

Raul Anderson Domingues Alves da Silva<sup>a,b</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7625-3595>

Paola Gondim Calvasina<sup>c</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0356-6205>

Pollyanna Martins<sup>d</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5885-1949>

Ana Karine Macedo Teixeira<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5923-1813>

<sup>a</sup>Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>b</sup>Centro Universitário Christus, Curso de Odontologia. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>c</sup>Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Odontologia. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>d</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Sobral, CE, Brasil.

#### Contato:

Raul Anderson Domingues Alves da Silva

#### E-mail:

[raul.silva@unichristus.edu.br](mailto:raul.silva@unichristus.edu.br)

#### Como citar (Vancouver):

Silva RADA, Calvasina PG, Martins P, Teixeira AKM. Fatores associados à insegurança laboral em profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de COVID-19. Rev Bras Saúde Ocup [Internet]. 2024;49:e2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/18321pt2024v49e2>

## Fatores associados à insegurança laboral em profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de COVID-19

*Factors associated with workplace insecurity in Brazilian Unified Health System's oral health professionals during the COVID-19 pandemic*

### Resumo

**Objetivos:** analisar os fatores associados à insegurança na realização das atividades laborais durante a pandemia de COVID-19 entre profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde do Ceará. **Métodos:** estudo transversal com dados secundários disponibilizados pela Coordenadoria de Atenção à Saúde do Ceará, coletados em maio de 2020. Foram construídos modelos de regressão logística. **Resultados:** participaram 801 profissionais, dos quais 72,8% eram cirurgiões-dentistas, 73,9% relataram não ter recebido todos os equipamentos de proteção individual (EPI) recomendados e 58,2% relataram não se sentirem seguros para realizar atividades laborais. Na análise ajustada, foram associados à insegurança laboral: maior tempo de formação (RC = 1,90; IC95%: 1,12; 3,20), vínculo empregatício efetivo (RC = 1,85; IC95%: 1,15; 2,99) e não recebimento de todos os EPI recomendados (RC = 1,84; IC95%: 1,16; 2,91); enquanto a chance de insegurança foi menor entre os profissionais que atuavam no nível secundário de atenção à saúde (RC = 0,52; IC95%: 0,28; 0,96). **Conclusão:** os profissionais relataram situação de insegurança laboral durante a primeira onda da pandemia. O estudo revelou a necessidade de melhorias nas condições de trabalho com distribuição de EPI de forma equitativa em todo o estado, garantindo um exercício laboral mais seguro.

**Palavras-chave:** infecções por coronavírus; assistência odontológica; Sistema Único de Saúde; saúde do trabalhador; biossegurança.

### Abstract

**Objectives:** to analyze the factors associated with workplace insecurity during the COVID-19 pandemic among oral healthcare providers of the Unified Health System of the state of Ceará. **Methods:** cross-sectional study with secondary data made available by the Health Care Coordination, which were collected in May 2020. Logistic regression models were constructed. **Results:** in total, 801 professionals participated in this research, of whom 72.8% were dentists, 73.9% reported receiving only some of the recommended Personal Protective Equipment (PPE), and 58.2% reported feeling unsafe to carry out work activities. In the adjusted analysis, the following factors were associated with workplace insecurity: permanent employment (OR=1.85; 95%CI: 1.15; 2.99) and not receiving all the recommended PPE (OR=1.84; 95%CI: 1.16; 2.91); whereas the chance of feeling insecure was higher among dental assistants and technicians (OR=2.13 95%CI: 1.34 ; 3.40) than among dental surgeons. **Conclusion:** professionals reported workplace insecurity during the first wave of the pandemic. This study shows the need for improving working conditions with equal distribution of PPE throughout the state, ensuring safer working conditions.

**Keywords:** coronavirus infections; dental care; Unified Health System; workers health; biosafety.



## Introdução

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia devido ao espalhamento global das infecções causadas pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)<sup>1</sup>. A doença logo se destacou pela maior letalidade entre indivíduos com idade avançada e comorbidades<sup>2</sup>. A principal via de transmissão da doença são as gotículas respiratórias produzidas por pessoas infectadas, o que explica a alta transmissibilidade da infecção<sup>1,3</sup>.

Com o objetivo de reduzir ao máximo o número de casos, em especial os mais graves<sup>4</sup>, passaram a ser empregadas ações para deter a COVID-19<sup>1,2</sup>. No Brasil, toda a Rede de Atenção à Saúde assumiu compromisso com o enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus<sup>5</sup>. Foram tomados como base os diversos documentos e notas técnicas publicados pelos governos e instituições regulatórias da área da saúde<sup>1-3,5</sup>, para que fosse possível reorganizar as ações dos serviços de saúde.

Em razão das características específicas do exercício profissional na Odontologia, que incluem a prática em um ambiente fechado, o contato face a face com o paciente e a produção de aerossóis, os profissionais de saúde bucal foram considerados uma das categorias com o maior risco potencial de exposição ao SARS-CoV-2<sup>6,7</sup>. Diante da responsabilidade e dos riscos inerentes, o processo de trabalho dos profissionais de saúde bucal sofreu reformulações, a fim de conter o avanço da pandemia<sup>7</sup>. Para tanto, maior enfoque foi dado quanto ao manejo dos atendimentos, à adoção de medidas preventivas e aos protocolos de atendimento<sup>1,2</sup>.

Porém, a mudança no processo de trabalho veio acompanhada de inseguranças e incertezas em relação ao risco laboral dos profissionais que permaneceram exercendo atividades nesse período. Perante essa reorganização dos serviços de saúde, foi preciso identificar as limitações dos profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS) para exercerem o seu trabalho conforme as diretrizes de enfrentamento da pandemia<sup>4,7</sup>. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à insegurança na realização das atividades laborais durante a pandemia de COVID-19 entre profissionais de saúde bucal do SUS do Ceará.

