

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

DIRCE APARECIDA VALERIO DA FONSECA

**A INFLUÊNCIA SOCIODEMOGRÁFICA E DA
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO, NA PROCURA PELO
PRONTO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO
MUNICÍPIO DE PIRACICABA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Odontologia de Piracicaba da
Universidade Estadual de Campinas, para
obtenção do título de Mestre em Odontologia
em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Dirce Aparecida Valerio da Fonseca, e orientada pelo Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim.

Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

PIRACICABA - SP

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

F73i Fonseca, Dirce Aparecida Valerio da, 1962-
A influência sociodemográfica e da organização do serviço na procura pelo pronto atendimento odontológico no município de Piracicaba-SP / Dirce Aparecida Valério da Fonseca. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Emergências. 3. Epidemiologia. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: The influence of sociodemographic and service organization, the demand for emergency care dental in Piracicaba-SP

Palavras-chave em Inglês:

Oral health

Emergencies

Epidemiology

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Marcelo de Castro Meneghim [Orientador]

Luiz Renato Paranhos

Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres

Data da defesa: 29-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 29 de Julho de 2011, considerou a candidata DIRCE APARECIDA VALÉRIO DA FONSECA aprovada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Marcelo", written above a horizontal line.

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Luiz Renato", written above a horizontal line.

Prof. Dr. LUIZ RENATO PARANHOS

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Silvia Helena", written above a horizontal line.

Profa. Dra. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, por me conceder energia, saúde e luz para trilhar esse novo caminho que me designou, e a meus pais, os grandes responsáveis pela minha formação.

AGRADECIMENTOS

À UNICAMP na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do Diretor Prof. Jacks Jorge Jr pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

À Prof^ª. Dra. Renata Cunha Matheus Rodrigues Garcia, presidente da comissão dos cursos de Pós-Graduação da FOP-UNICAMP

À Prof^ª Dra Dagmar de Paula Queluz, chefe do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, coordenador do curso de Mestrado Profissionalizante da FOP-UNICAMP, pela oportunidade e pelos conhecimentos e experiências transmitidas.

Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, meu orientador, pela paciência, dedicação, exemplo de competência e injeções de ânimo nos momentos difíceis.

À Prof^ª Dra Glaucia Maria Bovi Ambrozano pela dedicação e presteza nas análises estatística.

Aos Professores Fabio Luiz Mialhe, Maria da Luz R. de Souza e Eduardo Hebling pelos incentivos constantes.

Aos meus pais pela existência e presença constante.

Ao meu esposo Marcos, pelo apoio e compreensão, e pelas muitas vezes que assume o papel de pai/mãe, possibilitando meu trabalho.

Aos meus filhos Caio, Júlia e Giovana, que souberam entender os momentos de ausência para a realização deste trabalho.

Ao Secretário de Saúde de Piracicaba, Dr. Fernando Ernesto Cárdenas, pela oportunidade e confiança.

Aos meus colegas de trabalho pelo companheirismo e apoio.

A Lucilene, Talita, Rosaninha, Tatiana e meu filho Caio que me ajudaram na digitação das 58.189 linhas de Excell. Muito Obrigada!

A todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, direta ou indiretamente.

*“A mente que se abre a uma nova idéia jamais
voltará ao seu tamanho original”*

Albert Einstein

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a influência de fatores sociodemográficos e da organização do serviço público odontológico na procura por atendimento em um pronto atendimento odontológico, a fim de auxiliar o poder público no planejamento de ações integradas de saúde. Foram utilizados todos os registros dos usuários que procuraram por atendimento no Serviço de Pronto Atendimento Odontológico de Piracicaba-SP, no período de 01/01/2007 a 31/12/2009, sendo classificados segundo a característica dos bairros de residência, da idade, do gênero, da data e do período do atendimento. O mapa de inclusão/exclusão social do município foi utilizado para classificá-los quanto à questão sociodemográfica, a localização da unidade de saúde de referência e a existência de serviço odontológico inserido na mesma foi verificada junto a Secretaria de Saúde do município. Foram analisados 57.231 registros de atendimento, onde 5,24% da população estimada do município utilizaram o serviço no período estudado, com maior procura na faixa etária de 20 a 49 anos (63,84%), o período da tarde durante os dias úteis apresentou maior procura e o período da manhã dentre os finais de semana e feriados. Não houve diferença estatisticamente significativa na procura quanto ao gênero. Os procedimentos mais executados foram os cirúrgicos (54,90%), sendo que os procedimentos cirúrgicos e os conservadores apresentaram um comportamento inverso no decorrer do período, com um declínio dos cirúrgicos. Conclui-se que os usuários residentes em áreas de maior exclusão social apresentaram 4,15 vezes mais chance de procurar pelo serviço de pronto atendimento, e não foi observada associação estatisticamente significativa entre a procura pelo serviço de pronto atendimento e a existência de equipe de saúde bucal na área de residência. Os municípios têm investido na expansão da rede de atenção básica por meio da estratégia de saúde da família, e os resultados sugerem a necessidade da continuidade dos investimentos, principalmente nas áreas de maior exclusão social, na tentativa de minimizar as desigualdades e valorizando o princípio da equidade.

Palavras-chave: *Saúde bucal; Emergências; Serviços de Saúde Bucal; Epidemiologia.*

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the influence of socio-demographic factors and organization of public dental services on the demand for emergency dental care, in an attempt to aid the local government in planning health integrated actions. Approved by the Ethics Committee for Dental and Human Research of Piracicaba Dental School – University of Campinas (UNICAMP), this study included all users who seek emergency dental care in Piracicaba between Jan 1st, 2007 and Dec 12th, 2009. Users were classified according to place of dwelling, age, gender, and date and time of dental service delivery. The social inclusion/exclusion map of Piracicaba was used to classify users in the perspective of socio-demographic status and location of the health unit of reference. Information on the provision of dental care in public health units was provided by the local health department; analysis included 57.231 records, revealing that 5.24% of the estimated population, age 20–49 years, used the service during the study period, with the age group 20–49 years showing the highest prevalence (63.84%), the afternoon showed greater demand for the service and the mornings on weekends and holidays. With respect to gender, no statistically significant difference was found for dental service demand. Surgical procedures were the most prevalent (54.90%). The prevalence of surgical procedures was observed to decrease while that of conservative ones to increase during the period assessed (2007–2009). Users living in areas of greatest social exclusion were 4.15 times more likely to seek emergency dental care. No statistically significant association was found between the demand for emergency dental care and the existence of a local oral health team. Municipalities have attempted to expand the network of primary care by family health strategy; the results showed the need for further investment in the area, particularly those of greatest social exclusion, in an attempt to reduce inequalities and to value the principle of equity.

Key words: Oral health; Emergencies; Dental Health Services; Epidemiology.

