

Atendimento odontológico em unidades de emergência: caracterização da demanda

Dental care in emergency units: characterization of demand

Jessica Daniela Pacheco Flumignan

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP

Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Professor do Departamento de Cirurgia e do Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP

RESUMO

Fizemos estudo prospectivo quantitativo a partir de um corte transversal na população para investigar o perfil e as características da demanda dos usuários em Odontologia atendidos nas Unidades de Urgência do atendimento SUS de Sorocaba. A análise aconteceu com entrevista onde foram incluídos 270 usuários atendidos no período de 08/01 a 21/02/2013. Foram entrevistados também os cirurgiões-dentistas que estavam atuando no período referente às entrevistas com os usuários. Encontramos predominância do gênero feminino (61,5% dos casos), cuja faixa etária mais habitual entre 20 a 44 anos (179 casos). A queixa de dor foi predominante, podendo ou não estar associada a outra queixa. O serviço de atendimento de urgências mostrou 95,2% de intervenção nesses casos.

Palavras-chave: Odontologia em Saúde Pública; Serviços Médicos de Urgência; Programas Nacionais de Saúde.

ABSTRACT

We have made a quantitative prospective study from a cross-section of the population to investigate the profile and characteristics of the demand for dentistry users treated at the Emergency Units in the city of Sorocaba/SP. The analysis happened with an interview of 270 users in the period from 08 January to 21 February, 2013. The dentists who were acting with users in the period relating to interviews were also interviewed. The user's profile of this service was predominantly female (61.5% of the cases) and the age group that's to odd out was between 20-44 years old (179 cases). The complaint of pain was predominant, and may or may not be associated with another complaint. The service of emergency care at the UPH showed 95.2% of interventions in the studied cases.

Keywords: Public Health Dentistry; Emergency Medical Services; National Health Programs.

Introdução

Historicamente a prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil tinha por hábito apenas oferecer alguns procedimentos mutiladores, ademais existia o acesso limitado a alguns grupos de pacientes. Contudo, ao longo das últimas décadas a Odontologia tem apresentado mudança significativa no perfil de atendimento, isso se reflete especialmente nas camadas sociais que dependem diretamente da assistência pública (1). As primeiras experiências com modelos gerenciais mais articulados se deram no início da década de 1950, implementadas pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública, hoje Fundação Nacional de Saúde, e se basearam num modelo importado dos EUA para atendimento a escolares, o “Sistema Incremental”. Este sistema, a despeito das inúmeras críticas que lhe são feitas até hoje, tem se mantido como hegemônico e é utilizado em quase todas as regiões do Brasil (2, 3). A participação da saúde bucal e das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se de forma paralela e afastada do processo organizacional dos demais serviços de saúde. Atualmente, observa-se o esforço para promover maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, conjugando saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão assistencial incorporando a abordagem familiar e a defesa da vida.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em março/04, buscava vibrar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção e manejo de doenças com resolutividade e qualidade. A garantia de acesso aos serviços de saúde bucal passaria a ser uma extensão do SUS, compartilhando de seus princípios organizativos e doutrinários, se propondo também em capacitar o sistema para resolver situações relacionadas à saúde/doença dos usuários atendendo-os de forma adequada em todos os níveis de atenção (4).

A construção conjunta de uma consciência sanitária, em que a integralidade fosse percebida como um direito a ser conquistado, permitiu desenvolver o processo e controle social das ações e serviços em saúde bucal. Essa situação ainda não está perfeita, por isso mesmo, os profissionais da equipe de saúde bucal devem continuar a desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas na interface com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, mobilidade urbana entre outras (4).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) cresceu sobremaneira no país, mas ainda atravessa desafios para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, para se consolidar nos grandes centros urbanos e vive com isso um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas ainda não conseguem atender adequadamente as novas necessidades dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do

processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar e trabalho em equipe) (5, 6, 7).

