas e janelas fechadas e após cada atendimento, deve ser realizada a ventilação e limpeza adequada do consultório. Considerar a possibilidade de abrir as janelas durante o atendimento caso seja devidamente verificado o risco de contaminação das áreas adjacentes e sua implicação na circulação e permanência de pessoas.
5. Durante a ventilação a equipe deve sair do ambiente por 30 minutos no caso de utilização da alta rotação ou 15 minutos para os demais procedimentos que não gerem aerossóis.
6. **Realizar adequada descontaminação terminal dos ambientes ao fim do expediente e 30 minutos após o uso da alta rotação.**
7. **As equipes devem ser capacitadas e treinadas em relação à biossegurança no enfrentamento da COVID19, na assistência em saúde bucal. Segue abaixo, publicações oficiais:**
 - **Manual de segurança do paciente da ANVISA: limpeza e desinfecção de superfícies,**

disponível no link:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies>

- Nota técnica da ANVISA:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-qotes-anvisa-atualizada>

- Orientação de Biossegurança–CROSP:

http://www.crosp.org.br/uploads/paginas/38f65fd62bd4e5e56b16e859ad_a6c751.pdf

8. Os agendamentos devem ser realizados de modo a garantir intervalo de mínimo de 1 hora entre cada consulta, reservando espaço para atendimentos de urgência;

9. É recomendável a realização do maior número possível de procedimentos em uma mesma consulta, de modo a otimizar o atendimentos (potencialização de “tratamento completados”, redução de faltas e economia de EPI e demais descartáveis);

10. O uso da alta rotação deverá ser evitado, salvo para situações imprescindíveis e de urgência. Neste caso, dentro do possível, realizar isolamento absoluto e ajustar a consulta para o último horário do expediente ou do período, para que haja o máximo intervalo de tempo para a primeira consulta do próximo período;

11. Importante dar continuidade ao atendimento de próteses dentárias já iniciadas, sempre ponderando-se sobre o risco da COVID-19 aos idosos e demais comorbidades;

12. Sempre que possível, os consultórios devem estar estruturados com sucção de alta potência (bomba à vácuo), ventilação adequada, quantidade suficiente de canetas de alta e baixa rotação autoclaváveis e insumos para isolamento absoluto;

13. Recomendável o trabalho a 4/6 mãos como medida de proteção e agilização do atendimento.

III. Procedimentos de escolha para os atendimentos eletivos e para evitar o uso de alta rotação nas urgências:

Teleatendimentos, Busca Ativa, Acolhimento, Classificação de Risco em saúde bucal de forma individual; Orientações; Exame clínico/consultas; Medicação; Cirurgias em geral; Odontosecção com cinzel e martelo; biópsias; Raspagem periodontal manual; troca de curativo de demora e medicação intracanal, acesso a polpa com cinzeis com curetas de dentina ou brocas de aço em baixa rotação (com irrigação apenas por meio da seringa triplice), pulpotomia, pulpectomia; Moldagens, instalação, adaptação, reembasamento e conserto de prótese dentária; Procedimentos de mínima intervenção, como curetagem de lesões de cárie (remoção seletiva – apenas dentina infectada), cariostático (diamino fluoreto de prata), restauração definitiva com ionômero de vidro de alta viscosidade (ART), adequação de meio com cimentos provisórios, pequenos ajustes e desgastes com tiras de lixas abrasivas, tornando as cavidades expulsivas (Tratamento Ultraconservador).

IV. Urgência em saúde bucal:

Suspeita de septicemia de origem bucal; Celulites ou infecções bacterianas difusas; Traumatismos de ossos da face; Luxação de articulação temporo mandibular; Lesão suspeita de Câncer Bucal; Alveolites; Abscessos; Hemorragias; pericoronarites; Trauma ou fraturas dentais que provoquem avulsão, luxação, comprometimento mastigatório/respiratório/dor; Necroses orais com dor e presença de secreção purulenta; Suspeita de Comprometimento pulpar ou periapical: pulpite, fistula, polpa exposta, abscesso, foco residual e dor; Doença Periodontal: mobilidade dental irreversível, perda de função e/ou secreção purulenta; Perda ou fratura de Restaurações com importância mastigatória ou com dor; Indicação por procedimento médico crítico; Ajuste ou reparo de próteses removíveis/ aparelhos ortodônticos que estejam causando dor ou comprometendo a função mastigatória; Mucosites orais; Cimentação ou fixação de coroas ou próteses fixas; Restauração com Ionômero de vidro para casos indicados por tratamento endodôntico em fase de demora ou finalizado; Remoção de sutura; Exodontias indicadas pós-prescrição medicamentosa.

REFERÊNCIAS:

1. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes da política estadual de saúde bucal SES/SP - Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica: Classificação de Risco e Organização da Demanda. Resolução nº 12 de 11-01-20. DOE Nº 11, 17-01-20 - seção 1 – p.35.
2. Brasil. 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). Nota Técnica GVINS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 – versão maio/2020.
3. CROSP. Orientação de Biossegurança – adequações técnicas em tempo de COVID19 – Julho 2020. Disponível em:
<http://www.crosp.org.br/uploads/paginas/38f65fd62bd4e5e56b16e859ada6c751.pdf> .
4. Carrer FCA, Matuck BF, Lucena EHG, Martins FC, Pucca Junior GA, GalanteML, et al. Teledentistry and the Unified Health System: an important tool for the resumption of primary health care in the context of the COVID-19 pandemic. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2020; 20(suppl1):e0140. <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.155>
5. Frencken JE, Holmgren CJ, van Palenstein Helderma WH. Basic Package of Oral Care [Internet]. [citado 20 fev. 2019]. Disponível em: <http://www.chdentalinstitute.org/images/BPOC.pdf>.
6. Ericson D, Kidd E, McComb D, Mjör I, Noak MJ. Minimally invasive dentistry - concepts and techniques in cariology. *Oral Health Prev Dent* 2003;1(1):59–72.
7. Pontes, Laura R.A.; Novaes, Tatiane F.; Lara, Juan S.; Gimenez, Thais; Moro, Bruna L.P.; Camargo, Lucila B. ; Michel-Crosato, Edgard ; Pannuti, Claudio M. ; Raggio, Daniela P. ; Braga, Mariana M. ; Mendes, Fausto M. . Impact of visual inspection and radiographs for caries detection in children through a 2-year randomized clinical trial. *Journal Of The American Dental Association*, v. 151, p. 407-415. e1, 2020.
8. Mickenautsch S, Yengopal V, Banerjee A. Atraumatic restorative treatment versus amalgam restoration longevity: A systematic review. *Clin Oral Investig*. 2010 Jun; 14(3): 233-40. doi: 10.1007/s00784-009-0335-8.
9. Tedesco TK, Calvo AFB, Lenzi TL, Hesse D, Guglielmi CAB, Camargo LB, et al. ART is an alternative for restoring occlusoproximal cavities in primary teeth – evidence from an updated systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2017 May; 27(3):201-209. doi: 10.1111/ipd.12252.
10. Mattos-Silveira J, Floriano I, Ferreira FR, Viganó ME, Mendes FM, Braga MM. Children's discomfort may vary

among different treatments for initial approximal caries lesions: preliminary findings of a randomized controlled clinical trial. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Jul; 25(4):300-4. doi: 10.1111/ipd.12134. Epub 2014 Sep 17. PMID: 25229641.

11. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. SUS e Saúde Bucal no Brasil: inovação no cuidado [livro eletrônico] / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/04/Inovação-no-Cuidado-e-Clínica-Ampliada.pdf>

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.: il.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).