Sumário

INTRODUÇÃO	1	
 CAPÍTULO 1		
Impacto de variáveis sociodemográficas no Pronto Atendimento Odontológico	5	
 CONCLUSÃO.....		26
 REFERÊNCIAS... ..		27
 APÊNDICE.....		29
 ANEXOS.....		37

INTRODUÇÃO

“Não precisamos saber apenas que doença a pessoa tem, mas que pessoa tem essa doença”.
(*Oliver Sacks*)

O direito à saúde é garantido pela Constituição do Brasil que no art. 196 descreve: “A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”(Brasil, 1988), e que deve ser assegurado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que tem como diretrizes, a universalização do direito à saúde, a integralidade das ações preventivas e curativas, a descentralização dos serviços e a participação social (Brasil,1988).

É importante lembrar que uma das leis básicas que regula este princípio constitucional, a lei 8080 de 1990, em seu artigo 3º, define que: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais”(Brasil, 1990).

Deve-se considerar o fato da sociedade brasileira estar segmentada entre excluídos e incluídos, na qual, a ausência da cidadania como acesso a determinados direitos universais faz parte de um processo de naturalização da pobreza, da exclusão social e, portanto, das desigualdades sociais (Cohn & Elias, 2002). Assim, o histórico socioeconômico e cultural de uma comunidade tem relação direta com a determinação social das doenças.

A distribuição desigual dos agravos à saúde é produto da ação de fatores que se distribuem desigualmente na população e o conhecimento desses fatores permite a aplicação de intervenções, contribuindo para o planejamento dos serviços de saúde pública (Pereira, 2007). Adicionalmente, a constatação da existência de diferenças na morbidade em diferentes unidades de saúde oferece a base para o planejamento da alocação de

recursos de forma diferenciada, de acordo com as necessidades da população atendida (Starfield, 2002).

Os municípios terão sempre recursos insuficientes para atender a todos em todos os níveis de atenção sendo, portanto importante definir prioridades para desenvolver a atenção primária. É imprescindível aos gestores fazerem escolhas sobre quais os grupos populacionais, doenças ou condições básicas de saúde devem receber prioridade dos programas de saúde (Vaughan & Morrow, 2002).

“Durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência aos escolares através de programas curativos voltados para o tratamento da cárie dentária e as atividades preventivas, quando realizadas, limitava-se a um método, o bochecho com solução fluorada. Os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento de situações de urgência odontológica, ou simplesmente não os acessavam. Tal modelo sempre foi muito criticado em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas, gerando um perfil epidemiológico em saúde bucal muito aquém do desejado” (São Paulo, 2001).

De acordo com Scraiber *et al.*, (1996) citado por Campos (2005), pronto atendimento é aquele organizado pela procura espontânea, centrado na queixa principal, com baixo grau de utilização de técnicas de investigação clínico-laboratorial e de referenciação às especialidades médicas, alto grau de utilização de terapêuticas medicamentosas, falta de registro sistemático das informações sobre o paciente, contato pontual ou único do paciente com o médico ou serviço de saúde, sem rotinas e garantias de retorno ou agendamento, falta de vinculação clientela / equipe e clientela / serviço.

A diferença entre os termos emergência e urgência no atendimento odontológico gera dúvidas e a escolha pela semântica correta, não por acaso, é uma tarefa difícil. O dicionário de língua portuguesa (Ferreira, 1988) define emergência como sendo “situação mórbida inesperada que requer tratamento imediato” e, a urgência, como “caso ou situação de emergência”. O dicionário Houais (2001) define emergência como “situação grave, perigosa, momento crítico ou fortuito, contingência” e urgência como “situação

crítica ou muito grave que tem prioridade sobre outras, emergência”. Já no Glossário Odontológico de Simas (1989), emergência é todo incidente ou ocorrência que causa ameaça não só a boa marcha da operação como à saúde e a vida do paciente. Considerando as afirmações, dificilmente na área odontológica ocorrem casos de emergência, onde são necessários procedimentos em que o profissional esteja treinado para executar as manobras de suporte básico de vida, bem como administrar medicamentos e equipamentos. No caso da odontologia, o mais comum é o aparecimento de casos de urgência, onde o foco principal é devolver ao indivíduo um estado de conforto para que o mesmo procure o serviço adequado e conclua seu tratamento. Enquanto os profissionais de saúde apresentam conceitos bem definidos de urgência e emergência, a população, de modo geral, “não difere uma coisa da outra” (Rocha, 2005).

A falta de um sistema organizado e a necessidade da população gera uma procura por serviço de pronto atendimento odontológico para alívio da dor ou desconforto. Assim como afirma Botazzo *et al.*, (1995), na maioria dos sistemas locais de saúde, sem outra opção, os serviços de urgência/emergência são os declarados existentes e efetivos.

As urgências odontológicas destinam-se principalmente ao alívio da dor, devolução da estética e restabelecimento da função mastigatória ao paciente (Tortamano *et al.*, 2004). As urgências odontológicas estão amparadas pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que busca a ampliação e qualificação da atenção básica proposta neste documento, onde se prevê a implantação e o aumento da resolutividade do pronto-atendimento. O Ministério da Saúde determina ainda, a organização do pronto-atendimento de acordo com a realidade local, a avaliação da situação de risco à saúde na consulta de urgência e a orientação do usuário para retornar ao serviço a fim de dar continuidade ao tratamento. Outra sugestão do mesmo documento é disponibilizar horários nas unidades de saúde que sejam compatíveis às necessidades de atenção da população adulta (Brasil, 2004).

O Município de Piracicaba tem uma herança socioterritorial marcada por altos graus de exclusão social, apesar de ser conhecida como um dos centros agroindustriais mais conceituados do país, com destaque para o setor da cana de açúcar. Apresenta uma realidade típica que marca a maioria das cidades brasileiras, onde se concentram grandes

demandas por melhores condições habitacionais, empregos, serviços e equipamentos básicos de educação e saúde, dentre outras. Sem dúvida, as cidades trazem o lado mais terrível da atual realidade brasileira caracterizada por traços profundos de desigualdades socioterritoriais, com padrões injustos de apropriação das riquezas sociais produzidas coletivamente (IPPLAP., 2003).

A assistência odontológica pública no Município de Piracicaba se instalou em 1975, com o Serviço Odontológico Municipal. Desde então sempre destinou profissionais para o atendimento de urgência, por livre demanda, junto ao serviço. Conta com uma unidade para atendimento específico de urgências denominado de Serviço de Urgência Bucal. Apesar da importância do serviço para a comunidade, os aspectos epidemiológicos e sociodemográficos dos usuários que utilizam este serviço são desconhecidos.

As informações são importantes, pois podem permitir a análise, e dentro dos limites do estudo, possibilitam o planejamento e a organização da rede local de assistência odontológica. Considerando a escassez de dados globais de serviços públicos municipais na literatura nacional que possam auxiliar nesta tarefa, foi objetivo deste trabalho a análise dos registros de 58.189 usuários que utilizaram o Pronto Atendimento Odontológico do município de Piracicaba, entre os anos de 2007 e 2009.

