

Odontologia e a COVID-19: da compreensão do atual cenário de pandemia a reflexões sobre o seu processo formativo

Dentistry and Covid-19: from understanding the current pandemic scenario to reflections on its formative process

Odontología y Covid-19: desde la comprensión del escenario pandémico actual a las reflexiones sobre su proceso de formación

Luiz Eduardo de ALMEIDA⁽¹⁾

Valéria de OLIVEIRA⁽²⁾

Marília Nalon PEREIRA⁽¹⁾

Beatriz de Pedro Netto MENDONÇA⁽³⁾

Letícia Ladeira BONATO⁽³⁾

Nathália Vianelli MAURÍCIO⁽³⁾

Vitória Celeste Fernandes Teixeira do CARMO⁽⁴⁾

⁽¹⁾Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Restauradora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁽²⁾Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Instituto Ciências da Vida, Departamento de Odontologia, Governador Valadares, MG, Brasil

⁽³⁾Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Faculdade de Odontologia, Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁽⁴⁾Prefeitura Municipal de Juiz de Fora – PMJF, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Resumo

De forma global, muito tem se falado sobre uma nova doença causada por coronavírus, que ultrapassou fronteiras e se propagou por todo o mundo, tornando-se uma pandemia ameaçadora para mais de 7 bilhões de vidas. Nesse contexto, através de um debate crítico e reflexivo, esse estudo fundamentou seu objetivo, o de analisar os possíveis impactos da Pandemia da COVID-19 no sistema educacional superior odontológico. Para tal, foi estrategicamente delineado por dois pontos de discussão, sendo eles: "COVID-19: o que estamos enfrentando?" e "Reflexões sobre o processo formativo da Odontologia em interface com a pandemia". Do primeiro ponto, inicialmente, foram abordadas a descrição, a origem e a transmissibilidade do vírus (SARSCoV-2), seguindo-se para o enfoque da doença, abarcando seus sinais e sintomas, diagnóstico, possíveis percursos, controle coletivo, grupos de risco e seus possíveis tratamentos e prevenção. Já no segundo, de forma temporal, buscou-se uma compreensão de como o processo educativo odontológico foi afetado pela pandemia, partindo do seu ingresso, essencialmente cientificista, em direção às reflexões durante o enfrentamento da doença e, por fim, às expectativas dos possíveis apontamentos para o seu futuro. De tudo, em conclusão, a intenção dessa pesquisa não foi a de conceber uma visão negativista do futuro da Odontologia, pelo contrário, acredita-se que, imersa às complexidades políticas e econômicas em que o mundo está atravessando, a academia odontológica ainda se dedicará a refletir mais sobre outras habilidades, pautadas na plasticidade do adaptar, do criar, do suprimir, do postergar, do (re)inventar e, principalmente, do contextualizar-se.

Descritores: Coronavírus; Infecções por Coronavírus; Pandemias; Odontologia, Educação em Odontologia.

Recebido: 28 jun 2020

Revisado: 21 jul 2020

Aceito: 8 set 2020

Autor de correspondência:

Luiz Eduardo de Almeida
luiz.almeida@ufjf.edu.br

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.



Abstract

Globally, much has been said about a new disease caused by coronavirus, which has crossed borders and spread worldwide, becoming a threatening pandemic for more than 7 billion lives. In this context, through a critical and reflective debate, this study underpinned its objective, that of analyzing the possible impacts of the COVID-19 Pandemic on the dental higher education system. To this end, it was strategically outlined by two points of discussion, namely: "COVID-19: what are we facing?" and "Reflections on the Dentistry training process in interface with the pandemic". From the first point, initially, the description, origin and transmissibility of the virus (SARSCoV-2) were approached, followed by the focus of the disease, covering its signs and symptoms, diagnosis, possible pathways, collective control, risk groups and its possible treatments and prevention. In the second, in a temporal way, an understanding was sought of how the dental educational process was affected by the pandemic, starting from its entrance, essentially scientist, towards the reflections during the coping of the disease and, finally, the expectations of the possible notes for your future. Of all, in conclusion, the intention of this research was not to conceive a negative view of the future of Dentistry, on the contrary, it is believed that, immersed in the political and economic complexities in which the world is going through, the dental academy will still dedicate itself to reflect more on other skills, based on the plasticity of adapting, creating, suppressing, postponing, (re)inventing and, mainly, to contextualize.

Keywords: Coronavirus; Coronavirus Infections; Pandemics; Dentistry; Education, Dental.

