

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

A URGÊNCIA ODONTOLÓGICA NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Karla Frichembruder

Porto Alegre

2019

Karla Frichembruder

A URGÊNCIA ODONTOLÓGICA NA REDE DE ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de Doutora em Odontologia.

Área de Concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre

2019

A URGÊNCIA ODONTOLÓGICA NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de Doutor em Odontologia.

Área de Concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre, 01 de março de 2019.

Prof. Dr. Fernando Neves Hugo - UFRGS

Prof. Dr. Roger Keller Celeste - UFRGS

Prof. Dr. Eduardo Dickie de Castilhos - UFPEL

Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes - USP

Prof^a. Dr^a Giovana Pereira da Cunha Scalco - PUC-RS

(Suplente)

CIP

CIP - Catalogação na Publicação

Frichembruder, Karla

A urgência odontológica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde / Karla Frichembruder. -- 2019.

193 f.

Orientador: Fernando Neves Hugo.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Saúde pública. 2. Saúde bucal . 3. Emergências. 4. Assistência à saúde. 5. Serviços de saúde. I. Hugo, Fernando Neves, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de Doutorado intitulado “A Urgência Odontológica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde” e é apresentado como pré-requisito final a obtenção do título de Doutora em Odontologia, na área de concentração Saúde Bucal Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A tese apresenta as perspectivas da literatura, por meio de uma revisão de escopo, de uma série temporal utilizando dados do DATASUS e a da organização da atenção na Estratégia de Saúde da Família em um município da grande Porto Alegre. O desenvolvimento desta tese e suas etapas foram realizadas na íntegra pela Ms. Karla Frichembruder, sob orientação do professor Doutor Fernando Neves Hugo.

Esta tese será apresentada de acordo com as regras estabelecidas no regimento do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e contará com três manuscritos.

DEDICATÓRIA

Se por um lado o que me motivou a realizar o doutorado foi um impulso de seguir buscando novos conhecimentos e horizontes, como uma expressão pessoal, por outro lado, esta expressão surge da ressonância gerada por várias pessoas e situações que tecem a realidade da vida. Assim, esta tese é dedicada aos que me inspiraram durante todo meu percurso até este momento.

AGRADECIMENTOS

I may not always love you
But long as there are stars above you
You never need to doubt it
I'll make you so sure about it
God only knows what I'd be without you

If you should ever leave me
Though life would still go on, believe me
The world could show nothing to me
So what good would livin' do me
God only knows what I'd be without you
God only knows what I'd be without you

If you should ever leave me
Though life would still go on, believe me
The world could show nothing to me
So what good would livin' do me
God only knows what I'd be without you
God only knows what I'd be without you

The Beach Boys

Ao nos envolvemos com os desafios da vida, como um doutorado, somos levados a focar a atenção em atividades deixando de estar presentes ou com a devida atenção nas pessoas e situações em nossas vidas, e ainda assim, os amigos nos estimulam a sempre buscar novos desafios e a romper com nossos limites.

Por isso, deixo aqui meu agradecimento especial aos que me estimulam a novas aventuras e partilharam comigo seu carinho, paciência e sabedoria.

Aos meus pais, Renate e Eduardo, pelo amor, dedicação e estímulo aos estudos, mas mais ainda pelas várias conversas e a reflexões que sempre propiciaram.

Ao meu querido, Jorge, por compartilhar este e tantos outros momentos que tivemos com alegria, humor e amor.

Ao Ítalo e Yuri, pela paciência e carinho durante este período de maior dedicação de sua mãe aos estudos.

Aos colegas da UFRGS, da Faculdade de Odontologia, do Programa de Pós-Graduação e, em especial, a todos os colegas da Saúde Bucal Coletiva e do Centro de Pesquisa em Odontologia Social que me deram suporte nesta caminhada.

Às colegas Denise Antunes, Alicia Picapedra e Amanda Castro que compartilharam seu conhecimento e reflexões comigo durante o doutorado.

Aos professores da Faculdade de Odontologia, particularmente aos do Departamento de Odontologia Preventiva e Social.

Às professoras Juliana Balbinot Hilgert, Camila Mello dos Santos e Taiane Schaedler Prass pelo acolhimento, paciência e trabalho conjunto.

Ao meu orientador, professor Fernando Neves Hugo, que me acolheu, orientou, encorajou e me inspira a sempre buscar novos horizontes.

EPÍGRAFE

“O objetivo da ciência não é produzir verdades indiscutíveis, mas discutíveis”

Bruno Latour

RESUMO

Frichembruder, Karla. **A urgência odontológica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Bucal Coletiva) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Nos últimos anos, um forte estímulo à organização e à implantação das redes de atenção vem sendo realizado de forma garantir a universalidade e a integralidade da atenção, a equidade do acesso e a consolidação do pacto cooperativo entre as instâncias de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as redes prioritárias de saúde encontra-se a rede de atenção às urgências e emergências, arranjo que busca ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. Esta rede é constituída por diversos pontos de atenção articulados cuja interface depende da disponibilidade, do acesso e da capacidade de rápida comunicação entre os pontos. O objetivo desta tese foi o de conhecer, descrever e analisar a situação da atenção às urgências odontológicas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde. Para isso, foi realizada uma revisão de escopo sobre o uso de serviços de urgência no SUS no Brasil, um estudo de séries temporais a partir dos registros de atendimento de urgência odontológica do Sistema Ambulatorial do SUS e um estudo sobre a atenção às urgências odontológicas em Estratégia de Saúde da Família em um município metropolitana de Porto Alegre. A revisão de escopo foi realizada utilizando como fonte de estudos primários as bases de dados Medline (PubMed), Embase e Web of Science, desde os seus inícios até setembro de 2018. A seguinte questão de pesquisa foi utilizada “O que é tem sido estudado sobre a

utilização da rede de atenção de urgências odontológicas nos serviços públicos do SUS?” O referencial teórico foi o modelo comportamental de uso de serviços de saúde de Andersen e Davidson. Foram identificados dezesseis estudos primários. Os resultados evidenciaram os fatores determinantes com maior participação de fatores capacitantes organizacionais. Foram encontradas lacunas de pesquisa em todas as dimensões. O estudo de séries temporais para o Brasil foi realizado no período de 2008 a 2015 com dados dos atendimentos de urgência odontológica de estabelecimentos classificados como de atenção primária e secundária, esta agrupada em serviços especializados e hospitalares e com dados populacionais extraídos através do Departamento de Informática do SUS. Foi realizada a análise descritiva, gráfica, estimação da tendência através de regressão de Prais-Winsten que permitiu classificar as taxas como ascendentes ($p < 0,05$ e coeficiente de regressão positivo), declinantes ($p < 0,05$ e coeficiente de regressão negativo) ou estacionárias ($p > 0,05$) e possibilitou quantificar as médias anuais de aumento ou declínio dos coeficientes segundo a metodologia de Antunes e Cardoso. Os resultados confirmam que todos os pontos de atenção realizam todos os tipos de atendimento e que a maior frequência segundo o tipo de atendimento obedece a densidade tecnológica de cada ponto. A série temporal do total de atendimentos de urgência em estabelecimentos de atenção primária em saúde entre 2008 e 2015 foi ascendente. O estudo na Estratégia de Saúde da Família utilizou dados de um estudo exploratório de aplicação de uma matriz de alocação de recursos para o cuidado em saúde bucal e descreveu e analisou transversal e longitudinalmente os casos classificados como urgência segundo o sexo, faixa etária, cor/raça e ESF. Foi realizada análise descritiva, teste do qui-quadrado de Pearson, teste de Fisher, regressão de Poisson com variância robusta bruta e teste de Kaplan-Meier, com nível de significância foi de 0,05%. Com os resultados, foi

possível gerar um fluxograma do atendimento de urgência odontológica em ESF e descrever prevalência, incidência e recorrência de usuários classificados como em situação de urgência. Os estudos permitiram concluir que a atenção primária tem papel fundamental na atenção às urgências odontológicas, mas que há necessidade de melhorias na retenção e acompanhamento das pessoas em situação de urgência. Neste sentido, o uso da matriz classificatória pode contribuir para o acompanhamento da atenção em saúde bucal. O estudo da série histórica confirmou a fragilidade referente ao acolhimento com classificação de risco encontrada na revisão de escopo. Ressalta-se que a temática de atenção às urgências odontológicas precisa ser mais explorada e que as lacunas evidenciadas na revisão de escopo realizada podem auxiliar no planejamento de novos estudos.

ABSTRACT

Frichembruder, Karla. **A urgência odontológica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. 2019. Thesis (Doctorate in Dental Public Health) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

In recent years, a strong stimulus to the organization and implementation of care networks has been carried out in a way that ensures the universality and integrality of care, equity of access and consolidation of the cooperative pact between the management bodies in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). Among the priority health networks is the network of attention to emergencies, the arrangement in networks seeks to broaden and qualify the humanized and integral access to emergency users in health services in a timely and agile manner. This network consists of several articulated attention points whose interface depends on the availability, access and quickness communication between the points. The purpose of this thesis was to know, describe and analyze the situation of attention to dental emergencies in the Network of Attention to Emergencies. To this end, a review of the scope of the use of emergency services in Brazil, a time series study based on the records of emergency dental care of the SUS Ambulatory System and a study on the attention to dental emergencies in the Family Health. The scope review was carried out in the Medline (PubMed), Embase and Web of Science database, from its inception until September 2018 with the research question "what has been studied about the use of the emergency care network in SUS public services". The theoretical framework was the behavioral model for the use of health services with contextual and individual

characteristics of Andersen and Davidson. Sixteen primary studies were identified. The results evidenced the determining factors with greater participation of organizational enabling factors. Research gaps were found in all dimensions. The study of time series for Brazil was conducted in the period from 2008 to 2015 with data from dental emergency services of establishments classified as primary and secondary care, grouped in specialized and hospital services and with population data extracted through the Department of Informatics of SUS. A descriptive and graphical analysis was performed to estimate the trend through a Prais-Winsten regression which allowed us to classify the rates as ascending ($p < 0.05$ and positive regression coefficient), declining ($p < 0.05$) and negative regression coefficient) or stationary ($p > 0.05$) and made it possible to quantify the annual means of increase or decline of the coefficients according to Antunes and Cardoso's methodology. The results confirm that all points of attention perform all types of care and that the highest frequency according to the type of care obeys the technological density of each point. The time series of the total number of emergencies visits in primary health care facilities between 2008 and 2015 was upward. The Family Health Strategy study used data from an exploratory study of the application of a resource allocation matrix for oral health care to describe and analyze transversely and longitudinally the cases classified as urgency according to gender, age, color / race and FHS. Descriptive analysis, Pearson chi-square test, Fisher's test, Poisson regression with gross robust variance and Kaplan-Meier test were performed, with a significance level of 0.05%. With the results, it was possible to generate a flow chart of dental emergency care in FHS and to describe prevalence, incidence and recurrence of users classified as being in an emergency. The studies allowed us to conclude that primary care plays a fundamental role in attention to dental emergencies, but that there is a need for improvements in the retention and follow-up

of people in emergency. In this sense, the use of the classification matrix can contribute to the follow-up of oral health care. The study of the historical series confirmed the fragility regarding the embracement with risk classification found in the scope review. It should be emphasized that the topic of attention to dental emergencies needs to be explored further and that the gaps evidenced in the scoping review can help in the planning of new studies.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

APS – Atenção Primária à Saúde

AS – Atenção Secundária

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ASE – Atenção Secundária em estabelecimentos Especializados

ASH – Atenção Secundária em estabelecimentos Hospitalares

ASU – Atenção Secundária em Urgência

BPA – Boletim de Procedimentos Ambulatoriais

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CBO – Classificação Brasileira de Ocupação

CD – Cirurgião-dentista

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças

COB – Cobertura de Primeira Consulta Odontológica

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EXO – Exodontia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

PCO – Primeira Consulta Odontológica Programática

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ – Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

SB – Saúde Bucal

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UDH – Unidade de Desenvolvimento Humano

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
REVISÃO DA LITERATURA.....	21
REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	21
EMERGÊNCIA E URGÊNCIA: CONCEITOS	24
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	29
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA RUE	34
OBJETIVOS	41
OBJETIVO GERAL	41
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
MANUSCRITOS	42
MANUSCRITO 1	1
MANUSCRITO 2.....	107
MANUSCRITO 3.....	150
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	184
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	187
ANEXO.....	193

INTRODUÇÃO

As doenças bucais estão entre as principais doenças crônicas e compartilham determinantes comuns a outras doenças crônicas não transmissíveis. A cárie dentária não tratada afeta quase a metade da população mundial e repercute negativamente na qualidade de vida. A dor causada pela cárie não tratada afeta, por exemplo, a qualidade do sono e a capacidade alimentar, retarda o crescimento e afeta atividades escolares das crianças, e a realização de atividades sociais entre adultos e idosos^{1,2}.

As dificuldades em dar resposta a estes agravos encontram-se na forte determinação social destas doenças e na organização dos sistemas de saúde, ambos suscetíveis às condições econômicas e políticas de cada país. É reconhecido que pessoas em piores condições sociais apresentam mais doenças e comorbidades e que tem menor acesso aos serviços, mesmo em sistemas universais. A ampliação do acesso a atenção primária em saúde e a serviços de APS tem evidenciado melhores resultados quanto a equidade do cuidado, já a centralidade do cuidado e de diretrizes clínicas em doença específicas que não reconhecem comorbidades parecem ampliar a desigualdade ao acesso. Entre as recomendações para dar resposta ao desafio da equidade e da redução das doenças crônicas encontram-se a necessidade de integração com a agenda das demais políticas de saúde, de integração com outros profissionais, na mudança de abordagem dos profissionais de saúde centrando o cuidado nas pessoas e nos determinantes de saúde^{2,3}.

Direcionado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, diversos movimentos vêm se produzindo no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro para dar resposta aos desafios das iniquidades em saúde, do envelhecimento populacional e da dupla carga de doenças, crônicas e agudas. A implantação da

atenção primária, reorganizada através da Estratégia de Saúde a Família (ESF), ampliou o acesso ao cuidado que pretende ser integral através da integração com outros pontos das redes de atenção. Alinhada aos princípios do SUS e demais políticas e direcionamentos organizacionais, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) norteia a organização da atenção em saúde bucal em uma rede formada prioritariamente pelas equipes de saúde bucal (ESB) da ESF, CEO, serviços de urgência e rede hospitalar que tem o desafio da atenção à população para promoção e prevenção em saúde bucal, assim como do atendimento de usuários às doenças bucais crônicas e dos eventos agudos⁴⁻⁷.

Dentro deste contexto, compreendendo o acesso como uso dos serviços de saúde e tudo o que facilita ou impede este uso, fica clara a multiplicidade de fatores que modelam o acesso à atenção aos que mais necessitam⁸. Considerando que os usuários acabam por buscar o serviço quando seus problemas estão em situação mais severa³, uma estratégia para conhecer e abordar esta população pode ser através da demanda de urgência.

REVISÃO DA LITERATURA

REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O sistema de saúde brasileiro, traçado na seção II da Constituição Federal, estabeleceu “*a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. Considerados de relevância pública, ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. Este sistema segue diretrizes organizativas de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Instituições privadas participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS) e têm livre iniciativa em relação à assistência à saúde⁹.

A rede de atenção em saúde bucal vem sendo construída segundo as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo, como um importante marco, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) de 2004. A PNSB propõe diretrizes para a organização da saúde bucal, tendo, como eixo de reorientação do modelo, o conceito de cuidado e a proposta de humanização. Esta política também direciona ao uso da epidemiologia, acompanhamento de indicadores territoriais e de vigilância em saúde e à política de educação permanente, financiamento e agenda científica⁶.

Seguindo a concepção da Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB), utiliza-se o termo Atenção Básica (AB) como equivalente a APS, e ressalta-se a orientação de priorização da Saúde da Família e do caráter transitório que se confere a outras estratégias de AB. A PNSB centra assistência na AB, e, frente à incorporação tardia da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Atenção à Família (ESF), objetiva, além da qualificação das equipes, a ampliação da incorporação das

Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF. A indicação das políticas, PNSB e PNAB, é a de uma equipe formada por agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (ASB, TSB) e cirurgião-dentista (CD), cabendo a cada um destes diferentes ações, tendo na coordenação o cirurgião-dentista ^{6,10}.

O processo de trabalho da ESB deve fundamentar-se na participação ativa na equipe de saúde no planejamento do cuidado da população, na modulação da rede e na atenção às necessidades de saúde bucal seja de promoção, prevenção ou reabilitação em saúde bucal, atendendo às necessidades da população de seu território. A organização do cuidado tem como ferramenta básica o acolhimento, sendo que para organização da agenda do CD se propõe no mínimo 75% de carga horária com atendimento individual. A organização da agenda deve ser direcionada pelo diagnóstico situacional da população e de seu território, considerando os indicadores epidemiológicos de saúde e de saúde bucal, os grupos e situações de vulnerabilidade, as linhas de cuidado e também as demandas espontâneas e de urgência. O acolhimento possibilita a atenção no tempo certo, pelo profissional adequado ao que o usuário necessita. A agenda da equipe de saúde bucal deve garantir a equidade e integralidade na atenção a toda a população, precisa estar fundamentada em critérios claros de necessidades da população e individuais, garantindo a promoção, prevenção e acompanhamento da saúde bucal ao longo do tempo^{4,10}.

A PNSB propôs⁶:

“A reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a

colocam em risco - pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais”.

Em relação à assistência, esta Política, aponta para:

“Ampliação e qualificação da AB, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção”.

Dentre as competências da AB estão⁶:

“A responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento”.

Em 2013, a cobertura da população brasileira em unidade de saúde da família foi ampliada, passando de 50,9%, pela Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD) de 2008, a 53,4%, pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2013.¹¹ No mesmo ano, dados do Departamento de AB (DAB) apontavam que a cobertura populacional estimada era de 56,4%, a relação de municípios cobertos por ESF e ESB era de 5.346 ESF: 4.971 ESB, e a relação entre equipes implantadas de ESF e ESB, de 34.715 ESF para 23.150. Em 2018, dados do portal eletrônico do gestor de AB indicam a expansão da ESF e ESB ao longo do tempo, com cobertura populacional estimada de 64,99% (43.639 equipes ESF) e 42,21% (28.065 equipes ESB), segundo o DAB, há uma proporção de 5477 municípios com ESF para 5043 com ESB. Ainda que haja ampliação da ESF e ESB, a defasagem entre ESF e ESB aumentou, efeito ainda observado pelo programa Mais Médicos^{12,13}.

Além da indicação da ESF na AB, da sua ampliação de acesso e qualificação, a PNSB propõe a ampliação da atenção secundária e terciária. Em 2004, foram lançadas as portarias de regulamentação e financiamento para a implantação

de CEO, destaca-se a demarcação de atividades mínimas obrigatórias: atenção especializada em cirurgia oral menor, endodontia, periodontia, diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal e atenção aos pacientes portadores de necessidades especiais, e de um número mínimo de procedimentos para cada atividade. A equipe foi dimensionada para uma estrutura física definida que pode apresentar três portes que se constituem nas modalidades 1, 2 e 3. O repasse dos recursos financeiros está atrelado ao alcance de metas mínimas estabelecidas segundo a modalidade e as atividades obrigatórias definidas em portarias¹⁴⁻¹⁶. Desde então, houve ampliação destes serviços que em outubro de 2018, perfaziam 1119 serviços habilitados¹⁷. Quanto ao acesso na atenção hospitalar, houve incentivo à ampliação do acesso ao paciente portador de deficiência e à liberação de procedimentos odontológicos no âmbito hospitalar¹⁸⁻²⁰.

Aos serviços de AB cabe, também, garantir o atendimento de urgência e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização. Seja a condições crônicas ou agudas, a organização do cuidado em rede exige comunicação e gestão do cuidado ao longo dos percursos realizados pelo usuário^{5,21}.

EMERGÊNCIA E URGÊNCIA: CONCEITOS

A construção do conceito de casos de urgência e emergência passa pela delimitação do Conselho Federal de Medicina onde a urgência é definida como a "ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata" e, a emergência, como a "constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco

iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato"²², em 2014 estas definições são incluídas em portaria que publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência"²³.

Na implantação do Serviço Móvel de Urgência – SAMU, em 1992, as condições de emergência e urgência seguem um conceito ampliado onde o usuário é avaliado segundo o grau de urgência que é definido como sendo diretamente proporcional à gravidade, a quantidade de recursos necessários para atender o caso e a pressão social e inversamente proporcional ao tempo de atendimento²⁴. Para Giglio, os termos podem ser combinados em um continuum onde a distinção se apoia na caracterização de duas dimensões do tempo: velocidade e o momento oportuno para agir, pressupondo uma escolha, sendo necessário decidir o que é tolerável. Os elementos envolvidos na delimitação destes conceitos são: a relação entre o tempo, necessidade de agir e gravidade, onde quanto maior a gravidade, maior é o 'risco de vida' e mais rápida a necessidade de uma ação terapêutica²⁵. A diferença entre duas abordagens conceituais, de diferenciação entre urgência e emergência ou de continuum, possibilita compreender a presença de diferentes expressões nas políticas públicas vinculadas ao tema.

Outro aspecto discutido na literatura sobre urgência é a concepção de quem utiliza o conceito, uma vez que o evento está atrelado a quem sente ou presencia o evento, podendo ser compreendido com uma interrupção do curso de vida (usuário ou familiar), uma intervenção cujo tempo e o risco necessitam ser previstos (profissional) ou como um imprevisto na organização do serviço/agenda (gestor). Dentro deste tema, há reflexões a luz da ética do cuidado, em que se propõe a alteração da expressão atendimento de urgência para atenção urgente à pessoa em

crise²⁵. Tais perspectivas geram maior multiplicidade de expressões como urgência/emergência objetiva, subjetiva, vital, primeira, entre outras^{24,25}.

Um dos conceitos de urgência odontológica presentes na literatura é o de “medidas imediatas que visam aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos e ou estéticos da cavidade bucal”²⁶. Já a situação de emergência pode ser conceituada “como aquela em que o indivíduo corre um elevado risco de vida por falência de suas funções vitais”²⁷.

Nos protocolos de saúde bucal e de urgência em saúde do município de Porto Alegre, a urgência encontra-se conceituada como a “*ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata*”. As dores orofaciais bem como os traumas são ditos como os agravos que constituem a maior parte das urgências em Odontologia, sendo indicada uma intervenção imediata²⁸. Já, o protocolo municipal de São Paulo pressupõe a urgência como “*um estado agudo de dor, como abscessos dento alveolares, alveolites hemorragias alveolares, traumas dentais, dentre outros que requeiram atendimento imediato*”²⁹. E o protocolo de urgência odontológica do Distrito Federal como “*medidas rápidas de atendimento que tem por objetivo aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos da cavidade bucal*”³⁰. Este ressalta que maior procura pelos serviços de urgências nas unidades de saúde é, sem dúvida, devido às doenças da polpa e periápice, sendo a dor o sintoma mais relevante e cita como doenças: pulpites, necrose pulpar, fratura dentária, hiperemia, pericementite e abscesso dento-alveolar. Outras situações são também citadas como comuns são a cárie profunda, fratura de restauração, traumatismo alvéolo-dentário, abscesso periodontal, pericoronarite, gengivite, periodontite, hipersensibilidade dentária, presença de restos radiculares infectados³⁰. Em 2018, em documento norteador do processo de trabalho da ESB na RAS, a

urgência odontológica foi caracterizada como sendo *“um atendimento prestado a pacientes por casos agudos ou agudização de casos crônicos que são acolhidos na UBS, sem agendamento prévio, e que recebem atendimento e tem as necessidades assistenciais atendidas”*⁷.

Ressalta-se a utilização do termo emergências e “emergencies” e algumas composições com estes termos como os descritores de Ciências da Saúde (DsCS) e do “Medical Subject Heading” (MeSH), sendo urgência considerada sinônimo de emergências no DsCS. O conceito de emergências no DsCS é o de *“situação ou condição que requer intervenção imediata para evitar resultados adversos sérios”* e, no MeSH, desde 1997, *“primeiros socorros ou outras intervenções imediatas para acidentes ou condições médicas que requeiram cuidados e tratamento imediatos antes que o tratamento médico e cirúrgico definitivo possa ser obtido”*^{31,32}. Um termo livre conceitualmente vinculado a urgências e emergências odontológicas é o de atendimento não programado, na literatura internacional, reconhecido na expressão “out of order”. Em dicionário médico emergência é conceituada como uma combinação imprevista de circunstâncias ou estado resultante que exige uma ação imediata como: uma alteração repentina do corpo com provável necessidade de atenção médica imediata; um evento ou condição angustiante que frequentemente pode ser antecipado, mas raramente pode ser previsto³³. O relato sobre os conceitos de urgência e emergência odontológica realizado por Martens et al, parecem confirmar a inexistência de um conceito amplamente usado. algumas vezes as expressões são utilizadas como sinônimos em um continuum, outras com diferenciação através de classificação de gravidade e tempo até o atendimento³⁴. (Figura 1).