A proposição das diretrizes para uma PNSB e de sua efetivação, por meio do Projeto Brasil Sorridente, tem, na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares. Organizar ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio desse Programa, e sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal (2). A assistência à saúde bucal prestada pelos serviços públicos em Sorocaba/SP tem um posicionamento histórico semelhante ao que ocorreu no restante do Brasil, encontrando-se impasses parecidos com os descritos anteriormente.

Entende-se por urgência odontológica, o atendimento cujas medidas imediatas visam aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos ou estéticos da cavidade bucal (8). Em Sorocaba, à semelhança do que ocorreu com as especialidades médicas, o cuidado das situações de emergência e urgência em Odontologia passou a ter um local para atendimento com a criação das Unidades Pré-Hospitalares (UPH), que são serviços para prestar atendimento de urgência e emergência fora do âmbito hospitalar. Esse novo ambiente permitiu aproximar o projeto da Secretaria Municipal de Saúde na área da saúde bucal com o pretendido pelo Ministério da Saúde (8).

Em Sorocaba, no ano de 2008, o primeiro serviço odontológico de urgências e emergências foi inaugurado na UPH da Zona Oeste, para oferecer esse tipo de atendimento em horários alternativos ao de funcionamento das UBS e USF. No ano de 2012 ampliou-se o atendimento para a UPH da Zona Norte, regionalizando a assistência. Atualmente, há o mesmo tipo de serviço (terceirizado) dentro da recém-inaugurada UPH da Zona Leste.

Não existe nenhuma legislação que obrigue o município a viabilizar atendimento 24 horas por dia, porém o poder público afirma que o objetivo de não disponibilizar essa porta aberta durante as 24 horas por dia, nos 7 dias da semana, é fortalecer a atenção primária e fazer com que os usuários possam ser acolhidos o mais próximo de sua moradia, assim como preconizam os Cadernos de Atenção Básica do SUS (2, 9).

Nas UPH não há o acolhimento odontológico, portanto todo usuário que acesse o Serviço é atendido diretamente pelos próprios cirurgiões-dentistas (CD), sendo submetidos a intervenções ou orientações segundo as necessidades de seu quadro clínico. Não há critérios de risco ou de exclusão e o atendimento acontece por ordem de chegada. O atendimento é por demanda espontânea e não há a contrarreferência para unidade de origem dar continuidade ao tratamento. É rotina do serviço realizar o diagnóstico, propor e executar o tratamento na mesma consulta. Os atendimentos acontecem das 19h às 1h, de segunda a sexta-feira, e das 7h às 1h, aos sábados, domingos, feriados e pontos facultativos.

Interessou-nos conhecer o perfil e as características da demanda dos usuários que são atendidos nas UPH das Zonas Oeste e Norte do município de Sorocaba.

Material e Método

Casuística

Este estudo quantitativo faz um corte transversal na população e foi realizado a partir da coleta de dados obtidos com entrevistas com os usuários dos serviços de Odontologia das UPH Zona Oeste e Zona Norte, bem como com os CDs que atendem nestes locais. Os pacientes que participaram deste estudo foram atendidos nas UPH porque buscaram este atendimento espontaneamente (10). O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, sob o número 1529, com aprovação em 11/09/2012.

O levantamento da casuística aconteceu no período de 08/01/2013 a 21/02/2013. Foram incluídos 270 usuários que foram atendidos em regime de urgência/emergência nas UPH da Zona Oeste e da Zona Norte da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba, no período descrito acima, não houve critério para seleção, tendo sido incluídos todos os pacientes que consentiram em participar das entrevistas. O universo total de pacientes nesse período foi de 1.664 usuários, a amostra foi aleatória de acordo com a manifestação positiva de participação voluntária com a pesquisa, não houve critério de exclusão e para os menores de idade ou pacientes que não poderiam responder aos questionários, ele foi respondido pelos responsáveis. Foram entrevistados também os CDs que estavam atuando no período referente às entrevistas com os usuários.