Resumen

A nivel mundial, se ha dicho mucho sobre una nueva enfermedad causada por el coronavirus, que ha cruzado fronteras y se ha extendido por todo el mundo, convirtiéndose en una pandemia amenazante para más de 7 mil millones de vidas. En este contexto, mediante un debate crítico y reflexivo, este estudio apoyó su objetivo, el de analizar los posibles impactos de la pandemia COVID-19 en el sistema de educación superior dental. Con este fin, se cruzó estratégicamente por dos puntos de discusión, a saber: "COVID-19: ¿a qué nos enfrentamos?" y "Reflexiones sobre el proceso de formación en Odontología en interfaz con la pandemia". Desde el primer punto, inicialmente, se abordó la descripción, el origen y la transmisibilidad del virus (SARSCoV-2), seguido del foco de la enfermedad, cubriendo sus signos y síntomas, diagnóstico, posibles vías, control colectivo, grupos de riesgo y sus posibles tratamientos y prevención. En el segundo, de manera temporal, se buscó una comprensión de cómo el proceso educativo dental fue afectado por la pandemia, comenzando desde su entrada, esencialmente científica, hacia las reflexiones durante el afrontamiento de la enfermedad y, finalmente, las expectativas de las posibles notas para tu futuro. En conclusión, la intención de esta investigación no fue concebir una visión negativa del futuro de la Odontología, por el contrario, se cree que, inmersa en las complejidades políticas y económicas por las que atraviesa el mundo, la academia dental aún se dedicará para reflexionar más sobre otras habilidades, basadas en la plasticidad de adaptar, crear, suprimir, posponer, (re)inventar y, principalmente, para contextualizar.

Palabras-claves: Coronavirus; Infecciones por Coronavirus; Pandemias; Odontología; Educación en Odontología.

Introdução

Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde – OMS alertou uma "Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional", o surto de uma doença global altamente contagiosa, descrita como COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019* / Síndrome respiratória aguda grave 2) e causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2).¹

Com o rápido agravamento do cenário, no mesmo ano, em 11 de março de 2020, a OMS declarou a pandemia e, à época, por não haver tratamento antiviral específico e/ou disponibilidade de uma vacina, a fim de intervir na celeridade da propagação da doença, enfatizou a necessidade de isolamento coletivo como a ação mais efetiva para que os países

pudessem instituir e implementar medidas emergenciais de adequação para prevenir possíveis saturamentos de seus serviços de saúde.¹

Em âmbito nacional, mesmo diante das complexidades e até mesmo contraditórias perspectivas políticas do governo vigente, o Brasil reconheceu e declarou, em março de 2020, “Estado de Calamidade Pública”, permitindo, até 31 de dezembro de 2020, ao poder Executivo investimentos, até então não previstos pelas metas fiscais, para custear ações de combate à pandemia.^{2,3}

Além disso, somando-se às descritas prerrogativas legislativas, o Ministério da Saúde, através da Portaria n. 454/2020, “declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19)”.⁴

É óbvio que, até então, este desafiante e novo contexto impactava, impacta e ainda impactará por um longo tempo na forma de se viver e, principalmente, de se conviver das nações, inclusive a brasileira, trazendo consigo incomensuráveis embates em todas as instituições políticas, sejam elas públicas ou privadas.⁵⁻¹⁵

Frente à complexidade deste cenário, o presente estudo não apenas encontrou sua justificativa, bem como alicerçou seu objetivo, o de analisar, através de um ensaio crítico, os impactos da Pandemia da COVID-19 no sistema educacional superior, mais precisamente o odontológico. Para tal, foi estrategicamente atravessado por dois pontos de discussão, sendo eles: **COVID-19: o que estamos enfrentando?** e **Reflexões sobre o processo formativo da Odontologia em interface com a pandemia.**

Por fim, esta investigação, calcada no empoderamento de seus elementos qualitativos, não se baseou em testar hipótese, pelo contrário, vislumbrou-se aqui uma oportunidade de se ofertar a outros leitores um momento de autoanálise, afinal, os corpos docentes e discentes de cursos de Odontologia, bem como cirurgiões-dentistas, podem se identificar com determinados aspectos, situações e reflexões.

Covid-19: o que estamos enfrentando?

Os coronavírus, microscopicamente parecidos com uma coroa, da ordem *Nidovirales* e da família *Coronaviridae*, são do tipo RNA (ácido ribonucleico) de fita grande, única e positiva. Apesar de seu material genético não ser segmentado, como os vírus da influenza, são frequentemente sujeitos a recombinações, e, por isso, muito estudados pelo seu potencial mutacional – à vista disso, surgimento de novas espécies não deve ser encarado com surpresa e/ou algo inesperado.^{5,8,16-21}

Historicamente, os primeiros relatos sobre os coronavírus se iniciaram em 1912, em casos de peritonite infecciosa felina, entretanto, somente em 1937 se deu seu primeiro

isolamento e, em meados da década de 1960, reconhecido seu papel em doença humana.^{5,8,16-21}

Até então, há quatro gêneros descritos, alfa/ α -CoV, beta/ β -CoV, gama/ γ -CoV e delta/ δ -CoV. Indiferente à sua tipificação, trata-se de um vírus zoonótico, podendo causar doenças infecciosas em humanos e vertebrados. O α -CoV e o β -CoV infectam principalmente o trato respiratório, gastrointestinal e sistema nervoso central de humanos e mamíferos, enquanto o γ -CoV e o δ -CoV infectam principalmente as aves.^{5,8,16-21}