Figura 1. Termos e conceitos utilizados internacionalmente

Autoria	Termo	Conceito
	Emergência	“Significa uma séria situação ou ocorrência que acontece de forma inesperada e exige ação imediata ou condição de necessidade urgente para assistência.”
Sociedade de Cirurgiões-Orais (ASOS) como	Emergência odontológica	“A gerência ou tratamento de hemorragia, comprometimento das vias aéreas superiores, trauma, infecção aguda ou inflamação aguda envolvendo os dentes e processos dento-alveolares que ameaçam vida da pessoa ou prejudica substancialmente o funcionamento dessas estruturas”(DeLuke, 1976).
O ADA (americano Dental Association) e do AAOMS (American Association de Cirurgiões Orais e Maxilofaciais)	Urgência	“Define urgência como (fraturas mandibulares ou dos ossos maxilares ou alveolares, avulsões, luxações dentárias, fraturas dentárias com envolvimento pulpar, abscesso alveolar, lesão das vias aéreas superiores, laceração de mucosa, dor de dente aguda, infecção e sangramento descontrolado (DeLuke, 1976; Jung et al., 2016).”
Wilson et al. (1997)	Urgência	"O alívio da dor severa na região oral ou maxilofacial com consequências para o sistema nervoso. O tratamento deve ser limitado a paliativos imediatos, incluindo a exodontia se este for o único procedimento indicado.”

Lygidakis et al. (1998)	Emergência	“Consultas odontológicas que incluem consultas não agendadas associadas a problemas clínicos agudos ”
Shqair et al. (2012)	Intervenção urgente	"Se o atraso do tratamento tiver uma influência negativa sobre a saúde ou no tratamento final".
Martens (2018)	Emergência/urgência	Em Odontopediatria "qualquer criança com uma queixa de dor é considerado como um paciente de emergência. Após diagnóstico, as crianças que apresentam hemorragia dentária incontrolável, inchaços pesados ou lesões dentárias traumáticas precisam ser tratadas imediatamente, sem qualquer atraso. Crianças que apresentam dor dentária e / ou facial severa não controlável por medicações sem receita médica, assim como infecções agudas dentárias e dos tecidos moles, ou qualquer sintoma agudo, necessitam cuidados dentários urgentes.

Fonte: Martens et al.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A atenção às urgências e emergências é organizada pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), esta política propõe³⁵:

“O atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e

regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade”.

A RUE tem como diretrizes a universalidade, equidade e integralidade da atenção em todas as situações de urgência e emergência e a ampliação do acesso, incluindo as clínicas gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes). A rede de urgências é formada por diferentes pontos de atenção e exige que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. É essencial ao cuidado em urgência a observação das necessidades dos usuários e diretrizes clínicas, assim, acolhimento, classificação de risco, informação, regulação do acesso e educação permanente devem estar presentes de forma transversal em todos os componentes da RUE²¹.

Situações que envolvem risco de vida são mais raras em Odontologia e geralmente envolvem trauma de face ou crânio, assim, a maioria dos casos é passível de resolução em serviços de AB ou de pronto atendimento. A atenção em urgências odontológicas assume o mesmo caráter dos demais agravos em saúde, obedecendo ao princípio do acolhimento e da capacidade em atender dentro de sua densidade tecnológica reportando a outros níveis quando necessário. Espera-se que a maioria dos agravos urgentes de uma população, sob cuidado de uma equipe de ESB, seja resolvida no serviço de AB. Outro ponto da rede de urgências é a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), este busca reduzir ou substituir a procura a serviços hospitalares e colaborar com o cuidado de urgência e tem como diretriz o atendimento ininterrupto, 24 horas por dia, todos os dias da semana sem exceção³⁶.

Como demandas espontâneas, os usuários em situação de urgências têm no acolhimento e na classificação de risco dois momentos críticos em sua trajetória de

cuidado. O primeiro na entrada no sistema onde, espera-se, seja identificada a magnitude da urgência, estabelecendo estratificação e priorização segundo o risco e tempo. O segundo, na saída do serviço que o acolheu, visto que a entrada pela APS exige atenção quanto a continuidade do cuidado mediante reagendamento ou encaminhamento, enquanto que em outros pontos, exige o encaminhamento à AB ou outro ponto da rede. Dada a provável maior vulnerabilidade dos usuários em situação de urgência, é importante garantir prioridade e a continuidade no cuidado³⁷. Fluxogramas de atendimento e classificações de casos e de risco auxiliam na organização da atenção e podem ser visualizados nas figuras 2, 3 e 4^{37,38}.

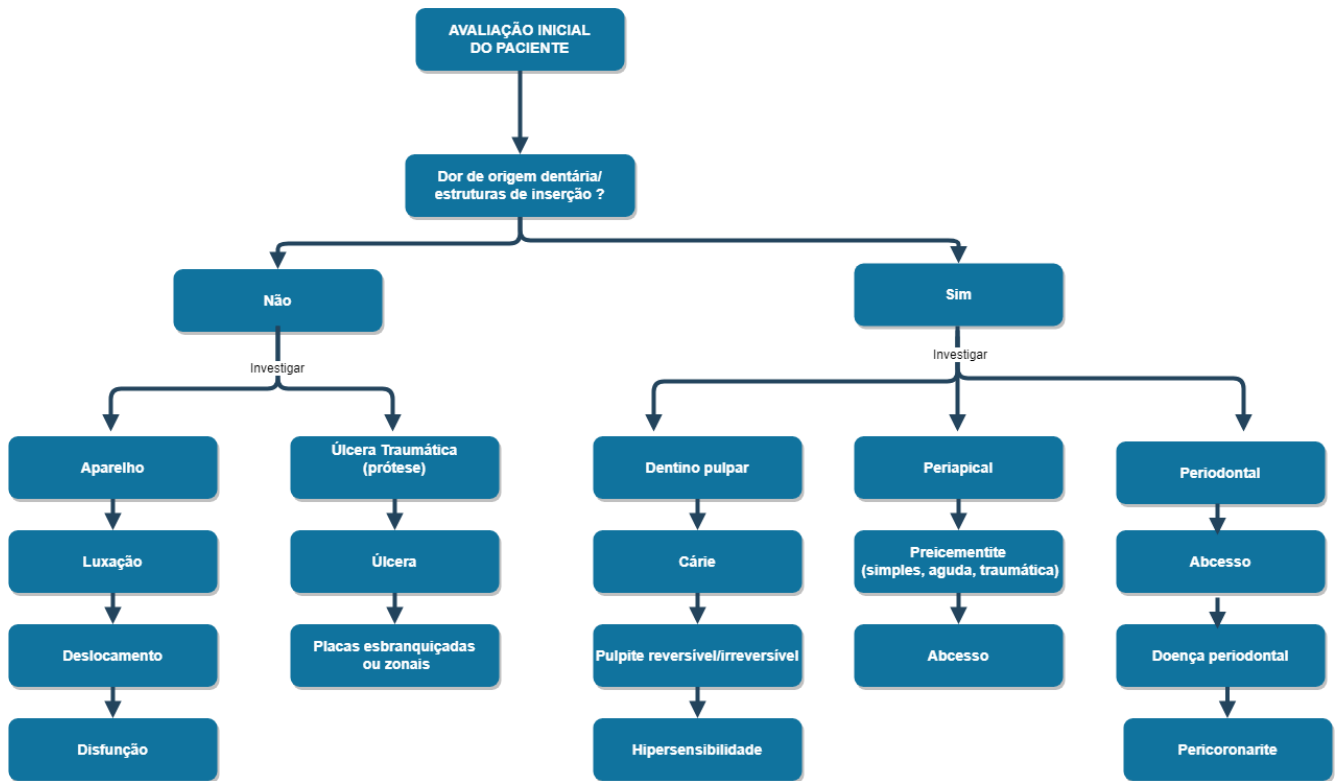
Figura 2. Classificação geral de casos de demanda espontânea na AB

Classificação geral da demanda espontânea na atenção básica
Situação não aguda
<p>Orientação específica e/ou sobre a oferta na unidade</p> <p>Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunizações)</p> <p>Agendamento/programação de intervenções</p> <p>Contudo, vale salientar que o tempo de espera deve levar em situação a história, vulnerabilidade e quadro clínico da queixa.</p>
Situação aguda ou crônica agudizada
Conduitas possíveis
<p>Atendimento imediato (alto risco de vida): necessidade de intervenção da equipe no mesmo momentos, obrigatoriamente com presença médica. Ex.: parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa</p>
<p>Atendimento imediato (risco moderado): necessidade de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto de enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influência na ordem de atendimento. Ex. crise anafilática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.</p>
<p>Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamentos de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.</p>

Fonte: Adaptado de: Acolhimento à demanda espontânea. Caderno de Atenção Básica

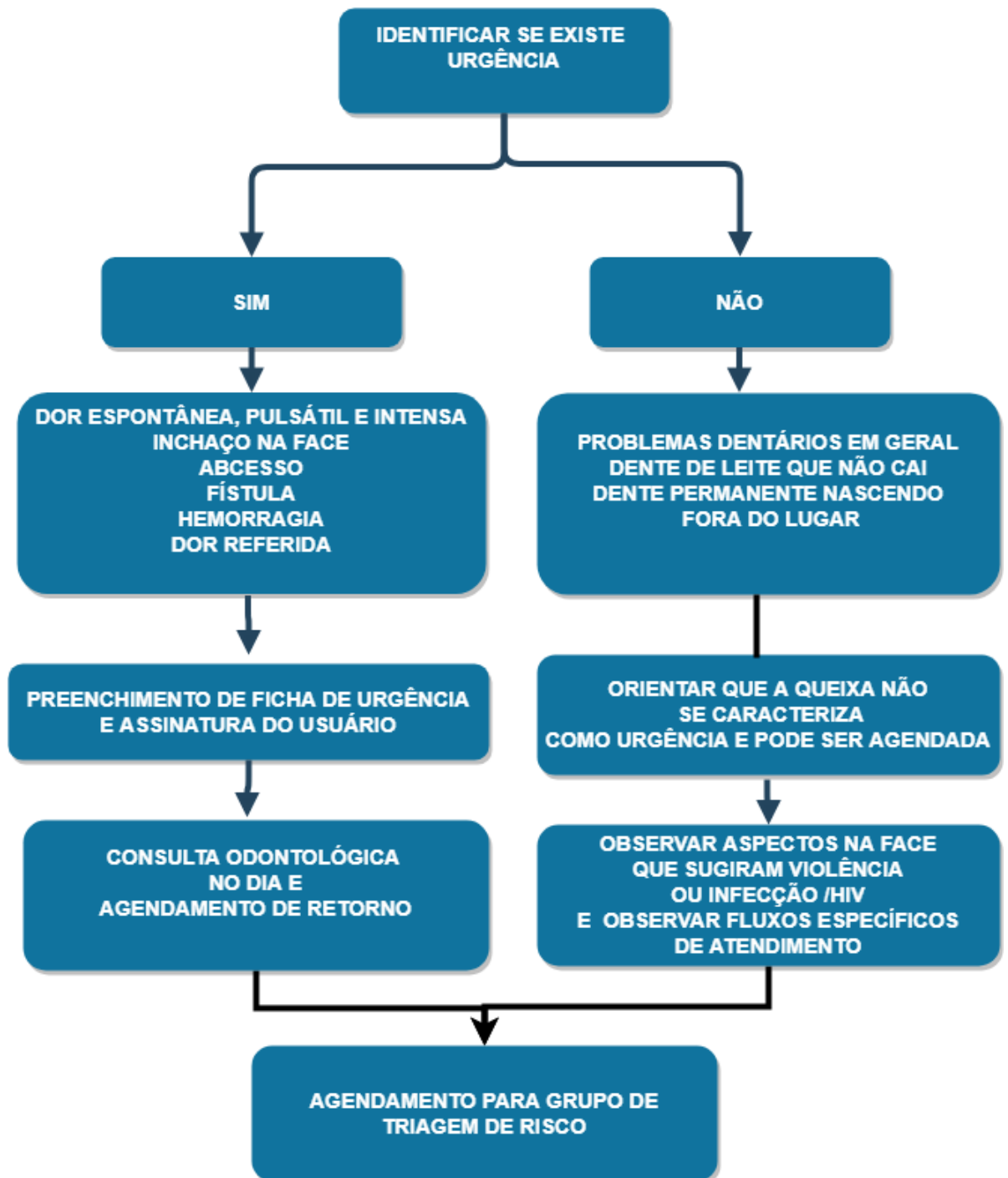
nº28, vol II.

Figura 3. Acolhimento à Demanda Espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica. Algoritmo de atendimento do paciente com urgência odontológica



Fonte: Adaptado de: Acolhimento à demanda espontânea. Caderno de Atenção Básica nº28, vol. II.

Figura 4. Fluxograma de atendimento das urgências odontológicas



Fonte: Adaptado de: Diretrizes para a atenção em saúde bucal, São Paulo, 2009.

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA RUE

Segundo Mendes, a principal causa de insatisfação da população que utiliza sistema de atenção à saúde é a urgência e há um aumento constante por este tipo de

serviço⁵. Dentre as diretrizes da RUE, está o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção^{35,36}. Estudos de monitoramento e avaliação do acesso e desempenho da AB e especializada em saúde bucal vêm sendo realizados e utilizam indicadores de cobertura assistencial, entretanto a atenção às urgências não costuma ser analisada, gerando uma lacuna sobre o uso, organização e desempenho nos pontos que realizam esta atenção.

Em 2010, o levantamento epidemiológico SB Brasil reportou que a prevalência de "dor de dente relatada nos últimos seis meses" foi de 24.6, 21.6, 24.2 e 10.8% nas faixas etárias de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 77 anos, respectivamente (Tabela 1). Ao analisar a gravidade da dor relatada, observou-se que os grupos de maior idade, adultos e idosos, são os que têm maior frequência para dor de maior intensidade, graus 4 e 5 (49.7% e 44%). Já na análise da prevalência de "dor como motivo da última consulta odontológica", foram encontrados valores similares e todas as faixas etárias (14.1%, 14.5 % e 15.8%) e menores em idosos (8.4%). A faixa etária de 35 a 44 anos é a que relata maior experiência, gravidade e busca de atendimento por dor. Comparando-se os resultados de dor no Brasil, por motivo de atendimento (2003) e da última consulta (2010), nas faixas etárias similares, identifica-se uma queda importante na busca de atendimento/consulta por dor. Já, na análise da gravidade de dor, ainda que a escala de 2003 seja de quatro níveis e a de 2010 de cinco, houve aumento na gravidade^{39,40}.

Tabela 1. Análise de acesso e auto percepção de dor através do SB Brasil 2003 e 2010

	SB 2003		SB 2010	
	Faixa etária	%	Faixa etária	%
Acesso a serviços Dor/ últimos 6 meses	12	NA	12	24,6
	15-19	NA	15-19	24,7
	35-44	NA	35-44	27,5
	65-74	NA	65-74	10,8
	12	NA	12	14,1
Motivo atendimento/dor	15-19	30,7	15-19	14,5
	35-44	45,6	35-44	15,8
	65-74	48,1	65-74	8,4
Auto percepção Quanto de dor sentiu nos últimos 6 meses	Nenhuma dor	66,6	Gravidade Grau 1	14,8
	Pouca dor	17,4	Grau 2	14,4
	Média dor	7,3	Grau 3	26,8
	Muita dor	8,7	Grau 4	12,5
			Grau 5	31,5

A ampliação da cobertura das ESB na AB pode ser visualizada ao longo do tempo, entretanto a resolutividade e a melhoria nas condições de saúde da população dependem da qualidade deste acesso. O comparativo dos resultados dos levantamentos epidemiológicos aponta para uma redução da principal queixa em urgência, a dor, que, talvez, tenha influência da ampliação da cobertura^{39,40}.

Para o monitoramento da RUE foram definidos códigos para os seguintes componentes: Promoção, prevenção e vigilância à saúde (93.01), AB em saúde (93.02), SAMU e Centrais de Regulação Médica das Urgências (93.03), Sala de Estabilização (93.04), Força Nacional de Saúde dos SUS (93.05), UPA e Conjunto de serviços de urgência 24 horas (93.06), Hospitalar (93.07) e Atenção Domiciliares (93.08). No Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o indicador para análise de monitoramento de urgências é a média de atendimentos por urgência odontológica por habitante. Especificamente para as Unidades de PA 24h, o monitoramento é realizado através do número de atendimentos segundo quatro códigos de procedimentos (Quadro 1) registrados via

Boletim de Procedimentos Ambulatoriais Individual (BPA-I), havendo diferentes habilitações segundo o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) em cada um destes procedimentos⁴¹. O resumo dos atendimentos previstos para o cirurgião-dentista encontra-se no quadro 2.

Quadro 1. Códigos de Monitoramento da UPA 24h	
Procedimento	Descrição
03.01.06.002-9	Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada
03.01.06.009-6	Atendimento médico em unidade de pronto atendimento
03.01.06.010-0	Atendimento ortopédico com imobilização provisória
03.01.06.011-8	Acolhimento com classificação de risco

Fonte: Portaria/GM Nº 10, de 3 de janeiro de 2017

Quadro 2. Sumarização das consultas/atendimento às urgências segundo CBO de CD do SIGTAP		
Instrumento de registro	Código Brasileiro de Ocupação	Procedimento
BPA	223268 CD - CTBMF	03.01.06.002-9 - atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada*
BPA	223208 CD - Clínico geral 223236 CD - Odontopediatria 223296 CD - ESF	03.01.06.003-7 - atendimento de urgência em atenção básica
BPA	223208 CD - Clínico geral 223212 CD - Endodontista 223220 CD - Estomatologista 223224 CD - Implantodontista 223228 CD - Odontogeriatra 223232 CD - Odontologista legal 223236 CD - Odontopediatria 223240 CD - Ortopedista e ortodontista 223248 CD - Periodontista 223268 CD - CTBMF 223288 CD - Odontologia para PNE	03.01.06.006-1 - atendimento de urgência em atenção especializada
AIH [#]	223268 CD - CTBMF	03.01.06.007-0 - diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica cirúrgica
BPA ^{&}	223208 CD - Clínico geral	03.01.06.009-6 - atendimento médico em unidade de pronto atendimento*
BPA ^{&}	Livre	03.01.06.011-8 - acolhimento com classificação de risco

*Procedimento de monitoramento de UPA 24h; [#] Autorização de Internação Hospitalar;

[&]Boletim de Procedimentos Ambulatoriais

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP

Já na avaliação da RAS, foram propostos diferentes indicadores para monitoramento e avaliação do acesso e desempenho da AB ao longo do tempo, o resumo dos indicadores de saúde bucal que vem sendo propostos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e através do Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde IDSUS encontra-se no quadro 3. Entre os indicadores se verifica a inclusão dos atendimentos de urgência no conjunto de procedimentos ambulatoriais selecionados para compor a relação de proporcionalidade com a exodontia no IDSUS e no percentual de serviços ofertados pela equipe de AB no PMAQ⁴²⁻⁴⁵.

Quadro 3. Indicadores de Saúde Bucal			
PMAQ-AB	Função	IDSUS	Função
Cobertura populacional estimada por Equipes de Saúde Bucal	Indicador específico	Cobertura estimada da população residente pelas Equipes de Saúde Bucal da AB	Acesso potencial obtido na AB
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos selecionados	Indicador universal	Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada	
Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Análise de Desempenho	Proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados	
Cobertura de primeira consulta odontológica programática*	*Acesso e continuidade do cuidado **Resolutividade ***Abrangência		
Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante			
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas**			
Percentual de serviços ofertados pela AB***			
Média de atendimento de urgência odontológica por habitante	Monitoramento		
Média de instalações de próteses dentárias			
Taxa de incidência de alterações da mucosa oral			

Fonte: Manuais instrutivos PMAQ-AB, Planilha Detalhada IDSUS

Além dos levantamentos epidemiológicos e dos programas de avaliação e monitoramento, os estudos avaliativos contribuem para a compreensão da constituição e organização da rede de atenção propiciando informações para a melhoria da qualidade da atenção em saúde. Estudos sobre a organização da atenção em saúde bucal em rede ainda são escassos, mas há indícios que este arranjo na saúde bucal apresenta grande heterogeneidade quanto a sua implantação com fragilidades na integração e governança. Os estudos apontam como relevante a inserção de serviços 24h para o atendimento de urgências odontológicas, com reflexos na organização de toda a atenção.⁴⁶ Dentro deste contexto, a maior investigação sobre a organização da rede de urgências odontológicas e sua repercussão no sistema de saúde se faz necessária^{42,43}.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar a situação da atenção às urgências odontológicas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mapear os determinantes de utilização por urgência odontológica na rede de atenção às urgências e emergência (RUE) do SUS e verificar as principais lacunas em pesquisa.

Descrever a série histórica de atendimentos de urgência odontológica no SUS no Brasil, entre 2008 a 2015.

Descrever a prevalência de classificação de urgência odontológica na Estratégia de Saúde da Família de um município da região metropolitana de Porto Alegre.

Descrever a ocorrência de casos novos e de recorrências de casos classificados como urgência odontológica na Estratégia de Saúde da Família de um município da região metropolitana de Porto Alegre

Analisar a prevalência e incidência de casos classificados como urgência segundo sexo, idade, raça e Estratégia de Saúde da Família de um município da região metropolitana de Porto Alegre.

Descrever a sobrevida ao tempo previsto segundo um modelo classificatório para o atendimento de casos de urgência odontológica pelas equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família de um município da região metropolitana de Porto Alegre.

MANUSCRITOS

Os manuscritos apresentados a seguir compõem a tese intitulada “Urgência Odontológica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde” e serão submetidos aos periódicos Cadernos de Saúde Pública, Brazilian Oral Research e Health Services Research.

Manuscrito 1: Urgência odontológica: revisão de escopo

Manuscrito 2: Série histórica de urgência odontológica no Brasil de 2008 a 2015

Manuscrito 3: Urgência odontológica na atenção primária em saúde

MANUSCRITO 1

Urgência odontológica: revisão de escopo

Manuscrito a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública

Karla Frichebruder, Camila Mello dos Santos, Fernando Neves Hugo

Autor para correspondência: Karla Frichebruder, kfrichem@gmail.com,
55 (51) 3308 5204

Karla Frichebruder, pesquisadora, Centro de Pesquisas em Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Camila Mello dos Santos, diretora, Centro de Pesquisas em Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Fernando Neves Hugo, professor associado, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

Parte da atenção em saúde bucal na rede de atenção à saúde envolve usuários em situação de urgência. Este estudo se propôs a mapear os determinantes de utilização de serviços da rede de atenção às urgências e emergências (RUE) do Sistema Único de Saúde e verificar as principais lacunas em pesquisa. Trata-se de uma revisão de escopo realizada em 2018 tendo como o referencial teórico o modelo de Andersen. Foram incluídos 16 estudos dos 3786 identificados nas bases de pesquisa e em busca livre. Dois revisores realizaram a seleção de forma independente e a decisão foi tomada em consenso. O mapeamento dos determinantes evidenciou um maior número de fatores capacitantes e a maior lacuna em resultados. Houve maior utilização do serviço de urgência por pessoas com dor, mulheres, adultos, de área urbana, de menor renda e escolaridade. Em novos estudos, sugere-se a realização de pesquisas primárias, que incluam todas as idades, com análise de diferentes grupos de necessidades e de usuários, que contemplem a região Norte do país e nas diferentes temáticas apontadas nesta revisão.

Descritores de saúde: emergências, saúde bucal, serviços de saúde, assistência à saúde

Abstract

Part of the oral health care in the health care network involves patients in emergency. This study proposed to map the determinants of the utilization of the network of emergency attention (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE) of Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) and to verify as main gaps in research. We performed a Scope Review in 2018 with

Andersen's model as a theoretical reference. We included 16 studies of the 3786 in the research bases and in free search. Two reviewers undertook independent screening of studies and made decisions by consensus. The mapping of the determinants shows a greater number of enabling factors and a larger gap in results. The greater use of the emergency service by women, adults, urban area, lower income and education. In new studies, we suggest to carry out pre-school surveys, which include all ages, with the analysis of different groups of needs and users that contemplate a North region and the different instances focused on the review.

Keywords: emergencies, oral health, health services, delivery of health care.