Os estudos nacionais disponíveis analisaram os serviços de pronto atendimento odontológico oferecidos por faculdades de odontologia, e algumas diferenças com os serviços públicos municipais dificultam as comparações entre os mesmos, tais como os horários de atendimento, e a expectativa dos usuários de conseguir tratamento em especialidades quando procura por atendimento na Universidade.

O presente estudo foi realizado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP nº001/98 e é composto por um artigo intitulado: Impacto de variáveis sócio demográficas no Pronto Atendimento Odontológico, sendo o principal objetivo do artigo, apresentar o perfil do usuário que procura pelo serviço, inserção social e a referência com unidades básicas de saúde, além de auxiliar o gestor na organização do serviço.

CAPÍTULO 1

Impacto de variáveis sociodemográficas na procura pelo pronto atendimento odontológico

Impact of sociodemographic variables in the emergency dental care

Dirce Aparecida Valerio da Fonseca¹

Fabio Luiz Mialhe²

Glaucia Maria Bovi Ambrosano²

Antonio Carlos Pereira²

Marcelo de Castro Meneghim²

¹Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

²Professores Doutores do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Av. Limeira, 901, CEP: 13414-903, Piracicaba, SP, Brasil

Telefone: (19) 21065362 Fax: (19) 34125218

E-mail: meneghim@fop.unicamp.br

RESUMO

Objetivo foi analisar a influência de fatores sociodemográficos e da organização do serviço público na procura pelo pronto atendimento odontológico. Utilizaram-se dados secundários de registros dos usuários no período de 2007 a 2009, segundo bairros de residência, índice de inclusão social, idade, gênero, data, período do atendimento e a existência do serviço odontológico na unidade de saúde de referência. Um percentual de 5,24% da população do município utilizou o serviço no período estudado, com maior procura na faixa etária de 20 a 49 anos (63,84%). Os procedimentos mais executados foram os cirúrgicos (54,9%). Os usuários residentes em áreas classificadas como 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, gênero e a existência de equipe de saúde bucal na área de residência ($p > 0,05$). Conclui-se que há clara evidência de que moradores de áreas mais vulneráveis procuraram com mais frequência o serviço de urgência odontológica.

Palavras-chave: Saúde bucal; Emergências; Serviços de Saúde Bucal; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective this study aimed to evaluate the influence of both the socio-demographic factors and the public dental service on the demand for emergency dental care. Data recorded between 2007 and 2009 were used to assess the following socio-demographic variables: dwelling place; age; gender; date and time of dental service delivery; social inclusion/exclusion index; and provision of dental service in the public health unit. Of the total population, 5.24% were found to seek emergency dental care during the study period, with the age group 20–49 years (63.84%) showing the highest demand for such care. Surgical procedures (54.90%) were the most prevalent. Users living in areas of great social exclusion were 4.15 times more likely to seek dental care ($p < 0.05$). No statistically significant association was found between the gender or the existence of an oral health team and the demand for the emergency dental care ($p < 0.05$). In conclusion, there is clear evidence that those living in vulnerable areas are more likely to seek emergency dental care.

Key words: Oral health. Emergencies. Dental Health Services. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, apresentado pelo Ministério da Saúde em 2004, visa a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹. Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções práticas no campo da saúde bucal.

O modelo hierarquizado do SUS preconiza que as Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família (UBS e USF) atuem como “porta de entrada” a todo sistema. No entanto, verifica-se, na prática, que os serviços de urgência 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, tornam-se com frequência a principal “porta de entrada” do sistema ².

No caso da área Odontológica, além das necessidades percebidas pela população para alívio da dor ou desconforto, outro fator que pode contribuir para uma maior procura por serviços de pronto atendimento odontológico relaciona-se a falta de organização ou a precarização dos sistemas de atenção básica. Nestes casos, os serviços de urgência/emergência acabam por ser aqueles que absorvem as necessidade dessa demanda ³.

Apesar desta temática ser de extrema importância para a organização dos serviços de saúde bucal, verifica-se na literatura nacional que as pesquisas realizadas neste campo foram realizadas majoritariamente em serviços de urgência ligados às faculdades de Odontologia ^{4,5,6,7,8,9} e focadas principalmente nos tipos de procedimentos realizados em cada local. Assim, além de haver uma escassez de estudos realizados em serviços públicos municipais, pouco se sabe sobre as características sociodemográficas dos usuários que procuram por estes serviços

A partir do exposto e considerando-se a escassez de dados oriundos do serviço, o objetivo do presente estudo foi analisar o perfil e as características sociodemográficas associadas aos usuários que procuraram pelo serviço de pronto atendimento odontológico em um município de médio porte, entre os anos de 2007 a 2009.

METODOLOGIA

Aspectos éticos e legais da Pesquisa: este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/1996, protocolo nº: 072/2010.

Caracterização do local do estudo: O estudo foi desenvolvido na cidade de Piracicaba - SP, composta por 364.872 habitantes¹⁰, distribuídos em 62 bairros na área urbana que compreende 97,3% da população¹¹. O município apresenta altos níveis de riqueza, diminuição da taxa de natalidade de 19,6 em 1990 para 13,1 (para mil nascidos vivos) em 2009 e da taxa de mortalidade infantil de 29,5 em 1990 para 9,4 em 2009¹².

A rede pública de saúde do município é composta 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 Pronto Atendimento de Ortopedia e Traumatologia e uma Unidade de Pronto Atendimento Odontológico, uma 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 2 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 qualquer agendamento, priorizando-se gestantes e idosos, sem avaliação do risco. Limita-se o número de atendimentos por período de 4 horas em 24 pacientes.

Tipo de estudo: o estudo é do tipo epidemiológico e observacional com a análise de dados secundários.

Amostra: o estudo foi do tipo censo, onde foram incluídos os registros dos usuários que procuraram pelo Serviço de Pronto Atendimento Odontológico de Piracicaba, no período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2009, perfazendo um total de 58.189 registros avaliados.

Crítérios de inclusão: todos os usuários que residiam no município de Piracicaba, independente da idade, do gênero, da data do atendimento e do período, que procuraram pelo serviço de pronto atendimento odontológico de Piracicaba-SP.

Crêterios de exclusão: foram excluídos do estudo aqueles em que não foi possível identificar todas as informações propostas nos cr terios de inclusão e os residentes na zona rural.

Instrumentos utilizados para a coleta de dados: os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação sobre urgências odontológicas da Prefeitura do Município e anotados em planilha específica. Foram anotados os dados de todos os usuários, no período proposto, segundo a idade (agrupadas em 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e acima de 70 anos), o local de residência, o gênero, 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 e inclusão social, dados estes que foram disponibilizados pelo Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP) ¹¹. O  ndice apresenta uma variação numérica de -1 a 1, que a classifica em categorias de A (menor exclusão) a E (maior exclusão), conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1.  ndice de exclusão social do município de Piracicaba conforme dados do IPPLAP (2003).