Aprofundando, mais precisamente em humanos, diversos membros dos coronavírus podem causar doença respiratória leve, entretanto, frequentemente, os do tipo beta é que estão associados aos quadros severos e, até mesmo, fatais. A exemplo, o SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS), o MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS) e, uma nova espécie, descrita no final de 2019 na China, o SARSCoV-2 (causador da síndrome respiratória aguda grave 2 ou COVID-19, *Corona Virus Disease 2019*).^{5,8,16-21}

Quanto à gênese do SARSCoV2, não é ainda certa, entretanto, especula-se que possa ser de origem animal.^{5,16,22} Alguns estudos encontraram semelhanças em coronavírus detectados em morcegos (*Rhinolophus affinis*) (96,2%) e pangolins (*Manis javanica*) (99,0%), entretanto, as diferenças sugerem a possibilidade de haver outros hospedeiros intermediários entre estes mamíferos e o homem.^{18,23,24}

Indiferente à sua procedência, o que se sabe é que o vírus possui um grande potencial de transmissibilidade, destacando-se os reconhecidos contágios interespecie (homem-homem: contato físico, tosse, espirro, gotículas de saliva/perdigotos e fezes de indivíduos contaminados) e/ou ambientais (aerossóis e superfícies inanimadas infectados).^{1,5,8-10,16-22,25,26}

O número básico de reprodução (R_0) do SARS-CoV-2 foi estimado em 2,74 (2,47–3,23), o que significa que, para cada caso, espera-se que ocorram em média de 2 a 3 casos secundários, quando introduzido em uma população totalmente susceptível.²⁷ Outro parâmetro relevante é o tempo para duplicação (TD) da epidemia, que no momento encontra-se entre 1,7 a 2,93 dias.²⁸ Articulando os dois eixos, R_0 e TD, a epidemia tende a apresentar uma concentração expressiva de casos em um curto espaço de tempo, a exemplo disso, em países como Itália, China e Espanha, em poucas semanas o crescimento do número de casos foi suficiente para colapsar os sistemas de saúde local.²⁹

Por isso, para se conviver coletivamente com a presença da COVID-19, torna-se imprescindível evitar locais com aglomeração de pessoas (se fizer necessário, fazer uso de máscaras caseiras) e exposição direta com indivíduos suspeitos ou que tenham sido contaminados com o vírus, intensificação de hábitos de higiene pessoal, principalmente das

mãos (lavagem com sabão ou uso de álcool a 70% de concentração) e desinfecção contínua de superfícies (álcool a 70% de concentração, hipoclorito de sódio a 1%, glutaraldeído a 2% ou outros produtos sob recomendação e reconhecimento científico).^{5,8,16-21} No caso de profissionais de saúde, além das referidas preconizações, a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) se potencializaram, além da preocupação com a quanti-qualidade do ar em ambientes com intensa produção de aerossóis, evidenciando Unidades de Terapias Intensivas/UTI e Consultórios/clínicas Odontológicas.^{5,8,16-21,25,26}

No tocante à doença causada pelo SARS-Cov2, a COVID-19, demonstrou uma infecção de caráter principalmente respiratório, semelhante a uma gripe, sendo, em casos confirmados da doença, os sinais e sintomas mais comuns: febre/ $\geq 37,8$ °C (87,9%), tosse seca (67,7%), fadiga (38,1%), produção de escarro (33,4%), anosmia/perda de olfato (30,0%), dispneia/dificuldade em respirar (18,6%), dor de garganta (13,9%), cefaleia/dor de cabeça (13,6%), mialgia ou artralgia/relatada como dor no corpo (14,8%), calafrios (11,4%), náuseas ou vômitos (5%), congestão nasal (4,8%), diarreia (3,7%), hemoptise/expectoração com sangue (0,9%) e congestão conjuntival/olhos avermelhados e/ou com presença de secreções (0,8%).^{1,6-10,17,29-31}

De acordo com alguns trabalhos,^{1,6-10,17,29-31} normalmente a evolução dos pacientes doentes, aproximadamente 80%, foi leve a moderada (incluiu casos com e sem pneumonia), 13,8% apresentaram doença grave, e 6,1% foram críticos, com falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção/falha de múltiplos órgãos - dos dados conclui-se que a gravidade da situação está mais atrelada à velocidade dos contágios, que podem colapsar o sistema de saúde, do que a própria gravidade da COVID-19.²⁸

A OMS¹ ainda sugere,

[que] Se uma pessoa tiver sintomas menores, como tosse leve ou febre leve, geralmente não há necessidade de procurar atendimento médico. O ideal é ficar em casa, fazer autoisolamento (conforme as orientações das autoridades nacionais) e monitorar os sintomas. Procure atendimento médico imediato se tiver dificuldade de respirar ou dor/pressão no peito.^{1, p. 7}

Complementando, responsáveis pela explosão da pandemia, torna-se crucial discorrer sobre os pacientes assintomáticos,^{16,32-36} estimados entre 50,0³² a 86,0%³³ dos casos. Descrita como infecção subclínica está relacionada à invasão de patógenos no organismo, desencadeando uma resposta imune específica, causando ou não danos teciduais menores, portanto clinicamente não apresenta sintomas, sinais ou mesmo alterações bioquímicas, sendo detectada apenas através de inspeção laboratorial.^{16,32-36}