Introdução

É indiscutível a expansão da atenção em saúde bucal desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Ao longo deste período, dentro da arena da política em saúde, foram se organizando alvos programáticos prioritários, como a ampliação da atenção primária, da atenção odontológica especializada e de serviços de apoio, atenção a gestantes e crianças, e o atendimento às urgências¹.

Para dar conta da multiplicidade de desafios da atenção em saúde em um sistema fragmentado orientado primordialmente por condições agudas e crônicas, ocorreu o movimento de organização do arranjo em redes de atenção à saúde (RAS)^{2,3}. Nos dois anos seguintes, houve a incorporação das redes temáticas: cegonha, de urgência e emergência, de saúde biopsicossocial, de atenção à pessoa com deficiência e da saúde das pessoas com doenças crônicas. Este arranjo procura induzir a uma atenção baseada nas necessidades, riscos e vulnerabilidades da população, integrando e regulando os serviços de saúde em todos os pontos de atenção de forma a organizar fluxos assistenciais cobrindo áreas territoriais⁴. A disponibilidade, o acesso e a capacidade de rápida transição entre os provedores de saúde são o que definem uma boa ou não interface da rede de atenção⁵.

A atenção em saúde bucal se organiza em serviços da atenção básica, nos centros de especialidades odontológicas (CEO), e outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospitais)⁶. Na concepção de rede, os pontos de atenção são organizados como primário, secundário e terciário e diferem de serviço, pois cada serviço pode se constituir como mais de um ponto de atenção. As portas de entrada na rede são os pontos de atenção básica e de

urgência, já os acessos ao atendimento especializado (CEO) e ao hospitalar eletivo são, conceitualmente, parte de um sistema fechado regulado^{6,7}.

A garantia da atenção aos pacientes em condições agudas nos serviços públicos é um princípio ético presente nas diretrizes da Política Nacional de Humanização, de Atenção Básica, de Saúde Bucal e de Atenção às Urgências (PNAU)^{6,8-10}. A estruturação em rede dos serviços de urgência e emergência com fluxos pactuados visa a atenção de casos agudos conforme sua classificação de risco de forma a prestar o cuidado no local e no tempo adequado a cada caso. Aplicado a atenção aos casos de urgência odontológica, a rede deveria seguir um fluxo onde os serviços de atenção primária e secundária estariam mais voltados a resolução de casos de urgência e os serviços hospitalares para a resolução de casos emergenciais⁷.

O acompanhamento do desenvolvimento da rede de atenção envolve diversos elementos, como a operacionalização do sistema trino de governança, características populacionais, estrutura operacional e modelo de atenção. Já o acompanhamento da utilização dos serviços em rede exige que se amplie o espectro de análise, pois a utilização se molda pela *“interação de comportamentos dos indivíduos e dos profissionais que os conduzem pelo sistema de saúde”*¹¹. O mapeamento de determinantes do uso de serviços por urgência odontológica no SUS é essencial para análise da situação e para o planejamento de ações de intervenções que visem a melhoria do acesso e da qualidade da atenção e é uma lacuna de pesquisa.

Para compreender os vários fatores que podem influenciar a utilização dos serviços de saúde organizados em rede pelos usuários em condição de urgência odontológica, este estudo se propôs a mapear os determinantes de

utilização da rede de atenção às urgências e emergências (RUE) do SUS e verificar as principais lacunas em pesquisa. A revisão de escopo no contexto brasileiro se justifica pela influência do modelo de organização no SUS na utilização dos serviços e pelo montante de estudos primários publicados na língua portuguesa e em periódicos de maior circulação a nível nacional

Método

O estudo foi delineado como uma revisão de escopo que segue os cinco passos propostos por Ashley e O'Malley¹². Revisões de escopo são um tipo de síntese de conhecimento que mapeiam sistematicamente evidências sobre um tópico, identificando conceitos-chave, teorias, fontes de evidências e lacunas na pesquisa¹³. Diferencia-se de outros tipos de revisão pela amplitude da questão de pesquisa, que pode envolver diferentes conhecimentos e delineamentos de pesquisa e por sintetizar os resultados de uma forma mais qualitativa focada no tema da revisão e não em síntese de resultados. O método é composto por cinco passos obrigatórios: (1) identificação da questão de pesquisa, (2) identificação de estudos relevantes, (3) seleção dos estudos, (4) coleta de dados, (5) mapeamento, sumarização e descrição dos resultados¹².

Modelo teórico

Compreender como ocorre o uso dos serviços da rede e os fatores envolvidos remete ao modelo de Andersen e Davidson, que consideram acesso como o uso real de serviços de saúde pelas pessoas e tudo o que facilita ou impede este uso. Significa a obtenção do cuidado no local e momento certo para promover melhores resultados de saúde. O modelo comportamental de uso de serviços de saúde é complexo e multidimensional e vem sendo aprimorado ao

longo dos anos. O modelo baseia-se no fato de que a melhoria no acesso à assistência é mais adequadamente abordada e explicada através de relação entre as características contextuais e individuais, comportamentos em saúde e resultados. A última versão do modelo, atualizada em 2013 está apresentado na Figura 1¹⁴.

Questão de pesquisa

O tópico de interesse foram as urgências odontológicas e a questão de pesquisa foi: o que é tem sido estudado sobre a utilização da rede de atenção de urgências odontológicas nos serviços públicos do SUS? A questão envolve o conceito de urgência em odontologia, fatores relacionados aos usuários, assim como a organização da rede de atenção à urgência, seus componentes e princípios organizativos. O critério de inclusão a priori foi ser artigo sobre a temática de atenção às urgências odontológicas no contexto dos serviços públicos brasileiros.

Busca e seleção dos estudos

Para a construção das estratégias de busca foi utilizada a adaptação da estratégia PECO (P: paciente, E: exposição, C: comparação, O: outcomes/desfecho) para PEC, sendo “P” a população (usuários), “E” exposição de interesse (urgência odontológica), “C” o contexto (serviços de saúde) ¹⁵.

Os descritores de saúde e as combinações usadas para construir as estratégias foram: “emergências”, “urgência”, “saúde bucal”, “odontologia”, “serviços de saúde” com uso de operadores booleanos como “AND” E “OR”. A busca foi realizada nas bases de dados Medline (PubMed), Embase e Web of Science, desde os seus inícios até setembro de 2018. Os descritores resumidos no Medline foram: (((((((((((((((((emergencies OR emergenc*) OR urgenc*)) OR

((out of hours) OR out-of-hours))) AND (("oral health" OR dent*)) AND ((((((((((health services OR public health dentistry]) OR after-hours care OR "dental care") OR emergenc* dental service) OR emergenc* dental care) OR "oral care") OR "dental services"))))))); no Embase: ('out-of-hours' OR 'out of hours' OR 'emergen*' OR 'urgen*') AND ('oral health' OR 'dental') AND ('emergency health service' OR 'out-of-hours care' OR 'emergency care' OR 'urgency care'); e no Web of Science: (((emergencies/ OR "urgen*dental" OR "emergen* dental") OR ("out-of-hours" OR "out of hours" OR "unscheduled"))) AND (dental care/ OR dental health services/ OR "dental care" OR "dental service*" OR "public health dentistry" OR "dental after-hours care ")). Em apêndice apresenta-se o detalhamento da busca na base Medline. Além disso, foi realizada a busca na literatura cinza através de buscador "Google acadêmico".

Os títulos e resumos foram lidos e analisados para identificar os potencialmente elegíveis para o estudo. Os estudos selecionados foram lidos na íntegra por dois revisores independentes para confirmar a pertinência à pergunta de revisão e, em caso positivo, extrair os dados de interesse.

Após a busca e análise foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão dos artigos: publicados anteriormente ao ano de 1990 tendo como referência ser o ano de promulgação da Lei 8080 que dispõem sobre a organização dos serviços de saúde, artigos do tipo relato de evento ou congresso.

Coleta de dados, sumarização e apresentação dos resultados

Os dados extraídos foram: autor, ano de publicação, revista, conceito de urgência, objetivos, metodologia (local de realização, delineamento, população/amostra, duração, desfecho e variáveis exploratórias) e resultados.

Os dados foram organizados em planilhas Excel. Os estudos foram classificados quanto ao ponto da rede de atenção às urgências em: Atenção Primária em Saúde (APS), Atenção Secundária em Urgência (ASU) e Rede de Atenção à Urgência e emergência (RUE). O termo ASU foi utilizado para dar conta das diversas terminologias encontradas para os serviços específicos de urgência odontológica, já o termo RUE foi utilizado para identificar estudos envolvendo ambos os pontos da rede de urgência. Os estudos foram agrupados segundo a variável idade dos participantes, estudos com faixa etária a partir dos 20 anos foram agrupados em adultos e idosos. Os resultados extraídos foram categorizados segundo os componentes do modelo comportamental de uso de serviços de Andersen de forma similar a metodologia utilizada por Worsley et al que realizaram revisão de escopo cuja temática também foi a de acesso a serviços de urgência odontológica¹⁶. As categorias dos estudos, sexo e gênero, foram totalizadas como gênero. Entre os fatores capacitantes do modelo de Andersen, foram incluídos os aspectos específicos de modelo brasileiro, referentes à organização e ao financiamento, que influenciam o acesso universal e integral na rede de atenção. Nesta perspectiva, as variáveis de estudos que buscaram avaliar a percepção e concordância dos profissionais e dos gestores/gerentes sobre o serviço foram distribuídas em visão dos profissionais e gestores, e mantidas como capacitantes, pois foram entendidas como a evidenciação da organização do serviço, entretanto, assim como observado por Worsley, havia possibilidade de inclusão das mesmas em outros campos do modelo de Andersen. Desta forma, 8 e 21 variáveis, de dois estudos distintos, foram agrupadas como visão de gestores e em visão de profissionais respectivamente. Em comportamento em saúde, o uso de fio dental e a

escovação dentária foram agrupados em higiene bucal. Os componentes e seus elementos foram apresentados em forma de tabela com o número de elementos multiplicados pelo número de estudos e o resultado foi totalizado nos componentes do modelo.

Considerações Éticas

Este estudo fez uso de análise de dados secundários, disponíveis em base de dados de literatura científica e, com isso, não necessitou de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

O estudo totalizou 3786 artigos após a remoção de duplicatas, destes 16 estudos foram incluídos. O fluxograma de seleção das publicações encontra-se na figura 2. O tempo dispendido para realização do estudo desde o projeto de pesquisa até a realização do artigo foi de cerca de cinco meses.

Dos 16 estudos incluídos, quatro (25%) eram de APS, dez (62,5%) de ASU, e dois (12,5%) envolviam a RUE. A lista dos artigos incluídos encontra-se no apêndice. Não foram encontradas publicações provenientes da região Norte do país, as publicações sobre a ASU se distribuem entre serviços localizados nas demais regiões do país, os artigos vinculados a APS provêm exclusivamente de serviços das regiões Sul e Sudeste, as publicações envolvendo a RUE são oriundas da região Sul e Nordeste.

Entre os estudos primários, quinze eram quantitativos (93,8%), entre eles, 8 (53,4%) descritivos e 7 (46,7%) transversais, em 9 (60%) os dados foram secundários, os demais usaram questionários. Dos 15 estudos quantitativos, 10

(62,5%) tinham como unidade de análise o indivíduo. As tabelas descritivas dos estudos primários encontram-se no apêndice.

Quatro artigos (25%) que apresentaram conceitos sobre urgência, dois deles aparecem descritos em três introduções: *“urgência é todo tratamento imediato que alivia o mal-estar do paciente sem risco de vida, enquanto emergências são ocorrências graves, em que o paciente necessita de atendimento rápido, pois há risco de vida”*¹⁷ e *“urgência odontológica são medidas imediatas que visam aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos e ou estéticos da cavidade bucal”*^{18,19}. Um terceiro conceito é de serviço de urgência: *“o serviço de urgência odontológica pode ser definido como o cuidado de pacientes que apresentam problemas bucais que interferem em suas vidas ou no funcionamento dos órgãos”*²⁰.

O mapeamento dos fatores determinantes de uso de serviços de urgência, segundo os estudos incluídos, se encontra na Tabela 1. O resumo das informações que subsidiaram o mapeamento encontra-se em tabela no apêndice. Entre as 146 ocorrências de fatores determinantes, os fatores capacitantes foram os mais frequentes (34,2%) e o menos estudado foi a categoria de resultados (2%). As lacunas de pesquisa estão apresentadas na tabela 2.

Dentre os fatores predisponentes, o gênero e a idade foram as variáveis de maior ocorrência nos estudos (n=10). O gênero feminino foi o de maior frequência (6/10, 60%). Estudos que incluíram todas as faixas etárias ou acima de 13 anos (n=7) indicaram adultos como os mais prevalentes. Entre os estudos até 19 anos (n=3), a maior frequência de idade ficou entre 10 a 14 anos. O estudo comparativo indicou maior prevalência de uso de ASU por adolescentes do que

por crianças. A proporcionalidade entre gênero e idade e a população sem necessidade urgente ou a população adscrita ou de referência não foi abordada.

Um baixo número de estudos utilizou as variáveis, procedência, etnia e predisposições de saúde. Foi observada uma relação inversa entre a escolaridade e o uso por urgência em ambos os pontos da rede (3/4, 75%), um estudo aponta esta inversão através da escolaridade materna. Na APS, houve maior uso por pessoas casadas (n=2), com uma média de dois filhos (n=1), que são empregados ou autônomos (n=2) e que trabalhavam de 2 a 3 turnos (n=1). Na ASU, também houve maior uso por pessoas casadas (n=1), a maioria dos atendidos foi da área de abrangência do serviço (n=1), há maior chance de uso por pessoas provenientes de bairros categorizados como de maior exclusão social (n=1), e houve menor acesso dos residentes de zona rural (n=2). Na análise contextual da APS, o grupo de serviços com maior proporção de urgência odontológica não era o de área de maior vulnerabilidade à saúde (n=1). As predisposições de saúde descreveram o medo de ir ao dentista (n=1), depressão (n=1), alergias (n=2) e condições sistêmicas de saúde sendo a mais frequente a hipertensão arterial (n=1). Constatou-se várias lacunas de pesquisa abordando crenças, conhecimentos sobre o serviço, temas relacionados ao trauma e estudos em grupos específicos como o de pessoas com deficiência e idosos.

Houve relação decrescente entre a renda dos usuários e o uso de serviços de urgência em ambos os pontos da rede (n=2). Um estudo na ASU relatou que a maioria dos usuários não tem plano de saúde e se deslocam de ônibus até o serviço de urgência. Ao analisar a expansão da ESB na rede de APS ao longo de três anos foi observado que, proporcionalmente ao total de consultas, foi havendo redução ao longo deste tempo em uma correlação negativa significativa

por conta do ano de maior expansão. Entretanto, a variação mensal foi alta e, e ainda que tenha havido redução, na maioria dos meses estudados, esta não foi atingida a meta de menos de 20% do total de consultas. No estudo ecológico, as diferenças entre o grupo de serviços de maior proporção de urgências e de procedimentos preventivos não se explicam pela cobertura populacional de ESF e ESB.

As informações sobre a política de saúde, financiamento e organização da RUE e ASU são limitadas a poucos estudos com alta variabilidade nas variáveis coletadas, mas seus resultados convergem para deficiências na organização da RUE. Um estudo indica que a maioria dos gestores desconhecem atualizações de políticas, outro que poucos participam do planejamento e execução financeira. Houve relato de que a maioria dos gestores desconhece metas, reconhece o acesso ao ASU por livre demanda, não tem ciência do tempo de espera, nem do nível de satisfação do usuário, mas que há registro de críticas e sugestões pelo usuário e dizem considerar a satisfação dos profissionais e as sugestões dos usuários, a maioria não participa do Conselho Municipal de Saúde (n=1). Os gestores garantiram a presença de pelo menos um equipamento em condições de uso e manutenção preventiva (n=1). Há evidências de reconhecimento do papel de cada um dos pontos entre os profissionais da rede (n=1), mas sem comunicação, protocolos e fluxos de referência (n=2), com fraco reconhecimento de linhas de cuidado na ASU (n=1). Um estudo na ASU relatou divergência sobre algumas atividades a serem realizadas, procedimentos e quais referenciar, consenso sobre o acesso por demanda espontânea e de registro via prontuário, ciência de falha em acolhimento e de sistema de classificação de risco, de referência, de educação

continuada e de protocolo com diretrizes clínicas e farmacológicas, e falhas em recursos de infraestrutura, confirmam controle de carga horária e adicional por trabalho noturno. O perfil traçado pelo profissional do usuário de urgência confirma as características predisponentes e de necessidades obtidas nesta revisão, a maioria afirma que o usuário não traz documento de encaminhamento, mas diz orientar a busca pela continuidade do cuidado. A maioria dos profissionais reconhece na graduação e na experiência no próprio serviço as maiores contribuições a sua prática (n=1). Há indicações para investigações sobre o efeito da PNAU no desenvolvimento da RUE, de mudanças no acesso após alterações organizacionais na rede de atenção e relativas a economia em saúde e vinculadas ao usuário.

A necessidade percebida pela maioria dos usuários que levou a procura dos serviços foi a dor (n=7). Um estudo demonstrou que as queixas pós-traumáticas foram mais frequentes em homens e houve uma diferença significativa por faixa etária onde a maior prevalência de trauma e de lesões pós-traumáticas foi a de 0 a 5 anos. Uma parcela de usuários da ASU reconhece não terem necessidade urgente (n=1). O estudo comparativo descreveu a urgência como o primeiro acesso em saúde bucal para uma parcela da população até 17 anos, sendo mais prevalente a entrada via ASU para os adolescentes. As lacunas verificadas estão relacionadas ao uso de indicadores subjetivos e sociais, concordância entre profissionais e gestores e análise de contextos ambientais.

As práticas de saúde descritas foram higiene bucal (n=1), automedicação (n=2), tabagismo (n=2) e etilismo (n=1). A maioria dos prontuários não continha informação sobre automedicação, entre os que informaram, houve baixo uso,

sendo o analgésico o mais frequente. Estudo na APS descreveu que a maioria dos usuários não tem dificuldade de acesso e já havia utilizado o serviço por urgência e o tempo entre a percepção da necessidade e a busca pelo serviço foi de sete dias. Na ASU, um estudo relatou que a proporção de pessoas atendidas na população estimada não diferiu em três anos, um pouco menos de um terço dos atendidos disse não ter conseguido acesso na APS por problemas de infraestrutura, não ter vaga ou por necessidade de especialista, para a maioria o tempo desde o surgimento dos sintomas até a busca pelo atendimento foi de dois dias. Uma pequena parcela está em atendimento odontológico, a maioria destes utilizam a UBS ou convênios de saúde. Os resultados de maior procura pelo serviço quanto ao turno, dia e mês foram divergentes (n=4), mas parece haver relação entre o uso dos turnos com a faixa etária, onde mais velhos utilizariam pela manhã, crianças a tarde e adolescentes e adultos jovens a noite. A parcela de pessoas que busca a ASU e não foram atendidas foi similar em três estudos sendo inferior a 3%. O estudo comparativo verificou que a prevalência de primeiro acesso ao sistema por urgência via ASU foi significativamente maior em adolescentes do que em crianças, a maioria dos participantes está há mais de um ano sem consulta odontológica e uma minoria usou o serviço anteriormente por urgência. Em relação ao tratamento, a restauração e a exodontia são os procedimentos mais frequentes (n=3). Do ponto de vista contextual, na APS, a probabilidade de pertencer ao grupo de serviços de maior proporção de urgência esteve associada a ter o tratamento completado para a categoria mais de 3 dentes com cavidades de cárie ou indicação de extração. Quanto a resolutividade na ASU, um artigo apontou que a maioria das queixas foi solucionada e outro que a maioria dos tratamentos não foi totalmente

resolutivo. Sobre a referência, contextualmente, não houve diferença na APS entre o grupo de serviço com maior proporção de urgência e o grupo com maiores procedimentos preventivo. Um estudo na ASU apontou que a maioria dos atendidos não necessita ser referenciada a serviços especializados. Não foram encontradas publicações sobre utilização e aderência a protocolos de tratamento ou de referência, nem sobre necessidades em educação permanente ou discussão da atenção do ponto de vista ético.

Quanto ao componente resultado, uma publicação apresentou a percepção dos usuários em relação ao serviço na ASU. Foram avaliados como boas as instalações, informações, limpeza e sinalização, o tempo de espera e a atenção pela ESB, tendo espaço para melhorias, em especial o tempo e a atenção. Não foram encontrados estudos que avaliassem a percepção em saúde após o cuidado e a qualidade de vida.

Discussão

O mapeamento dos fatores determinantes de uso de serviços de urgência ofereceu um panorama das evidências, a reflexão sobre variáveis a serem incluídas em estudos futuros e um leque de temas de investigação que podem levar a maior compreensão sobre os determinantes de uso de serviços por urgência odontológica. Há escassez de estudos envolvendo a RUE e a APS, e vazios de investigação na região Norte. Houve presença de parcela considerável de estudos descritivos, variabilidade entre as categorias estudadas e diversidade de variáveis exploratórias que dificultam comparações, mas ampliam a perspectiva do tema.

As limitações desta revisão de escopo são a exclusão de resumos de eventos e de teses, dissertações e monografias, o que pode ter acarretado na omissão de algum estudo relevante. A alta variabilidade entre as faixas etárias estudadas na ASU pode ser um fator de confusão.

Os conceitos encontrados guardam relação com a necessidade percebida e com a organização do cuidado, uma vez que se referem ao atendimento ou ao serviço, incluem a noção de tempo e de alívio de sintomas, mal-estar, e problemas que interferem na vida do usuário. A noção de risco de vida é o que diferencia e alerta para o cuidado imediato em direção à atenção terciária. A presença de alguma discordância quanto a atividades, procedimentos e a referência na ASU, parecem não refletir a amplitude da atenção em urgência e demonstra que existem tensões no serviço que poderiam ser reduzidas caso houvesse o acolhimento com classificação de risco, tensões estas que não são conhecidas na APS e que promovem barreiras ao acesso²¹.

A ausência de alguns elementos destacados no modelo de Andersen em parte pode ser explicada pela restrição de informação de dados a partir do sistema de informação. Ainda assim, os resultados encontrados se alinham aos de uma revisão sistemática de inequidade em acesso em serviços de saúde bucal que, na América do Sul, demonstrou que a chance de acesso é menor para homens, em minorias étnicas, para moradores de zona rural, e se distingue para o acesso de menor nível educacional e renda, pois na urgência os indivíduos com menor nível educacional, menor renda e com menor acesso a planos de saúde foram os que mais acessaram²².

Na literatura internacional encontram-se vários estudos exclusivos sobre urgências odontológicas traumáticas ou não traumáticas²³⁻²⁶, não foram

encontrados estudos no Brasil que utilizaram esta divisão, provavelmente por conta das diferenças entre a organização dos serviços de saúde, já que muitos destes artigos referem-se a atendimento em ambulatórios hospitalares e alguns envolvem a atenção por profissionais da área médica. No entanto, houve análise de eventos traumáticos que corroboraram a maior frequência de trauma em homens e em meninos de menor faixa etária²⁷. A prevenção de trauma é difícil, a abordagem varia, pois, a causa relaciona-se com fatores de risco segundo a idade, estando associada a acidente, esportes e a violência²⁷. Por exemplo, estudos envolvendo creches e escolas públicas evidenciam o baixo conhecimento sobre condutas em caso de trauma dentários, evidenciando uma lacuna de investigação em relação a APS^{28,29}. Não foram encontrados estudos sobre ansiedade na RUE, dois estudos em faculdades demonstram que há uma importante parcela dos atendidos em seus serviços de urgência com alto grau de ansiedade, que é superior em mulheres e que possui relação com eventos traumáticos prévios^{30,31}.