<i>�ndice de Exclusão Social</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Valores</i>	0 a 1	-0,25 a 0	-0,5 a -0,25	-0,75 a -0,5	-1 a -0,75

Forma de análise dos resultados: Os dados dos residentes na zona rural foram excluídos quando da análise dos níveis de exclusão social, devido ao fato de não haver esse  ndice para estas regiões. Foi realizada análise descritiva dos dados e, em seguida, teste de Qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5%. Na análise de regressão logística múltipla foram testadas todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, permanecendo no modelo àquelas com $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas no programa estatístico SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, Release 9.2, 2008) ¹³.

RESULTADOS

A análise foi realizada em 57.231 registros, após as exclusões. A tabela 1 apresenta o número de usuários atendidos no Pronto Atendimento Odontológico e a representatividade em relação à população estimada do município entre os anos de 2007 a 2009.

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

Nota: *porcentagem em relação à população estimada (fonte: IBGE). Frequências seguidas de mesmas letras minúsculas na horizontal não diferem entre si ($p>0,05$).

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 ano ¹², 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 a polpa); e outros procedimentos (periodontais e protéticos).

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	12038	62,18	9489	52,69	8781	49,33	30308	54,94
Procedimentos de terapia pulpar	3294	17,01	3075	17,07	3076	17,28	9445	17,12
Procedimentos restauradores provisórios	3537	18,27	4761	26,44	5293	29,74	13591	24,64
Outros procedimentos	491	2,54	684	3,80	649	3,65	1824	3,31
TOTAL	19360	100	18009	100	17799	100	55168	100

Observou-se na Tabela 2 que os procedimentos mais executados no serviço foram os cirúrgicos (54,90%), seguidos dos restauradores (24,65), de terapia pulpar (17,10%) e outros (3,30%). Observa-se 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 gênero da população atendida é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 . Média dos atendimentos realizados entre os anos de 2007 a 2009 segundo o gênero 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	2.459,00	12,89	2652,00	13,90	26,79
30-39 anos	2.020,00	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
Acima de 70 anos	170,67	0,89	77,67	0,41	1,30
Total geral	9691,67	50,80	9385,33	49,20	100

Houve um equilíbrio entre a procura pelos serviços do pronto atendimento odontológico entre os gêneros 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. Os adultos acima dos 50 anos, idosos, crianças e adolescentes representaram 36,15% dos atendimentos.

A Tabela 4 apresenta dados relativos a 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.

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	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
Finais de Semana 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	-	-	-

Nota: - não existe atendimento no período

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.

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

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

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

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 índices de exclusão (A e B) (p=0,0014).

A existência de equipe de saúde bucal não apresentou significância estatística na procura pelo serviço (p=0,0984), se considerando significância estatística para (p≤0,05). A distribuição da procura quanto ao gênero não apresentou significância estatística (p=0,2517).

DISCUSSÃO

Inicialmente é importante discutir-se a diferença entre os termos emergência e urgência no atendimento odontológico. A escolha pela semântica correta, não por acaso, é uma tarefa difícil. O dicionário de língua portuguesa Aurélio ¹⁴ define emergência como sendo “situação mórbida inesperada que requer tratamento imediato” e, a urgência, como “caso ou situação de emergência”. O dicionário Houais ¹⁵ define emergência como “situação grave, perigosa, momento crítico ou fortuito, contingência” e urgência como “situação crítica ou muito grave que tem prioridade sobre outras, emergência”. Já no glossário odontológico de Simas ¹⁶, emergência é todo incidente ou ocorrência que causa ameaça não só a boa marcha da operação como à saúde e a vida do paciente. Considerando estas afirmações, dificilmente na área odontológica ocorrem casos de emergência, onde são necessários procedimentos em que o profissional esteja treinado para executar as manobras de suporte básico de vida, bem como administrar medicamentos e equipamentos. No caso da odontologia, o mais comum é o aparecimento de casos de urgência, onde o foco principal é devolver ao indivíduo um estado de conforto para que o mesmo procure o serviço adequado e conclua seu tratamento. Enquanto os profissionais de saúde apresentam conceitos bem definidos de urgência e emergência, a população, de modo geral, não difere uma coisa da outra ¹⁷.

Embora as emergências ou urgências possam ocorrer dentro de consultórios em unidades básicas de saúde ou em centros de especialidades odontológicas (CEO), o serviço público, principalmente em cidades de médio e grande porte, costuma organizar o atendimento de urgência em unidades chamadas de pronto atendimento odontológico (PAO), Serviço de Urgência Odontológica ou Plantões Odontológicos. O Ministério da Saúde determina ainda, nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal “*a organização do pronto-atendimento de acordo com a realidade local, a avaliação da situação de risco à saúde na consulta de urgência e a orientação do usuário para retornar ao serviço a fim de dar continuidade ao tratamento*” ¹.

Este trabalho teve por objetivo discutir o perfil do usuário que procura pelo serviço, sua inserção social e a referência com unidades básicas de saúde, as informações

são importantes, pois podem permitir a análise e dentro dos limites do estudo, possibilitam o planejamento e a organização da rede local de assistência odontológica e assim auxiliar o gestor na organização do serviço.

Apesar deste tema ser importante para se pensar o planejamento em serviços, o presente estudo é um dos poucos, se não o primeiro a avaliar o perfil dos usuários atendidos em pronto atendimento odontológico público municipal em relação às áreas de exclusão onde vivem. Assim, visto que os estudos sobre esta temática geralmente são realizados em instituições de ensino e com foco nos procedimentos realizados^{5,6,7,8,9}, fica difícil traçar parâmetros de comparação.

A análise dos dados do período estudado mostrou um coeficiente de 517 a 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 (Tabela 1).

O Ministério da Saúde, que divulgou o documento intitulado “Parâmetros para programação das ações básicas de saúde”¹⁸ não estabelece nesse os padrões de atendimento, segundo porte do município ou implantação de equipes de saúde bucal e a relação com o pronto atendimento odontológico. Sem um parâmetro oficialmente estabelecido, 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.

Embora as principais razões que levam o paciente a buscar atendimento nos serviços de pronto atendimento sejam principalmente o alívio da dor, devolução da estética e restabelecimento da função mastigatória^{19,20,21}, 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. A redução do número de pacientes que buscam os serviços de urgência como “porta de entrada” é desejável para não sobrecarregar o sistema, e isso implica em um melhor planejamento dos serviços e organização da demanda.

