

PERFIL DOS USUÁRIOS DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Profile of users of urgent dental care in a primary health care unit

Judith Barros Cassal¹, Débora Deus Cardozo², Caren Serra Bavaresco³

RESUMO

Em função de suas condições socioeconômicas, grande parte das pessoas dificilmente tem acesso ao acompanhamento odontológico, ou seja, uma atenção longitudinal em saúde bucal e, conseqüentemente, não usufrui das medidas de prevenção de doenças, acessando o setor de urgência como porta de entrada para o sistema de saúde. Considerando que a procura por consultas de urgência é alta no SSC/GHC e que o acesso ao tratamento muitas vezes é restrito, esse estudo tem como objetivo principal traçar o perfil do usuário atendido na consulta de urgência odontológica da Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI), a fim de propor estratégias para qualificar o atendimento odontológico nesta Unidade. O instrumento utilizado para realizar este estudo foi um questionário contendo 16 questões que abordaram dados pessoais e dados sobre a consulta. A partir dos resultados, pode-se concluir que a maioria dos pacientes que procuraram atendimento no serviço de urgência odontológica da USJI eram do sexo feminino, casadas, com idade média de idade de 43 anos, apresentavam baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade materna. A dor de dente foi o principal motivo das consultas de urgência e o diagnóstico mais realizado foi o de doença de polpa, mostrando a necessidade da prevenção de doenças bucais, principalmente a cárie.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Bucal. Emergências. Serviços de Saúde Bucal. Saúde Pública

ABSTRACT

Because of their socioeconomic status, a large part of the population has no access to longitudinal dental care, thus not being entitled to prevention, and being forced to use the urgency clinics to gain entry to the health system. Taking into account the large number of patients demanding the SSC/GHC, and also the fact that access to treatment is restricted, this study aimed to identify the profile of the users seen at the urgent dental care clinic of the Jardim Itu Health Unit, and propose strategies to improve dental care in the unit. The study consisted of a questionnaire composed of 16 questions on personal data and data on the consultation. Most patients seeking urgent dental care were married women, with a mean age of 43 years, with low socioeconomic level and low maternal schooling. Toothache was the most frequent complaint, and pulp disease the most frequent diagnosis, pointing to the need of oral disease prevention, chiefly caries.

KEY WORDS: Oral Health. Emergencies. Dental Health Services. Public Health

¹ Judith Barros Cassal, Cirurgiã-Dentista e Especialista em Saúde Pública (UFRGS). Serviço de Saúde Comunitária - Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

² Débora Deus Cardozo, Cirurgiã-Dentista, Odontóloga do Serviço de Saúde Comunitária - GHC; Mestranda em Odontologia - Saúde Bucal Coletiva (UFRGS)

³ Caren Serra Bavaresco, Cirurgião Dentista - SSC/GHC. Preceptora RIS/GHC. Consultora Odontologia - Projeto Telessaúde RS. Mestre e Doutora Bioquímica/UFRGS. Doutoranda Clínica Odontológica - Cariologia/UFRGS. E-mail: c_bavaresco@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As ações de cuidado à saúde bucal, historicamente, têm sido estruturadas como uma prática caracterizada pelo curativismo. Entretanto, nas últimas décadas, essas ações estão sendo reorganizadas e direcionadas à promoção e à prevenção da saúde bucal, tanto em países desenvolvidos quanto em países emergentes, alcançando ganhos reais em atenção primária à saúde (APS).¹

No Brasil, os primeiros dados a respeito da condição de saúde bucal foram apresentados no levantamento epidemiológico realizado em 1986, que retratou o resultado de uma prática odontológica caracterizada por extrações em massa, incrementando as necessidades de reabilitação com a prótese dentária. Esta situação é decorrente de uma complexidade de fatores sociais, econômicos e biológicos, com forte influência do modelo curativo-mutilador oferecido pelos serviços odontológicos, que se caracterizaram por uma prática excludente e assistencialista, voltada para os que podiam financiar os serviços.¹

O Sistema Único de Saúde (SUS), uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, é regulamentado pela Constituição de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, cujos princípios doutrinários são a universalidade, equidade e integralidade. Esse novo olhar sobre a saúde tornou-se um desafio diante dos antigos modelos assistenciais, pois teria de enfrentar, no país, uma dívida social acumulada, contribuindo para se pensar novos desafios aos problemas do processo saúde-doença.¹