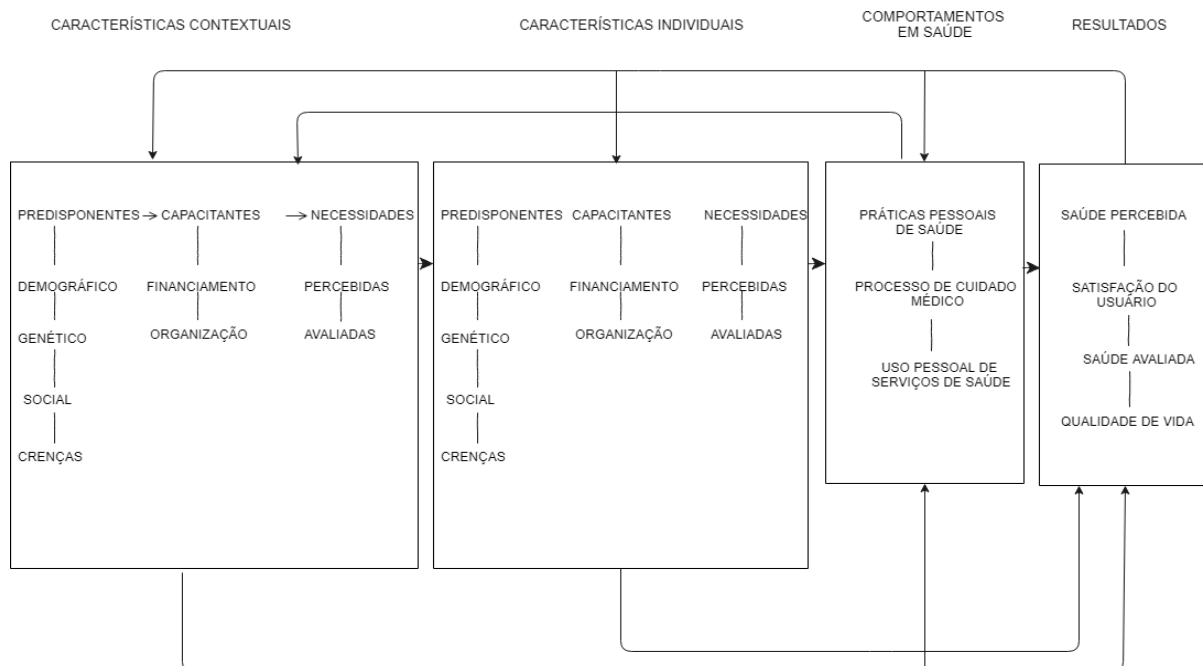
Estudos sobre a rede de atenção e a integração da APS com o Centro de Especialidades Odontológicas apresentaram alguns resultados similares aos da APS e ASU, como falhas em educação permanente e reduzida participação em fóruns de participação, mas ainda que também se verifiquem fragilidades nos serviços e na interface, parecem obter melhores resultados em reconhecimento de metas, presença de protocolos e fluxos de referência^{32,33}. As políticas que envolvem a atenção secundária na rede de atenção, o CEO e a ASU, são recentes, mas ocuparam posições distintas, pois ainda que ambas estejam pautadas na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), as normativas dos serviços da ASU estão atreladas a PNAU, cuja prioridade não é a atenção

odontológica³⁴⁻³⁶. A diferença entre ter normas de incentivo financeiro, implantação, monitoramento e a avaliação específicos, assim como, o envolvimento de diversos setores no planejamento, capacitação e acompanhamento da CEO poderiam explicar estes melhores resultados do que quando estas estão vinculadas a uma política mais ampla.

Conclusão

Para melhoria do acesso e da qualidade da atenção em saúde bucal no Brasil é importante que se conheçam os determinantes do uso de serviços por urgência odontológica. Esta revisão de escopo permitiu conhecer estes fatores, os resultados dos estudos primários convergem para necessidades acumuladas vinculadas a agudização de doenças bucais crônicas com sintomatologia dolorosa em usuários em piores condições socioeconômicas e parecem diferir dos determinantes de uso por demanda programada. Ficaram evidentes as necessidades de melhoria em cada um dos pontos da RUE e em sua interface, como melhorias no acolhimento, incorporação de classificação de risco, definições de protocolos e fluxos de referência, o que demanda o envolvimento dos profissionais e de gestores em todas as esferas da rede. Esta revisão também contribui para a reflexão sobre variáveis, temas e desenhos de pesquisa que precisam ser considerados no planejamento de novos estudos, pois há necessidade de maiores pesquisas de desempenho de serviços e da rede de atenção e efetividade desta atenção em urgências odontológicas.

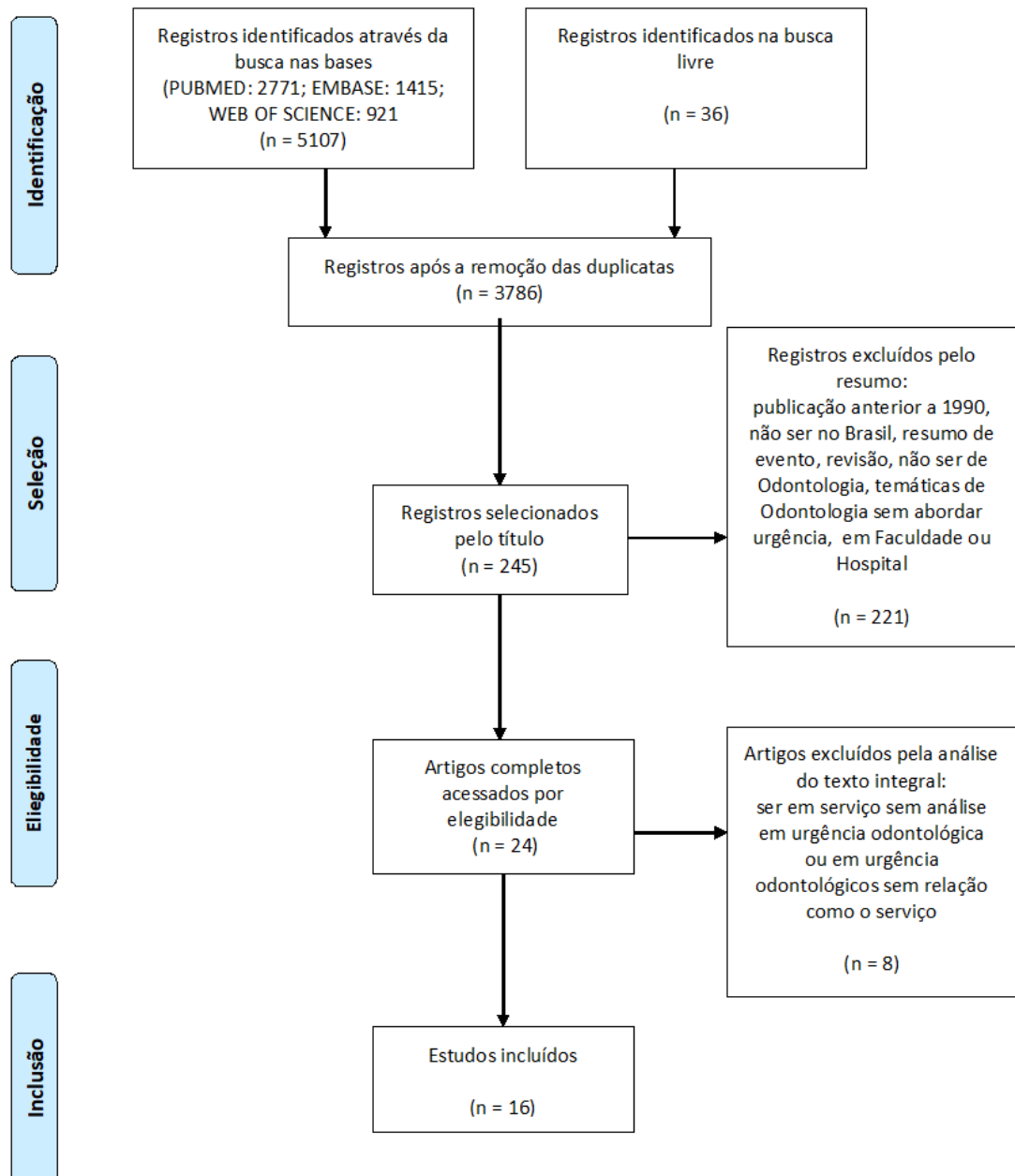
Figura 1. Modelo comportamental de uso de serviços de saúde com características contextuais e individuais de Andersen.



Fonte: Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE. Improving Access to Care. 2013¹⁴



Figura 2. Fluxograma de seleção de artigos.



Traduzido da versão em inglês disponível em:
<http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>

Tabela 1. Mapeamento de fatores determinantes de uso de serviços de urgência segundo modelo de Andersen, Brasil, 2018.

Predisponentes (40)	Capacitantes (50)	Necessidades de saúde (14)	Comportamentos de saúde (39)	Resultados (3)
Demográficos	Políticas de saúde	Necessidade percebida	Práticas em saúde	Percepção do usuário
Idade (10)	Alteração na política (2)	Queixa (7)	Higiene bucal (2)	Infraestrutura (1)
Gênero (10)	Interface entre APS e ASU (5)	Percepção de ausência de necessidade (1)	Automedicação (2)	Tempo de espera (1)
Sociais	Financiamento	Avaliação da necessidade	Etilismo (1)	Equipe ESB (1)
Ocupação (2)	Orçamento (1)	Risco (2)	Tabagismo (2)	
Escolaridade (3)	Renda (2)	Individual (2)	Uso de serviços de saúde	
Escolaridade materna (1)	Plano de saúde (1)	Por serviço (1)	Por urgência odontológica (14)	
Estado civil (2)	Meio de transporte (1)	Sem necessidade (1)	Dia ou turno (3)	
Número de filhos (1)	Organização		Mês (2)	
Índice de vulnerabilidade (1)	Expansão da APS (2)		Em atendimento eletivo (1)	
Procedência	ESB/área de residência (1)		Processo de trabalho	
Zona urbana/rural (2)	Cobertura por ESF (2)		Tratamento completado (3)	
Área de cobertura (1)	Cobertura ESB (1)		Tipo de tratamento (3)	
Área/ exclusão social (1)	UPA/ região administrativa (1)		Resolutividade (4)	
Etnicidade (1)	Distância de UBS e UPA (1)		Referência na RUE (2)	
Condições predisponentes	Visão dos profissionais (22)			
Medo (1)	Visão dos gestores (8)			
Condições de saúde (4)				

Tabela 2. Mapeamento de lacunas em pesquisa sobre determinantes de uso de serviços de urgência da RUE, Brasil, 2018.

Predisponentes	Capacitantes	Necessidades de saúde	Comportamentos de saúde	Resultados
Social	Políticas de Saúde	Necessidade avaliada	Práticas em saúde	Percepção em saúde
Aspectos relacionados a violência e a acidentes.	Impacto da PNAU sobre o acesso	Avaliação segundo indicadores subjetivos e sociais de saúde bucal	Adesão ao protocolo de tratamento	Percepção de saúde após o cuidado
Crenças	Financiamento	Concordância entre profissionais e usuários	Adesão ao protocolo de referência	Satisfação do usuário
Sobre saúde bucal e cuidados odontológicos	Estudos de economia em saúde e acesso a serviços de urgência odontológica	Impacto na necessidade de urgência nas populações com e sem fluoretação de água	Necessidades em educação permanente	Qualidade de vida
Expectativas sobre o cuidado	Impacto financeiro da urgência odontológica para o usuário.	Concordância entre profissionais, gerentes e gestores dos diferentes pontos da RUE	Ética em urgência odontológica	Impacto da urgência odontológica na qualidade de vida
Valores e normas culturais da população que acessa o serviço de urgência odontológica	Uso do serviço após mudanças organizacionais no serviço			Impacto de experiência traumática anterior
Mudanças de atitudes dos profissionais na organização do cuidado	Uso dos serviços após mudanças na RUE			Estudos que relacionem o ponto de atenção e o acesso em urgência através de medidas de qualidade de vida
Conhecimentos				
Prevenção e manejo de trauma dentário				
Conhecimento do usuário sobre o serviço				
Condições predisponentes				
Pessoas com deficiência				
Ansiedade				

Referências bibliográficas

1. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. 2010;44(2):360-365.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2297-2305. doi:10.1590/S1413-81232010000500005.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília; 2015.
4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Rede de Atenção Às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)*.; 2015. doi:ISBN 978-85-8071-017-5.
5. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J*. 2001;191(12):666-670. doi:10.1038/sj.bdj.4801263.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes Da Política Nacional de Saúde Bucal*.; 2004.
7. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2nd ed. Brasília; 2011.
8. Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: O Que é, Como Implantar*.; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Vol I.; 2012.
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. *Política Nacional de Atenção Às Urgências*.

3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(suppl 2):S190-S198. doi:10.1590/S0102-311X2004000800014.

12. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi:10.1080/1364557032000119616.

13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467. doi:10.7326/M18-0850.

14. Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE. Improving Access to Care. In: Gerald F. Kominski, ed. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*. 4th ed. ; 2013:33-69.

15. Menezes SSC de, Corrêa CG, Silva R de CGE, Cruz D de AML da. Clinical reasoning in undergraduate nursing education: a scoping review. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2015;49(6):1032-1039. doi:10.1590/S0080-623420150000600021.

16. Worsley DJ, Robinson PG, Marshman Z. Access to urgent dental care: a scoping review. *Community Dent Health*. 2017;34(1):19-26. doi:10.1922/CDH_4038Worsley08.

17. Prado M da C, Casotti CA, Francisco KSM, Sales AS. Perfil dos usuários e agravos em crianças e adolescentes atendidos em um Pronto Atendimento Odontológico. *Rev Saude Com*. 2014;10(4):368-375.

18. Pinto EC, Barros VJ de A, Coelho M de Q, Costa S de M. Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros. *Arq Odontol*. 2012;48(3):166-174. doi:10.7308/

aodontol/2012.48.3.07.

19. Flumignan JDP, Neto LF de S. Atendimento odontológico em unidades de emergência: caracterização da demanda. *Rev Bras Odontol*. 2014;71(2):124-129.

20. Maciel RM, Filho H de AA, Oliveira M da CA de, et al. O tratamento odontológico no serviço público de urgência de Olinda. *Odontol Clínica-Científica*. 2016;1:39-42.

21. Santos AM dos, Assis MMA, Rodrigues AÁA de O, Nascimento MAA do, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(1):75-85. doi:10.1590/S0102-311X2007000100009.

22. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, Schwendicke F. Inequality in Utilization of Dental Services: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Public Health*. 2018;108(2):e1-e7. doi:10.2105/AJPH.2017.304180.

23. Da Silva K, Kunzel C, Yoon RK. Utilization of emergency services for non-traumatic dental disease. *J Clin Pediatr Dent*. 2013;38(2):107-112.
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L372948561>.

24. Nakao S, Scott JM, Masterson EE, Chi DL. Non-traumatic Dental Condition-Related Emergency Department Visits and Associated Costs for Children and Adults with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(5):1396-1407. doi:10.1007/s10803-014-2298-0.

25. Okunseri C, Okunseri E, Thorpe JM, Xiang Q, Szabo A. Patient characteristics and trends in nontraumatic dental condition visits to emergency departments in the United States. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2012;4:1-7. doi:10.2147/CCIDEN.S28168.

26. Alnaggar D, Andersson L. Emergency management of traumatic dental injuries in 42 countries. *Dent Traumatol*. 2015;31(2):89-96. doi:10.1111/edt.12155.
27. Andersson L. Epidemiology of Traumatic Dental Injuries. *J Endod*. 2013;39(3):S2-S5. doi:10.1016/j.joen.2012.11.021.
28. Villarreal-Rios E, Campos-Esparza M, Garza-Elizondo ME, Martinez-Gonzalez L, Nunez-Rocha GM, Romero-Islas NR. [Unit cost variation in a social security company in Queretaro, Mexico]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2006;8(2):153-162.
29. Costa LED, Queiroz F de S, Nóbrega CBC, Leite MS, Nóbrega WFS, Almeida ER de. Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos-PB. *Rev Odontol da UNESP*. 2014;43(6):402-408. doi:10.1590/1807-2577.1053.
30. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. [Dental anxiety in an emergency dental service]. *Rev Saude Publica*. 2003;37(6):786-792.
31. Kanegane K, Penha SS, Munhoz CD, Rocha RG. Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care. *J Oral Sci*. 2009;51(4):515-520.
32. Frichebruder K, Hugo FN, Hilgert JB. Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul. *Rev da Fac Odontol - UPF*. 2017;22(1):43-48. doi:10.5335/rfo.v22i1.7109.
33. Machado FC de A, Silva JV, Ferreira MÂF. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. *Cien Saude Colet*. 2015;20(4):1149-1163. doi:10.1590/1413-81232015204.00532014.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

de Atenção Especializada. *Diretrizes Da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília; 2004.

35. Brasil. *Portaria 599/GM de 23 de Março de 2006. Define a Implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e Estabelece Critérios, Normas e Requisitos Para Seu Financiamento*. Brasil: Diário Oficial da União. 24 Mar; 2006.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. http://www.imprensanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.

Material suplementar

Busca Detalhada PUBMED

(((("emergencies"[MeSH Terms] OR "emergencies"[All Fields]) OR (emergenc[All Fields] OR emergence[All Fields] OR emergence'[All Fields] OR emergencein[All Fields] OR emergencence[All Fields] OR emergenceof[All Fields] OR emergencies[All Fields] OR emergencfaculty[All Fields] OR emergencia[All Fields] OR emergenciais[All Fields] OR emergencial[All Fields] OR emergenciais[All Fields] OR emergenciais'[All Fields] OR emergenciais's[All Fields] OR emergenciaie[All Fields] OR emergenciaie's[All Fields] OR emergencies[All Fields] OR emergencies'[All Fields] OR emergencies's[All Fields] OR emergencilly[All Fields] OR emergencing[All Fields] OR emergencises[All Fields] OR emergencistas[All Fields] OR emergencists[All Fields] OR emergency[All Fields] OR emergency[All Fields] OR emergency'[All Fields] OR emergency's[All Fields] OR emergencyacceptance[All Fields] OR emergencyadmissions[All Fields] OR emergencyand[All Fields] OR emergencyblaine[All Fields] OR emergencychoi[All Fields] OR emergencydepartment[All Fields] OR emergencydisaster[All Fields] OR emergencydispatch[All Fields] OR emergencylaparoscopic[All Fields] OR emergencymeasures[All Fields] OR emergencymeasures'[All Fields] OR emergencymedical[All Fields] OR emergencymedicine[All Fields] OR emergencyneurology[All Fields] OR emergencyoperation[All Fields] OR emergencyphysicians[All Fields] OR emergencyroom[All Fields] OR emergencys[All Fields] OR emergencysurgery[All Fields] OR emergencysurgerywith[All Fields] OR emergencysurgical[All Fields] OR emergencyt[All Fields] OR emergencytoxicology[All Fields] OR emergencyultrasound[All Fields] OR emergencyuniversity[All Fields])) OR (urgenc'ia[All Fields] OR urgence[All Fields] OR urgences[All Fields] OR urgench[All Fields] OR urgencha[All Fields] OR urgenche[All Fields] OR urgenchskogo[All Fields] OR urgencia[All Fields] OR urgencias[All Fields] OR urgenciashospital[All Fields] OR urgenciashupr[All Fields] OR urgenciass[All Fields] OR urgenciasy[All Fields] OR urgencies[All Fields] OR urgencies'[All Fields] OR urgenciologia[All Fields] OR urgenciologo[All Fields] OR urgenciologos[All Fields] OR urgency[All Fields] OR urgency'[All Fields] OR urgency's[All Fields] OR urgencyfrequency[All Fields] OR urgencyxalcohol[All Fields] OR urgencyxattention[All Fields] OR urgencyxclarity[All Fields])) OR ((out[All Fields] AND hours[All Fields]) OR out-of-hours[All Fields])) AND ("oral health"[All Fields] OR (dent[All Fields] OR dent'[All Fields] OR dent'aria[All Fields] OR dent's[All Fields] OR dent'sjapan[All Fields] OR dent0015[All Fields] OR dent018[All Fields] OR dent1[All Fields]

Fields] OR dent2[All Fields] OR dent2017[All Fields] OR dent3dpro[All Fields] OR
denta[All Fields] OR dentaal[All Fields] OR dentaala[All Fields] OR dentaalisista[All
Fields] OR dentability[All Fields] OR dentac[All Fields] OR dentacad[All Fields] OR
dentacal[All Fields] OR dentaclinic[All Fields] OR dentaclip[All Fields] OR dentacmac[All
Fields] OR dentacolor[All Fields] OR dentaconcept[All Fields] OR dentacontrol[All Fields]
OR dentacore[All Fields] OR dentacril[All Fields] OR dentacryl[All Fields] OR
dentacrylu[All Fields] OR dentact[All Fields] OR dentacult[All Fields] OR dentacy[All
Fields] OR dentad[All Fields] OR dentada[All Fields] OR dentadas[All Fields] OR
dentado[All Fields] OR dentadorubropallidoluysian[All Fields] OR dentados[All Fields]
OR dentadura[All Fields] OR dentaduras[All Fields] OR dentae[All Fields] OR
dentaedeagus[All Fields] OR dentaes[All Fields] OR dentafil[All Fields] OR dentafilm[All
Fields] OR dentafilmhallare[All Fields] OR dentaflex[All Fields] OR dentaform[All Fields]
OR dentaforum[All Fields] OR dentafricos[All Fields] OR dentage[All Fields] OR
dentagh[All Fields] OR dentago[All Fields] OR dentai[All Fields] OR dentaid[All Fields]
OR dentaies[All Fields] OR dentailres[All Fields] OR dentaim[All Fields] OR dentain[All
Fields] OR dentaiio[All Fields] OR dentair[All Fields] OR dentaira[All Fields] OR
dentaire[All Fields] OR dentaires[All Fields] OR dentais[All Fields] OR dentake[All Fields]
OR dentaki[All Fields] OR dentakis[All Fields] OR dentakos[All Fields] OR dentakril[All
Fields] OR dentakrilu[All Fields] OR dentakryl[All Fields] OR dentakrylu[All Fields] OR
dental[All Fields] OR dental'[All Fields] OR dental'naia[All Fields] OR dental'no[All Fields]
OR dental'nogo[All Fields] OR dental'noi[All Fields] OR dental'nom[All Fields] OR
dental'nye[All Fields] OR dental'nyi[All Fields] OR dental'nykh[All Fields] OR
dental'nymi[All Fields] OR dental's[All Fields] OR dental,[All Fields] OR dental3[All Fields]
OR dental666[All Fields] OR dental919[All Fields] OR dental96[All Fields] OR dentala[All
Fields] OR dentalab[All Fields] OR dentalactone[All Fields] OR dentaladhasiven[All
Fields] OR dentaladvisor[All Fields] OR dentalaim[All Fields] OR dentalalloy[All Fields]
OR dentalamalgam[All Fields] OR dentalamalgame[All Fields] OR dentalamalgamen[All
Fields] OR dentalamlagamen[All Fields] OR dentaland[All Fields] OR dentaland17[All
Fields] OR dentalanthropologische[All Fields] OR dentalanxiety[All Fields] OR
dentalapparat[All Fields] OR dentalart[All Fields] OR dentalase[All Fields] OR
dentalasers[All Fields] OR dentalassociation[All Fields] OR dentalastics[All Fields] OR
dentalaufbrenn[All Fields] OR dentalaussetzung[All Fields] OR dentalausstellung[All
Fields] OR dentalausstellungen[All Fields] OR dentalavdelning[All Fields] OR
dentalavenue07[All Fields] OR dentalaya[All Fields] OR dentalben[All Fields] OR
dentalbereich[All Fields] OR dentalberufe[All Fields] OR dentalboard[All Fields] OR
dentalboards[All Fields] OR dentalbranch[All Fields] OR dentalbranche[All Fields] OR
dentalbrera[All Fields] OR dentalbusinessservices[All Fields] OR