O Ministério da Saúde, em 2007 instituiu uma Tabela Unificada de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) ²², que passou a ser utilizada por todos os sistemas de informação da atenção a saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a integração das bases de dados ambulatoriais e hospitalares, e em consequência, os lançamentos da produção ambulatorial a partir de 2008 sofreram algumas alterações, envolvendo o período do estudo, ou seja, alguns procedimentos foram inseridos, outros excluídos e outros agrupados, em função disso, optou-se neste estudo por agrupá-los conforme a área de interesse. As tentativas de comparação com outros estudos foram dificultadas por não haver uma padronização entre os estudos apresentados tanto quanto a descrição dos procedimentos como quanto os que compõem cada grupo ou especialidade e o fato dos estudos disponíveis terem se desenvolvidos em serviços universitários, que geralmente se utilizam de uma divisão didático-acadêmica de procedimentos por especialidade ou por diagnóstico, não se utilizando rotineiramente dos códigos SIA/SUS, onde é informado apenas o procedimento final, por exemplo, uma extração é considerada um procedimento único, não sendo informado como procedimento a anestesia e a sutura, já alguns serviços universitários consideram estes como procedimentos, enquanto o serviço estudado se utiliza dos códigos e procedimentos previstos na Tabela SIA/SUS.

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) representam uma taxa de 96,50% de procedimentos realizados em relação ao total de usuários atendidos, sendo necessário esclarecer que procedimentos envolvendo apenas a consulta odontológica tais como medicação, encaminhamentos ou orientações não foram computados por não serem utilizados pelo serviço anteriormente a nova Tabela SIA/SUS. Observa-se uma inversão durante o período de estudo, próximo de 12% dos procedimentos cirúrgicos que diminuem enquanto os restauradores aumentam, sugerindo uma melhora na informação por parte dos usuários sobre os benefícios da manutenção dos elementos dentais e que a ampliação no acesso dos serviços de atenção básica com a incorporação de equipes de saúde bucal nas

Unidades de Saúde da Família, a qual se iniciou no município em 2008, podem ser responsáveis por este ponto positivo.

O perfil do usuário que procura pelo serviço, segundo a idade e o gênero pode ser observado na Tabela 3. O grupo etário mais representativo foi da faixa etária entre 20 e 49 anos (63,85%), com 31,80% e 32,05% para os gêneros masculino e feminino, respectivamente. Esses resultados são coincidentes com estudos desenvolvidos em instituições de ensino no Brasil ^{4,7,8,9}, sendo também similares aos achados em hospitais universitários de outros países ^{23,24,25}, e em um estudo no serviço público na Finlândia ²⁶. A elevada procura pelo pronto atendimento (63,85%) na faixa etária entre 20 e 49 anos 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”.

A procura similar pelo serviço entre pacientes do gênero masculino (50,80%) e feminino (49,20%) diferem dos relatados na literatura em estudos realizados em serviços universitários no Brasil, que apresentaram uma procura maior do gênero feminino ^{4,5,6,7,8,9,27,28}, sendo que essa diferença pode ser influenciada pelo fato dos estudos terem sido desenvolvidos em clínicas de faculdade de odontologia pois o serviço oferecido pelas faculdades possibilita inserção e tratamento completo em outras clínicas, e o atendimento ocorre no horário comercial, diferente do local deste estudo. Estudos desenvolvidos no setor público de outros países ^{26,29} não mostraram diferença significativa entre homens e mulheres; Weldt e Godoy ³⁰ encontraram uma predominância de mulheres e Scully ²⁵ e Berger ²³ verificaram maior prevalência de homens.

O dia de maior procura foi a segunda-feira dentre os dias úteis e, os sábados dentre os finais de semana, sendo o período de preferência as tardes nos dias úteis (36,19%) e as manhãs nos finais de semana (56,85%) (Tabela 4). Quanto ao meses do ano não houve diferença importante, embora tenha apresentado uma maior tendência de procura nos meses de janeiro e julho, coincidindo com períodos de férias de profissionais das unidades básicas de saúde e do plantão da clínica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Unicamp.

Os índices de exclusão social do local 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 regiões de baixa exclusão.

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 ESF³¹. Todavia, não se encontrou associação estatisticamente significativa com a procura pelo serviço ($p= 0,0984$), ou seja, a existência do serviço na região de residência não influenciou na procura.

As pesquisas em odontologia utilizam, via de regra, como referência para a significância estatística um $p \leq 0,05$. Porém, esse limite de 5% não é um critério de absoluta verdade, podendo levar a interpretação limitada dos resultados³², ignorando uma análise que poderia ser relevante do ponto de vista clínico e organizacional se considerássemos um nível de significância de 10%. Há uma possibilidade de se cometer um erro maior não rejeitando a hipótese, do que se a tivesse rejeitado considerando o nível de significância de 10%. Como exemplo pode-se utilizar os dados apresentados na Tabela 5, o nível de significância $\alpha=0,10$ e relacioná-los com a presença de equipe de saúde bucal (ESB) na região de residência dos usuários. Ao adotar este raciocínio, o resultado da tabela torna-se significativo estatisticamente. Isso significa que o pesquisador, embora aceite a probabilidade de um erro tipo I de 10%, esta poderá ser menor que a probabilidade de erro tipo II, caso o pesquisador não rejeite a hipótese pois, em odontologia, se considera como limite de probabilidade de erro tipo II 20%. O controle desse erro é feito durante o planejamento da pesquisa, no cálculo da amostra.

Do ponto de vista do gestor, esta informação é importante para o planejamento de ações em saúde, mesmo com a possibilidade de o acaso ocorrer em 10%, pois atesta para o fato da procura pelo serviço ser oriunda de locais com maior número de ESB indicando que, embora haja um maior número de equipes nas regiões mais carentes (equidade), o município ainda apresenta uma baixa cobertura que, aliada à característica de exclusão social, acarreta em maior procura pelo serviço de Pronto Atendimento.

Estudo de avaliação do modelo assistencial em municípios que incorporaram equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família realizado por Souza e Roncalli³³, concluiu que políticas públicas que contemplam aspectos, além dos pertinentes ao setor

saúde, são decisivas para uma real mudança nos modelos assistenciais e que municípios que mais avançaram na avaliação das condições de saúde, foram aqueles que apresentaram altos índices de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) e 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 residir em uma área coberta por equipe de saúde da família ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal ³⁴.

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 nesse estudo, insuficiente. São necessárias ações intersetoriais na busca pela melhoria de oportunidades e condições de vida das coletividades.

Os municípios têm investido na expansão da rede de atenção básica por meio da estratégia de saúde da família, e os resultados sugerem a necessidade da continuidade dos investimentos, principalmente nas áreas de maior exclusão social

CONCLUSÕES

Houve uma maior procura pelo pronto atendimento odontológico de usuários dos 20 aos 49 anos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Os procedimentos cirúrgicos foram os mais executados, sendo que os conservadores foram os que apresentaram um crescimento durante o período do estudo.