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela considerável da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde.¹ De acordo com o SB Brasil 2003, 22% dos brasileiros nunca consultaram com o dentista. Em função de suas condições socioeconômicas, grande parte das pessoas dificilmente tem um acompanhamento odontológico longitudinal, caracterizado por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal e o controle das patologias identificadas² e, conseqüentemente, não usufruem das medidas de prevenção de doenças mais graves.³

Além disso, a presença de barreiras e o acesso restrito aos serviços odontológicos podem resultar em menor número de oportunidades para detecção e tratamento precoces da cárie dentária e outros agravos à saúde bucal, com decorrente prevenção dos casos de dor.⁴

A odontalgia é causada, principalmente, pela cárie dentária e afeta proporções consideráveis da população mundial, mais especificamente, os indivíduos jovens e economicamente desfavorecidos. Além disso, a odontalgia produz

impacto negativo sobre a qualidade de vida, ocasionando sofrimento, queda no desempenho laboral, no aprendizado e dificuldades no convívio social.⁴

O setor de urgência é conhecido como ponto de entrada para o sistema de saúde, principalmente por aquelas pessoas que têm dificuldade de acessar o serviço rotineiramente⁵, desfazendo, desta forma, os princípios da APS, por não contemplarem a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações. Esta situação é responsável não só pelos desanimadores números vistos no último levantamento epidemiológico nacional em algumas localidades, mas por demonstrar que as dores de dente e a perda dentária estão presentes no cotidiano dos brasileiros.^{1,6}

Até o lançamento do Brasil Sorridente em 17 de março de 2004, não havia uma política de saúde bucal voltada para essa população, justificando a manutenção dos altos índices de cárie dental.⁷ A falta de acesso a medidas preventivas e assistenciais possivelmente aumenta a complexidade do problema, podendo levar a duas alternativas extremas. Por um lado, a exodontia como única conduta tecnicamente possível, frente à gravidade da doença e, por outro, a exodontia como indicação para alívio da dor, frente à impossibilidade de acesso a outros tipos de tratamento.⁷

O tipo de tratamento realizado no setor de urgência para sanar a queixa do paciente é temporário, reduzindo a resolubilidade dos problemas em APS. Na maioria dos casos, são prescritos analgésicos e antibióticos e os pacientes são referenciados para outros profissionais para continuar o tratamento.⁵

Com o intuito de desfazer esta prática excludente, o atendimento do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) está alicerçado nos quatro conceitos fundamentais APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação das ações.⁸

Nesta perspectiva, objetiva-se ampliar o número de consultas programadas em relação às espontâneas (urgências odontológicas) a fim de se garantir um adequado acompanhamento do usuário. Assim, levando em consideração que a procura por consultas de urgência é alta no SSC/GHC e que o acesso ao tratamento, muitas vezes, é restrito, esse estudo tem como objetivo principal traçar o perfil do usuário atendido na consulta de urgência odontológica da Unidade de Saúde Jardim Itu, a fim de propor estratégias para qualificar o atendimento odontológico nesta Unidade de Saúde.

MÉTODO

Este é um estudo quantitativo, transversal e descritivo. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde Jardim Itu

(USJI), uma das 12 unidades pertencentes ao Serviço de Saúde Comunitária - SSC do Grupo Hospitalar Conceição GHC, zona noroeste de Porto Alegre.

A população estudada foi composta pelos usuários atendidos na consulta de urgência odontológica da Unidade de Saúde Jardim Itu, utilizando-se uma amostra consecutiva, ou seja, todos os usuários que foram atendidos em consulta odontológica de urgência durante o período da coleta de dados, que ocorreu de 1º de março a 31 de julho de 2009, foram convidados a participar. Usou-se, como critério de exclusão da amostra, os indivíduos que não pertencem à área de abrangência da USJI, uma vez que o acesso ao atendimento integral em odontologia é ofertado apenas para os moradores do território de abrangência. O instrumento utilizado para a realização deste estudo foi um questionário contendo 16 questões que abordaram dados pessoais e dados sobre a consulta, sendo considerada como urgência odontológica a queixa do usuário.

Para a avaliação do instrumento de coleta, foi realizado um estudo piloto durante a primeira semana de março de 2009. Os cirurgiões-dentistas da unidade foram treinados quanto ao preenchimento do instrumento. Após o período preliminar de estudo, foi observada a necessidade de inclusão de uma alternativa de resposta em uma das questões, adaptando-se assim, o questionário para a coleta definitiva das informações.

Durante os cinco meses do período de coleta de dados, o instrumento era entregue ao usuário no final da consulta odontológica, após a queixa de urgência do mesmo ter sido resolvida. No caso de menores de 18 anos, o responsável auxiliava no preenchimento. O local para a aplicação da entrevista foi o consultório odontológico, onde o usuário, após a consulta, podia ler e responder às perguntas com privacidade, tranquilidade e sem intervenções. Caso o usuário fosse analfabeto, o cirurgião-dentista poderia auxiliar no preenchimento do instrumento.

Foi utilizado um código para identificação dos pacientes, a fim de preservar a identidade dos mesmos e manter o sigilo sobre seus dados. Esse código foi transcrito em um caderno de notas para controle. Antes de responder à entrevista, o participante recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual deveria ler e, se estivesse de acordo, assinar. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do GHC, sob protocolo número 194/08.

Os resultados obtidos a partir dos questionários aplicados entre os meses de março a julho de 2009 foram tabulados em planilha específica, utilizando-se o programa Excel (Microsoft®). Os dados foram expressos através de frequências relativas e serão apresentados na forma de tabelas.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 37 mulheres e 11 homens, com idade variando de 21 a 80 anos (média de 43,67 anos). (Tabelas 1 e 2)

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo o sexo.

Sexo	n	%
Feminino	37	77
Masculino	11	23
Total	48	100

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo a idade.

Idade (anos)	n	%
20-30	18	38
31-40	04	08
41-50	10	21
51-60	07	15
61-70	05	10
71-80	04	08
Total	48	100

Das 41 pessoas que responderam a questão relacionada ao número de anos de estudos, 19 disseram que estudaram até 08 anos; 16 estudaram entre 10 e 11 anos e 6 estudaram entre 13 e 16 anos, com média de 8,5 anos de estudo. A média foi de 8,5 anos de estudo. (Tabela 3)

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes segundo a escolaridade.

Escolaridade (anos de estudo)	n	%
0 - 8	19	46
10 - 11	16	39
13 - 16	06	15
Total	41	100

Quanto à escolaridade da mãe do paciente, 05 (11%) eram analfabetas; 25 (57%) tinham 1º grau incompleto; 05 (11%) tinham o 1º grau completo; 07 (16%) tinham 2º grau completo e 02 (5%) tinham o 3º grau completo.

Em relação à renda, 34 pessoas responderam ganhar até 02 salários mínimos (SM); 07 ganham entre 4 e 5 SM; 01 pessoa ganha entre 6 e 7 SM e 01 pessoa ganha mais de 7 SM. 05 pessoas responderam não ter renda. A média foi de 02 SM por pessoa. (Tabela 4)

Quanto à profissão exercida, 15 eram autônomos, 12 estavam empregados, 11 eram aposentados e 10 estavam desempregados. Entre os autônomos e empregados, 09

trabalham um turno/dia; 10 trabalham dois turnos/dia; 07 trabalham três turnos/dia e 01 não respondeu. (Tabelas 5 e 6)

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes segundo a renda.

Renda (em salários mínimos - SM)	n	%
Sem renda	05	10
Até 2 SM	34	71
4 - 5 SM	07	15
6 - 7 SM	01	02
Mais de 7 SM	01	02
Total	48	100

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes segundo a profissão.

Profissão	n	%
Autônomos	15	31
Empregados	12	25
Aposentados	11	23
Desempregados	10	21
Total	48	100

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes segundo a quantidade de turnos de trabalho.

Turnos	n	%
1	09	35
2	10	38
3	07	27
Total	26	100

A média de filhos é de 02 por pessoa, com números variando entre 0 e 9 filhos. O estado civil dos participantes é o seguinte: 25 eram casados; 16 solteiros; 05 viúvos e 02 divorciados. (Tabela 7). Em relação aos problemas sistêmicos de saúde, os mais citados foram tabagismo (24%) e depressão (12%).

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes segundo o estado civil.

Estado civil	n	%
Solteiro	16	33
Casado	25	52
Viúvo	05	11
Divorciado	02	04
Total	48	100

A dor dentária foi o motivo de procura por atendimento para 70% (38/48) dos pacientes. Outras queixas, como fratura da restauração (5/48), dor na gengiva (5/48), inchaço no rosto (3/48), dor na língua (1/48), herpes labial (1/48) e dor na ATM (1/48) ocorreram em 30% (10/48) dos pacientes. (Tabela 8)

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes segundo o motivo da consulta.

Motivo da Consulta	Frequência	%
Dor dentária	38	70
Fratura da restauração	05	09
Dor na gengiva	05	09
Inchaço no rosto	03	06
Dor na língua/Herpes labial/Dor na ATM	03	06
Total	54	100

A demora para procura de alívio dos sintomas foi menor ou igual a 07 dias em 68% (31/46) da amostra. 17% (8/46) dos pacientes demoraram de 8 a 15 dias para procurar atendimento; 13% (6/46) demoraram de 30 a 90 dias e 1 paciente (2%) demorou mais de 3 anos. (Tabela 9)

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes segundo o tempo de demora para a procura do atendimento.

Tempo de demora	n	%
≥ 7 dias	31	68
8 a 15 dias	08	17
30 a 90 dias	06	13
Mais de 3 anos	01	02
Total	46	100

Dos 48 pacientes da amostra, 43 pacientes relataram que não tiveram dificuldade de acesso ao atendimento odontológico, 30 pacientes já haviam consultado na urgência odontológica (independente do local) e 17 consultavam pela 1ª vez. (Tabela 11). Por outro lado, 36 pacientes disseram que não têm medo de ir ao dentista, enquanto 12 pacientes afirmaram que tinham medo. (Tabela 10)

Os pacientes foram questionados se estavam fazendo acompanhamento odontológico, ou seja, se eles frequentavam o consultório do dentista com periodicidade e 33% (16/48) afirmaram que estavam em acompanhamento. 67% (32/48) dos pacientes responderam que não estavam em acompanhamento e, destes, 53% (17/32) justificaram a falta de acompanhamento odontológico da seguinte forma: 05 não tinham tempo; 04 mudaram de endereço; 03 por falta de dinheiro; 02 se consideraram sem necessidades; 01 por esquecimento; 01 por estar gestante e 01 por achar difícil a marcação de consultas. (Tabela 10)

Os diagnósticos mais realizados foram os relacionados à doença de polpa (23/47), seguido dos relacionados à cárie profunda (6/47), à fratura da restauração (5/47), ao trauma (4/47), ao abscesso periodontal (2/47), à dor em restos radiculares (2/47). Foi diagnosticado também: sinusite (1/47), alveolite (1/47), herpes labial (1/47), hipersensibilidade dentinária (1/47) e dor orofacial (1/47), totalizando 11% da amostra. (Tabela 11)

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes segundo a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico, o medo de ir ao dentista, em relação a primeira vez na urgência e acompanhamento odontológico.

	Sim	Não	Total
Dificuldade de acesso	04 (9%)	43 (91%)	47(100)
Medo de ir ao dentista	12 (25%)	36 (75%)	48(100)
Primeira vez que consultou na urgência?	17 (36%)	30 (64%)	47(100)
Está em acompanhamento odontológico?	16 (33%)	32 (67%)	48(100)

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes segundo o diagnóstico realizado.

Diagnóstico	n	%
Doença de polpa	23	49
Cárie profunda	06	13
Fratura da restauração	05	11
Trauma	04	08
Abscesso periodontal	02	04
Dor em restos radiculares	02	04
Outros	05	11
Total	47	100

DISCUSSÃO

A maioria das pessoas atendidas na urgência odontológica da USJI foi do sexo feminino (77% da amostra) assim como no estudo de Amorim *et al.*³, no qual foi constatado uma maior procura por atendimento de pessoas do sexo feminino (55,7%) em relação ao sexo masculino (44,3%), concordando com estudos prévios, os quais, ao analisarem serviços de urgência observaram que a demanda do sexo feminino é superior à do sexo masculino. Em outra pesquisa, realizada por Tortamano *et al.*⁹, houve predominância do gênero feminino (64,6%) na procura por atendimento de urgência.

Jovens e adultos de meia-idade (entre 20 e 50 anos) foram os indivíduos que mais procuraram o setor de urgência odontológica na USJI, representando 67% da amostra, concordando com o estudo feito por Lewis⁵, nos Estados Unidos, para descrever a incidência da procura por serviços de urgência odontológica por crianças e adultos. No estudo, pessoas entre 19 e 50 anos representaram 77% da população que procurou atendimento de urgência odontológica. A faixa etária de 20-29 anos foi a que mais utilizou o setor de urgência odontológica da USJI, somando 38% da amostra. O mesmo dado foi encontrado em um estudo realizado no Serviço de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP), onde se verificou que a demanda maior é de adultos jovens. Além

disso, praticamente 50% dos pacientes tinham menos de 30 anos e apenas 3,1% tinham mais de 65 anos.⁹

Diferenças na ocorrência de dor dentária segundo grupos etários poderiam ser atribuídas a menores expectativas em relação à saúde bucal entre os indivíduos mais velhos, de modo que certa quantidade de dor seria “esperada” com a velhice e, portanto, menos relatada. Um menor número de dentes em risco de apresentar dor também poderia influenciar a prevalência do fenômeno nos grupos mais idosos. Outra suposição seria que esta diferença decorre da representação de um grupo social mais saudável (mortalidade seletiva) e menos suscetível à dor. Níveis de pressão arterial elevados, frequentes em populações mais velhas, também poderiam contribuir para a menor sensibilidade à dor, algo já demonstrado em estudos experimentais.⁴

Segundo Lacerda *et al.*⁷, a escolaridade inferior ou igual a oito anos de estudo manteve-se associada à queixa de dor de origem dental após ajuste pelas variáveis sexo, idade, turno de trabalho. A escolaridade do paciente pode influenciar no estado de saúde, modulando hábitos e o autocuidado em saúde bucal.⁴ Existe uma importante relação entre escolaridade e saúde, já que saúde e a educação partilham de alguns determinantes em comum e indivíduos com maior escolaridade são mais propensos a desenvolver comportamentos positivos relacionados à saúde.⁴

Além disso, a escolaridade da mãe influencia os filhos durante a infância e ao longo da vida, principalmente em relação aos hábitos de saúde e de higiene. A baixa renda familiar e a escolaridade da mãe do paciente foram associadas com a prevalência de dor de dente.⁴ 57% das mães dos pacientes atendidos na urgência odontológica da USJI tinham o 1º grau incompleto e 11% eram analfabetas, o que mostra um baixo nível de escolaridade. Um estudo realizado por Nomura *et al.*¹⁰ associou também a baixa renda familiar e o baixo nível de escolaridade da mãe com a prevalência de dor de dente, mesmo após ajuste de possíveis fatores de confusão.

Alguns estudos mostraram que certos fatores modificam a ocorrência de odontalgia, dentre eles as condições socioeconômicas, a idade, o fumo, o acesso aos serviços odontológicos, a frequência de escovações dentais diárias e o gênero. Bastos *et al.*⁴ argumentam que escolaridade e renda poderiam influenciar a ocorrência de odontalgia, na medida em que indivíduos mais abastados e/ou com maior grau de instrução teriam maior chance de viver em habitações de melhor qualidade e com instalações básicas, que poderiam prevenir infecções e doenças. Além disso, estes grupos poderiam ter maior chance de: (a) desenvolver hábitos saudáveis em saúde bucal; (b) apresentar renda

suficiente para aquisição de produtos de higiene oral; e (c) fazer escolhas saudáveis em suas dietas.

Em estudo transversal, verificou-se que comportamentos em saúde bucal, especificamente as práticas de higiene, foram mais frequentes e mais bem realizadas por indivíduos de melhor condição socioeconômica. Isto porque tais comportamentos dependem, em grande parte, das rotinas e da flexibilidade com que se executam as atividades cotidianas. Parece bastante razoável afirmar que há um gradiente social no controle e na flexibilidade com que se executam tarefas diárias, fazendo com que indivíduos de estratos sociais desfavorecidos apresentem uma rotina mais penosa e menos flexível em termos de horários e opções.⁴

Outros estudos mostraram associações entre comportamentos deletérios em saúde e características psicossociais adversas com piores condições socioeconômicas no início da vida, menores níveis de escolaridade e trabalho manual na vida adulta. Neste sentido, os autores sugeriram que uma condição economicamente desfavorecida no início do ciclo vital pode oferecer diferentes oportunidades, suporte e encorajamento para o desenvolvimento, a manutenção e a extinção de comportamentos em saúde, bem como inclinações psicossociais específicas.⁴

Neste estudo, 72% recebiam até dois salários mínimos e 10% não tinham renda. A análise dos dados da renda considera a hipótese de que a renda está fortemente associada com as condições materiais: indivíduos de famílias mais ricas têm maior possibilidade de viver em habitações de boa qualidade, desfrutar de mais oportunidades para desenvolver uma boa saúde bucal, ter acesso a uma variedade de itens para higiene bucal e fazer escolhas alimentares saudáveis.⁴ Há também evidências de que o estado nutricional influencia a formação e o desenvolvimento dos dentes, observando-se um risco aumentado para ocorrência de cáries em indivíduos que experimentam episódios de desnutrição leve a moderada no primeiro ano de vida. Assim, poder-se-ia supor que o estado nutricional/imunitário constitui uma das vias pelas quais as condições socioeconômicas modificam a ocorrência de odontalgia: grupos mais favorecidos economicamente teriam maior chance de apresentar melhor estado nutricional/imunitário, menor número de defeitos do esmalte dentário e, conseqüentemente, menor risco de cárie e dor.⁴ Conforme Bastos *et al.*⁴, indivíduos com menor renda tiveram piores condições bucais e tinham maior probabilidade de suportar a dor do que suas contrapartes.

A alta demanda por tratamento de urgência em pessoas de nível socioeconômico baixo resulta no acúmulo progressivo das sequelas de doenças bucais, pois não possuem

acesso a tratamento odontológico em serviços públicos e não têm como custeá-lo no setor privado.⁹

A experiência de dor é um sintoma presente nas classes sociais desfavorecidas, que chegam a esta extremidade devido a uma diversidade de fatores sociais, dentre eles, a jornada de trabalho. Esta, entre as classes operárias, não permite que o empregado se ausente do serviço para cuidar preventivamente da saúde bucal, mas apenas quando existe a dor, uma vez que a mesma compromete o desempenho do trabalhador.¹ Os dados coletados nos questionários aplicados mostram que 56% dos indivíduos trabalham e, destes, 65% têm jornada de dois ou três turnos de trabalho por dia, o que dificulta o agendamento de consultas e o cuidado preventivo para essas pessoas. Todavia, o acesso não foi um fator limitador. A grande maioria, 91% das pessoas, relatou não encontrar dificuldade para acessar o serviço de odontologia na USJI.

Quanto ao acesso a serviços, há evidências de que a utilização de serviços de saúde entre grupos sociais distintos é provocada por diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento. Dessa forma, a presença de barreiras e o acesso restrito aos serviços odontológicos poderiam resultar em menor número de oportunidades para detecção e tratamento precoces da cárie dentária e outros agravos à saúde bucal, com decorrente prevenção dos casos de dor.⁴

No atendimento de urgência odontológica, tanto em consultório como em faculdades, a procura do paciente é motivada, na maior parte das vezes, por uma queixa de dor. Em um estudo realizado por Kanegane *et al.*¹¹, do qual participaram 148 mulheres e 104 homens, com idade variando de 18 a 81 anos, a dor sem associação com outras queixas foi o motivo de procura por atendimento para 61,5% dos pacientes. Outras queixas, como aumento de volume, alteração em gengiva, sangramento, mau hálito, lesão e trauma, ocorreram em 4,8% dos entrevistados. A dor associada a uma dessas queixas esteve presente em 17,5% dos questionados.