dentalbusinesssuccess[All Fields] OR dentalbusinesssucess[All Fields] OR dentalcad[All Fields] OR dentalcare[All Fields] OR dentalcareforpets[All Fields] OR dentalceramics[All Fields] OR dentalclinic[All Fields] OR dentalcollege[All Fields] OR dentalcomp[All Fields] OR dentalcore[All Fields] OR dentalcork[All Fields] OR dentalcosmetics[All Fields] OR dentalcover[All Fields] OR dentalcrete[All Fields] OR dentalcult[All Fields] OR dentalcys[All Fields] OR dentaldean[All Fields] OR dentaldepot[All Fields] OR dentaldepotenes[All Fields] OR dentaldepoter[All Fields] OR dentaldesign[All Fields] OR dentaldesigner[All Fields] OR dentaldiagnostik[All Fields] OR dentaldisease[All Fields] OR dentaldoctors[All Fields] OR dentalduplexx[All Fields] OR dentale[All Fields] OR dentaleagle2011[All Fields] OR dentalear[All Fields] OR dentaled[All Fields] OR dentaledelmetallegierungen[All Fields] OR dentaleinheiten[All Fields] OR dentalem[All Fields] OR dentalen[All Fields] OR dentaler[All Fields] OR dentalerzeugnisse[All Fields] OR dentales[All Fields] OR dentalethics[All Fields] OR dentaletten[All Fields] OR dentalettes[All Fields] OR dentaleyeye[All Fields] OR dentalez[All Fields] OR dentalfabrik[All Fields] OR dentalfacelift[All Fields] OR dentalfarm[All Fields] OR dentalfile[All Fields] OR dentalfilm[All Fields] OR dentalfistel[All Fields] OR dentalfluorose[All Fields] OR dentalfoci[All Fields] OR dentalforum[All Fields] OR dentalfotosystem[All Fields] OR dentalgel[All Fields] OR dentalgerat[All Fields] OR dentalgeraten[All Fields] OR dentalgia[All Fields] OR dentalgina[All Fields] OR dentalgips[All Fields] OR dentalgipse[All Fields] OR dentalgipsen[All Fields] OR dentalgolde[All Fields] OR dentalgoldlegierungen[All Fields] OR dentalgraphic[All Fields] OR dentalguss[All Fields] OR dentalgusstechnik[All Fields] OR dentalgusswerkstoffen[All Fields] OR dentalgusswoerkstoffe[All Fields] OR dentalhandel[All Fields] OR dentalhandels[All Fields] OR dentalhealth[All Fields] OR dentalhigienes[All Fields] OR dentalhp[All Fields] OR dentalhygiene[All Fields] OR dentalhygieneberuf[All Fields] OR dentalhygieneberufs[All Fields] OR dentalhygieneikerinnenberuf[All Fields] OR dentalhygieneschule[All Fields] OR dentalhygieniker[All Fields] OR dentalhygienikerin[All Fields] OR dentalhygienikerinnen[All Fields] OR dentalhygienistnews[All Fields] OR dentali[All Fields] OR dentalia[All Fields] OR dentaliau[All Fields] OR dentalica[All Fields] OR dentalife[All Fields] OR dentalign[All Fields] OR dentaliid[All Fields] OR dentaliidae[All Fields] OR dentalimplant[All Fields] OR dentalimplantate[All Fields] OR dentalimplantaten[All Fields] OR dentalimplantologie[All Fields] OR dentalimplants[All Fields] OR dentalindustrie[All Fields] OR dentaline[All Fields] OR dentalinfektion[All Fields] OR dentalinformatics[All Fields] OR dentalingenuity[All Fields] OR dentalinspirations[All Fields] OR dentalinstitute[All Fields] OR dentalinstrumente[All Fields] OR dentalinstrumenten[All Fields] OR dentalinvestigation[All Fields] OR

dentalis[All Fields] OR dentalit[All Fields] OR dentalite[All Fields] OR dentalium[All Fields] OR dentalization[All Fields] OR dentalized[All Fields] OR dentalizers[All Fields] OR dentalizing[All Fields] OR dentaljpbs[All Fields] OR dentalk[All Fields] OR dentalkaramik[All Fields] OR dentalkaufmann[All Fields] OR dentalkeramik[All Fields] OR dentalkeramiken[All Fields] OR dentalkeramische[All Fields] OR dentalkeramischen[All Fields] OR dentalkeramischer[All Fields] OR dentalkeramisicher[All Fields] OR dentalkermischen[All Fields] OR dentalkirurgiske[All Fields] OR dentalkleber[All Fields] OR dentalklebern[All Fields] OR dentalkompositwerkstoffen[All Fields] OR dentalkulturalis[All Fields] OR dentall[All Fields] OR dentallabor[All Fields] OR dentallaboratorien[All Fields] OR dentallaboratorier[All Fields] OR dentallaboratorietechniker[All Fields] OR dentallegeringar[All Fields] OR dentallegeringarna[All Fields] OR dentallegering[All Fields] OR dentallegeringen[All Fields] OR dentallifecare[All Fields] OR dentalloten[All Fields] OR dentalloy[All Fields] OR dentally[All Fields] OR dentalmac[All Fields] OR dentalmac's[All Fields] OR dentalmagic[All Fields] OR dentalmagnete[All Fields] OR dentalmania[All Fields] OR dentalmaps[All Fields] OR dentalmarkt[All Fields] OR dentalmarktes[All Fields] OR dentalmaterial[All Fields] OR dentalmaterialer[All Fields] OR dentalmaterialers[All Fields] OR dentalmaterialien[All Fields] OR dentalmaterials[All Fields] OR dentalmedizin[All Fields] OR dentalmedizinische[All Fields] OR dentalmedizinischen[All Fields] OR dentalmedsoft[All Fields] OR dentalmessen[All Fields] OR dentalmetalle[All Fields] OR dentalmetalles[All Fields] OR dentalmobel[All Fields] OR dentalmotor[All Fields] OR dentalmuseum[All Fields] OR dentalna[All Fields] OR dentalnam[All Fields] OR dentalnarco[All Fields] OR dentalne[All Fields] OR dentalneed[All Fields] OR dentalneho[All Fields] OR dentalnej[All Fields] OR dentalnerven[All Fields] OR dentalnet[All Fields] OR dentalni[All Fields] OR dentalnich[All Fields] OR dentalnih[All Fields] OR dentalniho[All Fields] OR dentalnim[All Fields] OR dentalnistudio[All Fields] OR dentalno[All Fields] OR dentalnog[All Fields] OR dentalnoj[All Fields] OR dentalnom[All Fields] OR dentalnu[All Fields] OR dentalnych[All Fields] OR dentalnymi[All Fields] OR dentaloc[All Fields] OR dentaloft[All Fields] OR dentalon[All Fields] OR dentalonplus[All Fields] OR dentalosseous[All Fields] OR dentaloteo[All Fields] OR dentaloutlook[All Fields] OR dentalpark[All Fields] OR dentalpass[All Fields] OR dentalpathologist[All Fields] OR dentalpbrn[All Fields] OR dentalpharmaka[All Fields] OR dentalpharmazeutica[All Fields] OR dentalpharmazeutischer[All Fields] OR dentalphobia[All Fields] OR dentalphotographie[All Fields] OR dentalphotosysteme[All Fields] OR dentalplaque[All Fields] OR dentalplaste[All Fields] OR dentalplasten[All Fields] OR dentalplus[All Fields] OR dentalporslin[All Fields] OR dentalporzellanen[All Fields] OR dentalpractice[All

Fields] OR dentalpracticesolutions[All Fields] OR dentalpraparate[All Fields] OR dentalprint[All Fields] OR dentalprodukte[All Fields] OR dentalprodukter[All Fields] OR dentalproj[All Fields] OR dentalprothesen[All Fields] OR dentalprotetiken[All Fields] OR dentalpsychologie[All Fields] OR dentalpt[All Fields] OR dentalpuls[All Fields] OR dentalpyogenic[All Fields] OR dentalradiologie[All Fields] OR dentalradiology[All Fields] OR dentalresearch[All Fields] OR dentalresearch2000[All Fields] OR dentalresourcesystems[All Fields] OR dentalrontgen[All Fields] OR dentalrontgenapparat[All Fields] OR dentalrontgenapparaten[All Fields] OR dentalrontgenapparater[All Fields] OR dentalrontgenapparatet[All Fields] OR dentalrontgenapparatets[All Fields] OR dentalrontgenapparatatur[All Fields] OR dentalrontgeneinrichtungen[All Fields] OR dentalrontgenfilm[All Fields] OR dentalrontgenoptagelser[All Fields] OR dentalrontgenutrustningar[All Fields] OR dentalrooms[All Fields] OR dentalroontgenologiens[All Fields] OR dentals[All Fields] OR dentalsalbe[All Fields] OR dentalscan[All Fields] OR dentalschau[All Fields] OR dentalschool[All Fields] OR dentalsciences[All Fields] OR dentalscope[All Fields] OR dentalscreening[All Fields] OR dentalsedation[All Fields] OR dentalsepsis[All Fields] OR dentalsh[All Fields] OR dentalsimulationspecialists[All Fields] OR dentalskeletal[All Fields] OR dentalslice[All Fields] OR dentalspecialists[All Fields] OR dentalstudio[All Fields] OR dentalsurgerypain[All Fields] OR dentalsystems[All Fields] OR dentalt[All Fields] OR dentalteam[All Fields] OR dentaltechnik[All Fields] OR dentaltechnologycenter[All Fields] OR dentalteknisk[All Fields] OR dentaltekniska[All Fields] OR dentalterminology[All Fields] OR dentaltourismus[All Fields] OR dentaltown[All Fields] OR dentaltrade[All Fields] OR dentaltraumaguide[All Fields] OR dentaltubrine[All Fields] OR dentalturbine[All Fields] OR dentalturbinen[All Fields] OR dentaltyp[All Fields] OR dentaluf[All Fields] OR dentaluniversity[All Fields] OR dentalunternehmen[All Fields] OR dentalus[All Fields] OR dentalutbildning[All Fields] OR dentalutveckling[All Fields] OR dentalux[All Fields] OR dentalvarer[All Fields] OR dentalveolar[All Fields] OR dentalvet[All Fields] OR dentalvibe[All Fields] OR dentalview[All Fields] OR dentalvision[All Fields] OR dentalvox[All Fields] OR dentalwachse[All Fields] OR dentalwachsen[All Fields] OR dentalware[All Fields] OR dentalwaren[All Fields] OR dentalwelt[All Fields] OR dentalwerk[All Fields] OR dentalwerke[All Fields] OR dentalwerkstoff[All Fields] OR dentalwerkstoffe[All Fields] OR dentalwerkstoffen[All Fields] OR dentalwerkstoffgruppen[All Fields] OR dentalwerkstoffs[All Fields] OR dentalwings[All Fields] OR dentalwirtschaft[All Fields] OR dentalworkers[All Fields] OR dentam[All Fields] OR dentam1[All Fields] OR dentamaro[All Fields] OR dentamed[All Fields] OR dentamerica[All Fields] OR dentamet[All Fields] OR dentamicin[All Fields] OR dentamid[All Fields] OR

dentamoeba[All Fields] OR dentan[All Fields] OR dentanbc[All Fields] OR dentand[All Fields] OR dentane[All Fields] OR dentanet[All Fields] OR dentaneus[All Fields] OR dentanogenic[All Fields] OR dentans[All Fields] OR dentant[All Fields] OR dentante[All Fields] OR dentanx[All Fields] OR dentaoalveolar[All Fields] OR dentaofacial[All Fields] OR dentape[All Fields] OR dentaphone[All Fields] OR dentaplane[All Fields] OR dentapogramme[All Fields] OR dentapograms[All Fields] OR dentaport[All Fields] OR dentaportzx[All Fields] OR dentapreg[All Fields] OR dentapri[All Fields] OR dentaq[All Fields] OR dentaqro[All Fields] OR dentaquest[All Fields] OR dentaquestfoundation[All Fields] OR dentaquestinstitute[All Fields] OR dentar[All Fields] OR dentara[All Fields] OR dentarama[All Fields] OR dentare[All Fields] OR dentargam[All Fields] OR dentari[All Fields] OR dentaria[All Fields] OR dentariae[All Fields] OR dentarian[All Fields] OR dentariao[All Fields] OR dentarias[All Fields] OR dentarie[All Fields] OR dentaries[All Fields] OR dentarii[All Fields] OR dentario[All Fields] OR dentario'[All Fields] OR dentarioa[All Fields] OR dentarioamigdalino[All Fields] OR dentarios[All Fields] OR dentaris[All Fields] OR dentaro[All Fields] OR dentarsjw[All Fields] OR dentarum[All Fields] OR dentary[All Fields] OR dentasahi[All Fields] OR dentascan[All Fields] OR dentascanner[All Fields] OR dentascanners[All Fields] OR dentascans[All Fields] OR dentascope[All Fields] OR dentasept[All Fields] OR dentasini[All Fields] OR dentasonic[All Fields] OR dentastic[All Fields] OR dentastylum[All Fields] OR dentaswabs[All Fields] OR dentat[All Fields] OR dentata[All Fields] OR dentata's[All Fields] OR dentatae[All Fields] OR dentatal[All Fields] OR dentatasp[All Fields] OR dentate[All Fields] OR dentatectomy[All Fields] OR dentated[All Fields] OR dentately[All Fields] OR dentaterubral[All Fields] OR dentates[All Fields] OR dentatest[All Fields] OR dentatethalamic[All Fields] OR dentati[All Fields] OR dentati'[All Fields] OR dentatidens[All Fields] OR dentatie[All Fields] OR dentatiei[All Fields] OR dentatin[All Fields] OR dentation[All Fields] OR dentations[All Fields] OR dentatis[All Fields] OR dentatiithorax[All Fields] OR dentato[All Fields] OR dentatoalata[All Fields] OR dentatocaudatum[All Fields] OR dentatocortical[All Fields] OR dentatocrassasp[All Fields] OR dentatofimbrial[All Fields] OR dentatofugal[All Fields] OR dentatolyses[All Fields] OR dentatomy[All Fields] OR dentatonigraler[All Fields] OR dentatool[All Fields] OR dentatoolivary[All Fields] OR dentatopallidoluyisian[All Fields] OR dentatopontine[All Fields] OR dentatopulvinar[All Fields] OR dentator[All Fields] OR dentatores[All Fields] OR dentatorobral[All Fields] OR dentatorubal[All Fields] OR dentatorublopallidoluyisian[All Fields] OR dentatorubral[All Fields] OR dentatorubralpallidoluyisian[All Fields] OR dentatorubralpallidoluyisian[All Fields] OR dentatorubralpallidoluyisian[All Fields] OR dentatorubro[All Fields] OR dentatorubroolivary[All Fields] OR dentatorubropallidoluyisan[All Fields] OR

dentatorubropallidoluysan[All Fields] OR dentatorubropallidoluysial[All Fields] OR
 dentatorubropallidoluysian[All Fields] OR dentatorubropallidolysian[All Fields] OR
 dentatorubropallidolusian[All Fields] OR dentatorubrospinal[All Fields] OR
 dentatorubrothalamic[All Fields] OR dentatorubrothalamocortical[All Fields] OR
 dentatorulral[All Fields] OR dentatosoma[All Fields] OR dentatosubicular[All Fields] OR
 dentatothalamic[All Fields] OR dentatothalamocortical[All Fields] OR
 dentatothalamofrontal[All Fields] OR dentatotomie[All Fields] OR dentatotomies[All
 Fields] OR dentatotomii[All Fields] OR dentatotomiia[All Fields] OR dentatotomy[All
 Fields] OR dentatovestibular[All Fields] OR dentatron[All Fields] OR dentatum[All Fields]
 OR dentatura[All Fields] OR dentatus[All Fields] OR dentatusa[All Fields] OR
 dentatusausschaltung[All Fields] OR dentatussp[All Fields] OR dentaural[All Fields] OR
 dentauram[All Fields] OR dentaurium[All Fields] OR dentaurovanykh[All Fields] OR
 dentaurum[All Fields] OR dentaurum'[All Fields] OR dentauth[All Fields] OR dentav[All
 Fields] OR dentavax[All Fields] OR dentavax'[All Fields] OR dentavista[All Fields] OR
 dentavol[All Fields] OR dentavon[All Fields] OR dentaw[All Fields] OR dentax[All Fields]
 OR dentay[All Fields] OR dentazione[All Fields] OR dentb[All Fields] OR dentbia[All
 Fields] OR dentbotox[All Fields] OR dentc[All Fields])) AND ((((((("health
 services"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "health
 services"[All Fields]) OR ("public health dentistry"[MeSH Terms] OR ("public"[All Fields]
 AND "health"[All Fields] AND "dentistry"[All Fields]) OR "public health dentistry"[All
 Fields])) OR ("after-hours care"[MeSH Terms] OR ("after-hours"[All Fields] AND
 "care"[All Fields]) OR "after-hours care"[All Fields] OR ("after"[All Fields] AND "hours"[All
 Fields] AND "care"[All Fields]) OR "after hours care"[All Fields]) OR "dental care"[All
 Fields]) OR (emergenc[All Fields] OR emergence[All Fields] OR emergence'[All Fields]
 OR emergencein[All Fields] OR emergencece[All Fields] OR emergenceof[All Fields]
 OR emergences[All Fields] OR emergencfaculty[All Fields] OR emergencia[All Fields]
 OR emergenciais[All Fields] OR emergencial[All Fields] OR emergencias[All Fields] OR
 emergencias'[All Fields] OR emergencias's[All Fields] OR emergencie[All Fields] OR
 emergencie's[All Fields] OR emergencies[All Fields] OR emergencies'[All Fields] OR
 emergencies's[All Fields] OR emergencilly[All Fields] OR emergencing[All Fields] OR
 emergencises[All Fields] OR emergencistas[All Fields] OR emergencists[All Fields] OR
 emergencly[All Fields] OR emergencry[All Fields] OR emergency[All Fields] OR
 emergency'[All Fields] OR emergency's[All Fields] OR emergencyacceptance[All Fields]
 OR emergencyadmissions[All Fields] OR emergencyand[All Fields] OR
 emergencyblaine[All Fields] OR emergencychoi[All Fields] OR
 emergencydepartment[All Fields] OR emergencydisaster[All Fields] OR
 emergencydispatch[All Fields] OR emergencylaparoscopic[All Fields] OR

emergencymeasures[All Fields] OR emergencymeasures'[All Fields] OR
 emergencymedical[All Fields] OR emergencymedicine[All Fields] OR
 emergencyneurology[All Fields] OR emergencyoperation[All Fields] OR
 emergencyphysicians[All Fields] OR emergencyroom[All Fields] OR emergencys[All
 Fields] OR emergencysurgery[All Fields] OR emergencysurgerywith[All Fields] OR
 emergencysurgical[All Fields] OR emergencyt[All Fields] OR emergencytoxicology[All
 Fields] OR emergencyultrasound[All Fields] OR emergencyuniversity[All Fields]) AND
 ("dental care"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "dental
 care"[All Fields] OR ("dental"[All Fields] AND "service"[All Fields]) OR "dental service"[All
 Fields])) OR (emergenc[All Fields] OR emergence[All Fields] OR emergence'[All Fields]
 OR emergencein[All Fields] OR emergenceence[All Fields] OR emergenceeof[All Fields]
 OR emergences[All Fields] OR emergencfaculty[All Fields] OR emergencia[All Fields]
 OR emergenciais[All Fields] OR emergencial[All Fields] OR emergenciais[All Fields] OR
 emergenciais'[All Fields] OR emergenciais's[All Fields] OR emergenciaie[All Fields] OR
 emergenciaie's[All Fields] OR emergenciaies[All Fields] OR emergenciaies'[All Fields] OR
 emergenciaies's[All Fields] OR emergenciailly[All Fields] OR emergenciaing[All Fields] OR
 emergenciaises[All Fields] OR emergenciaistas[All Fields] OR emergenciaists[All Fields] OR
 emergency[All Fields] OR emergency[All Fields] OR emergency[All Fields] OR
 emergency'[All Fields] OR emergency's[All Fields] OR emergencyacceptance[All Fields]
 OR emergencyadmissions[All Fields] OR emergencyand[All Fields] OR
 emergencyblaine[All Fields] OR emergencychoi[All Fields] OR
 emergencydepartment[All Fields] OR emergencydisaster[All Fields] OR
 emergencydispatch[All Fields] OR emergencylaparoscopic[All Fields] OR
 emergencymeasures[All Fields] OR emergencymeasures'[All Fields] OR
 emergencymedical[All Fields] OR emergencymedicine[All Fields] OR
 emergencyneurology[All Fields] OR emergencyoperation[All Fields] OR
 emergencyphysicians[All Fields] OR emergencyroom[All Fields] OR emergencys[All
 Fields] OR emergencysurgery[All Fields] OR emergencysurgerywith[All Fields] OR
 emergencysurgical[All Fields] OR emergencyt[All Fields] OR emergencytoxicology[All
 Fields] OR emergencyultrasound[All Fields] OR emergencyuniversity[All Fields]) AND
 ("dental care"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "dental
 care"[All Fields])) OR "oral care"[All Fields] OR "dental services"[All Fields])

Lista de publicações incluídas

APS

1. Cassal JB, Cardoso DD, Bavaresco CS. Perfil dos usuários de urgência odontológica em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev APS*. 2011;14(1):85–92.
2. Esteves RSS, Mambrini JVM, Oliveira ACB, Abreu MHNG. Performance of Primary Dental Care Services: An Ecological Study in a Large Brazilian City. *Sci World J*. 2013;(April 2014):1–6.
3. Palácio D da C, Vazquez FDL, Ramos DVR, Peres SV, Pereira AC, Guerra LM, et al. Evolução de indicadores pós-implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Einstein*. 2014;12(3):274–81.
4. Pinto EC, Barros VJ de A, Coelho M de Q, Costa S de M. Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais. *Arq Odontol [Internet]*. 2012;48(3):166–74.

ASU

5. Austregésilo SC, Leal MCC, Góes PS de A, Figueiredo N. Avaliação de Serviços Odontológicos de Urgência (SOU): A Visão Dos Gestores, Gerentes e Profissionais. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr [Internet]*. 2013 Jun 30;13(2):161–9. Available from: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/1611/1057>
6. Figueiredo N, Carnut L, Goes PSA de. Evaluation of out-of-hours dental service, Recife, Brasil. *Int J Dent*. 2010;9(3):114–9.
7. Flumignan JDP, Neto LF de S. Atendimento odontológico em unidades de emergência: caracterização da demanda. *Rev Bras Odontol*. 2014;71(2):124–9.
8. Fonseca DAV, Mialhe FL, Ambrosano GMB, Pereira AC, Meneghim M de C. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2014 Jan [cited 2018 Sep 6];19(1):269–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100269&lng=pt&tlng=pt

9. Maciel RM, Filho H de AA, Oliveira M da CA de, Maciel C, Redivivo R, Franca C da, et al. O tratamento odontológico no serviço público de urgência de Olinda. *Odontol Clínico-Científica*. 2016;16(1):39–42.
10. Matsumoto MS, Gatti MA, de Conti MH, de Ap Simeao SF, de Oliveira Braga Franzolin S, Marta SN, et al. Determinants of Demand in the Public Dental Emergency Service. *J Contemp Dent Pract [Internet]*. 2017 Feb;18(2):156–61. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L621169567>
11. Prado M da C, Casotti CA, Francisco KSM, Sales AS. Perfil dos usuários e agravos em crianças e adolescentes atendidos em um pronto atendimento odontológico. *Rev SaúdeCom*. 2014;10(4):368–75.
12. Prado M da C, Weberling LB, Sales AS, Nery AA, Casotti CA. Perfil dos agravos e de usuários adultos e idosos atendidos em um pronto atendimento odontológico. *Odontol Clínico-Científica*. 2016;16(1):33–8.
13. Rios LE, Queiroz MG. Dental emergencies in public health services: what is the role of the Dental Surgeon? *Rev Odonto Ciência [Internet]*. 2017 Oct 3;32(1):41. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/view/26441>
14. Rios LE, Queiroz MG. Perception of Dentists about the Functioning of Emergency Public Dental Services. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2017;17(1).

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (RUE)

15. Pereira FA de O, Assunção LR da S, Ferreira FM, Fraiz FC. Emergency Dental Care of Children and Adolescents in Basic Health Unit and Emergency Care Unit. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2017;17(1):1–9.
16. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA de. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Cien Saude Colet*. 2015;20(10):3111–20.

Tabela descritiva dos estudos primários de APS incluídos na revisão de escopo, 2018.

Autoria e ano de publicação	Objetivo	Metodologia	Variáveis
(1) Cassal et al. (2011)	Traçar o perfil do usuário atendido na consulta de urgência odontológica da Unidade de Saúde Jardim Itu, Porto Alegre, RS.	Estudo quantitativo, transversal e descritivo em unidade de saúde, Unidade de Saúde Jardim Itu, Porto Alegre, RS, cuja filosofia de trabalho está alicerçada em fundamentos da APS. Amostra consecutiva de usuários atendidos na urgência, sem limite de idade. Excluídos indivíduos fora de área de adscrição, questionário 16 questões, n= 48 indivíduos, 1º de março a 31 de julho de 2009.	Dados pessoais e dados sobre a consulta, sendo considerada como urgência odontológica a queixa do usuário. Os resultados descrevem: sexo, idade, escolaridade, renda, profissão, turnos de trabalho, estado civil, motivo da consulta, tempo para procurar atendimento, acompanhamento odontológico, diagnóstico, dificuldade de acesso, atendimentos na urgência e medo.
(2) Esteves et al (2013)	Explorar a associação entre o desempenho da atenção primária em saúde bucal em uma região e as características demográficas, de necessidades odontológicas e de indicadores de serviços de saúde ao nível desta região.	Estudo transversal, ecológico realizado na cidade de Belo Horizonte em 2010 onde se encontram 146 serviços de atenção primária. Havia presença de 539 equipes de saúde da família e 237 equipes de saúde bucal, ambos responsáveis por cerca de 75% da população que é 2,375,151 habitantes. Foram utilizados dados do sistema de informações de saúde/Datasus de 142 unidades de saúde com equipes de saúde bucal, o que significa 97,3% de taxa de participação. Para explorar a associação entre os clusters e as variáveis independentes foi utilizada regressão logística multinomial com significância de 5%.	A variável dependente foi o desempenho classificada 3 clusters: alto cuidado preventivo (78 serviços), alto cuidado em urgência (43 serviços) e baixo cuidado preventivo (21 serviços), agrupados segundo parâmetros médios de: acesso ao cuidado individual, acesso a urgências e frequência de procedimentos preventivos, calculados segundo o agrupamento de um conjunto de procedimentos/atendimentos. O acesso à urgência foi calculado pelo número de consultas de urgência sobre o total de consultas. As variáveis exploratórias foram: vulnerabilidade, idade, grau de necessidade por cárie (3 estágios), grau de necessidade periodontal, tratamento completado (4 estágios segundo as necessidades), referência, população coberta pela ESF e pela ESB.

Continuação. Tabela descritiva dos estudos primários de APS incluídos na revisão de escopo, 2018.

(3) Palácio et al. (2014)	Avaliar a evolução de indicadores após a implantação de 21 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família	Análise de indicadores de desempenho da ESB pós a implantação das ESBs no do período de 2009 a 2011 na cidade de São Paulo. A equipe variou de 12 ESB modalidade I (1CD e 1 ASB): 6 UBS até chegar a 21 ESB/ 9 UBS (3 ESB II e 1 ESB I) em março de 2011. Os dados foram obtidos da produção ambulatorial/ SIAB/ESB: procedimentos realizados pelos CD, TSB e ASB; número de pacientes agendados; consultas não agendadas feitas em caráter de urgência; faltas; número de atendimentos realizados (pacientes agendados + pacientes de urgência – pacientes que faltaram às consultas); primeira consulta odontológica; e número total de escovações supervisionadas em ações coletivas. Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas, medianas, valores mínimos e máximos. Teste de correlação de Kruskal-Wallis, teste de Dunn. 5% nível de significância.	Foram calculados: percentual de faltas (proporção de faltas do total de consultas agendadas), percentual de urgências (proporção de urgências do total de consultas), rendimento (número de procedimentos realizados/número no total de pacientes atendidos) e acesso (número de casos novos /número da população adstrita).
(4) Pinto et al (2012)	Identificar os casos de urgência odontológica na Estratégia Saúde Família, em Montes Claros, Minas Gerais caracterizando o usuário pelo perfil sócio demográfico, de comportamento em saúde, estilo de vida e condição sistêmica.	Estudo transversal, quantitativo de base documental. Foram utilizados dados de documentos de ESF modalidade I com dentista, ESB e ACS, de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Analisados 164 prontuários (100% analisados). O critério de inclusão foi ser usuário dos serviços de urgência com idade igual ou superior a 18 anos. Foi realizada análise descritiva por meio de valores percentuais e medidas centrais e de separatrizes. O tratamento analítico envolveu o teste χ^2 de Pearson e o teste t de Student, considerando uma significância de 0,05	A variável “diagnóstico clínico da queixa principal do usuário” foi categorizada em “cárie dentária” e “outros diagnósticos. As variáveis utilizadas foram: sexo, idade, hábitos de higiene bucal (número de escovações diárias e uso diário de fio dental); motivo de procura pelo atendimento de urgência odontológica (queixa principal do usuário); diagnóstico efetuado pelo cirurgião dentista para o motivo da urgência, condições sociais (alfabetização; ocupação), presença de condições sistêmicas como diabetes e hipertensão, hábito de tabagismo e etilismo.

Nota: a leitura revelou ausência de análise inferencial do estudo 1, indicando delineamento descritivo. O estudo 3 não relata delineamento sendo classificado como série de casos, transversal.

Tabela de descritiva dos estudos primários de serviços urgência da atenção secundária incluídos na revisão de escopo, 2018.

Autor e ano de publicação	Objetivo	Metodologia	Variáveis
(5) Austregésilo SC et al. 2013	Traçar perfil e avaliação de estrutura e processo do serviço a partir de gestores, gerentes e profissionais	Estudo descritivo. Referencial donabediano modificado por Tanaka. n= 43 participantes. Local: 4 dos 6 Distritos Sanitários de Recife. Critério de exclusão: férias e licença. Critério de perda: negação à participação/ausência após 3 contatos. Instrumento: questionário de avaliação de serviços públicos de especialidade de Odontologia.	Gestor: identificação do gestor/gerente; identificação do município e serviço odontológico de urgência; estrutura do SOU; gestão de pessoas; critérios organizacionais; controle social e financiamento; e avaliação e monitoramento das ações. Profissional: Perfil profissional, perfil do atendimento, gestão de pessoas, critérios organizacionais, controle social, financiamento, avaliação e monitoramento, estrutura, referência e contra referência.
(6) Figueiredo N et al.	Avaliar o serviço odontológico de urgência municipal na cidade de Recife.	Estudo descritivo e analítico, quantitativo com dados secundários gerados de junho de 2003 a setembro de 2004 de um serviço municipal de urgência de Recife. Análise com teste qui-quadrado, significância de 95%. Foram obtidos 17828 registros clínicos.	Variáveis: idade, gênero, mês, dia da semana, período do dia e queixa principal agrupada em urgência por dor aguda (quando há dor envolvida), necessidade de tratamento auto percebida e indicação profissional, queixas pós-operatórias (hemorragia, alveolite), problemas estéticos (trauma, fratura de próteses e restaurações), injúrias pós-traumáticas (quando não envolve a estética), doenças de mucosa oral, outros (diagnóstico que não se relaciona as opções listadas) e desconhecidos.
(7) Flumignan JDP et al. 2014	Conhecer o perfil e as características da demanda dos usuários que são atendidos nas UPH das Zonas Oeste e Norte do município de Sorocaba	Estudo transversal. Aplicação de questionário em usuários nas UPH de Sorocaba e em CDs no período de 08/01/2013 a 21/02/2013. Incluídos: pacientes que consentiram em participar das entrevistas ou responsáveis quando os entrevistados eram menores de idade ou sem condições de responder. Sem critérios de exclusão. n= 270 entrevistas do universo de 1664 usuários dos serviços. Análise descritiva, teste qui-quadrado e Exato de Fisher com p valor de 0,05.	Segundo os resultados: gênero, faixa etária, queixas do usuário, condutas aplicadas, diagnóstico, resolatividade, em tratamento em outro serviço odontológico, tipo de serviço odontológico.

Continuação. Tabela de descritiva dos estudos primários de serviços urgência da atenção secundária incluídos na revisão de escopo, 2018.

(8) Fonseca DAV et al. 2014	Avaliar a influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na procura pelo serviço de pronto atendimento odontológico, em um município de médio porte, entre os anos de 2007 a 2009.	Estudo descritivo com dados extraídos dos registros dos usuários que procuraram pelo Serviço de Pronto Atendimento Odontológico de Piracicaba, no período de 1 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2009, perfazendo um total de 58.189 registros avaliados. Critério de inclusão: fichas de usuários que procuraram pelo serviço, excluídos dados incompletos ou indivíduos residentes na zona rural. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação sobre urgências odontológicas da prefeitura. Foi realizado teste de Qui-quadrado e Odds ratio bruto com o respectivo intervalo de confiança de 95%. As variáveis com $p > 0,20$ na análise bivariada foram testadas em uma análise de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo aquelas com $p \leq 0,05$.	Desfecho foi a procura pelos serviços de urgência e as variáveis independentes: sexo, idade, índice de exclusão social do bairro, relação de equipes de saúde bucal na área de residência. Os usuários foram classificados segundo os bairros de procedência e respectivos índices de exclusão social, variando de -1 a 1, onde A (menor exclusão, valor igual a 1) a E (maior exclusão, valor igual a -1).
(9) Maciel RM et al. 2016	Identificar o tipo de tratamento realizado pelos cirurgiões-dentistas em crianças e adolescentes em um serviço público de urgência odontológica em Olinda/PE.	Estudo transversal realizado através da análise de dados secundários de um Serviço de Pronto Atendimento Odontológico 24 horas em Olinda, Pernambuco. Os dados foram coletados das fichas clínicas de 425 crianças e adolescentes, na faixa etária de 4 a 14 anos, no período de 01 de janeiro a 19 de março de 2012. A análise foi realizada através da estatística descritiva e os dados apresentados em forma de tabelas e gráficos.	Coletadas informações referentes ao tipo de tratamento odontológico realizado de acordo com o registro dos dentistas responsáveis pelo atendimento. As variáveis presentes nos resultados foram: gênero, faixa etária, procedimentos realizados e material restaurador.

Continuação. Tabela de descritiva dos estudos primários de serviços urgência da atenção secundária incluídos na revisão de escopo, 2018.

(10) Matsumoto MS et al. 2017	Investigar os determinantes da demanda de um serviço público de urgência odontológica no município de Bauru, São Paulo.	Estudo descritivo, com amostra estratificada, segundo o turno de atendimento, e representativa de usuários, idade acima de 13 anos, de um pronto atendimento 24 horas (todos os dias da semana), em Bauru, São Paulo. Os dados foram coletados de fevereiro a maio de 2011. Instrumento foi um questionário semiestruturado composto por 14 questões. A amostra foi de 521 entrevistas distribuídas em manhã: 171, tarde: 237 e noite: 113.	Coletadas características sócio demográficas (gênero, idade, bairro, estado civil, renda individual e familiar), fatores que motivaram a busca pelo serviço, percepções do ambiente (tempo de espera, informações recebidas da equipe, privacidade, limpeza, sinalização, aparência e uniforme) percepções do serviço (serviço social, de enfermagem, equipe médica e de odontologia e recepção).
(11) Prado MC et al. 2014	Traçar o perfil de crianças e adolescentes e identificar os agravos que os levaram a buscar o serviço de urgência odontológica.	Estudo transversal, descritivo, documental com dados de prontuários de usuários na idade de 0 a 19 anos no período de agosto de 2008 a maio de 2010. n= 2.284 usuários do Pronto Atendimento Médico Odontológico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié-BA, implantado no mês de julho de 2008 e desativado em novembro de 2010. Os dados foram analisados e descritos na forma de frequência relativa e percentual.	Informações do usuário (gênero, idade em anos, local de residência), do atendimento (ano, mês, dia da semana e turno) e da condição clínica/procedimento (queixa principal, uso de medicamentos, presença de alergia, motivo da consulta e classificação dos riscos)
(12) Prado MC et al. 2016	Conhecer o perfil de adultos e idosos que buscaram o serviço de urgência odontológica do município de Jequié-BA e identificar os principais agravos que motivaram essa busca.	Estudo descritivo documental a partir do banco de dados dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Médico Odontológico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié-BA no período de julho de 2008 a novembro de 2010. Selecionada faixa etária de adultos e idosos. n= 6746 registros dos quais 6361 (94%) eram de adultos e 385 (6%) de idosos. Os resultados foram apresentados na forma de frequência relativa e percentual.	Coletado informações de condições sócio demográficas (gênero, idade em anos, local de residência) do atendimento (ano, mês, dia da semana e turno) e da condição clínica/procedimento (queixa principal, uso de medicamentos, presença de alergia, motivo da consulta e classificação dos riscos).

Continuação. Tabela de descritiva dos estudos primários de serviços urgência da atenção secundária incluídos na revisão de escopo, 2018.

(13) Rios LE et al. 2017	Avaliar a percepção dos cirurgiões-dentistas brasileiros sobre o funcionamento dos serviços odontológicos públicos de urgência.	Estudo transversal realizado com dentistas de dez serviços odontológicos de urgência, em Goiânia, em 2013. Critérios de inclusão: ser dentista e estar trabalhando no serviço de urgência municipal. Critérios de exclusão: profissionais em situação transitória ou ocasional n=44 dos 65 dentistas. Instrumento: questionário com 3 blocos de 6, 11 e 15 assertivas em escala do tipo Likert (de 1 mínimo) a 5 (máximo de concordância)). Os resultados foram apresentados em forma de frequência absoluta e relativa em relação a escala de concordância. Testes posteriores revelaram uma confiabilidade deste instrumento de 91%.	Foram coletadas gênero, idade, qualificação profissional e opinião sobre: deveres, tipo de pacientes que deveriam atender no SOU ou referenciar para serviços de maior complexidade e procedimentos clínicos que devem ou não ser realizados no serviço.
(14) Rios LE et al. 2014	Conhecer a percepção dos dentistas sobre o funcionamento dos serviços públicos de emergência odontológica	Estudo transversal, exploratório, quantitativo, realizado com dentistas de um universo de dez serviços odontológicos de urgência, em Goiânia, em 2013. Critérios de inclusão: ser dentista e estar trabalhando no serviço de urgência municipal. Critérios de exclusão: profissionais em situação transitória ou ocasional n=44 dos 65 dentistas. Instrumento foi um questionário com assertivas em escala tipo Likert. Foi realizada análise descritiva, frequência absoluta e relativa, moda, média e desvio-padrão e percentual de concordância.	Foram coletadas gênero, idade, qualificação profissional e opinião sobre: qualificação para trabalhar no PEDS. O questionário foi composto por assertivas sobre deveres, sistema de referência e execução de procedimentos odontológicos.

Continuação. Tabela de descritiva dos estudos primários na rede de atenção à urgência incluídos na revisão de escopo, 2018.

Autoria e ano de publicação	Objetivo	Metodologia	Variáveis
(15) Pereira et al (2017)	Avaliar os fatores associados ao tratamento de emergências odontológicas em crianças e adolescentes atendidos em UBS e UPA públicas filiadas ao SUS em Curitiba.	Estudo transversal. Analisados 1012 casos de urgência através de dados do sistema de prontuário eletrônico (e-health) de indivíduos até 17 anos atendidos na rede de Curitiba em abril de 2014. Na análise estatística foi realizado o teste do Qui-quadrado; distância analisada pelo teste do Qui-quadrado para tendência linear. A razão de prevalência com o respectivo intervalo de confiança de 95% foi incluída na análise.	O desfecho foi o tipo de serviço (UBS ou UPA). Variáveis independentes: sexo, idade, UBS onde o paciente é cadastrado, unidade administrativa regional, histórico de atendimento odontológico anterior na rede municipal de saúde, tipo de atendimento prestado em consulta prévia (eletiva ou de urgência) e tempo da última consulta dicotomizado em igual ou menor que 1 ano e mais de 1 ano.
(16) Austregésilo SC et al (2015)	Descrever e analisar a interface entre a atenção primária, particularmente da Estratégia de Saúde da Família, e a atenção secundária em saúde bucal, utilizando-se dos serviços odontológicos de urgência, no município do Recife.	Estudo de caso qualitativo, exploratório e descritivo. Referencial teórico de Morris e Burke. Utilizou entrevistas semiestruturadas, participaram do estudo oito indivíduos, quatro dentistas de serviços de urgência e quatro da ESF. A coleta de dados consistiu em gravações em áudio, utilizando um roteiro da entrevista dividido em blocos segundo Morris e Bruke. Análise por meio de software ALCESTE e uso de dendograma de classificação hierárquica descendente.	Foram utilizadas as características-chave, apresentadas por Morris e Bruke, da integralidade na perspectiva da interface, caracterizada pela interdependência, integração e complexidade e foi incluída a análise da linha do cuidado presente na PNSB.

Nota: a leitura revelou ausência de análise inferencial nos estudos 9,11,13 e 14, indicando delineamento descritivo. O estudo 8 não relata transversalidade, mas houve análise inferencial

Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)	
Predisponentes				
Demográficos				
1.1.1 Idade (10)	1	2	248 crianças na faixa de 10 a 14 anos (58,35%) (9).	
	2	3	A média de idade foi de 9,5 anos (dp \pm 4,7). Houve maior frequência de crianças (11 anos e 11 meses) em ambos os serviços: 56 crianças na UPA (53,8%) e 634 crianças (69,8%) na UBS. A UPA foi usada por 14,9% dos adolescentes (12-17 anos) e 8,1% das crianças. A razão de prevalência de uso de UPA por adolescentes em relação às crianças foi de (RP) 1,84, p=0.001 (15).	
	3	2	A idade média foi de 12,39 (dp \pm 5,14), a mediana foi de 14 anos, a idade variou de 1 a 19 anos e a moda foi de 19 anos (11).	
	4	2	272 adultos na faixa de 30-59 anos (52,2%), 14 (2,7%) com 60 anos ou mais (10).	
	5	1	As faixas etárias mais frequentes foram: de 20 a 30 anos (n=18; 38%) (1); de 18 a 30 (n=69; 42,1%) (4); seguida pelas faixas etárias: de 41-50 anos (n=10, 21%) (1); de 31-45 anos (n=45; 27,4%) (4). Idosos foram representados por: 9 pessoas de 61 a 80 anos (15%) (1); 7 pessoas de 61 a 86 anos (4,1%) (4).	
	5	2	Entre 6746 pessoas atendidas, 6361 (94%) eram adultos e 385 (6%) idosos (12).	
	6	2	A idade média foi de 24,7 anos (24,5-24,9) (6). As faixas etárias mais frequentes foram de: 20 a 44 anos (n=179; 66,3%) (7); 20 a 49 anos (63,85%) (8).	
	5	1	Distribuição similar entre as faixas etárias nos 3 grupos de serviços, que tinham média de proporção de urgências distintos (9,5% (1,7-15,8). 24,2% (16,9-41,4%), 15,8% (3,4-37,8%)), sendo a faixa etária mais frequente a de 20 a 59 anos (60,5%, 60,3% e 59,9%), em ordem decrescente é seguida pelas faixas de 10 a 19 anos, 60 ou mais e abaixo de 10 anos (2).	
	Gênero (10)	1	2	240 (56,5%) do sexo feminino (9).
		2	3	57 (54,8%) em UPA e 435 (52,3%) em UBS eram do sexo feminino, a utilização de UPA por meninos e meninas não apresentou diferenças significativas (15).
3		2	Dos 2284 usuários atendidos, 50,4% eram do sexo masculino (11).	
4		2	n= 272 do sexo masculino (52,2%) (10)	

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Gênero (cont.)	5	1	Predomínio do sexo feminino: n=37 (77%) (1); 104 (63,4%) (4). Sem diferença significativa entre homens e mulheres para diagnóstico na urgência e tratamento completado após o atendimento de urgência, para média de escovação houve diferença (masculino: média 2,5 ($\pm 0,8$) feminino 2,8 ($\pm 0,7$)) p=0,003 (4).
	5	2	Predomínio do sexo feminino em adultos n=3490 (55%), e do sexo masculino em idosos n=234 (61%) (12).
	6	2	Predomínio do sexo feminino: n=10180 (57,1%) (6); n=166 (61,5%) (7). Predomínio do sexo masculino: 50,8% (média = 9691,67) da média de atendimentos foi em homens, com leve predomínio feminino nas faixas etárias de 10 até 39 anos e predomínio masculino nas faixas de 0 a 9 e de 40 anos ou mais; não houve diferença na procura pela UPA segundo o sexo (p=0,25) (8).
Sociais			
Socioeconômicos			
Ocupação (2)	5	1	27 (56 %) pessoas autônomas ou empregadas (1); a maioria trabalha de 2 a 3 turnos (n=17; 65%) (1); 135 (82,3%) empregado ou autônomo (4).
Escolaridade (3)	4	2	78,7% com no máximo ensino fundamental: 217 (41,6%) incompleto, 156 (30%) completo, 37 (7,1%) analfabetos (10).
	5	1	Variação entre a classificação da escolaridade: escolaridade até 8 anos (n=19; 46%) e até 11 anos (n=16; 39%) (1); 160 (97,6%) alfabetizados e sem diferença significativa entre ser ou não alfabetizado para média de escovação, diagnóstico na urgência e tratamento completado após o atendimento de urgência (4).
Escolaridade materna (1)	5	1	Escolaridade materna: (n=5; 11%) analfabetas e (n=25; 57%) ensino fundamental incompleto (1);
Estado civil (2)	5	1	25 (52%) pessoas eram casadas (1); 267 usuários (51,2%) eram casados ou tinham relação estável; 254 usuários não tinham companheiros (48.8%) (10).
Número de filhos (1)	5	1	Média de 2 filhos/pessoas, faixa de número de filhos de 0 a 9 filhos (1)

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Índice de vulnerabilidade à saúde (1)	5	1	Os 142 serviços de APS organizados em grupo 1 (maior proporção média de procedimentos individuais preventivos), 2 (o de maior proporção média de urgência odontológicas (24,2% (16,9% - 41,4%) e 3 (menor proporção média de procedimentos preventivos) estavam em áreas com índices de vulnerabilidade à saúde de 31,5, 32,3 e 74,6.
Procedência (4)			
Zona urbana/rural (2)	3	2	91,7% residia na sede do município, 5,6% em área rural, 0,5% em outros municípios e 2,2 sem informação (11).
	5	2	5944 adultos (93,4%) e 362 idosos (94%) residem em área urbana, 270 adultos (4,2%) e 17 idosos (4,4%) residem em zona rural, 29 adultos (0,5%) e 1 idoso (0,3%) residem em outro município e de 119 adultos (1,9%) e 5 idosos (1,3%) não há informação (12).
Segundo área de cobertura (1)	6	2	71,5% procedem da área geográfica coberta pelo serviço (6).
Procedência segundo classificação por índice de exclusão social (1)	6	2	Usuários provenientes de bairros com piores índices de exclusão social (C, D, E) apresentaram 4,15 (IC: 1,28-13,43) vezes mais chance de procurar o serviço que os provenientes de melhores condições sociais (A, B) (p=0,0014) (8).
Etnicidade (1)	4	2	Raça/cor: 327 (62,8%) branca, 123 (23,6%) parda, 65 (12,5%) negra, 6 (1,1%) amarela (10).
Condições predisponentes			
Medo (1)	5	1	12 (25%) referem medo de ir ao dentista (1).
Depressão (1)	5	1	Depressão: 12% (1).
Doença sistêmica (1)	5	1	Com doença sistêmica: n= 37 (22,6%), destes 19 (51,4%) com HAS; sem diferença significativa entre ter ou não doença sistêmica para média de escovação, diagnóstico de cárie ou outro e tratamento completado (sim ou não) após o atendimento de urgência (4).
Alergia (2)	3	2	3,2% informaram alergia, destes 1,4% eram a analgésicos; 0,6% a antibióticos; 0,1% a anti-inflamatórios; 0,5% a outros medicamentos e 0,3% a alergias não medicamentosas e 97,1% dos prontuários dos alérgicos não possuía informação do tipo de alergia (11).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Alergia (cont.)	5	2	Entre os adultos alérgicos (4,1%), 0,9% eram a analgésicos; 0,6% a antibióticos; 0,8% a anti-inflamatórios; 0,4% a outros medicamentos, 0,3% a alergias não medicamentosas e em 0,6% dos prontuários não foi registrado esta informação. Entre os idosos (3,6%) 1% era a analgésicos; 0,5% a antibióticos; 1% a anti-inflamatórios; 0,8% a outros medicamentos e em 0,3% dos prontuários não consta informação acerca da alergia (12).
Capacitantes			
Políticas de saúde			
Alteração na política (2)	9	2	7 gestores/gerentes (77,8%) afirmarem que o serviço de urgência é uma estratégia para reorganização da atenção secundária em saúde bucal definida pelo Plano Municipal de Saúde (5).
Interface entre APS e ASU (5)	9	3	Vago conhecimento sobre a Política Municipal (16).
	9	3	Conceitos de cirurgiões-dentistas de ambos os serviços ainda arraigados a rede fragmentada e hierarquizada, distanciando-se da conformação poliárquica, de igualdade de importância dos diferentes pontos em suas diferentes densidades tecnológicas (16).
	9	3	Reconhecimento evidente da APS e seu papel dentro da rede, assim como dos outros pontos de atenção (16).
	9	3	Existem problemas na garantia de uma atenção integral relacionadas a integração entre APS e SOU, o objetivo de promover uma atenção completa entres esses dois níveis parece não acontecer (16).
	9	3	Quase inexistente o reconhecimento de interdependência, assim como do funcionamento, comunicação e integração entre os serviços. Reconhecimento da necessidade de superar os obstáculos ao acesso da média complexidade para avançar na integralidade (16).
	9	3	A linha do cuidado apareceu dispersa e insuficiente, os profissionais dos serviços de atenção secundária apresentaram pouco conhecimento a respeito, já a posição dos profissionais da APS converge para a orientação da PNSB de criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra referência) (16).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Financiamento			
Reconhecimento e participação de orçamento financeiro	9	2	Todos os gestores afirmam não participar do gerenciamento financeiro, a maioria desconhece metas e rubricas financeiras do serviço de urgência (5).
Renda	4	2	n=247 (47,4%) de 1 a 2 salários mínimos, n=147 (28,2%) abaixo de 1 salário mínimo, totalizando 75,6% com renda familiar até 2 salários mínimos; n= 98 (18,8%) de 2 a 5 salários mínimos, n= 13 (2,5%) acima de 5 salários mínimos, não respondeu (n=16; 3,07%) (10).
	5	1	Sem renda (n=5, 10%), até 2 salários mínimos (n= 34; 71%), de 4 a 5 salários mínimos (n=7; 15%), 6-7 salários mínimo (n=1; 2%), mais de 7 salários mínimo (n=1; 2%) ocorrência de urgência decrescente do uso em relação a renda (1).
Plano de Saúde (1)	4	2	463 pessoas (88,9%) não tem cobertura por plano de saúde médico ou odontológico (10).
Meio de transporte (1)	4	2	274 pessoas (52,6) vieram de ônibus, 171 (32,4%) de veículo próprio, 34 (6,5%) vieram caminhando, 22 (4,2%) de ambulância e os demais 20 (3,9%) de taxi, bicicleta, carona (10).
Organização			
Expansão da APS (2)	5	1	O aumento médio em 78,2% profissionais na ESB em 3 anos (12 ESB modalidade I (1CD e 1 ASB) passou para 13 ESB I após para 18 ESB, destas 14 passara ao tipo II, até chegar a 21 ESB (16 tipo II e 5 tipo I) em março de 2011), com incorporação de TSB gerando aumento de 56,25% entre 2009 e 2010, gerou aumento de 47,68% no percentual de consultas odontológicas de urgência (cons. urg/cons. total) no período, houve maior crescimento entre o primeiro e o segundo ano (28,10%) em relação ao segundo (15,5%), havendo correlação negativa entre $r=-0,58$, $p<0,001$ (3).
	5	1	No acompanhamento da implantação/expansão de ESB, verificou-se que percentual de consultas de urgência, cuja meta é ser menor que 20% do total das consultas, iniciou com cerca de 35% e apresentou tendência de queda com muitas variações mensais. A mediana nos anos de 2009, 2010 e 2011 é igual a 26,86 (36,1-14,6); 21,52 (24,9-17,5); 19,5 (22,9-15,1), $p=0,002$. Na análise entre os anos, verificou-se diferença significativa somente entre os anos de 2009 a 2010 $p< 0,001$ (3).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Presença de ESB na área de residência (1)	6	2	A procura pelo serviço não diferiu segundo a presença ou não de ESB na área de residência (p=0,984) (8).
População coberta por ESF (2)	5	1	Mediana da população coberta pela estratégia de saúde da família no grupo 1, 2 e 3 de serviços: 2930,3; 2936,8; 2855,7; maior no grupo 2 (de maior proporção média de urgência), mas sem diferença significativa do grupo 2 em relação aos demais (2), a população coberta pela ESF passou foi de 136.749, 167.594 e 182.801 habitantes respectivamente para os anos de 2009, 2010 e 2011 (3).
População coberta por ESB (1)	5	1	Mediana da população coberta pela equipe de saúde bucal no grupo 1,2 e 3 de serviços: 8075,0; 8972,5; 6813,5; maior no grupo 2 (de maior proporção média de urgência), mas sem diferença significativa do grupo 2 em relação aos demais (2).
Presença de UPA na região administrativa (1)	2	3	Presença de UPA na região administrativa de origem: 41 (14,3%) atendidos na UPA e 245 (85,7%) na UBS; na ausência de UPA na região administrativa: 63 (8,7%) usam UPA e 663 (91,3%) atendidos na UBS. A prevalência de uso de UPA é maior quando há disponibilidade na região administrativa RP=2,49 p=0,008. Na análise do uso de UPA por faixa etária, a presença de UPA na região administrativa deixa de ser significativa para crianças e se mantém em adolescentes (RP=2,38 p=0,001) (15).
Distância entre UBS de origem e UPA (1)	2	3	Distância da UPA até a UBS de origem: menor que 3 km: 52 (20,9%) atendidos na UPA e 197 (79,1%) em UBS; de 3 a 7 km: 36 usaram UPA (9,4%) e 345 (90,6%) usaram UBS; acima de 7 km: 16 atendidos na UPA (14,3%) e 366 (85,7%) usaram UBS. Quanto menor a distância maior a prevalência de uso de UPA (RP=4,99 abaixo de 3km, p>0,001, RP=2,26 de 3-7km, p=0,003). Na análise por faixa etária as relações entre a distância e o tipo de serviço se mantém: adolescentes ((RP= 4,05, abaixo de 3km, p< 0,001, e RP=2,29 de 3-7km, p=0,028), crianças ((RP= 5,82, abaixo de 3km p>0,001 e RP=2,3 de 3-7km p< 0,028) (15).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Percepção dos profissionais			
Atividades a serem realizadas (1)	9	2	Houve consenso total para alívio da dor e trauma dentário (concordo e concordo plenamente, n=44), 84% discordam quanto a atender qualquer demanda (limpeza, necessidades restauradoras). O maior dissenso foi em resolver queixas de desconforto: 38% discordam, 14% indiferente e 48% concordam. Realizar restauração temporária e resolver problemas estéticos/ex.: fratura anterior ou cárie necessitando de restauração obtiveram concordância de 75% e 77% (13).
Procedimentos a serem executados na UPA (1)	9	2	Os procedimentos totalmente aceitos como a serem executados no serviço de urgência foram: prescrição de medicamentos, drenagem de abscesso intraoral, alveolite e, hemorragia. Referenciar, suturar, colagem de fragmentos, imobilização, pulpectomia, pulpotomia e extração dentária foram considerados como procedimentos a serem realizados pela maioria (consenso superior a 80%). Os procedimentos com maior número de discordância quanto a realização no serviço de urgência foi a restauração (77,3%). Restauração atraumática e drenagem de abscesso extra oral obtiveram maior dissenso (equilíbrio entre concordar e discordar) (13).
Referenciamento a serviços de maior complexidade (1)	9	2	Consenso em referenciar para serviço de maior complexidade: total (n=44) para casos de pacientes com infecção avançada em risco de disseminação, 79% para casos com abscesso extra oral, 66% para deslocamento de articulação TM, de 66% para alteração severa HAS, 60% para diabetes descompensada, 59% para transtornos mentais. Discordam em referenciar para serviço de maior complexidade: 52% para pessoas com doença cardíaca, 70% para soropositivos para AIDS, 57% para hepatite e 76% para trauma dento-alveolar. Maior falta de consenso na referência de síndrome de ardência bucal (44% discordam e 47% concordam). Autores consideram que, de forma geral, há falha de consenso quanto ao referenciamento (13).
Conhecimentos necessários para atuação (1)	9	2	50% considera a graduação como a maior contribuição para sua qualificação, seguido de prática no serviço (40%) (14).
Tipo de demanda (1)	9	2	97,7% dos dentistas consideram que o serviço de urgência atende às demandas espontâneas e não-programadas dos pacientes (14).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Conclusão de tratamento (1)	9	2	88,7% dos dentistas consideram que os procedimentos odontológicos realizados são principalmente inconclusivos e 79,5% que o procedimento dentário conclusivo mais realizado no PEDS é a extração dentária (14).
Urgência mais frequente (1)	9	2	95,5% dos dentistas consideram que as complicações endodônticas são as emergências mais prevalentes nos serviços de urgência (14).
Acolhimento e classificação de risco (1)	9	2	70,5% dos dentistas consideram que existe falta de uso de acolhimento e de uso de classificação de risco nos serviços de urgência (14).
Sobrecarga de trabalho (1)	9	2	59,1% dos dentistas consideram que os serviços de urgência são sobrecarregados (14).
Diretrizes clínicas e farmacológicas (2)	9	2	65,9% dos dentistas concordam que há falta um protocolo com diretrizes clínicas e farmacológicas no serviço de urgência (14). 25 profissionais (78,1%) desconhecem ou negam a existência de protocolo clínico (5).
Sistema de referência (1)	9	2	88,6% (8) concordam que há falta de sistema de referência dos usuários no serviço de urgência (14).
Educação continuada (2)	9	2	86,3% dos dentistas concordam que há falta de educação continuada para os profissionais do serviço de urgência (14 62,5%) (20) dos profissionais negaram ter recebido qualquer capacitação para atuar no serviço de urgência (5).
Recursos para o serviço (1)	9	2	90,9% concordam que há uma escassez de recursos disponíveis nos serviços de urgência (14).
Perfil do paciente (1)	9	2	28 (87,5%) dos dentistas informam maior frequência de uso do serviço por mulheres. 27 (84,4%) informam maior frequência da faixa etária de adultos e 28 profissionais (87,5%) relatam que a queixa principal é a de dor, 19 (59,4%) consideram a abertura coronária como tratamento mais frequente, 21 profissionais (65,6%) indicam que o usuário vem sem indicação e 10 indicam da APS (34,4%) e 31 (96,9%) referem como turno de atendimento o diurno (5).
Forma de entrada do usuário (1)	9	2	65,6% (21) dos profissionais indicam ausência de referência da APS, 53,1% (17) afirmaram que, quando referenciado, o usuário não traz termo escrito (5).
Continuidade do cuidado (1)	9	2	Todos os profissionais (32) afirmaram orientar o usuário a buscar o devido serviço de atendimento para dar continuidade ao seu tratamento, o que poderia ser entendido como ação de contra referência segundo os autores (5).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Prontuário (1)	9	2	100 % (32) dos profissionais consideraram que os prontuários são organizados, preenchidos corretamente e diariamente, sendo positivo ao serviço (5).
Gratificações (1)	9	2	Todos os profissionais recebem gratificação por trabalho noturno (adicional) e a carga horária é monitorada por livro ponto (5).
Reuniões (1)	9	2	90,6% (29) dos profissionais negaram a existência de reuniões para discussão e avaliação com os gestores, todos os entrevistados afirmaram a inexistência de reuniões e/ou atividades conjuntas entre os profissionais da atenção primária e secundária (5).
Monitoramento de CH (1) Visão dos gestores e/ou gerentes	9	2	A carga horária é monitorada por livro ponto (5)
Tempo de espera desde a referência até o atendimento (1)	9	2	55,6% (6) da gestão/gerência desconhece o tempo de espera do usuário pelo atendimento (5).
Condições estruturais (1)	9	2	Segundo gestores e gerentes, os quatro serviços possuem pelo menos um equipamento odontológico completo e em perfeito funcionamento, com presença de um auxiliar de saúde bucal (ASB) em cada turno de atendimento. Há manutenção preventiva e reparadora dos equipamentos odontológicos que é por serviço terceirizado e o gerenciamento do abastecimento e suprimento de equipamentos de proteção individual (EPI), material de consumo e insumo, equipamentos e instrumentais odontológicos, impressos e outros materiais existentes e efetivos. 78,2% (21) dos profissionais consideraram a estrutura de boa a regular e 21,9% (7) ruim. Na avaliação da qualidade dos elementos em bom, regular e ruim, o equipamento odontológico foi o de mais baixa avaliação como bom e mais alta em ruim ambos com 28,1%, a maioria considerando regular (43,8%) (5).
Forma de entrada do usuário (1)	9	2	77,8% (7) dos gestores entrevistados, o acesso ao serviço de urgência se dá exclusivamente pela demanda espontânea (5).
Satisfação do profissional (1)	9	2	66,7% (6) dos gestores e gerentes afirmaram avaliar a satisfação dos profissionais e considerar críticas e sugestões no planejamento das ações

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Controle social (1)	9	2	88,9% (8) dos gestores afirmaram a existência de recursos para registro de sugestões e reclamações pelos usuários, e levar estas questões em consideração ao planejamento e gestão do serviço, 22,2% (2) dos gestores participam das reuniões do Conselho Municipal de Saúde,
Metas de produção (1)	9	2	66,6% (7) dos gestores afirmaram desconhecer a existência de metas de produção
Grau de satisfação do usuário (1)	9	2	77,8% (7) dos gestores não estabelece e/ou utiliza (ou não sabe) de mecanismos para avaliar o grau de satisfação do usuário com o serviço, mesmo reconhecendo que os sistemas de informação são alimentados com regularidade.
Sistema de referência (1)	9	2	6 gestores (55,6%) garantem a referência e contra referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico; 8 gestores (88,9%) afirmaram não haver demanda reprimida para este tipo de serviço.
Necessidades de saúde			
Necessidade percebida			
Queixa (7)	3	2	32,7% referem odontalgia (11).
	4	2	n=347 (85%) referem como causa da urgência a dor (10).
	5	1	Dor como queixa principal: n=30 (70%) (1); 128 (78%) (4), a dor não foi associada ao sexo, doença sistêmica, tabagismo, etilismo, analfabetismo ou tratamento odontológico concluído (4).
	5	2	Odontalgia e dor de origem pulpar são a queixa mais prevalente em adultos (n= 1543; 24,2% e n=1354; 21,3%; total = 45,6%) e idosos (n= 48; 12,5% e n=52; 13,5%; total=26%), quando separadas o abscesso/celulite passa a ser o mais prevalente entre idosos (n= 57; 14,9%) (12).
	6	2	Foram classificadas como urgência dolorosa aguda 13249 casos (74,3%), destes, a dor dentária (60,6%) foi a mais prevalente (6); 205 (75,9%) com queixa de dor (7). Todas as classes de queixa estiveram associadas ao sexo feminino, com exceção da classe de injúrias pós-traumáticas (61,5% em homens p<0,05) (6). Crianças de 1-5 anos tiveram a mais alta frequência, entre todas as idades, de trauma dental (n=87, 22,1%) e injúrias pós-traumáticas (n=30, 31%), p<0,005 (6).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Percepção de ausência de necessidade (1)	4	2	n=113 (21,7%) percebem sua condição como não urgente (10).
Avaliação da necessidade			
Classificação de risco (2)	3	2	Classificados como urgência (48,1%); urgência relativa (22,5%); emergência (13,8%); caso ambulatorial (12,4%) e em 3,2% dos prontuários esta informação não foi disponibilizada (11).
	5		Adultos e idosos classificados como urgência (14,4% e 12,7%), urgência relativa (51,4% e 41,8%), emergência (19,2% e 25,2%) e caso ambulatorial (11% e 17,6%) (12).
Necessidade individual de saúde bucal (2)	5	1	n=23 (49%) com diagnóstico de doença da polpa e 13 % de cárie (1), n=86 (52,4%) com cárie (4), houve associação entre não completar o tratamento odontológico (59,2%) e apresentar o diagnóstico de cárie dentária ($p=0,024$) (4).
Necessidade em saúde bucal por serviços (1)	5	1	Mediana da presença de cavidade de cárie no grupo 1, 2 e 3 de serviços: sem cavidades (16,8; 12,5; 17,4), menos de 3 dentes com cavidades (43,5; 41,9; 46,2), mais de 3 dentes com cavidades ou necessitando de extração (28,6; 33,6; 34,5) e mediana de necessidade de tratamento periodontal (7,2; 5,9; 3,5); o grupo 2, de maior percentual médio de urgências, apresentou os menores valores nos grupos de menor presença de cárie (2).
Ausência de necessidade (1)	6	2	n=1320 (7,4%) das queixas não puderam ser classificados como urgência (6).
Comportamentos de saúde			
Práticas em saúde			
Escovação dentária (1)	5	1	n= 93 (56,7%) escovam 3 vezes ou mais ao dia, a média de escovação diferiu significativamente quanto a etilismo ($p=0,019$), sexo ($p=0,002$) e uso de fio dental ($p=0,002$) e não diferiu quanto a tabagismo, doença sistêmica, ser ou não analfabeto e ter ou não tratamento concluído (4).
Uso de fio dental (1)	5	1	n= 45 (27,4%) usam fio dental, o grupo que usa ou não fio dental não diferiu em relação ao diagnóstico de cárie ou outro e ao tratamento completado, quanto a média de escovação: o grupo que usa fio dental média 3,0 e não usa 2,5 $p=0,002$ (4).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Automedicação (2)	3	2	4,0% usaram analgésicos; 0,9% antibióticos; 1,0% anti-inflamatórios; 0,5% outros medicamentos e 93,7% dos prontuários eram omissos (11)
Tabagismo (2)	5	1	Tabagismo: 24% (1); (n=17; 10,5 %) (4). Sem diferença na média de escovação, diagnóstico de cárie ou outro e tratamento completado (sim ou não) entre tabagista ou não tabagistas. (4)
Etilismo (1)	5	1	Etilismo: 14 (8,5%), sem diferença significativa entre ser ou não etilista para diagnóstico de cárie ou outro e tratamento completado após o atendimento de urgência (sim ou não), para média de escovação houve diferença (sim: média 2,2 ($\pm 1,01$) não 2,7 ($\pm 0,7$)) $p=0,019$. (4)
	5	2	Entre adultos 2,8% informaram terem utilizado analgésicos; 0,7% antibióticos; 1,5% anti-inflamatórios; 4,3% outros medicamentos e em 90,6% dos prontuários essa informação era omissa. Enquanto entre os usuários idosos 1,04% usaram analgésicos; 0,8% anti-inflamatórios; 15,6% outros medicamentos e 82,7% dos prontuários não continham informação (12).
Uso de serviços de saúde			
Por urgência odontológica			
Dificuldade de acesso (1)	5	1	43 pessoas (91%) sem dificuldade de acesso ao atendimento odontológico (1).
Uso como porta de entrada (1)	6	2	13 pessoas (0,005%) referiram acessar o serviço de urgência, mesmo sem queixa, como tentativa de acesso à rede e APS (7).
Primeiro acesso (1)	2	1 2	12,2 % dos participantes, 14,9% para crianças e 6,6% para adolescentes. Sem diferença em crianças e na população até 17 anos entre uso de UPA e UBS, mas, para adolescentes, o uso de UPA passa a ter maior prevalência quando a urgência é realizada como primeiro acesso (RP=2,16 $p=0,05$) (15).
Proporção de atendidos na população (1)	6	2	A proporção de pessoas atendidas na UPA em relação a população estimada anual foi decrescendo passando de 18956 (5,29%) para 19213 (5,26%) e para 19062 (5,17%) entre 2007 e 2009, com média de 5,24%, não havendo diferença significativa entre os anos ($p>0,05$).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Primeira escolha (1)	4	2	n= 419 (80%) foram diretamente para UPA, os dois principais motivos foram n=187 (44,8%) dificuldade ou atraso no atendimento na UBS, 51(12,2%) incompatibilidade de horário. 104 (20%) procuraram a UBS antes de ir para UPA, 57% apontou como motivo de não atendimento na UBS motivos operacionais, 28,7% não encontrou vaga e 10,4% não tiveram seus problemas resolvidos pois envolviam especialidades (10).
Reutilização do serviço (1).	4	2	167 pessoas eram recorrentes no serviço de urgência (32,1%), 632 (37,1%) pela mesma queixa (10).
Tempo até buscar o serviço (2)	4	2	131 (25,2%) procuraram o serviço em tempo inferior a 2 dias após o início dos sintomas, n=210 (40,3%) pessoas aguardaram de 1 a 2 semanas (10).
Uso anterior do serviço de urgência (1)	5	1	n= 31 (68%) buscaram o serviço de APS em até 7 dias (1).
	5	1	30 pessoas (64%) usaram anteriormente por urgência (1).
Tipo de atendimento anterior (1)	2	3	Atendidos anteriormente como urgência 14 usuários (14,4%) UPA/83 (85,6%)UBS; como eletivo 78 (9,8%) UPA/714 (90,2%) UBS, sem diferença significativa (15).
Tempo desde o último atendimento odontológico (1)	2	3	Menos de um ano: 35 (12,4%) UPA/247 (85,6%) UBS; acima de um ano: 57 (9,4%) UPA/ 550 (90,6%) UBS, sem diferir significativamente em adolescentes e grupo até 17 anos, mas para crianças, o uso de UPA foi maior quando o tempo desde a última consulta foi superior a 1 ano (RP=1,86 p=0,023) (15).
Não atendidos (3)	6	2	269 (1,5%) das queixas dos pacientes foram classificadas como não foram vistos (6).
	3	2	2,8% desistiram de aguardar (11).
	5	2	2,2% dos adultos e 3,1% dos idosos desistiram do atendimento (12).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Dia e turno de atendimento (3)	6	2	Terça-feira foi o dia de maior demanda. O turno da manhã (39,7%) foi o de maio usado, seguida pela tarde (34,1%). Houve relação entre turno e idade, a manhã foi mais usada por adultos acima de 45 anos, tarde com mais crianças até 14 anos e a noite com adolescentes (15-19) e adultos entre 20 e 29 anos (6); houve maior procura durante os dias úteis seno o dia de maior atendimento a segunda-feira e, aos finais de semana, o sábado. Durante a semana o turno de maior número de atendimentos foi o da tarde (2007:36,19%, 2008: 35,94%, 2009:36,45%), e aos finais de semana foi o da manhã (2007: 57,26%, 2008: 56,06%, 2009: 57,24%) (8).
	3	2	19,0% foram na segunda-feira; 15,1% na terça-feira; 16,4% na quarta-feira; 17,0% na quinta-feira; 15,1% na sexta-feira; 11,9% no sábado e 5,4% no domingo, 45,4% entre as 6:01 e 12:00 (11).
	5	2	Idosos e adultos buscaram mais o serviço no turno da manhã n=248 (64,4%) e n=3017 (47,4%) respectivamente (12).
Mês de atendimento (2)	6	2	A maior demanda foi em outubro (n=1633; 9,3%) e a menor em fevereiro (n=910; 5,1%) (6).
	5	2	A maior procura pelo atendimento ocorreu no mês de setembro (863 adultos (13,6%) e 64 idosos (16,6%) (12).
Em atendimento por outro serviço (1)	6	2	39 (14,4%) pacientes afirmaram que estão em 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 (7).
Processo de trabalho			
Tratamento completado (3)	5	1	62,3% sem tratamento completado após atendimento de urgência; não houve diferença quanto a ter ou não o tratamento completado segundo o sexo, etilismo, tabagismo e doença sistêmica, mas houve quanto a idade média que é mais alta para o tratamento completado (38,8 anos (13,1)) em relação ao não completado (32,8 (12,4)) p=0,04. Não completar o tratamento foi associado ao diagnóstico de cárie dentária (p=0,024) (4).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Tratamento completado (cont.)	5	1	Os serviços do grupo 2, de maior proporção média de urgências, apresentaram a menor média de acesso para tratamento individual (5,7% (1,0 - 12,6%) (2). O aumento em um ponto na razão do tratamento completado (com mais de 3 dentes com cavidade ou necessidade de exodontia) aumenta 6% (OR =1,061 (IC 1.021-1.102 P=0,003) de pertencer ao cluster de alto cuidado de urgência (cluster 2) em relação ao cluster de alto cuidado preventivo (cluster 1), e não há diferença quanto a vulnerabilidade e referência para atenção secundária (2).
	5	1	O aumento em um ponto na razão do tratamento completado (com mais de 3 dentes com cavidade ou necessidade de exodontia) aumenta 6% (OR =1,061 (IC 1.021-1.102 P=0,003) de pertencer ao cluster de alto cuidado de urgência (cluster 2) em relação ao cluster de alto cuidado preventivo (cluster 1), e não há diferença quanto a vulnerabilidade e referência para atenção secundária (2).
Tipo de tratamento/condução (3)	1	2	Restauração n=220 (31,1%), exodontias n=214 (30,3%) foram os mais prevalentes. Na faixa de 4-5 anos: tratamento endodôntico n=23 (34,3%) mais prevalente seguido por restauração n=22 (32,8%); na faixa de 6-8 anos: exodontia n=81 (36,4%); na faixa de 10-14 anos: restauração n=148 (35,4%). O material restaurador usado com maior frequência foi a resina (52,3%), ART n=7 (3,2%) (9).
	6	2	Para 25,3% a condução foi de curativo e esteve associada a dor, cárie e endodontia (p=0,043) (7); o procedimento mais frequente foi o cirúrgico e variou de 62,18% em 2007 para 49,33% em 2009 e 54,94 %em 2010. A terapia pulpar sofreu pequeno aumento passando de 7,01 em 2007 para 7,12 em 2010. Os procedimentos restauradores aumentaram passando de 18,275 em 2007 para 29,74 em 2009 e caindo para 24,62 em 2010 (8).
Resolutividade (4)	6	2	Dos 275 tratamentos classificados, 23 (8,4%) não foram resolvidos, 183 (66,5%) foram parcialmente e 69 (25%) totalmente. Houve diferença significativa entre ter a resolução parcial e a total para os diagnósticos de exodontia (97,9% resolutividade total) e pulpotomia (88,2% resolutividade parcial), ambos com p< 0,001. Houve diferença significativa entre não ter resolvido, ter a resolução parcial e a total para o tratamento realizado de medicação (resolução parcial 24/42,9%), exodontia (97,9% resolutividade total) e pulpotomia (88,8% resolutividade parcial) e curativo (63/96,9% resolução parcial) todos com p< 0,001 (7).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

Continuação. Tabela de categorização de fatores segundo os dados dos estudos primários, Brasil, 2018.