Os instrumentos para coleta de dados corresponderam a questionários fechados, aplicados pela autora, com perguntas objetivas, um para os usuários e outro para os profissionais, para caracterizar o perfil do usuário da atenção odontológica de urgência do município. Antes de aplicar os questionários, os usuários e os CDs recebiam as informações esclarecedoras sobre o objetivo e natureza da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Metodologia Estatística

Foi realizada análise inicial descritiva, a partir das frequências absolutas (n) e relativas (%) de respostas dos entrevistados. Em alguns casos foi calculada a associação entre duas questões, através do teste de Qui-quadrado ou então do teste Exato de Fisher. A significância estatística foi considerada para valores de $p \leq 0,05$ (ou 5%).

Resultados

Foram aplicados 270 questionários para os pacientes, sendo 166 (61,5%) do sexo feminino, houve um predomínio na faixa etária dos 20 a 44 anos de idade (66,3%). A associação entre gênero e faixa etária foi significativa ($p = 0,023$), indicando uma proporção acima do esperado de homens na faixa etária de 45 a 65 anos (Tabela I).

Tabela I. Distribuição dos pacientes atendidos nos serviços odontológicos de duas unidades pré-hospitalares (Sorocaba, 2013) de acordo com gênero e faixa etária

Gênero	Faixa Etária (em anos)					Total
	0-14	15-19	20-44	45-65	> 65	
feminino	8 (44,4)	14 (56,0)	122 (68,2)	20 (47,6)	2 (33,3)	166 (61,5)
masculino	10 (55,6)	11 (44,0)	57 (31,8)	22 (52,4)*	4 (66,7)	104 (38,5)
Total	18 (100)	25 (100)	179 (100)	42 (100)	6 (100)	270 (100)

* ($p = 0,023$, teste de Qui-quadrado)

Em relação às queixas que levaram os pacientes ao atendimento de urgência, tivemos 205 (75,9%) com queixa de dor, 57 (21,1%) cárie, 40 (14,8%) canal, 20 (7,4%) extração e 10 (3,7%) trauma. Treze pacientes referiram ausência de queixas e procuraram a UPH na tentativa de acessar a rede e garantir um acesso a tratamento odontológico na Atenção Básica, 185 relataram apenas uma, 70 relataram duas e apenas dois pacientes relataram três ou mais queixas.

A Tabela II mostra a conduta praticada pelos dentistas para pacientes que apresentaram pelo menos uma das cinco queixas principais. A única situação em que houve significância estatística foi para 'aplicação de curativo' ($p = 0,043$) que foi associado aos procedimentos de dor, cárie e endodontia. No caso da conduta pulpotomia, ficou próximo da significância ($p = 0,066$), indicando uma tendência maior de aplicação dessa conduta para pacientes com pelo menos uma das cinco principais queixas.

Tabela II. Condutas praticadas pelos dentistas aos pacientes atendidos nos serviços odontológicos de duas unidades pré-hospitalares (Sorocaba, 2013) que apresentaram pelo menos uma das principais queixas (dor, trauma, cárie, canal, extração)

Condutas aplicadas	Pacientes com pelo menos uma das 5 principais queixas		
	Não	sim	p-valor ¹
Medicação	2 (15,4)	54 (21,0)	1,000
Exodontia	-	47 (18,3)	0,134
Pulpotomia	1 (7,7)	88 (34,2)*	0,066
Desobturação	-	4 (1,6)	1,000
Drenagem	1 (7,7)	13 (5,1)	0,507
Contenção	-	2 (0,8)	1,000
Curativo	-	65 (25,3)	0,043
Total	13 (100)	257 (100)	

*Teste exato de Fisher ($p = 0,03$)

Para a avaliação do grau de resolutividade de acordo com os diagnósticos obtidos (Tabela III), observamos significância estatística nos casos de exodontia (correlacionado com resolutividade total, $p < 0,001$) assim como, pulpotomia e/ou desobturação (correlacionados com resolutividade parcial, $p < 0,001$). Os casos de periodontia (4 casos), prótese (8 casos) e drenagem de abscesso (14 casos) não puderam ser avaliados com relação ao grau de resolutividade devido à pequena casuística (Tabela III).