Diante deste complexo cenário, maciçamente composto por indivíduos potencialmente transmissores da doença (assintomáticos), cabem as ponderações firmadas no trabalho de Monte *et al.*,¹⁶

A OMS (2020) recomenda que toda a população que se encaixe nos critérios de técnicos de classificação, que são: contato próximo domiciliar com caso confirmado laboratorialmente mais a presença de febre e/ou sintomas respiratórios, no intervalo de 14 dias após o último contato, sejam testadas para o COVID-19. Porém, no momento o Brasil e outros países não dispõem de kits suficientes para realizar uma política abrangente de examinação, e se de fato os casos assintomáticos forem responsáveis pelo crescente número de contaminados a estratégia ideal seria o isolamento social como melhor opção de prevenção do que a realização dos testes de forma disseminada.^{16, p. 7}

À vista disso, a espelho das experiências mundiais, o “Centro de Operações Emergenciais em Saúde Pública/COVID-19”^{6, p. 8} elege as medidas não farmacológicas (lavar as mãos, trabalho remoto, restrições a aglomerações, viagens, espetáculos, conferências, eventos, aulas, etc.) como as mais efetivas para reduzir a transmissibilidade do vírus na comunidade e, portanto, retardar a progressão da epidemia (Figura 1), afinal,

[...] Ações como essa, além de reduzirem o número de casos, tem o potencial de reduzir o impacto para os serviços de saúde, por reduzir o pico epidêmico. Em estudos de modelagem matemática estima-se que uma redução de cerca de 50% dos contatos entre as pessoas teriam impacto significativo no número total de casos [...].^{6, p. 8}

Contudo, apesar da paradoxal necessidade do inviável diagnóstico em massa, estudos^{5-10,16,30,31} evidenciam, além de sua ampliação, a importância de seu direcionamento a indivíduos sintomáticos, principalmente os já vacinados contra influenza,⁵ e a grupos de risco/prioridade (profissionais de saúde e seus familiares, conviventes diretos com contaminados em isolamento domiciliar e indivíduos a partir de 60 anos, especialmente os com condições subjacentes, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doença respiratória crônica e câncer).^{5-10,16,30,31} Ressaltando que a diagnose é apenas confirmada laboratorialmente (biologia molecular: coleta de *swab* da faringe que identifica o material genético do SARS-Cov2,^{5,21} e pode ser auxiliada coletivamente por testes rápidos (imunológico: detecta, ou não, a presença de anticorpos em amostras coletadas somente após o sétimo dia de início dos sintomas)⁵ e, se necessário, complementada por tomografias (imagem dos pulmões com aparência de ‘vidro fosco’ e/ou presença de ‘listras’).^{5,8,16}

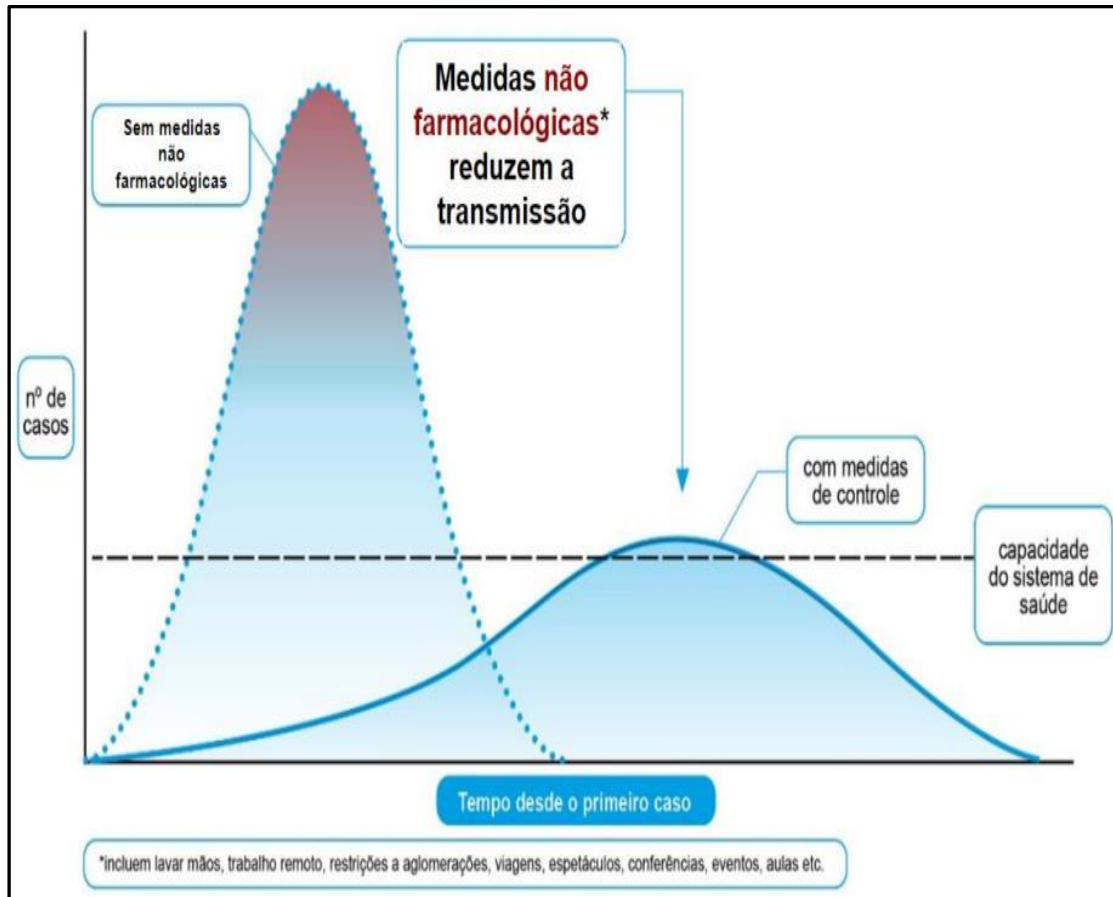


Figura 1: Plano de ações para medidas não farmacológicas
Fonte: Brasil (2020, p. 8).⁶

De tudo isso, a vulnerabilidade é uma das problemáticas mais relevantes dessa pandemia, que mostrou como a saúde de cada um está dependente das ações e omissões de outros, e como a busca da invulnerabilidade total é uma ilusão.¹¹ No Brasil, esses desafios se potencializam, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração.^{12,13} Corroborando, o estudo de Santos *et al.*¹⁴ na cidade do Rio de Janeiro/RJ,

[...] evidencia a existência de áreas mais vulneráveis em diferentes porções do território, refletindo a sua complexidade urbana. Contudo, é possível observar que as áreas de maior vulnerabilidade estão nas regiões Norte e Oeste da cidade e em comunidades carentes encrustadas nas áreas nobres como as zonas Sul e Oeste. A compreensão dessas condições de vulnerabilidade pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de monitoramento da evolução da doença, bem como para o direcionamento das ações de prevenção e promoção da saúde.^{14, p. 1}

Seguindo, até a composição desse estudo, o tratamento da COVID-19 se vê diante de uma conturbada via de mão-dupla, de um lado, grupos de pesquisa de todo o mundo estão tentando desenvolver métodos diagnósticos, formas de vacinas e novos medicamentos para a cura ou pelo menos que reduzam os efeitos da pandemia; do outro, sistemas de saúde colapsados, ou com indicadores que preveem seu saturamento, compostos por profissionais que, mesmo sob muita pressão e riscos, se preparam para receber, diagnosticar e tratar os infectados.

Por fim, enquanto não surgir efetivas ferramentas para o embate da pandemia, a prevenção nunca ganhou tamanha importância.³⁷⁻³⁹ Neste contexto, a educação em saúde terá um duplo desafio, além de ensinar e reforçar a prática de necessários hábitos diários,

Lave com frequência as mãos até a altura dos punhos, com água e sabão, ou então higienize com álcool em gel 70%; Ao tossir ou espirrar, cubra nariz e boca com lenço ou com o braço, e não com as mãos; Evite tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas; Ao tocar, lave sempre as mãos como já indicado; Mantenha uma distância mínima de cerca de 2 metros de qualquer pessoa tossindo ou espirrando; Evite abraços, beijos e apertos de mãos - adote um comportamento amigável sem contato físico, mas sempre com um sorriso no rosto; Higienize com frequência o celular e os brinquedos das crianças; Não compartilhe objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos; Mantenha os ambientes limpos e bem ventilados; Evite circulação desnecessária nas ruas, estádios, teatros, shoppings, shows, cinemas e igrejas - se puder, fique em casa; Se estiver doente, evite contato físico com outras pessoas, principalmente idosos e doentes crônicos, e fique em casa até melhorar; Durma bem e tenha uma alimentação saudável; Utilize máscaras caseiras ou artesanais feitas de tecido em situações de saída de sua residência.^{5, p. 1}

terá um papel no combate da disseminação, principalmente pelas redes sociais, de falsos conteúdos, as *fake news*.³⁷⁻³⁹

Reflexões sobre o processo formativo da Odontologia em interface com a pandemia

Em linhas gerais, antes da Pandemia, como a Odontologia se encontrava? A retratação deste cenário ganha sentido nas colocações de Reis *et al.*,^{40, p. 88} "O paradoxo da odontologia brasileira: dentistas sem pacientes versus pacientes sem dentistas". Ainda:

[...] enquanto assistimos a cirurgiões-dentistas progressivamente sem pacientes em seus consultórios, também percebemos uma população aproximada de 100 milhões de pessoas sem acesso ou com acesso irregular a estes profissionais. Na verdade, o incontestável avanço em sofisticação e progresso técnico-científico da Odontologia parece ser inversamente proporcional ao que se adquiriu em promoção de saúde bucal pública, adequação e atenção às demandas sociais.^{40, p. 88-9}

E no que isso resultou? Para os usuários, as iniquidades bucais, cerca de 30 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista e apenas 30% da população tem acesso regular a serviços odontológicos públicos e privados, apenas 9,4% da população pode sustentar o custo da atenção odontológica privada, sendo que a população coberta por planos de saúde odontológicos não passa de 1,5%.⁴⁰⁻⁴³ Já para o dentista, segundo Reis *et al.*⁴⁰, p. 88 uma profissão saturada,