## Métodos

### Desenho do estudo e contexto

Foi realizado um estudo transversal com dados secundários de profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ceará. Os dados foram coletados em maio de 2020 pela Célula de Atenção à Saúde Bucal (Cebuc) da Coordenadoria de Atenção à Saúde, da Secretaria da Saúde do Ceará, que realiza, com frequência, levantamentos por formulários *on-line* para verificar a prática dos profissionais, para que sirvam de referência ao planejamento e à avaliação da gestão em saúde do estado.

Os dados utilizados neste estudo foram obtidos mediante a solicitação de anuência para pesquisa com dados secundários da Secretaria de Saúde do Ceará feita ao Centro de Investigação Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

### Participantes

A população deste estudo foi constituída por cirurgiões-dentistas (CD), auxiliares de saúde bucal (ASB) e técnicos de saúde bucal (TSB) do SUS do Ceará, que, segundo a Cebuc, contava, no período da coleta de dados, com 2.791 profissionais. Todos os profissionais que atuavam no SUS receberam o questionário da Cebuc.

A coleta dos dados realizada ocorreu por meio do preenchimento de um questionário autoaplicável, online (*Google Forms*), enviado aos participantes individualmente pelo *WhatsApp*. O questionário também foi divulgado em todas as superintendências das cinco regionais de saúde do estado do Ceará, as quais repassaram o *link* do formulário

*on-line*, que ficou disponível para resposta durante um mês, para os profissionais de saúde de sua região. Não houve vinculação de um *link* individual com cada profissional contatado, de modo que não foi possível garantir que cada profissional tivesse respondido ao questionário uma única vez. Foi solicitado um endereço de e-mail para o preenchimento do questionário, mas tais informações não foram disponibilizadas aos pesquisadores.

Foram obtidas 809 respostas, que correspondem a 28,9%, o que é considerada uma proporção de respondentes aceitável para estudos com questionários *on-line*<sup>8,9</sup>.

## Variáveis e mensuração

Este estudo investigou dois desfechos: a insegurança laboral durante a pandemia de COVID-19 e a disponibilização de todos os equipamentos de proteção individual (EPI) recomendados para os profissionais. Ambos foram construídos a partir das respostas dos participantes registradas no *Google Forms*.

Tal formulário era composto por 20 perguntas e dividido em quatro partes. A primeira continha as informações: categoria profissional (cirurgião-dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal); tempo de formação (até 10 anos, 10 anos ou mais); e pós-graduação (lato sensu, stricto sensu). A segunda incluía questões relacionadas à atuação profissional: nível de atenção em que está atuando (primário, secundário, terciário); município de atuação (Fortaleza e região metropolitana; interior do estado); e tipo de vínculo (contratado/celetista, concursado). A terceira parte abrangia o processo de trabalho durante a pandemia de COVID-19 no SUS: tipos de contato com os usuários dos serviços (atendimento normal, urgência odontológica, promoção em saúde, sem contato); número médio de atendimentos por dia (nenhum, 1 a 4, 5 ou mais); disponibilização de EPI (sim, não); recebimento de orientação sobre novos protocolos odontológicos relacionados à COVID-19 (sim, não); e insegurança para realizar procedimentos odontológicos durante o período pandêmico (sim, não). A quarta parte do questionário abordava a infecção pela COVID-19: identificação e notificação de casos (sim, não); confirmação de infecção (sim, não); e tipo de diagnóstico realizado (Reação em Cadeia de Polimerase ou RT-PCR, teste sorológico rápido, teste sorológico clássico, critério clínico laboratorial, não tive confirmação para COVID-19).

Para a análise da variável de disponibilização de EPI, considerou-se adequada quando foram disponibilizados todos os itens preconizados para o atendimento odontológico no período de pandemia, como avental descartável, máscara N95/PPF2 ou similar e protetor facial, além dos já recomendados antes da pandemia (luvas, máscara cirúrgica, touca e óculos de proteção)<sup>1-3</sup>. Em relação às orientações sobre protocolos odontológicos relacionados à COVID-19, considerou-se que foram informados de forma adequada apenas aqueles que receberam orientações por meio de fontes oficiais/científicas, como: secretarias de saúde, órgãos oficiais, artigos científicos, palestras, capacitações profissionais, documentos oficiais etc. Atualizações realizadas por redes sociais, *YouTube* ou grupos de *WhatsApp* não foram consideradas capacitações oficiais.

Não foram coletadas informações demográficas dos respondentes.

## Análise dos dados

Após a disponibilização do banco de dados pela Cebuc, ele foi organizado no software *Excel* e exportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0 para análise. Na etapa de limpeza e organização da base de dados, foram excluídos da análise os respondentes que não pertenciam à categoria profissional avaliada e os questionários que apresentavam respostas inconsistentes.

A associação entre as duas variáveis dependentes (segurança para exercer o trabalho e disponibilização de EPI) e as variáveis independentes foi testada pelo qui-quadrado de Pearson, considerando um nível de confiança de 95%. Também foram empregados modelos de regressão logística brutos e ajustados para identificar as associações com as duas variáveis dependentes do estudo. Foram calculados razões de chances (RC) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). As variáveis com um valor  $p < 0,20$  no modelo não ajustado (análise bruta) e aquelas com relevância teórica para o estudo foram incorporadas ao modelo de regressão por um procedimento de avanço gradual. As variáveis com valor de  $p < 0,05$  foram mantidas no modelo final.

## Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, sob parecer nº 4.618.476, emitido em 29 de março de 2021. Por ser uma pesquisa com dados secundários utilizados pela gestão, o CEP dispensou a exigência de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante a apresentação de um Termo de Fiel Depositário dos dados disponibilizados.