Tabela III. Avaliação do grau de resolutividade, dos procedimentos executados aos pacientes atendidos nos serviços odontológicos de duas unidades pré-hospitalares (Sorocaba, 2013) de acordo com o diagnóstico

Resolutividade	Diagnóstico				
	Exodontia	Periodontia	Prótese	Pulpotomia	Drenagem
não resolvido	-	3 (75,0)	-	-	-
resolução parcial	1 (2,1)	-	1 (12,5)	82(88,2)	13 (92,9)
resolução total	46 (97,9)	1 (25,0)	7 (87,5)	11 (11,8)	1 (7,1)
Total	47 (100)	4 (100)	8 (100)	93 (100)	14 (100)
p-valor ¹	<0,001	n.a.	n.a.	<0,001	n.a.

¹ Teste de Qui-quadrado; n.a. = não avaliado

A Tabela IV mostra o grau de resolutividade de acordo com o tratamento realizado pelo CD. Verifica-se relação estatística significativa de medicação, exodontia, pulpotomia e curativo com o grau de resolutividade, onde medicação está mais associada com não resolutividade, exodontia com resolutividade total, e os demais (pulpotomia e curativo) com resolutividade parcial. Os tratamentos desobturação, drenagem e contenção tiveram prevalência muito pequena e, portanto, não foi possível correlacionar com resolutividade.

Tabela IV. Grau de resolutividade nos atendimentos dos pacientes atendidos nos serviços odontológicos de duas unidades pré-hospitalares (Sorocaba, 2013) de acordo com o tratamento realizado pelo dentista na UPH

Resolutividade	Diagnóstico					
	Medicação	Exodontia	Pulpotomia	Desobturação	Drenagem	Curativo
não resolvido	22 (39,3)	-	-	-	-	1 (1,5)
resolução parcial	24 (42,9)	1 (2,1)	79 (88,8)	3 (75,0)	13 (92,9)	63 (96,9)
resolução total	10 (17,9)	46 (97,9)	10 (11,2)	1 (25,0)	1 (7,1)	1 (1,5)
Total	56 (100)	47 (100)	89 (100)	4 (100)	14 (100)	65 (100)
p-valor ¹	<0,001	<0,001	<0,001	n.a.	n.a.	<0,001

¹ Teste de Qui-quadrado; n.a. = não avaliado

Com relação aos vínculos dos pacientes com outros serviços de Odontologia, encontramos que 39 (14,4%) pacientes que afirmaram fazerem tratamento dentário atualmente e, desses, 15 (38,5%) na UBS, 14 (35,9%) com CD de convênio, 7 (17,9%) CD particular e ainda 3 (7,7%) que não especificaram onde fazem o tratamento.

Discussão

BOTAZZO *et al.* (11), estudando o acesso aos sistemas de saúde bucal SUS, apresentaram a hipótese de que não se disponibilizava atendimento adequado no setor público para urgência/emergência e, ao final, concluíram que esses serviços estão universalizados, porém as atividades programáticas não acontecem para esse grupo de usuários dos atendimentos de urgência/emergência, portanto não há uma abordagem preventiva como habitualmente é feito com as crianças em idade escolar.

Outro estudo que buscou avaliar as possíveis desigualdades na utilização e no acesso aos serviços odontológicos em nível nacional incluiu um total de 344.975 pessoas, destes indivíduos, 19% declararam nunca ter ido ao dentista e, nos casos que já haviam buscado a assistência odontológica, apenas 24% foi através do atendimento SUS. Os autores concluíram que o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel muito pequeno, se distanciando muito do que ocorre nos atendimentos médicos, e com isso fica evidente que ocorrem desigualdades no acesso e na atenção à saúde bucal nas classes menos privilegiadas (12). O estudo de TRAVASSOS *et al.* (13) reforça que a implementação dos princípios do SUS para a Odontologia como um sistema pautado na universalidade do acesso e as desigualdades sociais compõe a realidade do processo de adequação.

MOREIRA *et al.* (14) concluíram que apesar dos avanços do SUS, principalmente com a implantação da ESF, o acesso à atenção de saúde bucal ainda é restrito e que a escassez de serviços para a população idosa é uma realidade e BALDANI *et al.* (7) consi-

deram que o fato da Odontologia não estar presente desde o início do programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais correlacionados, assim como pode ter determinado formas variadas de processo de implantação de equipes de saúde bucal (7, 14).

A busca pelo atendimento odontológico de urgência no setor público é muito variável nos mais diversos serviços, o que deixa claro que a política de acesso e cobertura ao tratamento odontológico está diretamente relacionada à metodologia preconizada pelos governos. Com isso as queixas pelas quais os usuários procuram os serviços também são muito diferentes entre países e inclusive entre municípios de um mesmo país.

Em 2000, HALLINGE & ORDELL (15) relataram que dos 865 casos de um serviço de urgência na Suécia o predomínio dos casos ficou entre crianças/adolescentes, totalizando 40% da amostra. Em nosso estudo, as crianças e adolescentes somaram 16% da amostra e a faixa etária que predominou foi de indivíduos profissionalmente ativos (20 aos 44 anos). A possível explicação para essa realidade, segundo TRAEBERT (16), são as peculiaridades do Serviço Nacional de Odontologia da Suécia que é responsável pelos cuidados dentais de todos os indivíduos, do nascimento até os 19 anos, ficando apenas 20% dos adultos atendidos pelo sistema público.

O gênero feminino predominou (61,5%) em nossa casuística, corroborando os achados nas pesquisas de SANCHEZ & DRUMOND (1) e PINTO *et al.* (8). Esses autores relatam que a demanda feminina pode estar associada a questões culturais ou sociais, uma vez que as mulheres têm maior acesso aos serviços oferecidos pelo sistema público de saúde, tornando-a mais disposta a frequentar os serviços de saúde.

PAULA *et al.* (17) corroboraram com os nossos achados, dos 1.181 prontuários avaliados por eles, o gênero feminino predominou em 61,7% e a faixa etária média foi de 37 anos, em outra pesquisa, FERREIRA JÚNIOR (18), analisando 30.918 atendimentos, encontrou 58,97% do gênero feminino.

Aglutinamos as principais queixas de urgência no atendimento odontológico das UPH em situações de dor, trauma, cárie, canal e extração. Aparentemente são essas mesmas as queixas mais habituais nos demais serviços que atendem o mesmo perfil de pacientes, pois a maior parte das situações agudas de acometimento dentário terá como sinal/sintoma sinalizador a dor ou a referência a trauma, entre outras situações (18). No estudo de HALLING & ORDELL (15), a dor ocorreu em 19%, endodontia em 26%, extrações em 14%, trauma em 12%. Para PAULA *et al.* (17), a dor foi referida em 46,7% dos casos, os traumatismos ocorreram em 8% dos casos, a endodontia foi relatada em 17,4% das ocorrências.

O atendimento em unidade de urgências e emergências nem sempre resulta em condutas definitivas, exceto naqueles casos de extrações sem complicações. Um paciente com queixa de dor associada à necessidade de tratamento de canal, por exemplo, não se resolve em uma unidade de

pronto atendimento. Neste caso se não ocorrer a continuidade do tratamento via UBS ou USF, pois o mesmo dente poderá recorrer em necessidade de novo atendimento em uma UPH. Segundo SANCHEZ & DRUMOND (1), pode-se afirmar que essas novas urgências significarão novas exodontias, pois ao longo do tempo o dente tenderá a ser perdido. A maioria dos casos tratados em serviços de urgência necessita de continuidade e essa premissa não detectamos em nossa casuística.

Na avaliação dos usuários que sobre tratamento odontológico prévio, apenas 39 (14,4%) faziam tratamento dentário como rotina, no trabalho de HALLINGE & ORDELL (15) esse número sobe para 73%. HALLINGE & ORDELL (15) apresentaram análise baseada na realidade de países escandinavos, porém diversos estudos relatam que a Odontologia brasileira pretende se espelhar no sistema adotado nos países escandinavos (3, 15, 16, 19).