[...] enquanto a Organização Mundial de Saúde recomenda uma proporção de 1 cirurgião-dentista para cada 1300 a 1500 habitantes, no Brasil, a proporção já era de 1 cirurgião-dentista para cada 905 habitantes, em 2005. Sendo que a distribuição destes profissionais em território nacional é extremamente desigual. A título de exemplo, no Distrito Federal, há um profissional para cerca de 500 habitantes, enquanto no Maranhão esta relação é de 1/5000, aproximadamente.⁴⁰
p. 88

Cabe destacar que esta lógica de Odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Calcada em uma base biológica e individual, a prática odontológica construiu o seu fazer clínico que, como no modo de produção capitalista, transformou os cuidados de saúde em mercadorias, impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas.⁴⁴

E quem alimenta esse ciclo vicioso? Infelizmente, uma das possíveis explicações para essa fragilidade nasce no processo formativo dos cirurgiões-dentistas, que são inseridos tardiamente em um segmentado ciclo clínico, cujas atividades práticas são essencialmente centradas na prestação de serviços odontológicos voltados à execução de procedimentos de média e alta complexidades.⁴⁵⁻⁴⁶ Nesse cenário, frequentemente as ações de atenção à saúde passam a ser percebidas e, até mesmo, entendidas como atividades pedagógicas menores, de pouco valor e de baixo impacto – portanto, alimentando uma sistemática ineficaz, ineficiente e, por conseguinte, inefetiva.^{45,46}

Em um contexto maior, esta lógica formativa se esbarra no modelo capitalista de ciência, que exclui da Odontologia a sua humanidade.⁴⁷ Portanto, não se trata apenas de uma simples questão técnica, mas também econômica e política, que juntas legitimam uma prática direcionada a um grupo hegemônico, calcada na deturpada transformação da saúde em produto de consumo (“dentista apenas para quem pode pagar”).⁴⁷ Assim, a complexidade dos procedimentos odontológicos não apenas realizam utópicos desejos, como cria por vezes falsa satisfação de uma distorcida necessidade humana.⁴⁷ Como exemplo, uma prótese sobre implantes, que a princípio deveria ser considerada a evidência do fracasso – afinal ela reflete a perda dentária – é por maioria tida como elemento de realização pessoal e/ou profissional.⁴⁷

Dessa forma, até ser atravessada pela supradescrita Pandemia da COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019 / Síndrome respiratória aguda grave 2*), entre os desejos da academia e as reais necessidades de saúde bucal da população, as instituições de ensino priorizaram seus anseios, formando cirurgiões-dentistas essencialmente aos moldes flexnerianos (mecanicista, biologicista, individualista, especialista, tecnicista, elitista e curativista).

A partir de então, os mesmos aerossóis que materializavam a intensa produção de seus tão almeçados produtos, passaram a ser um dos principais veículos de contaminação da doença – à vista disso, diversos estudos^{18,20,21,25,26} colocaram a equipe odontológica como a de maior risco de infecção, até mesmo quando comparados aos profissionais de saúde envolvidos ao enfrentamento direto da doença.

Contudo, mesmo nesse complexo período, onde se esperava maior intensificação no estreitamento do enlace ensino-serviço, a academia segue em seu persistente descompasso com as preconizações do Serviço Único de Saúde (SUS). Deste hiato, enquanto o serviço orienta a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo-se vinculada aos usuários através de atendimentos de urgências/emergências odontológicas, bem como no enfrentamento da doença (“Os profissionais de saúde bucal de nível superior, Cirurgiões-dentistas, deverão auxiliar na fase de avaliação de sintomas e notificação, se necessário”⁴⁸, p. 48), a academia continua se apoiando no purismo de suas inacessíveis complexidades tecnológicas, acrescentando a seus procedimentos a inserção de eficazes, entretanto ineficientes (tornando os procedimentos odontológicos ainda mais caros e inacessíveis), barreiras físicas de contenção do vírus.^{18,20,21,25,26}

Por fim, não há determinismo para o futuro da Odontologia, entretanto, se os processos educacionais não romperem com suas tradicionais **bolhas**, provavelmente, as faculdades de Odontologia se dedicarão a uma nova e sazonal profissão, o **pandemólogo bucal**. Assim, não para encerrar e sim para desafiar, as colocações de Rossetti⁴⁹ se firmam e se afirmam, “Dentista: por favor prendam suas mãos e liberte sua mente”⁴⁹, p. 75 e “Não se deve adaptar os pacientes à ciência, deve se adaptar a ciência às pessoas”.⁴⁹, p. 77

Conclusão

Em interface com seu objetivo (o de analisar, de forma crítica e reflexiva, os impactos da Pandemia da COVID-19 no sistema educacional superior, mais precisamente o odontológico), a intenção desse estudo não foi a de trazer consigo uma visão negativista do futuro da Odontologia, pelo contrário, o trabalho se força a acreditar que a academia, imersa às complexidades políticas e econômicas em que o mundo está atravessando, ainda se dedicará a refletir mais sobre outras habilidades, pautadas na plasticidade do **adaptar**, do **criar**, do **suprimir**, do **postergar**, do **(re)inventar** e, principalmente, do **contextualizar**.