O elevado nível de exclusão social foi determinante na procura pelo pronto atendimento odontológico. 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 ($p \leq 0,05$), porém é de valor relevante para o gestor no planejamento de ações e na organização do serviço.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 16p.
2. 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.
3. 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.
4. Souza HA, Damante JH, Ferreira Jr O. Urgência odontológica: experiência de 8 anos em serviços prestados. *Rev ABO Nac* 1997; 5 (3).
5. 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.
6. Munerato, MC, Fiaminghi, DL, Petry, PC. Urgências em odontologia: um estudo retrospectivo. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*. 2005; 46(1): 90-95.
7. 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.
8. Tortamano IP, Leopoldino VD, Borsati MA, Penha SS, Buscariolo IA, Costa, CG, Rocha EG. Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do Setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. *RPG Rev Pós Graduação* 2006; 13(4): 299-306.
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, Recife*, 2009; 8(3): 229-235, disponível em www.cro-pe.org.br.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. (acessado em 18/Fev/2011).
11. Instituto de Pesquisa e planejamento de Piracicaba (IPPLAP)
<http://www.ipplap.com.br/docs/meis.pdf>. (acessado em 19/Nov/2010).
12. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) São Paulo.
<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil>. (acessado em 18/Fev/2011).
13. SAS – Statistical Analysis System. Version 9.2. Cary, North Carolina, USA. The SAS Institute, 2008.
14. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988
15. Houaiss A, Villar M de S, Franco FM de. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001
16. Simas LJP. Glossário odontológico. São Paulo; Pancast, 1989. 253p.
17. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Parâmetros para programação das ações básicas de saúde.
<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/sala5406.pdf>. (acessado em 04/Mar/2011).
19. Halling A, Ordell S. Emergency dental service is still needed--also for regular attenders within a comprehensive insurance system. Swedish Dental Journal 2000;24(5-6):173-81
20. Anderson R, Thomas DW, Phillips CJ. Toothache stories: A qualitative investigation of why and how people seek emergency dental care. Community dental health; 2003; 20:106-11.
21. 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.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 321 de 08 de fevereiro de 2007.
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/Portaria%20GM-321.pdf> (acessado em 18/Fev/2011).
23. Berger JL, Mock D. Evaluation of a hospital dental emergency service. *J Hosp Dent Pract* 1980;14(3):100-4.
24. Pennycook A, Makower R, Brewer A, Moulton C, Crawford R. The management of dental problems presenting to an accident in emergency department. *J R Soc Med* 1993;86(12):702-3.
25. Scully C. The pattern of patient attendance for emergency care in a British dental teaching hospital. *Community Dent Health* 1995;12(3):151-4.
26. Widström E, Pietilä I, Piironen P, Nilsson B, Savola I. Analysis of patients utilizing emergency dental care in two Finnish cities. *Acta Odontol Scand* 1988; 46(2):105-12.
27. Souza HA. Levantamento epidemiológico do serviço de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru da USP;1996.
28. Ferreira O, Damante JH. Serviço de urgência odontológica: aspectos epidemiológicos e administrativos. *RPG* 1988; 5(1): 31-38.
29. Plamping D, Williamson JD. A community study of non-scheduled dental appointments. *Br Dent J* 1977;142(6):197-200.
30. Weldt RO, Godoy EF. Estudio epidemiológico de la atención odontológica primaria de urgencia en la Comuna de La Condes. *Rev Fola Oral* 1998; 4(12):117-21.
31. Brasil. Ministério da Saúde. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. *Divulg saúde debate* 2000; 21:68-73.
32. Sola A, Dieppa FD, Rogido MR. Na evident view of evidence-basead practice in perinatal medicine: absence of evidence is not evidence of absence. *J. Pediatr* 2007; 83(5): 395-414.
33. Souza TMSD, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007; 23(11), 2727-2739.

- 34.** Rocha, RDACP, e 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. Cadernos de Saúde Pública, 2008; 24(12) 2871-2880.

CONCLUSÕES

Houve uma maior procura pelo pronto atendimento odontológico de usuários na faixa etária dos 20 aos 49 anos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os gêneros.

Os procedimentos cirúrgicos foram os mais executados, sendo que os conservadores foram os que apresentaram um crescimento durante o período do estudo.

O elevado nível de exclusão social foi determinante na procura pelo pronto atendimento odontológico.

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.

É necessário desenvolver mais estudos em serviços municipais com as mesmas características para contribuir com os gestores dos serviços no planejamento de ações.

Referênciasⁱ

Botazzo C, Bertolini SR, Corvelho V. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso de trabalhadores e adultos aos sistemas locais de saúde. *Divulgação*. 1995; 10: 43-53.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial da união*; 1990 set 20.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 16p.

Cohn A, Elias PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18: 173-180.

Ferreira, ABH. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988

Houaiss A, Villar M de S, Franco FM de. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001

IPPLAP - Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba. (acesso em 2010 nov 20). Disponível em <http://www.ipplap.com.br/>

Pereira MG. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *A organização das ações de saúde bucal na atenção básica: uma proposta para o SUS São Paulo*. São Paulo: SES; 2001. 39p.

Scaiber L, Nemes MIB, Gonçalves RBM. Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hicitec: 1996. 289p. Apud Campos CEA. Os princípios da medicina de família e comunidade. Rev Aten Prim Saúde. 2005; 8(2): 181-190

Simas LJP. Glossário odontológico. São Paulo; Pancast, 1989. 253p

Starfield, Barbara. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Cap.3

Rocha, Andréa Fonseca Silva. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2005. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Tortamano IP, Tortamano N, Costa CG, Borsati MA, Rocha RG *et al.*. As Urgências Odontológicas e o tratamento clínico e medicamentoso integrado. J Bras Clin Odontol Integr 2004; 8(43):78-85.

Vaughan JP, Morrow RH. Epidemiologia para os municípios: Manual para gerenciamento dos distritos sanitários. 3. Ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

ⁱ De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

APÊNDICE

Tabela 6 – Número e Porcentagem dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Odontológico segundo os bairros de origem e ano.

BAIRRO	ANO					
	2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%
Vila Cristina	1324	6,98	1357	7,06	1268	6,65
Mario Dedini	1282	6,76	1227	6,39	1198	6,28
Vila Sônia	1255	6,62	1171	6,09	1010	5,30
Água Branca	1125	5,93	1032	5,37	986	5,17
Santa Terezinha	899	4,74	797	4,15	737	3,87
Centro	763	4,03	774	4,03	825	4,33
Monte Líbano	716	3,78	683	3,55	749	3,93
Algodoal	699	3,69	702	3,65	684	3,59
Paulicéia	652	3,44	695	3,62	649	3,40
Novo Horizonte	618	3,26	598	3,11	633	3,32
Parque Piracicaba	522	2,75	530	2,76	524	2,75
Cidade Alta	507	2,67	477	2,48	564	2,96
Pompéia	505	2,66	449	2,34	462	2,42
São Jorge	494	2,61	552	2,87	465	2,44
Vila Rezende	473	2,50	516	2,69	483	2,53
Jardim Planalto	471	2,48	524	2,73	520	2,73
Jaraguá	451	2,38	436	2,27	464	2,43
Paulista	437	2,31	458	2,38	464	2,43
Jardim Itapuã	398	2,10	438	2,28	448	2,35