Na pesquisa realizada na USJI, 70% dos pacientes atendidos na urgência relataram como motivo da procura a dor de dente. Alguns autores consideram a experiência de dor dentária como um preditor para o uso dos serviços odontológicos.^{7,10} Um estudo sobre saúde bucal de adultos dentados no Reino Unido indica que a dor é o problema de maior frequência nos últimos 12 meses (40%), interferindo diretamente sobre as atividades cotidianas.

No atendimento clínico de urgência, a procura do paciente é motivada, na maior parte dos casos, por uma queixa de dor sendo originada em sua maioria por cárie e suas sequelas. Neste estudo, 49% dos diagnósticos realizados pelos dentistas foram de doença de polpa e 13%, de cárie profunda. A cárie e suas sequelas continuam sendo as principais causas das urgências odontológicas.⁹ Historicamente tratada como um problema na população infanto-juvenil, a cárie, além da perda dental, traz consigo outro problema que é a dor, cujos reflexos podem interferir no comportamento dos indivíduos e afetar suas atividades cotidianas.⁷

Em contrapartida, o tipo de serviço prestado ao indivíduo interfere significativamente sobre a chance da dor ter motivado a procura ao dentista. A qualidade do serviço prestado no que se refere à continuidade do atendimento e acompanhamento da saúde do paciente, bem como a prestação de serviços preventivos e conservadores durante o atendimento odontológico é de suma importância para a prevenção de quadros de dor. A oferta de procedimentos não mutiladores no tratamento da cárie dental avançada, como, por exemplo, o tratamento endodôntico e a confecção de prótese dentária, poderiam contribuir nesse sentido.⁷

Em relação ao tempo de espera para procura de atendimento, 68% dos pacientes esperaram no máximo sete dias para procurar atendimento odontológico na USJI e 17% esperam de oito a quinze dias. De acordo com observações realizadas por Bastos et al, 2005, a menos que a dor seja insuportável, os doentes tendem a adiar o tratamento odontológico para duas semanas na maioria dos casos. Em um estudo realizado para avaliar a frequência de pacientes com ansiedade ou medo do tratamento odontológico em um setor de urgência, a demora para procura de alívio dos sintomas foi maior do que sete dias em 44,4% da amostra.¹¹ Neste estudo, a redução no tempo de espera por procura de atendimento pode estar relacionada à facilidade de acesso ao setor odontológico relatada pelos pacientes entrevistados,

A dor de dente tem sido associada com modelos de atendimento odontológico. Os indivíduos com acesso restrito aos serviços odontológicos tendem a relatar dor de dente e procurar serviço de emergência com mais frequência.

Neste estudo, 64% dos pacientes disseram que já foram atendidos na urgência odontológica mais de uma vez. Isso pode acarretar o desvio dos objetivos do atendimento de urgência e a compreensão, por parte dos usuários, das ações de prevenção e promoção de saúde bucal. Para investigar tais suposições, Tortamano *et al.*⁹, perguntaram aos pacientes se a dor era o motivo do atendimento, quantas vezes já haviam sido atendidos no setor de urgência e o motivo (o mesmo ou diferente). Entre os entrevistados, 84,7%

relataram ser a dor o motivo da procura, pois estavam sentindo dor naquele momento. Quanto à frequência de procura pelo setor de urgência, 61,2% foi pela primeira vez e, dos outros 38,8%, apenas 6,7% o fez por mais de quatro vezes, em sua maioria por motivos diferentes.

Na população em geral, quase 7% afirmaram ter muito medo do atendimento, enquanto outros 13% referiram sentir algum medo.¹¹ 15% dos pacientes atendidos na urgência da USJI disseram que sentem medo de ir ao dentista. Pacientes com muito medo são conhecidos por dentistas como de difícil atendimento. No Brasil, encontrou-se uma prevalência de 15% de ansiosos dentais. Outro estudo também afirmou existir uma associação entre o medo e saúde bucal deficiente. Isso pode ter sido decorrente da menor frequência de procura por tratamento odontológico pelos pacientes com medo. Normalmente, os pacientes ansiosos esperam longos períodos para marcar uma consulta e não raramente a cancelam.¹¹

Além da dor, em uma situação de urgência, a ansiedade é intensa e envolve conteúdos emocionais de todos os presentes.^{3,12} A prática clínica sugere que os níveis de ansiedade e medo em pacientes que procuram atendimento de urgência são maiores do que na população em geral.¹¹

Uma das dificuldades encontradas pelo clínico durante o atendimento odontológico é o medo que alguns pacientes manifestam ter em relação aos procedimentos que terão curso durante a sessão. O comparecimento para tratamento odontológico pode representar um grande problema para esses pacientes. O medo é uma emoção primária e poderosa que nos alerta sobre o perigo iminente, em relação a um objeto ou situação. Quando o perigo é reconhecido, o indivíduo reage com um conjunto de respostas comportamentais acompanhadas de uma experiência desagradável. Quando o perigo não é evidente, mas se apresenta de maneira vaga e persistente, ou até mesmo quando os sinais de um dano iminente não são conscientemente percebidos, denomina-se o estado de apreensão, verificando-se então a ansiedade. Ela não é controlada pela consciência, ou seja, as pessoas não têm capacidade de interrompê-la. A ansiedade também agrava o sofrimento psicológico causado pela dor.¹¹

Quanto ao acompanhamento odontológico, 67% não estavam em acompanhamento odontológico e entre as justificativas estavam falta de tempo, falta de dinheiro e mudança de endereço. De acordo com Tortamano et al, 2007, quando os pacientes foram questionados sobre o fato de estarem em tratamento odontológico regular no momento da consulta de urgência, 87,6% não estavam, ou seja, apenas 12,4% estavam em tratamento. Entre as principais causas que fizeram o paciente não ir ao dentista, estão

o custo e o medo. Entre pessoas que não fizeram consultas odontológicas de rotina, 23% não o fizeram por medo.¹¹

CONCLUSÃO

A partir dos resultados, pode-se concluir que a maioria dos pacientes que procuraram atendimento no serviço de urgência odontológica da USJI eram do sexo feminino, casadas, com idade média de idade de 43 anos, apresentavam baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade materna. A dor de dente foi o principal motivo das consultas de urgência e diagnóstico mais realizado foi o de doença de polpa, mostrando a falta e a necessidade da prevenção de doenças bucais, principalmente a cárie. Observa-se, também, que o setor de urgência ainda é usado como uma porta de entrada para o sistema de saúde, visto que 64% dos pacientes consultaram mais de uma vez na urgência e 67% não está em acompanhamento odontológico;

Assim, após a análise dos dados, sugere-se que estratégias de promoção e prevenção em saúde bucal sejam estendidas para os diversos grupos populacionais a fim de readequar a distribuição dos recursos e realizar a gestão da clínica em saúde bucal dentro dos princípios da APS. Não obstante, outros estudos devem ser realizados para melhor compreensão do perfil e necessidades dos usuários que utilizam os serviços de urgência odontológica com o intuito de traçar propostas concretas para a resolução deste problema.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):211-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Editora MS; 2006. Série A Normas e Manuais Técnicos.
3. Amorim NA, Silva TRC, Santos LM, Tenório MDH, Reis JIL. Urgência em odontopediatria: perfil de atendimento da clínica integrada infantil da FOUFAL. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007 set/dez; 7(3): 223-7.
4. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(6): 1611-21.
5. Lewis C, Lynch H, Johnston B. Dental Complaints in Emergency Departments. A National perspective. *Ann Emerg Med*. 2003 July; 42(1):93-9.
6. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública*. 2007 ago; 23(8):1803-14.
7. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3):453-8.
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2007. 232p.
9. Tortamano IP, Leopoldino VD, Borsatti MA, Penha SS, Buscariolo IA, Costa CG, Rocha RG. Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. *Rev Pós Grad*. 2007; 13 (4):299-306.
10. Nomura LH, Bastos JLD, Peres MA. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002. *Braz Oral Res*. 2004; 18(2):134-40.
11. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade no atendimento odontológico em atendimento de urgência. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(6):786-92.
12. Josgrilberg EB, Cordeiro RCL. Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. *Odontol Clín-Cient*. 2005 jan/abr; 4(1):13-8.
13. Raupp B. Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS: referências conceituais, metodológicas e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde/Grupo Hospitalar Conceição; 2008.

Submissão: fevereiro de 2010

Aprovação: agosto de 2010