Em conclusão, um profissional de saúde bem formado é aquele que sabe, em equipe multiprofissional, lidar com os esperados desafios da realidade, deixando de ver essas frequentes situações como alimento para frustrações, encarando-as como uma oportunidade de melhoramento continuado, afinal, uma equipe aprende com os acertos e, desde que critique e reflita sobre suas fragilidades, pode se transformar com seus erros.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer à Professora Dr^a. Marília Nalon Pereira (*in memoriam*), que integra a equipe de autores desse estudo, que mesmo diante de um grande desafio pessoal, segue firme junto a seus valores, sendo para nós um exemplo de mulher, de profissional e, principalmente, de ser humano.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde (BR). Folha informativa: COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus [Internet]. [s.l.]: OMS; atualizada em 1 jun. 2020 [citado 1 jun. 2020]. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
2. Presidência da República (BR). Despacho do Presidente da República, Mensagem n. 93/2020. Brasília, DF: Presidência da República; 2020.
3. Senado Federal (BR). Decreto Legislativo n. 6/2020. Brasília, DF: Presidência da República; 2020.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 454/2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
5. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus, COVID-19: o que você precisa saber [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [2020] [citado 1 jun. 2020]. Disponível em:
<https://coronavirus.saude.gov.br/>.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações Emergenciais em Saúde Pública / COVID-19. Boletim Epidemiológico 05. Brasília, DF: MS; 2020.

7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Brasília, DF: MS; 2020.
8. Lima CMAO. Information about the new coronavirus disease (COVID-19) [Editorial]. Radiol Bras. 2020;53(2):V-VI. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>.
9. Belasco AGS, Fonseca CD. Coronavírus 2020 [Editorial]. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e2020n2. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>.
10. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. How Brazil can hold back COVID-19. Epidemiol Serv Saude. 2020;29(2):e2020044. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>.
11. Nunes J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. Cad Saude Publica. 2020;36(5):e00063120. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063120>.
12. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cad Saude Publica. 2020;36(5):e00068820. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.
13. Arrais TA, Oliveira AR, Viana JL, Alencar DP, Salgado TR, Moraes Neto JP, et al. Celeiros da pobreza urbana: suplementação de renda e isolamento social em ambientes metropolitanos nos tempos Pandêmicos. Vigil Sanit Debate. 2020;8(3):11-25. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01609>.
14. Santos JPC, Siqueira ASP, Praça HLF, Albuquerque HG. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 2020;36(5):e00075720. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00075720>.
15. Brito SBP, Braga IO, Cunha CC, Palácio MAV, Takenami I. Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. Vigil Sanit Debate. 2020;8(2):54-63. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01531>.
16. Monte LM, Mendes LA, Camargo RL, Gomes RSS, Silveira PHA, Seyfarth MSC, et al. Complicações atípicas e características clínico-epidemiológicas do COVID-19: uma revisão integrativa. REAS. 2020;46:e3699. <https://doi.org/10.25248/reas.e3699.2020>.
17. Duarte A. Coronavírus, o monstro microscópico na visão da ciência. REAS. 2020;46:e3606. <https://doi.org/10.25248/reas.e3606.2020>.

18. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci.* 2020;12(1):9. <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>.
19. Sousa-Neto AR, Bortoluzzi BB, Freitas DRJ. Equipamentos de proteção individual para prevenção de infecção por SARS-COV-2. *J Manag Prim Health Care.* 2020;12:1-7. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12i0.985>.
20. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): emerging and future challenges for dental and oral medicine. *J Dent Res.* 2020;99(5):481-7. <https://doi.org/10.1177/0022034520914246>.
21. Tuñas ITC, Silva ET, Santiago SBS, Maia KD, Silva-Júnior GO. Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19): Uma Abordagem Preventiva para Odontologia. *Rev Bras Odontol.* 2020;77:1-7. <https://doi.org/10.18363/rbo.v77.2020.e1776>.
22. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 1 jun. 2020]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/*.
23. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature.* 2020;579(7798):270-3. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.
24. Liu P, Chen W, Chen, J-P Viral metagenomics revealed sendai virus and coronavirus infection of malayan pangolins (*Manis javanica*). *Viruses.* 2019;11(11):979. <https://doi.org/10.3390/v11110979>.
25. Ather A, Patel B, Ruparel NB, Diogenes A, Hargreaves KM. Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. *J Endod.* 2020;46(5):584-95. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.03.008>.
26. Iyer P, Aziz K, Ojcius DM. Impact of COVID-19 on dental education in the United States. *J Dent Educ.* 2020;84(6):718-22. <https://doi.org/10.1002/jdd.12163>.
27. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *J Travel Med.* 2020;27(2):taaa021. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>.
28. Muniz-Rodriguez K, Chowell G, Cheung C-H, Jia D, Lai P-Y, Lee Y, et al. Doubling time of the COVID-19 Epidemic by province, China. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(8):1912-4. <https://doi.org/10.3201/eid2608.200219>.