Continua

continuação

BAIRRO	ANO					
	2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%
Campestre	353	1,86	485	2,52	487	2,55
Santa Rosa	352	1,86	317	1,65	406	2,13
Cecap	307	1,62	269	1,40	266	1,40
Morumbi	307	1,62	264	1,37	293	1,54
Zona Rural - sitios	288	1,52	546	2,84	413	2,17
Piracicamirim	284	1,50	306	1,59	352	1,85
Vila Industrial	222	1,17	264	1,37	218	1,14
Jardim S. Francisco	201	1,06	222	1,16	161	0,84
Vila Independência	196	1,03	241	1,25	233	1,22
Vila Fátima	195	1,03	221	1,15	206	1,08
Nova América	194	1,02	197	1,03	246	1,29
Vila Monteiro	189	1,00	181	0,94	213	1,12
Jupia	181	0,95	205	1,07	199	1,04
Artemis	176	0,93	178	0,93	205	1,08
Dois Córregos	146	0,77	138	0,72	167	0,88
Tupi	125	0,66	166	0,86	188	0,99
Higienópolis	124	0,65	112	0,58	118	0,62
Santa Rita	109	0,58	85	0,44	116	0,61
São Dimas	106	0,56	129	0,67	151	0,79
Castelinho	101	0,53	64	0,33	75	0,39
Ibitiruna + Anhumas	99	4,32	124	5,30	101	4,28

Continua

continuação

BAIRRO	ANO					
	2007		2008		2009	
	n	%	n	n	%	n
Glebas Califórnia	91	0,48	103	0,54	134	0,70
Caxambu	91	0,48	70	0,36	67	0,35
Jardim Primavera	87	0,46	72	0,37	85	0,45
Jardim Califórnia	66	0,35	75	0,39	86	0,45
Santa Cecília	62	0,33	51	0,27	54	0,28
Santana	60	0,32	49	0,26	59	0,31
Bairro Verde	59	0,31	67	0,35	49	0,26
São Judas	58	0,31	60	0,31	59	0,31
Guamium	55	0,29	81	0,42	82	0,43
Vale do Sol	54	0,28	62	0,32	59	0,31
Nova Piracicaba	51	0,27	45	0,23	52	0,27
Jardim Elite	50	0,26	48	0,25	41	0,22
Areão	48	0,25	21	0,11	26	0,14
Jardim Monumento	47	0,25	43	0,22	35	0,18
Ondas	42	0,22	39	0,20	50	0,26
Taquaral	41	0,22	61	0,32	40	0,21
Morato	41	0,22	31	0,16	22	0,12
Conceição	17	0,09	44	0,23	46	0,24
Nhô Quim	17	0,09	9	0,05	7	0,04
Monte Alegre	17	0,09	7	0,04	14	0,07

Continua

continuação

BAIRRO	ANO					
	2007		2008		2009	
	n	%	n	n	%	n
Água Santa	13	0,07	9	0,05	3	0,02
Ondinhas	11	0,06	15	0,08	13	0,07
Cidade Jardim	11	0,06	10	0,05	4	0,02
Jardim Abaeté	8	0,04	5	0,03	8	0,04
Unileste	5	0,03	6	0,03	12	0,06
Tanquinho	5	0,03	5	0,03	7	0,04
Agronomia	2	0,01	2	0,01		0,00
Capim Fino	1	0,01	-	0,00	-	0,00
Rua do Porto	-	0,00	2	0,01	1	0,01
Clube de Campo	-	0,00	1	0,01	-	0,00
Total Geral	18956	100,00	19213	100,00	19062	100,00

Tabela 7 - Numero e porcentagem dos usuários do Pronto Atendimento Odontológico em relação a população estimada, segundo o bairro de origem, agrupados pela classificação do índice de exclusão social A.

A	2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%
Caxambu	91	7,59	70	5,72	67	5,43
Centro	763	5,40	774	5,37	825	5,67
Cidade Alta	507	3,32	477	3,06	564	3,58
Cidade Jardim	11	0,71	10	0,63	4	0,25
Clube de Campo	0	0,00	1	0,12	0	0,00
Glebas Califórnia	91	4,15	103	4,60	134	5,93
Higienópolis	124	7,38	112	6,53	118	6,82
Jardim Elite	50	0,99	48	0,93	41	0,79
Jardim Monumento	47	1,23	43	1,10	35	0,89
Nova América	194	2,98	197	2,97	246	3,67
Nova Piracicaba	51	0,61	45	0,53	52	0,60
Santa Cecília	62	1,88	51	1,52	54	1,59
São Dimas	106	1,87	129	2,23	151	2,59
São Judas	58	1,39	60	1,40	59	1,37
Vila Monteiro	189	2,73	181	2,57	213	2,99
Vila Rezende	473	6,81	516	7,28	483	6,75
Total Geral A	2817	3,22	2817	3,15	3046	3,38

Tabela 8 - Numero e porcentagem dos usuários do Pronto Atendimento Odontológico em relação a população estimada, segundo o bairro de origem, agrupados pela classificação do índice de exclusão social B.

B	2007		2008		2009	
	n	%	n	n	%	n
Agronomia	2	1,00	2	0,98	0	0,00
Areão	48	2,52	21	1,08	26	1,33
Bairro Verde	59	2,15	67	2,39	49	1,73
Castelinho	101	2,34	64	1,45	75	1,69
Dois Córregos	146	2,92	138	2,70	167	3,24
Jardim Abaeté	8	1,43	5	0,88	8	1,39
Jardim Primavera	87	6,54	72	5,31	85	6,21
Jupia	181	4,70	205	5,22	199	5,02
Monte Alegre	17	3,41	7	1,38	14	2,73
Morumbi	307	3,39	264	2,86	293	3,14
Nhô Quim	17	0,23	9	0,12	7	0,09
Ondas	42	9,00	39	8,19	50	10,40
Paulicéia	652	4,70	695	4,91	649	4,54
Paulista	437	4,12	458	4,24	464	4,25
Piracicamirim	284	3,68	306	3,88	352	4,43
Rua do Porto	0	0,00	2	0,17	1	0,09
Taquaral	41	5,64	61	8,23	40	5,34
Vila Independência	196	2,54	241	3,05	233	2,93
Total Geral B	2625	3,32	2656	3,29	2712	3,33

Tabela 9 - Numero e porcentagem dos usuários do Pronto Atendimento Odontológico em relação a população estimada, segundo o bairro de origem, agrupados pela classificação do índice de exclusão social C

C	2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%
Água Branca	1125	7,68	1032	6,90	986	6,53
Cecap	307	4,07	269	3,50	266	3,43
Conceição	17	6,33	44	16,05	46	16,62
Guamium	55	3,01	81	4,34	82	4,35
Jaraguá	451	10,02	436	9,49	464	10,00
Jardim Itapuã	398	7,22	438	7,78	448	7,89
Jardim S. Francisco	201	4,81	222	5,21	161	3,74
Morato	41	3,94	31	2,92	22	2,05
Ondinhas	11	4,36	15	5,82	13	5,00
Parque Piracicaba	522	5,60	530	5,57	524	5,45
Santa Rosa	352	11,72	317	10,35	406	13,13
Santa Terezinha	899	6,83	797	5,93	737	5,44
Unileste	5	0,75	6	0,88	12	1,75
Vale do Sol	54	3,64	62	4,10	59	3,87
Vila Fátima	195	4,78	221	5,31	206	4,91
Vila Industrial	222	5,12	264	5,97	218	4,88
Total Geral C	4855	6,40	4765	6,16	4650	5,95

Tabela 10 - Numero e porcentagem dos usuários do Pronto Atendimento Odontológico em relação a população estimada, segundo o bairro de origem, agrupados pela classificação do índice de exclusão social D.