Com relação à resolutividade, a resolução total ficou inversamente proporcional à dor relacionada às ações endodônticas, por outro lado as exodontias foram a maior tendência de completa resolução o processo no tratamento oferecido pela UPH. A resolução parcial ficou para os casos de dor e ações endodônticas. E a resolutividade ausente ficou próxima à significância estatística apenas para os casos de extrações sem sucesso. Dos 270 casos estudados, 257 (95,2%) foram beneficiados com algum tipo de intervenção e apenas 13 (4,8%) não foram submetidos a um procedimento.

Fica claro que o serviço de urgência oferecido pelo município de Sorocaba/SP tem um grau de resolutividade satisfatório que contempla a população naquilo que a mesma busca para o momento. Apesar de existir um local apropriado para esse atendimento, a maior parte dos procedimentos ainda se reveste do caráter mutilador já descrito; ademais, o atendimento de urgências nessas UPH não tem uma sistematização que permita absorver ou encaminhar os pacientes a outros níveis de resolutividade. Essa é uma lacuna que mereceria planejamento por parte do poder público, garantindo a integralidade das ações em saúde bucal.

Conclusão

É bastante possível que as Instituições de Ensino Superior tenham que repensar os currículos para formar profissionais que atendam as atuais necessidades socioeconômicas do país, pois com a consolidação do SUS e com a expansão da ESF a saúde bucal deverá estar efetivamente integrada na assistência à saúde da comunidade. Para isso, a construção do projeto pedagógico deve se voltar aos problemas advindos das interações que se estabelecem entre as instituições, os governos e a sociedade. Será esta mudança de visão no processo de ensino desde a graduação com a inserção nas práticas do SUS, assim como a corresponsabilização do graduando em Odontologia na educação permanente e o compromisso em sua própria formação com a cooperação através de rede de assistência à saúde que poderá fazer a diferença.

Referências ::

1. SANCHEZ, H, DRUMOND, M. Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolução. *RGO*. 2011; 59 (1): 79-86.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. RONCALLI, AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. Araçatuba. Tese [doutorado]. Faculdade de Odontologia da Unesp; 2000.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005; 9 (16): 39-52.
6. GIL, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22 (6): 1171-81.
7. BALDANI, MH, FADEL, CB, POSSAMAI, T, et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil I. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (4): 1026-35.
8. PINTO, EC, BARROS, VJ, COELHO, MQ, et al. Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais. *Arq. Odontol*. 2012; 48 (3): 166-74.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. MARCONI, MA, LAKATOS, EM. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2010. 160 p.
11. BOTAZZO, C, BERTOLINI, SR, CORVELHO, VM. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. *Divulg. Saúde Debate*. 1995; (10): 43-53.
12. BARROS, AJD, BERTOLDI, AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2002; 7 (4): 709-17.
13. TRAVASSOS, C, VIACAVA, F, FERNANDES, C, et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000; 5 (1): 133-49.
14. MOREIRA, RS, NICO, LS, TOMIRA, NE, et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (6): 1665-75.
15. 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): 173-81.
16. TRAEBERT, JL. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. *Rev. Saúde Pública*. 1996; 30 (6): 519-26.
17. PAULA, JS, OLIVEIRA, M, SOARES, MR, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. *Arq. Odontol*. 2012; 48 (4): 257-62.
18. FERREIRA JÚNIOR, O. Contribuição social do Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru: sua participação no convênio com o Sistema Único de Saúde. Bauru. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Odontologia da USP; 1997.
19. SPENCE, JD, BARNETT, HJM. Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica: Série Abeno. Porto Alegre: Artes Médicas; 2013. 123 p.

Recebido em: 03/06/2014 / Aprovado em: 07/07/2014

Jessica Daniela Pacheco Flumignan

Rua Romeu do Nascimento, 280 - Portal da Colina

Sorocaba/SP, Brasil - CEP: 18047-410

E-mail: jessica@jessica.odo.br