## Resultados

Após a análise do banco de dados disponibilizado, oito pessoas foram excluídas, sendo a amostra final composta por 801 participantes. A amostra foi composta predominantemente por cirurgiões-dentistas (72,8%), sem pós-graduação (51,2%) e com menos de 10 anos de formados (61,5%). A maioria deles também tinha vínculo empregatício regido por contrato ou pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (54,1%), exerciam sua função no interior do estado (90,6%), com 40 horas semanais ou mais (87,9%), há menos de 5 anos (56,3%). Entre os cirurgiões-dentistas (n=583), a grande maioria trabalhava na Estratégia de Saúde da Família (74,4%).

A maior parte dos profissionais que responderam ao questionário mantiveram contato com pacientes apenas para a realização de urgências odontológicas (92,6%), com média de 1 a 4 atendimentos por dia (72,2%) (**Tabela 1**).

**Tabela 1** Características laborais e de contágio no período da pandemia de COVID-19 dos profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde do Ceará, 2020 (n=801)

	n	%
<b>Procedimentos realizados</b>		
Atendimento odontológico normal	16	2,0
Apenas urgência odontológica	742	92,6
Outras funções: ações de vigilância em saúde/promoção da saúde/ teleodontologia/administrativa	33	5,4
<b>Média de atendimentos por dia</b>		
Nenhum	103	12,8
1 a 4	578	72,2
5 ou mais	120	15,0
<b>Receberam todos os EPI recomendados (n=777)</b>		
Sim	203	26,1
Não	574	73,9
<b>Receberam orientações sobre protocolo odontológico na pandemia</b>		
Sim	750	93,6
Não	51	6,4
<b>Fonte da orientação (n=716)</b>		
Oficial	440	61,4
Não oficial	276	38,6
<b>Segurança para realizar procedimentos odontológicos</b>		
Sim	335	41,8
Não	466	58,2
<b>Motivo de insegurança (n=466)</b>		
EPI incompleto	166	35,6
Medo de contaminação	272	58,4
Outro	28	6,0

(continua)

**Tabela 1** Continuação

	n	%
<b>Notificação de caso de COVID-19</b>		
Sim	36	4,5
Não	765	95,5
<b>Isolamento após contato com paciente infectado com COVID-19</b>		
Sim	72	9,0
Não	729	91,0
<b>Confirmação de infecção por COVID-19</b>		
Sim	26	3,2
Não	775	96,8
<b>Forma de diagnóstico da infecção (n=26)</b>		
Teste rápido	13	50,0
Exame sorológico	8	30,7
Biologia Molecular (PCR)	5	19,3

EPI: equipamento de proteção individual; PCR: reação em cadeia de polimerase.

Observa-se que 73,9% dos profissionais relataram não ter recebido todos os EPI recomendados. Já 93,6% afirmaram ter recebido orientações sobre medidas de prevenção à COVID-19 na prática odontológica e, desses, 61,4% receberam essa informação de fontes oficiais. Além disso, 58,2% dos profissionais não se sentiam seguros para realizar a assistência odontológica, tendo como principal motivo o medo de contaminação por COVID-19 (58,4%).

A maioria dos entrevistados afirmaram não ter notificado casos de COVID-19 (95,5%) e 9,0% entraram em isolamento após contato com tais pessoas. Além disso, 3,2% dos profissionais testaram positivo para COVID-19, sendo que metade foi diagnosticada por teste rápido (**Tabela 1**).

Na análise bruta, foram fatores associados à insegurança para exercer as atividades laborais: maior tempo de formação (RC = 1,20; IC95%: 1,08; 1,54), vínculo empregatício efetivo (RC = 1,76; IC95%: 1,47; 2,11), não recebimento de todos os EPI recomendados (RC = 1,49; IC95%: 1,26; 1,76), falta de orientação sobre protocolos de atendimento com a COVID-19 (RC = 4,48; IC95%: 1,94; 10,35); recebimento de orientações por fontes não oficiais (RC = 1,36; IC95%: 1,13; 1,63), enquanto atuação na atenção primária exibiu associação inversa (RC = 0,75; IC95%: 0,58; 0,96) (**Tabela 2**).

**Tabela 2** Segurança para realizar procedimentos odontológicos segundo às características de formação, atuação profissional e processo de trabalho dos profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde do Ceará, 2020

	Segurança laboral				valor p*	RC (IC95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Categoria Profissional</b>						
Técnico/auxiliar em saúde bucal	90	41,3	128	58,7	0,850	0,98 (0,81; 1,18)
Cirurgião-dentista	245	42,0	338	58,0		
<b>Tempo de formação</b>						
Até 10 anos	226	45,8	267	54,2	0,004	1,20 (1,08; 1,54)
10 anos ou mais	109	35,4	199	64,6		
<b>Nível de atenção de atuação do cirurgião-dentista</b>						
Atenção Primária	173	38,7	274	61,3	0,038	0,75 (0,58; 0,96)
Atenção Secundária	39	51,3	37	48,7		

(continua)

**Tabela 2** Continuação

	Segurança laboral				valor p*	RC (IC95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Região de atuação</b>						
Fortaleza e região metropolitana	25	33,3	50	66,7	0,117	1,28 (0,92; 1,78)
Interior do estado	310	42,7	416	57,3		
<b>Vínculo profissional</b>						
Contratado/Celetista	226	52,2	207	47,8	<0,001	1,76 (1,47; 2,11)
Efetivos	109	29,6	259	70,4		
<b>Procedimentos realizados</b>						
Apenas urgência odontológica					0,723	1,20 (0,43; 3,34)
Atendimento odontológico normal	311	41,9	431	58,1		
Outras funções: ações de vigilância em saúde/promoção da saúde/teleodontologia/administrativa	6	37,5	10	62,5		
	12	36,3	21	63,7	0,658	1,23 (0,48; 3,17)
<b>Média de atendimentos por dia</b>						
1 a 4	235	40,7	343	59,3	0,059	0,68 (0,46; 1,01)
5 ou mais	60	50,0	60	50,0		
<b>Recebeu EPI completo</b>						
Sim	112	55,2	91	44,8	<0,001	1,49 (1,26; 1,76)
Não	212	36,9	362	63,1		
<b>Recebeu orientação sobre protocolo odontológico na pandemia</b>						
Sim	330	44,0	420	56,0	<0,001	4,48 (1,94; 10,35)
Não	5	9,8	46	90,2		
<b>Fonte da orientação</b>						
Oficial	216	49,1	224	50,9	0,001	1,36 (1,13; 1,63)
Não oficial	99	36,0	176	64,0		

\*Teste qui-quadrado de Pearson. RC: razão de chances; IC95%: intervalo de confiança de 95%; EPI: equipamento de proteção individual.

Ao analisar os fatores associados ao recebimento de todos os EPI recomendados, na análise bruta, verificou-se que a categoria de técnico/auxiliar em saúde bucal (RC=1,20;IC95%:1,11;1,30) e os profissionais que atuavam no SUS no interior do estado RC=2,00;IC95%:1,48;2,70 foram os que mais receberam EPI incompletos (**Tabela 3**).

**Tabela 3** Disponibilização de todos os equipamentos de proteção individual (EPI) recomendados segundo as características de formação, atuação profissional e processo de trabalho dos profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde do Ceará, 2020

	EPI				valor p*	RC (IC95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Categoria profissional</b>						
Técnico/auxiliar em saúde bucal	34	15,7	182	84,3	<0,001	1,20 (1,11; 1,30)
Cirurgião-dentista	169	30,1	392	69,9		
<b>Nível de atenção de atuação do cirurgião-dentista</b>						
Primário	120	27,1	322	72,9	0,357	1,08 (0,90; 1,30)
Secundário	20	32,8	41	67,2		

(continua)



**Tabela 3** Continuação

	EPI				valor p*	RC (IC95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Região de atuação</b>						
Fortaleza e região metropolitana	43	61,4	27	38,6	<0,001	2,00 (1,48; 2,70)
Interior do estado	160	22,6	547	77,4		
<b>Vínculo profissional</b>						
Contratado/celetista	105	25,2	312	74,8	0,518	1,02 (0,94; 1,11)
Efetivo	98	27,2	262	72,8		
<b>Recebeu orientação sobre COVID-19</b>						
Sim	194	26,6	536	73,4	0,261	0,90 (0,78; 1,05)
Não	9	19,1	38	80,9		

\*Teste qui-quadrado de Pearson. RC: razão de chances; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

O modelo de regressão logística mostrou que profissionais com maior tempo de formação (RC = 1,90; IC95%: 1,12; 3,20), vínculo empregatício efetivo (RC = 1,85; IC95%: 1,15; 2,99) e não receberam todos os EPI recomendados (RC = 1,84; IC95%: 1,16; 2,91) tinham quase duas vezes mais chances de se sentirem inseguros na sua atuação laboral durante a pandemia. Já os profissionais que atuavam no nível secundário de Atenção à Saúde exibiram menor chance de insegurança (RP = 0,52; IC95%: 0,28; 0,96) (**Tabela 4**).

**Tabela 4** Modelo de regressão logística dos fatores associados à insegurança laboral nos profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde do Ceará, 2020

	p*	RC (IC95%)	p Ajustado**	RC (IC95%) Ajustado
<b>Maior tempo de formação</b>	0,004	1,20 (1,08; 1,54)	0,016	1,90 (1,12; 3,20)
<b>Atuavam na Atenção Secundária</b>	0,038	0,75 (0,58; 0,96)	0,039	0,52 (0,28; 0,96)
<b>Atuavam em Fortaleza ou região metropolitana</b>	0,117	1,28 (0,92; 1,78)	0,532	1,26 (0,60; 2,64)
<b>Vínculo empregatício efetivo</b>	<0,001	1,76 (1,47; 2,11)	0,011	1,85 (1,15; 2,99)
<b>Não receberam EPI completo</b>	<0,001	1,49 (1,26; 1,76)	0,009	1,84 (1,16; 2,91)
<b>Não receberam orientações sobre os novos protocolos</b>	<0,001	4,48 (1,94; 10,35)	0,283	1,28 (0,92; 1,78)
<b>Orientações de fontes não oficiais</b>	0,001	1,36 (1,13; 1,63)	0,188	1,31 (0,85; 1,97)

\*Teste qui-quadrado de Pearson. \*\*Teste de Wald. EPI: equipamento de proteção individual; RC: razão de chances; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

**Tabela 5** Modelo de regressão logística dos fatores associados ao não recebimento de todos os equipamentos de proteção individual (EPI) recomendados entre profissionais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde do Ceará, 2020

	p*	RC (IC95%)	p Ajustado**	RC (IC95%) Ajustado
<b>Técnicos e auxiliares em saúde bucal</b>	<0,001	1,20 (1,11;1,30)	0,001	2,13 (1,34;3,40)
<b>Atuavam na Atenção Primária</b>	0,357	1,08 (0,90;1,30)	0,494	0,80 (0,43;1,49)
<b>Atuavam no interior do estado</b>	<0,001	2,00 (1,48;2,70)	<0,001	5,38 (3,00;9,64)
<b>Vínculo por contrato ou celetista</b>	0,518	1,02 (0,94;1,11)	0,115	0,84 (0,55;1,26)
<b>Receberam orientações</b>	0,261	0,90 (0,78;1,05)	0,348	0,36 (0,45;2,99)

\*Teste qui-quadrado de Pearson. \*\*Teste de Wald. RC: razão de chances; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

O modelo de regressão logística sobre fatores associados ao não recebimento de todos os EPI recomendados (Tabela 5) mostrou que profissionais técnicos e auxiliares em saúde bucal (RC = 2,13; IC95%: 1,34; 3,40) e aqueles que atuavam no interior do estado (RC = 5,38; IC95%: 3,00; 9,64) tinham, respectivamente, cerca de duas a cinco vezes mais chances de não receberem o EPI completo.

## Discussão

O estudo revelou que a maioria dos profissionais da Odontologia que atuavam no SUS, no estado do Ceará e que responderam ao formulário enviado pela Cebuc se sentiam inseguros quanto à sua atuação laboral durante a primeira onda da pandemia, sobretudo aqueles com maior tempo de formação, vínculo empregatício efetivo, que atuavam na Atenção Primária à Saúde, que não haviam recebido todos os EPI recomendados (situação mais comum entre os técnicos e auxiliares em saúde bucal) e profissionais que atuavam no interior do estado.

Devido ao risco enfrentado pelos profissionais de saúde bucal e à necessidade de reorganizar o processo de trabalho durante a pandemia, diversas notas técnicas e novos protocolos foram publicados em âmbito mundial<sup>10</sup>, nacional e estadual<sup>1-3,5</sup>, visando tornar o processo de trabalho mais seguro. Entretanto, mesmo com as novas orientações, a sensação de insegurança foi sentida pela maioria dos profissionais, assim como verificado em outros estudos<sup>11-13</sup>.

Notou-se um maior percentual de procedimentos de urgência e uma menor média de atendimentos por dia. Esses achados devem-se às mudanças no processo de trabalho exigido durante o período. Entre as medidas de prevenção e controle, o principal consenso entre as diretrizes estava na liberação de assistência odontológica apenas para o atendimento de urgências e emergências, com maior ênfase no rastreamento de casos suspeitos de COVID-19 por meio de anamnese direcionada e criteriosa, além de cuidados de biossegurança para evitar o contágio, como o uso EPI adequados, técnicas para minimizar a produção de aerossóis e prevenção da contaminação cruzada<sup>1-3,14</sup>.

Apesar de mais da metade da amostra ser composta por profissionais com menor tempo de formação, principalmente pela absorção dos profissionais no serviço público nos primeiros anos de formado<sup>15</sup>, a insegurança laboral esteve associada a profissionais formados há mais tempo. No início da primeira onda de propagação da COVID-19 no Brasil, o desconhecimento e a gravidade da doença contribuíram para a sensação de insegurança, em especial entre os profissionais de saúde bucal, os quais ganharam papel central em relação ao exercício da prática odontológica<sup>6,16</sup>. Além dos riscos inerentes à profissão, a idade mais avançada, que enquadraria os profissionais formados há mais tempo no perfil de risco para o agravamento da doença<sup>17</sup>, pode ter contribuído para um maior relato de insegurança nesse grupo.

A relação entre o vínculo empregatício efetivo com maior insegurança pode ser explicada pelo entendimento de que, mesmo com a crise sanitária e econômica causada pela pandemia<sup>4</sup>, profissionais com vínculo empregatício mais forte dificilmente perderiam seus cargos. Assim, é possível que aqueles com vínculos mais frágeis possam ter encoberto a sua insegurança por medo de algum tipo de represália. Embora não tenham sido coletadas informações demográficas, os respondentes poderiam ser identificados pelos endereços de e-mail solicitados no momento do preenchimento do formulário *on-line*.

Quanto ao nível de atenção em que os cirurgiões-dentistas atuavam, aqueles da Atenção Secundária à Saúde (ASS) mostraram-se mais seguros. Tradicionalmente, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) apresentam aparatos tecnológico e estrutural melhor que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial os CEO regionais do estado do Ceará (que apresentam modelos de gestão por consórcios), o que pode ter contribuído para uma maior sensação de segurança para executar suas ações entre esses profissionais. Além disso, os cirurgiões-dentistas dos CEO passaram a realizar apenas procedimentos de urgência e teleodontologia durante a pandemia<sup>9,18</sup>, enquanto os cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) também executaram ações de vigilância para a COVID-19, como rastreamento, avaliação e monitoramento de casos, composição de barreiras sanitárias e teleodontologia<sup>19,20</sup>.

A insegurança quanto à realização de procedimentos odontológicos esteve associada, inclusive, com o não recebimento de todos os EPI recomendados. Para garantir a proteção dos profissionais, é fundamental assegurar a disponibilidade dos equipamentos de proteção individual completos, assim como a capacitação quanto ao seu uso<sup>4,6</sup>. A questão dos EPI é a precaução mais relevante e discutida entre os profissionais da saúde no período da pandemia<sup>21</sup>.



Assim, por não receberem os EPI adequados, não há como os profissionais atuarem em segurança, já que o risco de contaminação é evidente.

Deve-se levar em consideração os impactos econômicos que os EPI causaram na prestação de serviços de saúde. As novas recomendações de biossegurança aumentaram enormemente a procura por EPI, assim como os custos de sua aquisição. Antes da pandemia, os custos em EPI por atendimento eram de R\$ 0,84; já com a nova realidade imposta pela COVID-19, chegaram a custar por volta de R\$ 16,01, podendo ter um impacto anual de mais de R\$ 30.000,00<sup>22</sup>. A escassez de EPI no mercado, ocasionada pelo aumento da demanda e consequente dificuldade de aquisição por conta da alta dos preços, tornou-se um problema para os serviços de saúde logo no começo da pandemia no Brasil<sup>4,23</sup>.

A baixa quantidade de usuários que buscaram atendimento na rede pública de atenção à saúde bucal, sobretudo devido às diretrizes para fornecer cuidados apenas para emergências odontológicas, pode também ter refletido em uma priorização do fornecimento de EPI para profissionais de saúde que forneciam tratamento médico a pessoas com COVID-19<sup>22,24</sup>. Por isso, a gestão em saúde deve considerar a alocação racional e equitativa dos recursos financeiros, o uso racional dos EPI e a priorização do atendimento como cruciais<sup>25</sup>.

Além disso, fatores humanos precisam ser considerados, já que mesmo quando há EPI disponíveis, existem profissionais que não os utilizam, fato que demonstra a resistência de alguns às novas recomendações<sup>26</sup>. É interessante destacar que, no período avaliado pelos autores, muitos profissionais acreditavam que os EPI e procedimentos de biossegurança recomendados para práticas odontológicas não eram eficientes na prevenção e proteção contra a transmissão da COVID-19<sup>27</sup>.

O não recebimento de todos os EPI recomendados esteve associado com o exercício profissional no interior do estado. A primeira onda da pandemia teve início nos grandes centros urbanos, fazendo com que esses municípios adquirissem os EPI com maior rapidez, como é o caso da capital Fortaleza e região metropolitana. Além disso, o próprio Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará recomendaram a centralização da atenção em unidades e locais estratégicos de fácil acesso para a população, como uma saída para a escassez de EPI no período<sup>28,29</sup>.

Pelo fato de as categorias de auxiliar ou técnico de saúde bucal terem recebido com menor frequência todos os EPI recomendados, esses profissionais merecem atenção pelo risco de contaminação e pela desvalorização que sofreram, perante seu importante papel na atenção odontológica<sup>29</sup>. É possível que a divisão de tarefas no fluxo de triagem e na classificação de usuários nas unidades<sup>19</sup> tenha contribuído para tal ocorrência. Nesse processo, auxiliares e técnicos executavam o atendimento na fase inicial de identificação de sintomáticos, enquanto os cirurgiões-dentistas e enfermeiros avaliavam os sintomas e notificavam os casos<sup>19,20</sup>. Assim, acredita-se que a disponibilização de EPI tenha sido priorizada para aqueles que tinham contato mais direto com os usuários dos serviços que possivelmente estavam infectados.

Apesar de afirmar que o uso do EPI deve ser obrigatório, independentemente de o usuário estar ou não infectado, a nota técnica "Atendimento Odontológico no SUS", lançada em março de 2020 pelo Ministério da Saúde (MS), indicava o uso da máscara N95 apenas para o atendimento clínico de usuários com sintomas de infecção respiratória<sup>1</sup>. Na escolha da recomendação a ser seguida, é possível que essa nota técnica tenha produzido efeito de reduzir a disponibilidade de EPI (como a N95 ou similares) para técnicos e auxiliares em saúde bucal, em face da nova função de triagem que foi atribuída a essas categorias.

Vale destacar, também, que a nota técnica apresentava divergências com indicações de outras entidades em diferentes esferas administrativas<sup>2,3,14</sup>, tornando-se uma realidade comum no Brasil durante a pandemia<sup>30</sup>. Assim, por não serem uníssonas, podem ter gerado confusão na decisão sobre qual recomendação deveria ser seguida, criando diferentes protocolos pelo estado. Essa dificuldade de cumprimento aos diferentes protocolos de biossegurança na prática odontológica durante a pandemia já foi relatada por profissionais brasileiros, sendo associada aos problemas de realização medidas de biossegurança<sup>31</sup>. É recomendável que tais orientações sejam mais precisas e homogêneas para que a adoção de práticas laborais seguras seja possível, independentemente do local de trabalho<sup>32</sup>.

A capacitação desses profissionais torna-se uma estratégia fundamental para a segurança da equipe e da população assistida. A promoção e a disseminação de informações corretas e com comprovação científica, principalmente devido à elevada propagação de informações falsas acerca da doença<sup>4</sup>, constituem uma estratégia importante. No Ceará, é preciso destacar o papel da gestão e das coordenações locais no processo de educação permanente dos profissionais com base nas novas diretrizes e normas técnicas publicadas já mencionadas<sup>14,29</sup>.

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 exigiu do SUS uma rápida adoção de medidas para seu enfrentamento<sup>1,2</sup>, o que foi dificultado pelas restrições orçamentárias impostas a todos os níveis de atenção nos últimos anos<sup>21</sup>. Por isso, torna-se evidente a necessidade de uma reformulação da atuação da esfera federal no desenvolvimento de políticas públicas efetivas para o controle da pandemia. Destaca-se a necessidade de a gestão estadual fortalecer o suporte técnico voltado para as ações de saúde bucal, em especial no nível de Atenção Primária, e que as gestões municipais garantam a segurança no trabalho das equipes de saúde bucal.

Os resultados aqui encontrados destacam a necessidade de novas políticas públicas e diretrizes internacionalmente aceitas voltadas à segurança profissional nos serviços de saúde. É preciso que essas novas medidas sejam desenvolvidas juntamente com ferramentas de prevenção capazes de lidar com os desafios colocados pela COVID-19<sup>27</sup>. A pandemia exigiu melhor planejamento financeiro e constante reforço dos cuidados com a biossegurança, para que os profissionais possam atuar de forma segura nessa nova realidade<sup>33</sup>.

Este estudo é relevante em virtude da sua análise em relação à situação de insegurança laboral enfrentada pelos profissionais de saúde bucal. Entretanto, é preciso ressaltar que se refere ao período da primeira onda da pandemia de COVID-19, quando foram adotadas medidas para estabelecer orientações sobre os atendimentos nos serviços odontológicos da rede de atenção no Ceará, como: número reduzido de atendimentos; atendimentos de urgência; novos EPI; e estabelecimento de atividades de vigilância<sup>14,28</sup>. Tal realidade é semelhante àquela de outras regiões do país no mesmo período da pandemia<sup>34</sup>.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o uso de dados secundários provenientes de um questionário aplicado pela gestão estadual, que pode ter possibilitado o viés de resposta pela ocultação da insegurança laboral por medo de algum tipo de represália. Outros fatores limitantes foram a possibilidade de viés de seleção, dada a elevada proporção de não respondentes e a diferença de proporção na taxa de respostas entre as categorias de cirurgiões-dentistas e técnicos e auxiliares em saúde bucal. Ainda, por ter sido realizado com dados secundários, o estudo não incluiu variáveis relevantes, como o sexo/gênero, raça/cor da pele e idade dos profissionais. Apesar disso, a dimensão da amostra possibilitou investigar associações importantes em relação ao processo de trabalho da saúde bucal durante o primeiro pico da pandemia de COVID-19 no estado do Ceará, o que torna este estudo valioso para contribuir com as ações de enfrentamento da pandemia pelas equipes de saúde bucal e a segurança de seu processo de trabalho.

## Considerações finais

Conclui-se que a maior parte dos profissionais de saúde bucal do serviço público cearense que responderam ao questionário da Cebuc atuavam em situação de insegurança laboral durante a primeira onda da pandemia de COVID-19. O maior tempo de formação, o vínculo empregatício efetivo, a atuação no nível primário de atenção e o não recebimento de EPI adequado foram os fatores associados a essa insegurança. A disponibilização dos EPI ocorreu de forma desigual entre os profissionais e as regiões do estado, evidenciando as dificuldades de acesso aos equipamentos no período avaliado. Os achados revelam a necessidade de melhorar as condições de trabalho, com gerenciamento e distribuição equitativa de EPI em todas as regiões do estado, permitindo que os profissionais atuem com maior segurança diante da nova realidade pós-COVID-19.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Atendimento Odontológico no SUS. Brasília, DF; 2020.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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, DF: ANVISA; 2020.
3. Brasil. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Conselho Federal de Odontologia. Recomendações AMIB/CFO para atendimento odontológico Covid-19: Comitê de Odontologia AMIB/CFO de enfrentamento ao COVID-19. Brasília, DF: AMIB; 2020.
4. Cabral ERM, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, Machado LO, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *Rev InterAm J Med Health [Internet]*. 2020 [citado em 15 fev 2024];3:e202003012. DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de operações de Emergências em Saúde Pública. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
6. Bastani P, Mohammadpour M, Ghanbarzadegan A, Kapellas K, Do LG. Global concerns of dental and oral health workers during COVID-19 outbreak: a scope study on the concerns and the coping strategies. *Syst Rev* [Internet]. 2021 [citado em 15 fev 2024];10(1):45. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01574-5>
7. Moraes DC, Galvão DCDF, Ribeiro NCR, Oliveira LMS, Azoubel MCF, Tunes UR. Atendimento odontológico em tempos de COVID-19: compartilhando boas práticas protetivas e de biossegurança. *J Dent Public Health* [Internet]. 2020 [citado em 15 fev 2024];11(1):73-82. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/3053>
8. Faleiros F, K pppler C, Pontes FAR, Silva SSC, Goes FSN, Cucick CD. Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [citado em 15 fev 2024];25(4):e3880014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>
9. Ebert JF, Huibers L, Christensen B, Christensen MB. Paper- or web-based questionnaire invitations as a method for data collection: cross-sectional comparative study of differences in response rate, completeness of data, and financial cost. *J Med Internet Res* [Internet]. 2018 [citado em 15 fev 2024];20(1):e24. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.8353>
10. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado em 15 fev 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495>
11. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect* [Internet]. 2020 [citado em 15 fev 2024]; 105(2):183-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.012>
12. Rader B, Scarpino SV, Nande A, Hill AL, Adlam B, Reiner RC, et al. Crowding and the shape of COVID-19 epidemics. *Nat Med* [Internet]. 2020 [citado em 15 fev 2024];26(12):1829-34. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1104-0>
13. Peres Neto J, Souza MF, Barbosa AMC, Barbieri W, Palacio DC, Bonfim D, et al. Factors Associated with SARS-CoV-2 Infection among Oral Health Team Professionals. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* [Internet]. 2021 [citado em 15 fev 2024]; 21:e0089. DOI: <https://doi.org/10.1590/pboci.2021.164>
14. Ceará (Estado). Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Atenção à Saúde-Célula de Atenção à Saúde Bucal. Nota Técnica 002/2020: orienta es para atendimento nos serviços odontológicos da rede de aten o   saúde bucal. Ceará: Secretaria da Saúde; 2020.
15. Cayetano MH, Gabriel M, Tavares J, Araújo ME, Martins JS, Crosato EM, et al. O perfil dos estudantes de Odontologia   compatível com o mercado de trabalho no serviço público de saúde brasileiro? *Rev ABENO* [Internet]. 2019 [citado em 16 fev 2024]; 19(2):2-12. DOI: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i2.736>
16. Ahmed MA, Jouhar R, Ahmed N, Adnan S, Aftab M, Zafar MS, et al. Fear and practice modifications among dentists to combat novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado em 16 fev 2024];17(9):2821. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082821>
17. Costa SM, Lacerda GT, Villafort RN, Silveira RL, Amaral MBF. What Do We Know About COVID-19: Maxillofacial Surgeons Survey. *J Craniofac Surg* [Internet]. 2020 [citado em 16 fev 2024]; 31(6): e661-3. DOI: <https://doi.org/10.1097/scs.0000000000006658>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Aten o   Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2020.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Aten o Primária   Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Aten o Primária   Saúde. 7. ed. Brasília, DF: SAPS; 2020.
20. Franco AG, Amorim JCF, Carvalho GAP, Dias SC, Franco ABG. Importância da conduta do cirurg o-dentista frente   conten o e preven o do Covid-19. *IAJMH* [Internet]. 2020 [citado em 16 fev 2024];3:e202003011. DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.86>
21. Carletto AF, Santos FF. A atua o do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis* [Internet]. 2020 [citado em 16 fev 2024];30(3):e300310. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300310>
22. Cavalcanti YW, Silva RO, Ferreira LF, Lucena EHG, Souza AMLB, Cavalcante DFB, et al. Economic Impact of New Biosafety Recommendations for Dental Clinical Practice During COVID-19 Pandemic. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* [Internet]. 2020 [citado em 16 fev 2024];20(suppl1):e0133. DOI: <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.143>
23. Thomé G, Bernardes SR, Guandalini S, Guimarães MCV. Manual de boas práticas em biossegurança para ambientes odontológicos. Brasília, DF: Conselho Federal de Odontologia; 2020.
24. Moraes RR, Correa MB, Queiroz AB, Daneris A, Lopes JP, Pereira-Cenci T, et al. COVID-19 challenges to dentistry in the new pandemic epicenter: Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2020 [citado em 16 fev 2024];15(11):e0242251. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242251>

25. Fonseca EP, Pereira-Junior EA, Palmier AC, Abreu MHNG. A description of infection control structure in primary dental health care, Brazil. *Biomed Res Int* [Internet]. 2021 [citado em 16 fev 2024];2021:5369133. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/5369133>
26. Silva Junior ME, Bittarello F, Pacheco EC, Avais LS, Soares RC, Campagnoli EB, et al. Adesão às normas de biossegurança para Covid-19 entre profissionais de saúde bucal em Ponta Grossa-PR. *Saúde Debate* [Internet]. 2022 [citado em 16 fev 2024];46(spe1):221-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E115>
27. Vieira-Meyer APGF, Coutinho MB, Santos HPG, Saintrain MV, Candeiro GTM. Brazilian primary and secondary public oral health attention: are dentists ready to face the Covid-19 pandemic? *Disaster Med Public Health Prep* [Internet]. 2020 [citado em 16 fev 2024];16(1):254-61. DOI: <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.342>
28. Ceará (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Atenção à Saúde-Célula de Atenção à Saúde Bucal. Nota Técnica 003/2020: Orientações para organização dos serviços odontológicos no período de pandemia. Ceará: Secretaria da Saúde; 2020.
29. Lima AMC, Garbin CAS, Garbin AJI, Aragão ERVF, Lima BMC, Canuto OMC, et al. Inserção do técnico em saúde bucal no Sistema Único de Saúde: a instabilidade dos vínculos de trabalho e a desvalorização profissional. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 16 fev 2024];14 (suppl1):139-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00029>
30. Pfaffenbach G, Zanatta AB, Tenani CF, Checchi MHR, Santana ABC. Recomendações de biossegurança para proteção de profissionais da Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da COVID-19: análise dos documentos técnicos do Brasil, São Paulo e Amazonas referentes ao uso de equipamentos de proteção individual. *Vigil Sanit Debate* [Internet]. 2020 [citado em 16 fev 2024];8(3):94-103. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01715>
31. Candeiro GT, Neri JR, Carvalho BM, Feijão CP, Avelar RL, Lemos JV, et al. Repercussions of COVID-19 in Brazilian Dentists' Personal and Professional Routines: An Online Survey. *J Contemp Dent Pract* [Internet]. 2021 [citado em 16 fev 2024];22(5): 491-500. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/50735/Candeiro\\_George\\_et al\\_FIOCRUZ\\_CE\\_COVID-19\\_2021.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/50735/Candeiro_George_et al_FIOCRUZ_CE_COVID-19_2021.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
32. Brasil. Ministério do Trabalho. Normas regulamentadoras 6: equipamento de proteção individual. Brasília, DF: Ministério do Trabalho; 1978.
33. Souza AA, Silva JSF, Loureiro BB, Zuza EC. Impact of COVID-19 pandemic on brazilian dentists in 2020: an epidemiologic study. *Rev Odontol UNESP* [Internet]. 2021 [citado em 16 fev 2024];50:e20210002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.00221>
34. Ribeiro AP, Oliveira GL, Silva LS, Souza ER. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2020 [citado em 16 fev 2024];45:e25. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920>

**Contribuições de autoria:** Silva RADA, Teixeira AKM, Calvasina PG, Martins P contribuíram na concepção e delineamento do estudo; no levantamento, análise, interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do artigo. Todos os autores contribuíram na aprovação da versão final e assumem responsabilidade integral pelo trabalho realizado e conteúdo publicado.

**Disponibilidade de Dados:** Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação à Célula de Atenção à Saúde Bucal (Cebuc) da Coordenadoria de Atenção à Saúde, da Secretaria da Saúde do Ceará pois trata-se de um banco de dados com informações dos profissionais de saúde bucal da rede de atenção à saúde bucal do estado do Ceará no período de pandemia (1ª onda), utilizados para subsidiar as ações de planejamento e apoio técnico/estrutural aos municípios.

**Obtenção dos dados:** mediante a solicitação de anuência para pesquisa com dados secundários da Secretaria de Saúde do Ceará feita ao Centro de Investigação Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Seguido do encaminhamento da solicitação dos dados e da anuência (ESP-CE) para Célula de Atenção à Saúde Bucal (Cebuc) da Coordenadoria de Atenção à Saúde, da Secretaria da Saúde do Ceará.

**Financiamento:** os autores declaram que o trabalho não foi subvencionado.

**Conflitos de interesses:** os autores declaram que não há conflitos de interesses.

**Apresentação do estudo em evento científico:** os autores informam que o trabalho não foi apresentado em evento científico.

**Recebido:** 12/07/2021

**Revisado:** 12/08/2022

**Aprovado:** 14/09/2022

**Editor-chefe:**  
Eduardo Algranti