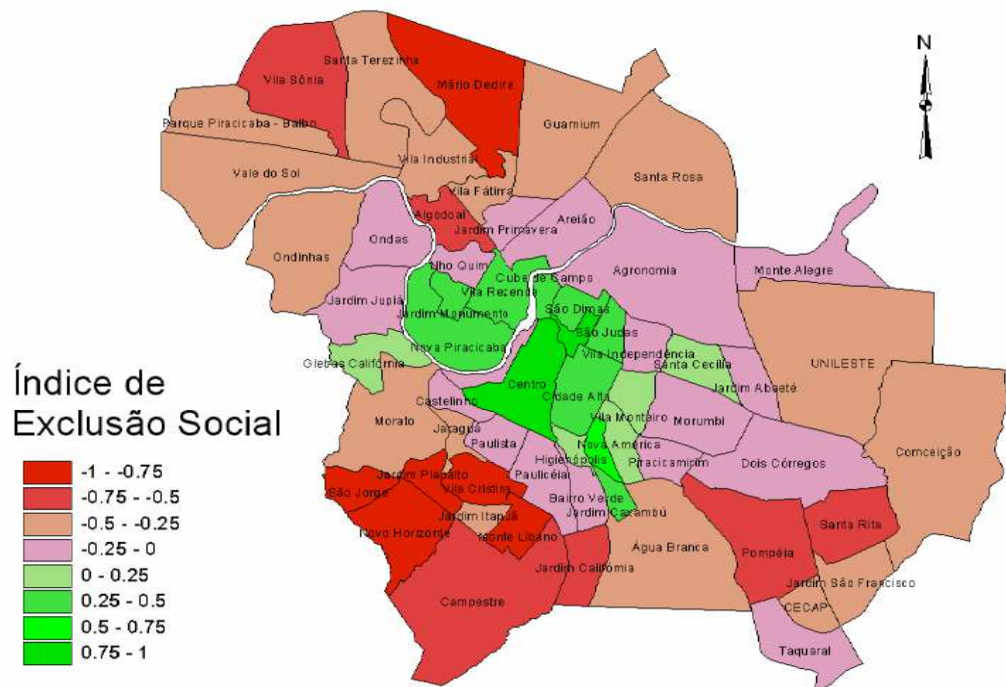
D	2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%
Algodoal	699	6,97	702	6,86	684	6,62
Campestre	353	9,08	485	12,22	487	12,16
Jardim Califórnia	66	3,52	75	3,93	86	4,46
Pompéia	505	6,49	449	5,65	462	5,76
Santa Rita	109	14,58	85	11,14	116	15,07
Vila Sônia	1255	6,92	1171	6,32	1010	5,40
Total Geral D	2987	7,03	2967	6,85	2845	6,50

Tabela 11 - Numero e porcentagem dos usuários do Pronto Atendimento Odontológico em relação a população estimada, segundo o bairro de origem, agrupados pela classificação do índice de exclusão social E.

E	2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%
Jardim Planalto	471	9,15	524	9,97	520	9,81
Mario Dedini	1282	19,00	1227	17,82	1198	17,24
Monte Líbano	716	6,97	683	6,51	749	7,08
Novo Horizonte	618	8,07	598	7,65	633	8,02
São Jorge	494	15,38	552	16,84	465	14,06
Vila Cristina	1324	7,82	1357	7,85	1268	7,27
Total Geral E	4905	9,81	4941	9,69	4833	9,39

ANEXO 1

Mapa de Exclusão/Inclusão Social do Município de Piracicaba - SP



Fonte Ipllap-Piracicaba - 2003

ANEXO 2

Comitê de Ética em Pesquisa - Certificado

Página 1 de 1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"A influência sócio-demográfica e da organização do serviço, na procura pelo Pronto Atendimento Odontológico no município de Piracicaba"**, protocolo nº 072/2010, dos pesquisadores Marcelo de Castro Meneghim e Dirce Aparecida Valério da Fonseca, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 21/07/2010.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"The influence of socio-demographic and service organization, the demand for Emergency Dental Care in Piracicaba"**, register number 072/2010, of Marcelo de Castro Meneghim and Dirce Aparecida Valério da Fonseca, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 07/21/2010.

Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO 3 : Ficha de Atendimento do Pronto Atendimento Odontológico

Frente:

**Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Saúde Bucal
SUB- Serviço de Urgência Bucal**

Ficha de Atendimento de Urgência Odontológica

Horário _____ Data ____/____/____ N° de ordem _____
Nome _____
Sexo _____ Idade _____ Documento de Identidade _____
Endereço _____
Bairro _____ Município _____
Nome do Responsável : _____

18	17	16	15	14	13	12	11		1	2	3	4	5	6	7	8
				55	54	53	52	51		61	62	63	64	65		
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
				85	84	83	82	81		71	72	73	74	75		

Questionário de Saúde

- 1- Está fazendo algum tratamento médico? _____ Qual? _____
- 2- Está Grávida? _____ Quantos meses ? _____ Gravidez Normal ? _____
- 3- Está tomando algum medicamento? _____
- 4- Tem alergia? _____
- 5- Tem Diabetes? _____
- 6- Tem pressão alta? _____
- 7- Tem algum problema de coração? _____
- 8- Já teve febre reumática? _____
- 9- Já teve hemorragia ou problemas de coagulação? _____
- 10- Já tomou anestesia no dentista? _____
- 11- Já fez alguma extração dentária? _____ A quanto tempo? _____
- 12 - Houve alguma complicação? _____

Eu, paciente (ou responsável) acima identificado(a), declaro serem verdadeiras as informações por mim fornecidas e autorizo previamente a execução do(s) procedimento(s) realizado(s) pelo(a) dentista e descrito(s) nesta ficha clínica

Ass: _____

Verso:

Quadro clínico atual:

Procedimento(s) realizado(s):

Observações:

Cirurgião(ã) Dentista: _____

C.R.O: _____

N.Funcional: _____

ANEXO 4

Submissão de artigo para publicação: