

Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal

Influence of the organization of primary care and the socio-demographic characteristics of the population on the demand for municipal emergency dental care

Dirce Aparecida Valerio da Fonseca¹

Fabio Luiz Mialhe¹

Glaucia Maria Bovi Ambrosano¹

Antonio Carlos Pereira¹

Marcelo de Castro Meneghim¹

Abstract *The scope of this study was to evaluate the influence of the social determinants and the provision of primary care services in relation to the use of emergency dental care services in a medium-sized municipality. Data recorded for the 57,231 users of emergency care between 2007 and 2009, in accordance with age, gender, date and period of dental care, social exclusion indices of the suburb in which they live and the existence of a benchmark oral health team, were used to perform the analysis. Of the total population, 5.24% on average per year used the service during the period under scrutiny, with the 20-49 year age group (63.84%) showing the highest demand and equality between genders for such care. Surgical procedures (54.90%) were the most prevalent with an increasing trend for restorative procedures (62.8%). Users living in areas of greater social exclusion were 4.15 times more likely to seek dental care ($p < 0.05$). No statistically significant association was found between gender or the existence of an oral health team of the suburb in which they live and the demand for emergency dental care. In conclusion, there was greater recourse to emergency municipal dental care by individuals living in vulnerable areas, proving the importance of such care in diminishing oral health inequality.*

Key words Oral health, Emergencies, Epidemiology

Resumo *O objetivo deste estudo foi avaliar a influência dos determinantes sociais e da oferta de serviços na atenção primária em relação à utilização de um serviço de pronto atendimento odontológico em município de médio porte. Foram utilizados para a análise dados de registros de 57.231 usuários do pronto atendimento, período de 2007 a 2009, segundo idade, sexo, data e período do atendimento, índice de exclusão social do bairro de residência e existência de equipe de saúde bucal de referência. Verificou-se que, em média/ano, 5,24% da população utilizou o serviço no período estudado, com maior procura na faixa etária de 20 a 49 anos (63,84%) e equilíbrio entre os sexos. Os procedimentos mais executados foram os cirúrgicos (54,9%) com tendência ao aumento dos procedimentos restauradores (62,8%). Os usuários residentes em áreas de maior exclusão social apresentaram 4,15 vezes mais chance de procurar pelo serviço ($p < 0,05$). Não foi observada associação estatisticamente significativa entre procura pelo pronto atendimento, sexo e a existência de equipe de saúde bucal na área de residência. Concluiu-se que houve uma maior utilização pelo serviço de urgência odontológico municipal por indivíduos provenientes de áreas mais vulneráveis, demonstrando a importância do mesmo na diminuição das iniquidades em saúde bucal.*

Palavras-chave Saúde bucal, Emergências, Epidemiologia

¹ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp. Av. Limeira 901. 13.414-903 Piracicaba SP Brasil. meneghim@fop.unicamp.br

Introdução

O modelo hierarquizado de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Saúde da Família (USF) atuem como “porta de entrada” a todo sistema. Além disso, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o modelo de atenção que se propõe no país visa, entre outros objetivos, garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital), a fim de se proporcionar a integralidade nas ações de saúde bucal¹.

Apesar das urgências odontológicas destinarem-se principalmente ao alívio da dor, devolução da estética e restabelecimento da função mastigatória ao paciente² verifica-se, na prática, que os serviços de pronto atendimento odontológico têm sido sobrecarregados pelo aporte volumoso de pacientes com casos de menor complexidade, que poderiam ser atendidos nos níveis básicos de atenção à saúde e, desta forma, transformam com frequência o pronto atendimento na principal “porta de entrada” do sistema^{3,4}.

Além das necessidades percebidas pela população para alívio da dor ou desconforto, outro fator que pode contribuir para uma maior procura por estes serviços relaciona-se à falta de organização ou a precarização dos sistemas de atenção básica. Nestes casos, os serviços de urgência/emergência acabam por absorver as necessidades dessa população.