29. Pereira LJ, Pereira CV, Murata RM, Pardi V, Pereira-Dourado SM. Biological and social aspects of coronavirus disease 2019 (COVID-19) related to oral health. *Braz Oral Res.* 2020;34:e041. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0041>.
30. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1708-20. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
31. Lippi G, Henry BM. Chronic obstructive pulmonary disease is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Respir Med.* 2020;167:105941. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.105941>.
32. Ganyani T, Kremer C, Chen D, Torneri A, Faes C, Wallinga J, et al. Estimating the generation interval for COVID-19 based on symptom onset data. *medRxiv* 2020.03.05.20031815. <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031815>.
33. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science.* 2020;368(6490):489-93. <https://doi.org/10.1126/science.abb3221>.
34. Gao WJ, Li LM. Advances on presymptomatic or asymptomatic carrier transmission of covid-19. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2020;41(4):485-8. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112338-20200228-00207>.
35. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infection with COVID-19 screened among close contacts in Najing, China. *Sci China Life Sci.* 2020;63(5):706-11. <https://doi.org/10.1007/s11427-020-1661-4>.
36. Paumgartten FJR, Delgado IF, Pitta LR, De-Oliveira ACAX. Drug repurposing clinical trials in the search for life-saving COVID-19 therapies; research targets and methodological and ethical issues. *Vigil Sanit Debate.* 2020;8(2):39-53. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01596>.
37. Palácio MAV, Takenami I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigil Sanit Debate.* 2020;8(2):10-5. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01530>.
38. Paumgartten FJR, Delgado IF, Pitta LR, Oliveira ACAX. Chloroquine and hydroxychloroquine repositioning in times of COVID-19 pandemics, all that glitters is not gold. *Cad Saude Publica.* 2020;36(5):e00088520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088520>.

39. Matos RC. Fake News frente a pandemia de COVID-19. *Vigil Sanit Debate*. 2020;8(3):78-85. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01595>.
40. Reis SMAS, Oliveira AG, Gonçalves LC, Costa MM, Oliveira JEC, Costa CRR, et al. Formação odontológica: persiste o descompasso entre o perfil do cirurgião-dentista atualmente formado e as demandas da sociedade por saúde bucal. *Rev Educ Pop*. 2009;8(1):86-97.
41. Almeida LE, Pereira MN, Oliveira V, Magalhães LL, Domingues PBA. O perfil do acadêmico ingresso de odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – Governador Valadares: interfaces entre o conhecimento, a compreensão e a atuação. *HU Rev*. 2016;42(3):231-8.
42. Sória ML, Bordin R, Costa Filho LC. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1551-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600008>.
43. Moysés SJ. Política de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Rev ABENO*. 2004;16(1):30-37.
44. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saude Publica*. 2006;40(n. esp):141-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400019>.
45. Almeida LE, Pereira MN. Educação em saúde. In: Almeida LE, Pereira MN, organizadores. *Saúde bucal: uma questão de educação*. São Paulo: Novas Edições Acadêmicas; 2017. p. 20-9.
46. Almeida LE, Pereira MN, Devito KL. Pró-saúde: ensino, pesquisa e extensão: seminário para a sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: estágio de clínica integrada em atenção primária. In: Almeida LE, organizador. *Pró-saúde: ensino, pesquisa e extensão*. Juiz de Fora: Editar; 2009. p. 87-125.
47. Figueiredo GO, Britol DTS, Botazzo C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. *Ciencia Saude Colet*. 2003;8(3):753-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300009>.
48. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Atendimento odontológico no SUS*. Brasília, DF: MS; 2020.
49. Rossetti H. *Saúde para a odontologia*. São Paulo: Editora Santos; 1999. 149 p.

Minicurrículo

Luiz Eduardo de Almeida | ORCID: 0000-0002-4980-6422

Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Professor do Departamento de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

Valéria de Oliveira | ORCID: 0000-0002-6535-6759

Doutorado em Odontologia, Universidade Federal Fluminense – UFF. Professora do Departamento de Odontologia do Instituto Ciências da Vida do campus de Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

Marília Nalon Pereira | ORCID: 0000-0003-0039-4874

Doutora em Odontologia Restauradora, Universidade Estadual Paulista – UNESP. Professora do Departamento de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (*in memorian*), Brasil.

Beatriz de Pedro Netto Mendonça | ORCID: 0000-0002-7274-3570

Doutorado em Odontologia, São Leopoldo MANDIC. Odontóloga da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Brasil.

Letícia Ladeira Bonato | ORCID: 0000-0002-0418-4359

Doutorado em Odontologia, Universidade Federal Fluminense – UFF. Odontóloga da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Brasil.

Nathália Vianelli Maurício | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1559-6623>

Especialista em Endodontia, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Odontóloga da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Brasil.

Vitória Celeste Fernandes Teixeira do Carmo | ORCID: 0000-0001-5265-5648

Mestrado em Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Cirurgiã-dentista da Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Brasil.