Em que pese esta temática ser de extrema importância para a organização dos serviços de saúde bucal, verifica-se na literatura nacional que as pesquisas neste campo foram realizadas majoritariamente em serviços de urgência ligados às faculdades de Odontologia⁵⁻¹⁰ e focadas principalmente nos tipos de procedimentos feitos em cada local.

Entretanto, essas instituições apresentam horários de funcionamento, lógica de organização e expectativas dos usuários distintas das encontradas nos serviços de pronto atendimento odontológico municipal, o que cria um viés de análise em relação à demanda e à equidade da organização do serviço¹¹.

Desta forma, mesmo que vários municípios brasileiros apresentem serviços de pronto atendimento odontológico municipal, percebe-se na literatura e nos dados governamentais uma escassez de informações referentes à caracterização da demanda e de variáveis sociodemográficas

associadas à procura por serviços públicos municipais, informações importantes para os gestores avaliarem a qualidade da atenção odontológica prestada pela rede de serviços.

A partir do exposto e considerando-se a escassez de estudos nacionais sobre o tema, o presente estudo objetivou avaliar, a partir de dados secundários de registro na unidade, a influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na procura pelo serviço de pronto atendimento odontológico, em um município de médio porte, entre os anos de 2007 a 2009.

Metodologia

O estudo foi desenvolvido na cidade de Piracicaba (SP), a qual possui 364.872 habitantes¹², distribuídos em 62 bairros na área urbana que compreende 97,3% da população¹³. A rede pública de saúde do município é formada por 34 Unidades de Saúde da Família e 23 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Especialidades Médicas, 02 Centros de Especialidades Odontológicas, 04 Unidades de Pronto Atendimento Médico, 01 Unidade de Pronto Atendimento de Ortopedia e Traumatologia, 01 Unidade de Pronto Atendimento Odontológico, 01 Policlínica e 02 Hospitais de referência. O serviço odontológico no município está inserido em 12 Unidades de Saúde da Família módulo I (cirurgião dentista e auxiliar) e em 17 Unidades Básicas de Saúde. O Pronto Atendimento Odontológico do município conta com dois consultórios, atendendo nos dias úteis das 8:00 às 21:00 horas e nos feriados e finais de semana das 8:00 às 18:00 horas. Os usuários são atendidos por ordem de chegada, sem avaliação do risco.

Foram utilizados dados secundários, extraídos dos registros dos usuários que procuraram pelo Serviço de Pronto Atendimento Odontológico de Piracicaba, no período de 1 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2009, perfazendo um total de 58.189 registros avaliados.

Como critério de inclusão avaliaram-se as fichas de todos os usuários que procuraram pelo serviço, sendo excluídas aquelas com dados incompletos ou indivíduos residentes na zona rural. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação sobre urgências odontológicas da prefeitura em planilha específica. Foram anotados os dados de todos os usuários, segundo a idade, o local de residência, o sexo, a data, o período da consulta (manhã, tarde ou noite) e o

tipo de procedimento (cirúrgico, restaurador, protético, endodôntico ou outros).

Além disso, os usuários foram classificados segundo os bairros de procedência e respectivos índices de exclusão social, dados estes que foram disponibilizados pelo Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP)¹³. O índice apresenta uma variação numérica de -1 a 1, que classifica os indivíduos em categorias variando de A (menor exclusão, valor igual a 1) a E (maior exclusão, valor igual a -1).

As associações entre a variável de desfecho (procura pelos serviços de urgência) e as variáveis independentes (sexo, índice de exclusão social do bairro, relação de equipes de saúde bucal na área de residência) foram avaliadas inicialmente pelo teste de Qui-quadrado e Odds ratio bruto com o respectivo intervalo de confiança de 95%. As variáveis com $p > 0,20$ na análise bivariada foram testadas em uma análise de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo aquelas com $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas no programa de estatística SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, Release 9.2, 2008).

Resultados

Das 58.189 fichas iniciais, foram analisados 57.231 registros, após as exclusões. A Tabela 1 apresenta o número de usuários atendidos no Pronto Atendi-

dimento Odontológico e a representatividade em relação à população estimada do município entre os anos de 2007 a 2009.

Verificou-se ao longo dos 3 anos avaliados que, na média, 5,24% da população estimada do município procurou pelo serviço. Apesar da taxa geométrica de crescimento anual da população prevista para o município pela Fundação SEADE indicar um aumento da ordem de 1,04% ao ano¹⁵, a procura pelo serviço não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à população estimada.

Em relação aos procedimentos executados no Pronto Atendimento Odontológico, os mesmos foram agrupados nas seguintes categorias: cirúrgicos (extrações, pequenas cirurgias e drenagens de abscessos); restauradores (restaurações provisórias e em alguns casos definitivas); terapia pulpar (procedimentos de acesso à polpa); e, outros procedimentos (periodontais e protéticos) como apresentados na Tabela 2.

Foram computados, no período, um total de 55.168 procedimentos agrupados em cirúrgicos (54,90%), restauradores (24,60%), endodônticos (17,10%) e periodontais, protéticos e outros (3,30%). Esses resultados (Tabela 2) representaram uma taxa de 96,50% de procedimentos realizados em relação ao total de usuários atendidos, sendo necessário esclarecer que, a diferença entre os 57.231 atendimentos e 55.168 procedimentos são relacionados à consulta odontológi-

Tabela 1. Número e porcentagem da população atendida no Pronto Atendimento Odontológico de Piracicaba em relação à população estimada nos anos de 2007, 2008 e 2009.

Ano	2007		2008		2009		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
População atendida	18.956 ^a	5,29	19.213 ^a	5,26	19.062 ^a	5,17	57.231	5,24

* porcentagem em relação à população estimada (fonte: IBGE¹⁵). Frequência seguida de mesma letra minúscula na horizontal não difere entre si ($p > 0,05$).

Tabela 2. Distribuição de frequências dos tipos de procedimentos realizados no Pronto Atendimento Odontológico de Piracicaba nos anos 2007, 2008 e 2009.

Procedimentos odontológicos	2007		2008		2009		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Procedimentos cirúrgicos	12.038	62,18	9.489	52,69	8.781	49,33	30.308	54,94
Procedimentos de terapia pulpar	3.294	17,01	3.075	17,07	3.076	17,28	9.445	17,12
Procedimentos restauradores	3.537	18,27	4.761	26,44	5.293	29,74	13.591	24,64
Outros procedimentos	491	2,54	684	3,80	649	3,65	1.824	3,31
Total	19.360	100	18.009	100	17.799	100	55.168	100

ca tais como medicação, encaminhamentos ou orientações, os quais não foram computados. Observou-se também uma inversão durante o período 2007 a 2009 na porcentagem de procedimentos cirúrgicos em relação aos restauradores. Os procedimentos de terapia pulpar apresentaram pouca alteração.

A média de atendimentos realizados entre os anos de 2007 a 2009 em função da faixa etária e do sexo da população atendida é apresentada na Tabela 3.

Houve um equilíbrio entre a procura pelos serviços do pronto atendimento odontológico entre os sexos masculino (50,80%) e feminino (49,20%) nas diferentes faixas etárias. Em relação à essas, a maior procura concentrou-se entre as idades de 20-49 anos, com 63,85% do total. As outras faixas etárias representaram 36,15% dos atendimentos realizados (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta dados relativos à distribuição das consultas segundo os dias da semana e períodos do dia. Observou-se uma procura maior pelo serviço nos períodos da tarde, durante os dias úteis e, no período da manhã, nos finais de semana e feriados, com uma relativa estabilidade na procura pelo serviço segundo o período do dia no decorrer dos 3 anos.

Apesar de não constar na Tabela 4, o dia de maior procura foi a segunda-feira dentre os dias úteis e, os sábados, dentre os finais de semana. Importante ressaltar que em torno de 19% das consultas nos dias úteis ocorrem no período noturno.

Na Tabela 5 é apresentada a análise de associações entre o sexo, os níveis de exclusão social dos bairros onde os usuários residem e a existência de equipes de saúde bucal na área relacionando com a procura pelo serviço.

Tabela 3. Média dos atendimentos realizados entre os anos de 2007 a 2009 segundo o sexo e faixa etária no Pronto Atendimento odontológico de Piracicaba.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total
	Média	%*	Média	%*	%
0-4 anos	220,33	1,16	196,33	1,03	2,18
5-9 anos	707,00	3,71	706,67	3,70	7,41
10-14 anos	488,00	2,56	564,33	2,96	5,52
15-19 anos	734,33	3,85	815,67	4,28	8,12
20-29 anos	2459,00	12,89	2652,00	13,90	26,80
30-39 anos	2020,00	10,59	2032,33	10,65	21,24
40-49 anos	1586,67	8,32	1430,00	7,50	15,81
50-59 anos	925,33	4,85	693,67	3,64	8,49
60-69 anos	380,33	1,99	216,67	1,14	3,13
60-69 anos	170,67	0,89	77,67	0,41	1,30
Acima de 70 anos	9691,67	50,80	9385,33	49,20	100
Total geral					

Tabela 4. Número e porcentagem de consultas realizadas no Pronto Atendimento Odontológico de Piracicaba segundo o período, dia e ano.

	Manhã			Tarde			Noite		
	n	%	Média consultas	n	%	Média consultas	n	%	Média consultas
Dias úteis									
2007	5.343	33,99	21,76	5.689	36,19	23,17	4.688	29,82	19,10
2008	5.441	34,05	21,81	5.744	35,94	23,02	4.796	30,01	19,22
2009	5.123	32,85	20,78	5.684	36,45	23,06	4.789	30,71	19,43
Sáb/Dom e Feriados									
2007	1.853	57,26	15,51	1.383	42,74	11,57	-	-	-
2008	1.812	56,06	15,55	1.420	43,94	12,19	-	-	-
2009	1.984	57,24	16,74	1.482	42,76	12,51	-	-	-

- não existe atendimento no período

Verificou-se que os usuários atendidos no Pronto Atendimento Odontológico provenientes dos bairros classificados com piores índices de exclusão social (C, D e E) apresentaram 4,15 (IC95%:1,28-13,43) vezes mais chance de procurar pelo serviço de pronto atendimento que os usuários provenientes de bairros apresentando melhores condições sociais (A e B) ($p = 0,0014$).

A existência de equipe de saúde bucal (ESB) não apresentou significância estatística na procura pelo serviço ($p = 0,0984$), o mesmo acontecendo em relação à procura quanto ao sexo ($p = 0,2517$), considerando significância estatística para ($p < 0,05$).

Discussão

Embora as urgências odontológicas possam ser tratadas por profissionais da atenção básica ou em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), muitos municípios de médio e grande porte também organizam atendimentos de urgência em serviços denominados de Pronto Atendimento Odontológico (PAO), Serviço de Urgência Odontológica ou Plantões Odontológicos. Este tipo de organização é apoiado pelo Ministério da Saúde, por meio das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹, que propõe para o modelo de atenção à saúde bucal no país, entre outros objetivos, *garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital)*. Tudo isso com a finalidade de se proporcionar a integralidade nas ações de saúde bucal.

Apesar da importância do tema para o planejamento em serviços, o presente estudo é um dos poucos que avaliou o perfil dos usuários atendidos em um serviço de pronto atendimento odontológico municipal, embora existam muitos destes serviços no país. Geralmente, as pesquisas sobre esta temática são realizadas em instituições de ensino ou hospitais públicos⁶⁻⁹. Somando-a isso, é um dos primeiros estudos, senão o único, a avaliar associações entre o perfil dos usuários deste tipo de serviço, relacionar com a área de exclusão onde vivem e a presença de equipes de saúde bucal nas mesmas.

A análise dos dados do período estudado mostrou um coeficiente entre 517 e 529 atendimentos para cada 10.000 habitantes/ano, representando uma procura pelo pronto atendimento odontológico variando de 5,17% a 5,29% em relação à população estimada do município.

Apesar de não haver um parâmetro oficialmente estabelecido para se discutir o que seria razoável na proporção/organização da atenção básica, representada pelo número de equipes de saúde bucal implantadas e a vulnerabilidade do usuário na procura pelos serviços de pronto atendimento odontológico, é importante que o gestor utilize o sistema de informação disponível para estabelecer o perfil da população atendida e, a partir disso, melhorar as ferramentas que auxiliem no planejamento de ações em saúde bucal.

Essa reflexão é importante, pois, embora as principais razões que levam o paciente a buscar atendimento nos serviços de pronto atendimento estejam relacionadas ao alívio da dor, devolução da estética e restabelecimento da função mas-

Tabela 5. Associações entre as variáveis índice de exclusão social do bairro, relação de equipes de saúde bucal na área de residência e o sexo dos usuários em relação à variável desfecho procura pelos serviços.

Variáveis	Procura pelo serviço n / (%)		Análise Bruta			Análise ajustada pela regressão logística		
	< mediana	> mediana	Odds ratio	IC	P	Odds ratio	IC	P
Índice de exclusão								
A/B	23 (67,65%)	11 (32,35%)	1,00			1,00	1,28-13,43	0,0014
C,D,E	8 (28,60%)	20 (71,40%)	5,75	1,90-17,38	0,0014	4,15		
Equipes de SB								
A/B	22 (68,75%)	10 (31,25%)	1,00		0,0072	1,00		
C,D,E	10 (33,30%)	20 (66,70%)	4,20	1,44-12,24		2,64	0,82-8,48	0,0984
Sexo								
masc	12 (44,44%)	15 (55,56%)	1,00					
fem	20 (57,14%)	15 (42,86%)	0,55	0,20-1,54	0,2517			

tigatória^{10,16-18}, muitas vezes o usuário tende a utilizá-lo como sistema ou “porta de entrada” alternativa para obter assistência odontológica, gerando clientela própria e modificando o princípio pelo qual o sistema deve funcionar, qual seja, o pronto atendimento como serviço de referência^{2,19}. Este fato ficou evidenciado no presente estudo, a partir da análise dos dados da Tabela 2. Enquanto houve uma tendência de queda na frequência de procedimentos cirúrgicos entre os anos de 2006 a 2009, na ordem de 20,7%, o inverso ocorreu em relação aos procedimentos restauradores, havendo um aumento na ordem de 62,8%. Por outro lado, o aumento no número de procedimentos restauradores, pode também refletir uma postura de tratamento mais conservadora e menos mutiladora, com a possibilidade de referenciar estes indivíduos para Centros de Especialidade Odontológica do município.

Ainda que estes serviços respeitem as legítimas demandas populares por cuidado²⁰, o controle de usuários que buscam os serviços de urgência como “porta de entrada” é desejável para não sobrecarregar o sistema, além do fato deste serviço não proporcionar, na maioria dos casos, ações de prevenção, tais como detecção e tratamento precoce de agravos bucais. Assim, as tentativas de comparação com outros estudos foram dificultadas pelo fato destes terem sido desenvolvidos em serviços universitários, que geralmente se utilizam de uma divisão didático-acadêmica de procedimentos por especialidade ou por diagnóstico.

A faixa etária da maioria dos usuários que procuraram pelo serviço esteve entre os 20 e 49 anos, conforme observado na Tabela 3. Esses resultados coincidem com as pesquisas desenvolvidas em instituições de ensino^{5,8,9} e com os poucos estudos realizados em pronto socorros e unidades de saúde do país^{11,21}. A elevada procura pelo pronto atendimento por indivíduos na idade adulta, no período produtivo, indica a necessidade de uma análise mais cuidadosa do gestor, pois poderia ser explicada pelo não acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde, quer pela falta de equipes de saúde bucal ou limitação de horário ou, ainda, pela tentativa de “entrada” no serviço por outra “porta”. Este fato é corroborado no documento da PNSB, quando afirma que *os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das consequências per-*

das dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo. Sabe-se que a dor de dente em trabalhadores diminui a produtividade e aumenta a incidência de absenteísmos, resultando em perdas financeiras para o indivíduo e o empregador^{22,23}. Dessa forma, um dado muito importante foi verificar que 19% das consultas nos dias úteis foram oferecidas no período noturno, reiterando a premissa de que o horário comercial torna difícil o acesso aos trabalhadores.

Em relação à proporção de homens e mulheres que procuram por esse tipo de serviços, a literatura é controversa. Enquanto alguns estudos demonstraram uma maior procura por indivíduos do sexo feminino^{2,5-8,11,24,25}, outros não demonstraram diferenças significativas, como no caso do presente estudo^{21,25-27}. Diferentes resultados encontrados entre os estudos podem ser atribuídos à heterogeneidade dos locais onde os dados foram coletados (clínicas de faculdades, hospitais universitários, pronto socorro municipal) com seus horários e rotinas, da forma de coleta dos dados (dados primários e secundários), do período das coletas (dias, meses) e das características socioeconômicas do município. Apesar dessas variáveis, cabe ressaltar que a não diferença também pode ser explicada pelas mudanças no mercado de trabalho a partir dos anos 90, que redefiniram um aumento do papel da mulher, seja participando na renda como cônjuge ou como chefe de família^{28,29}.

Sobre a demanda relacionada aos dias da semana, verificou-se que os dias úteis e o período diurno, principalmente o da tarde, foram os que apresentaram as maiores demandas. Aos finais de semana, o número de atendimentos praticamente caiu pela metade²¹. É importante que o gestor tenha noção desta previsibilidade da demanda, pois possibilita a estruturação de um planejamento estratégico para a oferta de serviços²¹.

Os índices de exclusão social dos locais de residência apresentaram relação estatisticamente significativa em relação à procura pelo serviço de pronto atendimento odontológico. Os usuários de regiões com maior exclusão social apresentaram 4,15 vezes mais chances de procura, quando comparado aos usuários de áreas com melhores condições sociais, refletindo o papel das características sociopolíticas e culturais dos espaços geográficos como importante fator determinante de acúmulo de sequelas bucais.

Estudos têm demonstrado que a procura e o acesso a serviços de saúde apresenta um gradiente social, sendo que a proporção de indivíduos

que nunca procuraram uma consulta odontológica é maior entre os mais desfavorecidos. Além disso, quando o fazem, geralmente é motivada por problemas de dor e problemas de saúde bucal autopercebidos. Por outro lado, os grupos com melhores níveis socioeconômico apresentam maior frequência de visitas ao consultório odontológico público e privado para consultas preventivas, de acompanhamentos ou tratamentos restauradores³⁰⁻³³.

O Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal tem como um de seus objetivos a melhoria das condições de saúde bucal da população por meio da incorporação das ESB nas ESF³⁴. Todavia, no presente estudo, a presença de ESB na área de abrangência onde o indivíduo residia não foi um fator que impactou na diminuição da demanda pelos serviços do pronto atendimento odontológico municipal ($p = 0,0984$). Segundo Antunes e Narvai³⁵ a expansão da oferta dos serviços públicos odontológicos para além dos grupos prioritários de crianças, gestantes e urgências odontológicas tem sido um desafio para a atenção básica. Entretanto, quando serviços de saúde são planejados de forma inapropriada, dificultando a acessibilidade daqueles com maiores necessidades de saúde, favorece-se o fenômeno conhecido como “lei da atenção inversa” (*inverse care law*)³⁶.

Estudos nacionais têm verificado persistentes desigualdades no acesso a cuidados odontológicos, mesmo em áreas com presença de ESB. Em avaliação do modelo assistencial em municípios do Estado do Rio Grande do Norte que incorporaram ESB, Souza e Roncalli³⁶ verificaram que a maioria dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal. Em outro estudo, que comparou áreas cobertas e não cobertas por equipes de saúde da família em Campina Grande (PB) não foi evidenciada associação estatística entre melhor acesso aos serviços de saúde bucal e residir em uma área coberta ou não por equipe de saúde da família³⁷. Da mesma forma, apesar das ESB implantadas terem como objetivo melhorar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, o uso recente dos serviços foi mais frequente entre os indivíduos pertencentes a grupos de melhor nível socioeconômico³³. Verificou-se também que as principais razões para a não utilização dos serviços odontológicos das ESB citadas pela maioria dos entrevistados foram dificuldades em conseguir uma vaga ou agendamento de uma consulta com a ESB e incompatibilidade com os horários de funcionamento do serviço.

No caso do presente estudo, várias hipóteses podem ser levantadas para a procura pelos serviços de urgência, mesmo havendo ESB nas localidades onde os mesmos residem, tais como a insatisfação com qualidade dos serviços prestados na atenção básica, insatisfação com a relação estabelecida com a ESB ou a falta de confiança na mesma^{4,38,39}.

Fica claro que o problema a ser enfrentado está no aprimoramento do processo de trabalho. Percebe-se, portanto, que a expansão da rede de atenção básica, por meio da estratégia de saúde da família, é importante para se melhorar a equidade em saúde, porém, como mostrado neste estudo, insuficiente. Assim, são necessárias reavaliações periódicas das ações desenvolvidas pelas ESB, a fim de estabelecerem linhas de cuidado universais e equitativas em saúde bucal, e melhorias na relação equipe-comunidade, com o objetivo de atingir usuários com o perfil apresentado, especialmente adultos, os quais historicamente são excluídos dos grupos prioritários, independente do modelo de gestão (e talvez esteja nesse dado a principal explicação para a não diferença estatística). Além disso, ações intersectoriais voltadas a aprimorar as oportunidades e as condições de vida das coletividades devem ser pensadas pelas equipes, possibilitando um melhor planejamento e a organização da rede local de assistência odontológica e assim auxiliar o gestor na organização do serviço.

Conclusões

O pronto atendimento odontológico municipal apresentou importante papel na rede de atenção, permitindo que populações de elevado nível de vulnerabilidade social e que não conseguem tratamento via ESB, tenham acesso a tratamento odontológico restaurador.

Houve uma maior procura pelo pronto atendimento odontológico de usuários na faixa etária entre os 20 e os 49 anos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Os procedimentos cirúrgicos foram os mais executados, sendo que os restauradores foram os que apresentaram um crescimento durante o período do estudo. A associação entre a existência de equipes de saúde bucal na área de residência do usuário e a procura pelo serviço de pronto atendimento não apresentou significância estatística, porém é de valor relevante para o gestor no planejamento de ações e na organização do serviço.

Colaboradores

DAV Fonseca trabalhou na concepção, pesquisa e redação do artigo; FL Mialhe trabalhou na interpretação dos dados, redação final e revisão crítica; GMB Ambrosiano trabalhou na análise, interpretação dos dados e revisão crítica; AC Pereira trabalhou na interpretação dos dados e revisão crítica; MC Meneghim trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e redação final do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
2. Tortamano IP, Leopoldino VD, Borsatti MA, Penha SS, Buscariolo IA, Costa CG, Rocha RG. Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do Setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. *RPG Rev. Pos-Grad* 2006; 13(4):299-306.
3. Dornas Jr G, Ferreira JM. Informações de Unidades de Pronto Atendimento – possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. *Rev Inf Publica* 2003; 5(1):27-48.
4. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med* 2002; 9(9):916-923.
5. Souza HA, Damante JH, Ferreira Jr O. Urgência odontológica: experiência de 8 anos em serviços prestados. *Rev ABO Nac* 1997; 5(3):177-182.
6. Abbud R, Ferreira LA, Campos AG, Zanin KEG. Atendimento clínico de emergência: Um estudo dos serviços oferecidos em dez anos. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Den.* 2002; 56(4):271-275.
7. Munerato, MC, Fiaminghi, DL, Petry, PC. Urgências em odontologia: um estudo retrospectivo. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre* 2005; 46(1):90-95.
8. Dourado AT, Caldas Jr AF, Albuquerque DS, Rodrigues VMS. Estudo epidemiológico de urgências odontológicas. *JBD J. Brás Clin Odont Integr* 2005; 9(48):60-64.
9. Silva CHV, Araujo ACS, Fernandes RSM, Alves KA, Pelinca RN, Dias YC. Perfil do serviço de pronto atendimento odontológico da Universidade Federal de Pernambuco. *RCRO Odont Clin Cientif* 2009; 8(3):229-235.
10. Mialhe FL, Possobon RF, Boligon F, Menezes MA. Medo Odontológico entre Pacientes Atendidos em um Serviço de Urgência. *Pesqui Bras Odontoped Clin Int* 2010; 10(3):483-487.
11. Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. *RFO* 2010; 15(3):245-250.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [página na Internet]. [acessado 2011 fev 18]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
13. Instituto de Pesquisa e planejamento de Piracicaba (IPPLAP). [página na Internet]. [acessado 2010 nov 19]. São Paulo. Disponível em: <http://www.ipplap.com.br/docs/meis.pdf>
14. *Statistical Analysis System (SAS)*. Version 9.2. North Carolina, USA. Cary: The SAS Institute; 2008.

15. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). [página na Internet]. [acessado 2011 fev 18]. São Paulo. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil>
16. Halling A, Ordell S. Emergency dental service is still needed – also for regular attenders within a comprehensive insurance system. *Swed Dent J* 2000; 24(5-6):173-181.
17. Anderson R, Thomas DW, Phillips CJ. Toothache stories: A qualitative investigation of why and how people seek emergency dental care. *Community Dent Health* 2003; 20(2):106-111.
18. Tortamano IP, Costa CG, Moraes LJ, Borsati MA, Rocha RG, Tortamano N. As Urgências Odontológicas e o tratamento clínico e medicamentoso integrado. *J Bras Clin Odontol Integr* 2004; 8(43):78-85.
19. Botazzo C, Bertolini SR, Corvelho VM. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso de trabalhadores e adultos aos sistemas locais de saúde. *Divulgação* 1995; (10):43-53.
20. Moysés SJ. *O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva*. In: Kriger L, organizador. *Promoção de saúde bucal*. 1ª Edição. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
21. Toledo ME. *A interface da urgência em saúde bucal no SUS: um estudo de caso de um Pronto Socorro, no município de São Paulo, no ano 2006* [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2008.
22. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saude Publica* 2004; 38(3):453-458.
23. Lacerda JT, Traebert J, Zambenedetti ML. Dor Orofacial e Absenteísmo em Trabalhadores da Indústria Metalúrgica e Mecânica. *Saúde Soc* 2008; 27(4):182-191.
24. Souza HA. *Levantamento epidemiológico do serviço de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo* [tese]. Bauru: USP; 1996.
25. Ferreira O, Damante JH. Serviço de urgência odontológica: aspectos epidemiológicos e administrativos. *RPG* 1988; 5(1):31-38.
26. Sousa HA. *Levantamento epidemiológico dos atendimentos do Serviço de urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
27. Ferreira Júnior O. *Contribuição social do Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru*. Sua participação no convenio com o Sistema Único de Saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
28. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE). Trabalho e renda da mulher na família. *Estudos e Pesquisas* 2005; Ano 1(6).
29. Montali L. Provedoras e co-provedoras: mulheres-cônjuge e mulheres-chefe de família sob a precarização do trabalho e o desemprego. *Rev. Bras. Est. Pop* 2006; 23(2):223-245.
30. Aday LA, Forthofer RN. A profile of black and Hispanic subgroups' access to dental care: findings from the National Health Interview Survey. *J Public Health Dent* 1992; 52(4):210-215.
31. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):709-717.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Acesso e utilização dos serviços de saúde – PNAD 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
33. Baldani MA, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Publica* 2011; 27(Supl. 2):272-283.
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). A reorganização da saúde bucal na atenção básica. *Divulg saúde debate* 2000; 21:68-73.
35. Antunes JLF, Narvai PC. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. *Rev Saude Publica* 2010; 44(2):1-6.
36. Souza TMSD, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica* 2007; 23(11):2727-2739.
37. Rocha RDACP, Goes PSA. D.Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2871-2880.
38. Marquis MS, Davies AR, Ware Junior JE. Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. *Med Care* 1983; 21(8):821-829.
39. Butter PA. Medical HMO enroles in the emergency room: use of nonemergency care. *Med Care* 1998; 55(1):78-98.

Artigo apresentado em 12/09/2012

Aprovado em 25/10/2012

Versão final apresentada em 05/11/2012