Fatores (n de estudos)	FE*	Local	Informações extraídas (numeração de referência segundo lista dos estudos primários)
Resolutividade (cont.)	4	2	354 (68%) teve o problema resolvido em 1 consulta, os demais levaram de 2 a 12 consultas (10).
	3	2	87,5% tiveram a queixa principal solucionada (11).
	6	2	Dos 166 diagnósticos, 3 (1,8%) não foram resolvidos, 97 (58,4%) tiveram resolução parcial e 66 (39,8%) resolução total. Houve associação de diagnóstico exodontia com resolutividade total ($p < 0,001$) assim como, pulpotomia e/ou desobstrução com resolutividade parcial ($p < 0,001$) (7).
Referência a outro ponto da RUE (2)	3	2	12,5% necessitaram ser encaminhados para outros serviços especializados (11).
	5	1	Mediana da referência para atenção secundária no grupo 1, 2 e 3 de serviços: 32,5; 33,7; 16,0; a mediana é maior no grupo 2 (de maior proporção média de urgência), mas sem diferença significativa do grupo 2 em relação a grupo 1 (2).
Resultados			
Percepção do usuário			
Infraestrutura do serviço (1)	4	2	Informações, instalações, limpeza, sinalização, aparência foram percebidas como boas (acima de 75,5%) (10).
Tempo de espera (1)	4	2	O tempo de espera teve foi avaliado como bom por 47,4 % e excelente 5,5% (10).
Equipe de ESB (1)	4	2	57,9% atribuíram excelente ou bom para a ESB do serviço de urgência (10).

Faixa etária* onde 1= 0 a 14 anos, 2=até 17 anos, 3=0 a 19 anos, 4=acima de 13 anos, 5=adultos e idosos, 6=todas as idades. Local com 3 categorias, onde 1=Atenção primária em saúde. 2=Atenção secundária em urgência; 3=Rede de Atenção às Urgências

MANUSCRITO 2

Série histórica de urgência odontológica no Sistema Único de Saúde Brasileiro entre 2008 e 2015

Manuscrito a ser submetido à Brazilian Oral Research

Resumo

A utilização dos serviços de atenção às urgências odontológicas é moldada pelas condições sociais, epidemiológicas e de organização dos serviços de saúde. Visando avaliar os indicadores específicos de urgência na rede de atenção para compreensão do acesso e desempenho, foi realizado um estudo de série temporal dos atendimentos de urgência odontológica segundo os códigos de atendimento por grupos de estabelecimentos de saúde no Brasil no período de 2008 a 2015. As análises efetuadas foram a descritiva e a análise de Prais-Winsten. O grupo de serviços de atenção primária responde por 72,75% dos atendimentos de urgência e a média da taxa ajustada do total de urgências foi de 0,04 atendimentos por habitante. Foi encontrado padrão de estabilidade no total de atendimentos por urgência odontológica, de crescimento na atenção primária em saúde (5,58%/ano) e na aplicação financeira em urgências odontológicas (R\$ 16,63%/ano) e tendência de queda nos registros básicos de urgência por grupo de serviços de atenção secundária. Houve baixa presença de acolhimento com registros de classificação de risco. Os resultados são compatíveis com a distribuição das doenças bucais e com a atividade de cada ponto da rede de atendimento de urgências odontológicas. Há indícios da necessidade de melhorias no acesso e gestão na rede de atenção às urgências odontológicas.

Descritores de saúde: emergências, saúde bucal, serviços de saúde, assistência à saúde.

Abstract

The use of dental emergency services is shaped by the social, epidemiological and organizational conditions of the health services. Aiming to evaluate the specific indicators of urgency in the network of attention for understanding access and performance, a time series study of the emergency dental care according to the codes of care by groups of health facilities in Brazil was carried out from 2008 to 2015. The analyzes were the descriptive and the analysis of Prais-Winsten. The primary care group accounts for 72.75% of the emergency care and the average of urgency rate was 4438.23 attendances per 100,000 inhabitants. There was a stable pattern of total dental care, growth in primary health care (5.58%/year) and financial application in dental emergencies (R\$ 16.63%/year) and trend decline in the urgency by a group of secondary care services.

There was a low presence of embracement with risk classification records. The results are compatible with the distribution of oral diseases and with the activity of each point of the emergencies care network. There are indications of the need for improvements in access and management in the dental emergency care network.

Keywords: emergencies, oral health, health services, delivery of health care.

Introdução

Estudos sobre atendimento de urgências odontológicas em diferentes sistemas de saúde buscam compreender a relação entre o uso de serviços por estas condições e seus determinantes. Estas relações são complexas, pois são reflexo da determinação social das doenças e do acesso ao cuidado segundo o modelo de atenção. Algumas condições de saúde são mais sensíveis a melhorias no acesso e atenção a atenção primária, em sua maioria as condições agudas ou crônicas agudizadas respondem mais rapidamente a dinâmica destas complexas interações. Assim, por exemplo, encontramos estudos em sistemas não universais que buscam entender o efeito de barreiras ao acesso a atenção primária e o uso de serviços hospitalares que prestam atendimento de urgência odontológica, bem como estudos em sistemas universais que buscam entender os determinantes de uso de serviços e as interfaces na rede de atenção às urgências odontológicas¹⁻⁶.

O atendimento de urgência pode ser definido como “medidas imediatas que visam aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos e ou estéticos da cavidade bucal”⁷, e é usualmente diferenciado do cuidado emergencial pela ausência de risco potencial de vida. A garantia da atenção aos pacientes em condições de urgência é um princípio ético e, no serviço público, está presente nas diretrizes da Política Nacional de Humanização, de Atenção Básica, de Saúde Bucal e de Atenção às Urgências (PNAU)⁸⁻¹¹.

A rede de atenção em urgência e emergência (RUE) se constitui pela promoção, prevenção e vigilância à saúde, a atenção básica, o serviço de atendimento móvel de urgência e suas centrais de regulação, a sala de estabilização, a Força Nacional de Saúde do SUS, a unidade de pronto

atendimento (UPA) e o conjunto de serviços 24 horas, hospitais e a atenção domiciliar. Estes devem atuar de forma integrada, articulada e sinérgica, guiados pelas necessidades dos usuários e diretrizes clínicas, por linhas de cuidados, pelos princípios de acolhimento, classificação de risco, informação e regulação do acesso. O leque de atividades de saúde e o dinamismo com que os cenários se alteram exigem dos gestores, gerentes e profissionais de saúde compromisso, cooperação, integração e responsabilidade conjunta¹².

Mendes indica que para que esta rede atue de forma efetiva, eficiente e humanizada é necessário que a atenção às pessoas com urgência e emergência seja distribuída nos pontos de atenção segundo seus riscos. A maioria das classificações de risco leva em consideração a relação de tempo, gravidade e capacidade tecnológica^{13,14}. De forma análoga e simplificada, em Odontologia, podemos considerar que os pontos de atenção primária e secundária são os principais responsáveis pela resolução de atenção às urgências diferindo entre si pela capacidade tecnológica, cabendo a atenção terciária o atendimento às emergências.

É reconhecido o direcionamento das políticas públicas para a forte expansão da rede de serviços públicos de atenção primária e atenção secundária. Se por um lado as portarias que regulam e incentivam a expansão de serviços de atenção secundária específicos de urgência não determinam obrigatoriamente a atenção em saúde bucal, por outro, a definição de procedimentos para monitoramento permite acompanhar a atenção nestes pontos de atenção¹⁴. Além disso, o monitoramento de atendimentos de urgências odontológicas pode ser acompanhado pelos códigos específicos de um grupo de tipos destes atendimentos na população. Entretanto, poucos

estudos analisam o desempenho da rede de atenção quanto às urgências odontológicas não sendo possível avaliar o quanto este atendimento se faz presente na rede. Por isso, este estudo buscou conhecer os indicadores de atendimentos odontológicos de urgência através de uma série histórica no período de 2008 a 2015 tendo como parâmetro os códigos dos atendimentos de urgência.

Método

Foi conduzido um estudo avaliativo de atendimentos de urgência através de séries temporais com dados secundários agregados do Brasil. Os dados relativos aos procedimentos odontológicos provem do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) do Ministério da Saúde. Os dados populacionais foram obtidos através das opções, população residente, censos e projeções intercensitárias, para os anos de 2008 a 2012, e da opção de projeção da população do Brasil para o período 2000-2030 para os anos de 2013 a 2015. Todas estas informações foram obtidas através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Os procedimentos foram extraídos segundo o tipo de estabelecimento e estes foram classificados segundo os pontos de atenção primária (APS) e secundária (AS), e a atenção secundária foi ainda classificada segundo a densidade tecnológica em estabelecimentos especializados (ASE) e hospitalares (ASH) (tabela 1). A definição da classificação considerou a lista descritiva dos estabelecimentos (material suplementar) e os estabelecimentos gerados na extração dos dados, buscando, desta forma, isolar os serviços

segundo os pontos de atenção e, especificamente, na atenção secundária, os estabelecimentos especializados dos hospitalares.

Os dados de frequência foram extraídos por estado, mês, estabelecimento, classificação de ocupação brasileira (CBO) sendo selecionados todos os CBO para cirurgião-dentista, e código de procedimento. Os procedimentos selecionados foram: 03.01.06.003-7/atendimento de urgência em atenção básica; 03.01.06.002-9/atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada, 03.01.06.009-6/atendimento médico em unidade de pronto atendimento, 03.01.06.011-8/acolhimento com classificação de risco, códigos de monitoramento da UPA¹⁵; 03.01.06.006-1/atendimento de urgência na atenção especializada. Para descrever o atendimento, segundo os códigos de monitoramento da UPA, foram totalizados os códigos de atendimento 03.01.06.002-9 e 03.01.06.009-6. O total de atendimentos especializados foi obtido pelo somatório dos códigos 03.01.06.002-9, 03.01.06.009-6, 03.01.06.006-1, e foi realizada a razão entre os atendimentos com o código de atenção básica e o total dos atendimentos especializados. A totalização de todos os quatro códigos de atendimento de urgência definiu o total de atendimentos de urgência odontológica. Para comparar a tendência total do atendimento de urgência odontológica com o atendimento programado também foi extraído o código 03.01.01.015-3/primeira consulta odontológica programática (PCO).

Os dados de valor aprovado de atendimento de urgência foram extraídos por estado, mês, tipos de estabelecimento classificação de ocupação brasileira (CBO) sendo selecionados todos os CBO para cirurgião-dentista e forma 03.01.06, o que inclui qualquer atendimento de urgência que gere valor a ser aprovado. Sabendo-se que códigos de atendimento de urgência de atenção

básica não geram crédito, este modelo de extração buscou controlar eventuais usos de códigos distintos dos esperados. Os valores aprovados mensais foram deflacionados tendo como mês base o mês de janeiro de 2008 sendo o índice utilizado o da inflação obtido através do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) cuja fonte foi o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Todos os dados foram totalizados em todos os estabelecimentos de saúde e nos grupos, APS, ASE e ASH, por ano e por macrorregião. As taxas de atendimento de urgência, do valor aprovado e da PCO na população foram calculadas pelo total absoluto no ano dividido pela população anual da macrorregião e multiplicado por 100.000 habitantes. Foi realizada a padronização pelo método direto, utilizando como referência a população brasileira do ano de 2010. A padronização objetivou considerar e remover os efeitos dos fatores relativos à distribuição da população que interferem na proporção de atendimentos e do valor aprovado. As taxas padronizadas das macrorregiões foram totalizadas por ano para o Brasil.

O valor aprovado médio unitário do atendimento foi calculado através da razão entre a taxa padronizada do valor aprovado anual e a taxa padronizada do total de todos os atendimentos especializados. A proporção entre os registros de atendimento de urgência de atenção básica e de especializados foi calculada pela razão entre as taxas padronizadas 03.01.06.003-7 (UB) e a taxa total dos atendimentos especializados (03.01.06.002-9, 03.01.06.009-6, 03.01.06.006-1=UE) no total e por grupo. Todas as taxas padronizadas de interesse ao estudo de tendência sofreram transformação logarítmica.

Para a descrição dos resultados foram realizadas frequências absoluta e relativa, média e desvio-padrão. A análise da tendência das séries históricas foi realizada através da regressão linear generalizada pelo método de Prais-Winsten, que permite efetuar correção de autocorrelação de primeira ordem na análise de séries de valores organizados no tempo. Este procedimento possibilitou classificar as taxas como ascendentes ($p < 0,05$ e coeficiente de regressão positivo), declinantes ($p < 0,05$ e coeficiente de regressão negativo) ou estacionárias ($p > 0,05$) e possibilitou quantificar as médias anuais de aumento ou declínio dos coeficientes segundo a metodologia de Antunes e Cardoso^{16,17}. Desta forma, as séries temporais com ascendência ou declínio são referidas como tendência de crescimento/aumento ou redução/queda e, as de tendências não significativas, do ponto de vista estatístico, como estacionárias.

A verificação dos resíduos foi realizada através da análise de dispersão dos resíduos versus valores preditos, e do teste de Durbin-Watson, em conjunto com a análise do R^2 . Para a análise estatística foi utilizado o software Stata, 14.0, Statacorp, Texas, USA.

O estudo fez uso de análise de dados secundários, disponíveis em base de dados do SUS e, com isso, não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

No Brasil, de 2008 a 2015, foram realizados 69.623.471 atendimentos de urgência odontológica totalizando um valor real aplicado de oitenta e seis milhões, cento e trinta e dois mil e novecentos e sessenta e oito reais (R\$ 86.132.968). A distribuição dos atendimentos e do valor aprovado de urgência

odontológica e a média das taxas ajustadas de atendimentos segundo o código de atendimento por período de observação dos registros no total e nos grupos encontram-se na tabela 2.

A média da taxa ajustada do total de atendimentos de urgência no período foi de 0,04 atendimentos/ habitante/ano, já a média da taxa ajustada de PCO foi de 0,14 consultas/habitante/ano. Constatou-se menor magnitude do total de atendimentos de urgência em relação à primeira consulta odontológica programática. A razão entre a taxa do total de atendimentos de urgência e a taxa de PCO foi de 0,31 (Dp. 0,05, mín. 0,27 e máx. 0,41).

Os gráficos de 1 a 11 descrevem o logaritmo das taxas do total de atendimentos de urgência odontológica, do valor aprovado, por tipo de registro, pelo total dos códigos de atendimento previstos no monitoramento da UPA, pelo total dos códigos especializados, pela razão entre a taxa de atendimento do código de atenção básica e o total dos códigos de atendimento de atenção especializada e a relação da taxa da PCO com o total de atendimento de urgência por 100.000 habitantes observadas e previstas no período de 2008 a 2015. A tabela 3 informa os resultados da regressão linear e porcentagem de variação anual (annual percent change – APC).

Foi observada tendência estacionária da taxa do total de atendimentos de urgência em seu total e em estabelecimentos de AS. A taxa ajustada do total da APS apresenta maior magnitude entre os grupos e tendência ascendente (5,58%/ano), entretanto esta tendência não repercutiu na taxa total. Quando analisada por segmento, a tendência das séries se modifica, e, de 2011 a 2015 torna-se declinante no total e na APS e ascendente em ASE e ASH, estas

tendências poderão ser melhor esclarecidas com um maior período de acompanhamento (regressão disponível como suplemento).

No total, houve tendência estabilidade nas taxas de valor aprovado, mas o comportamento das séries nos grupos variou. A série da APS apresentou tendência quadrática (Gráfico 2) com crescimento até 2011 e redução gradativa atingindo em 2015 uma taxa (164,14) inferior à de 2008 (215,121). Já, nos grupos de AS a tendência foi linear, ascendente em ASE e estacionária em ASH. Os traçados sugerem que, de 2008 a 2012, houve um movimento compensatório entre ASE e ASH, quando uma reduz a outra aumenta e que, a partir de 2012, estes parecem ter alcançado maior estabilidade.

O atendimento de urgência com observação até 24 horas na atenção especializada apresentou tendência quadrática (Gráfico 3 e 4) com trajeto em ascendência nestes grupos, menos na APS, onde a tendência linear foi significativa quando excluído o ano de 2008. A maior magnitude deste atendimento no período ocorreu no grupo da ASH. Para fins comparativos, o APC foi calculado através da regressão linear e indicou ascendência no geral e em ASE e ASH e estabilidade na APS (tabela 3). Já, o registro do atendimento na atenção especializada indicou maior magnitude na ASE e tendência linear na maioria dos grupos, com exceção da APS que apresentou tendência quadrática (Gráfico 5) com ascendência e descendência. A tendência foi de ascendência em geral e na ASE, estabilidade em ASH e, para a APS, foi apresentado o declínio linear do período de 2011 a 2015 (tabela 3).

O somatório dos registros de atendimento de urgência para UPA apresentaram em sua maioria tendência quadrática (Gráfico 6 e 7), com exceção da APS, cuja trajetória perdeu a tendência curvilínea em 2013. Para possibilitar

a comparação do APC, predições lineares foram realizadas sendo reveladas as tendências ascendentes em todos os grupos (tabela 3). O traçado das séries do total de atendimentos especializados permitiu observar que em meados de 2011 se inicia uma fase de inversão completa entre ASH e ASE, passando a haver uma maior magnitude do total destes procedimentos em ASE. O traçado das séries adquiriu maior estabilidade a partir de 2011. A tendência da maioria das séries foi linear, estável em ASH e ascendente em ASE e no total. A tendência da série da APS foi quadrática (Gráfico 8) e, se analisada em seu período completo, estável, mas se analisada a partir de 2011, declinante.

O grupo da APS respondeu pela maioria dos atendimentos de urgência na atenção básica. As tendências das séries foram lineares com estabilidade no total, ascendência na APS e decréscimo na AS. A razão entre os atendimentos de urgência pelos códigos de atenção básica e o total de atendimentos especializados apresenta maior magnitude em estabelecimentos de APS. A tendência das séries é declinante em AS e estável em APS. O total não apresentou tendência linear significativa.

A análise comparativa com a PCO demonstra maior frequência da PCO em relação ao total de atendimentos de urgência e tendência de estabilidade e, segmentando a série da PCO no período de 2011 a 2015, como no total de urgência, também se observou alteração da tendência que passa a ser declinante, reforçando a necessidade de acompanhamento destas séries em conjunto (regressão segmentada em suplemento). A trajetória da série do total da urgência acompanha a da PCO até 2011, a partir de 2012, o traçado do total de atendimento de urgência tem inversão de seus picos em relação a PCO, ou seja, se um aumenta o outro diminui.

Discussão

A série histórica dos atendimentos de urgência odontológica permitiu reconhecer a organização da atenção segundo o tipo de atendimento e grupos de estabelecimentos segundo o nível de atenção e a densidade tecnológica. Considerando que a rede de atenção em saúde bucal ainda apresenta vazios assistenciais, que estes são maiores na atenção secundária, o estudo contribui para o acompanhamento da organização da REU em saúde bucal.

As limitações deste estudo referem-se às limitações intrínsecas ao sistema de informação ambulatorial e a classificação dos estabelecimentos de saúde segundo os pontos de atenção. É possível que um estabelecimento possa se constituir em diferentes pontos de atenção, assim como, é possível o cadastro de serviços similares como estabelecimentos distintos, o que pode infundir confundimento ao se realizar a classificação dos estabelecimentos segundo os pontos de atenção. Ainda que se observe que todos os pontos de atenção registraram todos os tipos de atendimento, a distribuição segundo a classificação realizada atendeu a lógica da distribuição dos tipos de atendimento de urgência segundo a densidade tecnológica esperada nestes pontos de atenção.

A realização da maioria dos procedimentos de urgência na APS e a informação da maioria destes através do registro de atendimento de urgência em atenção básica eram esperadas, uma vez que esta atenção faz parte da natureza das atividades da APS, e que segue a epidemiologia das doenças bucais e a maior amplitude na distribuição destes serviços. A menor proporção das urgências odontológicas em relação a primeira consulta odontológica programática se alinha a estudos que comparam estes parâmetros na APS^{18,19}.

Uma questão a ser respondida seria se este acesso realizado está de acordo com parâmetros definidos para o planejamento do atendimento a partir das necessidades da população. Para a PCO o parâmetro preconizado para planejamento e programação em saúde bucal segundo as necessidades da população é de uma consulta para 30% da população, ajustando os resultados da PCO a 30% da população obteríamos uma taxa de 0,47 consulta/habitante/ano, aquém do preconizado de uma consulta/ano considerando 30% da população. Não há parâmetro preconizado para as urgências odontológicas, mas se consideramos o parâmetro de necessidades de 0,05 a 0,08 consulta/habitante/ano referente ao parâmetro de procedimentos especializados em Odontologia, o acesso realizado de urgência seria inferior ao planejado²⁰. A relação de proporcionalidade entre as consultas/atendimento de urgência e a PCO também inexistem, contudo se comparados a parâmetros de cobertura médica na atenção básica de 0,12% urgências básicas e 0,23% urgências especializadas e 0,02% de consultas de urgência pré-hospitalar, para 0,63% consultas básicas, a proporção entre o total de consulta de urgência odontológica e a PCO estaria dentro de parâmetros aceitos, variando, entretanto, na proporção de consultas por código de urgência²⁰.

As alterações de tipo de registros na ASE e ASH são compatíveis com a orientação da REU e explicam a maior aplicação nas urgências odontológicas. A maior estabilidade entre as séries de ASE e de ASH, a partir de 2011, parece sustentar um senso de reorganização rede da atenção de urgência odontológica entre os pontos de atenção na REU e estes se alinham no tempo com a política de implantação das UPA que passam a ser implantadas em 2010. Por outro lado, tanto na ASE como na ASH, há menor peso dos códigos de monitoramento

atualmente indicado para a UPA ampliada, cuja descrição se alinha a área médica¹⁴. O comportamento das séries parece indicar que, ainda que estejam ocorrendo mudanças de registros e aumento na APS, haja um movimento compensatório entre os pontos, o que explicaria a estabilidade do total. Há que considerar que a implantação de novas equipes de saúde bucal na APS vem ocorrendo ao longo do tempo e atentar ao efeito de implantação de novos serviços de APS como o verificado por Palácio et al que observou um aumento inicial no atendimento de urgência odontológica, por possível demanda reprimida, que tenderia a redução nos anos subsequentes¹⁷.

A presença de dados de acolhimento e classificação de risco a partir de 2015 se explica por este registro ter sido incluído neste ano. Entretanto, os baixos valores indicam fragilidades na organização da atenção segundo o acolhimento com classificação de risco, divergindo de todas as orientações da PNAU, e se alinha a resultados de outros estudos que apontam deficiência no uso deste dispositivo²¹.

Conclusão

O acompanhamento do atendimento de urgência odontológica no Brasil visa a melhoria do acesso e da qualidade da atenção em saúde bucal e reforça a importância da APS, assim como a organização da REU. Os resultados deste estudo revelam um forte desempenho dos pontos de APS na atenção às urgências odontológicas e uma reorganização dos registros na atenção secundária representadas nas tendências ascendentes da APS e do valor aprovado na ASE. Ainda que a relação entre atendimento de urgência e primeira consulta odontológica programática pareçam estar em uma proporção aceitável,

o acesso encontrado está aquém do preconizado. Os resultados também apontam para necessidades de melhorias no acolhimento com classificação de risco. Desta forma, há necessidade de maiores esforços políticos e gerenciais em prol da ampliação e qualificação da rede de atenção em saúde bucal. Novos estudos de acompanhamento das séries históricas de urgência odontológica são necessários para elucidar as tendências em longo prazo.

Tabela 1. Classificação dos estabelecimentos de saúde com produção de consultas de urgência segundo o ponto de atenção e a densidade tecnológica

Estabelecimento	Grupo
Centro de apoio a saúde da família-CASF	APS
Centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica	ASE
Centro de atenção psicossocial-CAPS	ASE
Centro de saúde/unidade básica de saúde	APS
Clínica especializada/ambulatório especializado	ASE
Consultório	APS
Hospital especializado	ASH
Hospital geral	ASH
Hospital dia	ASE
Policlínica	ASE
Posto de saúde	APS
Pronto atendimento	ASE
Pronto socorro especializado	ASE
Pronto socorro geral	ASE
Unidade de atenção à saúde indígena	APS
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	ASE
Unidade mista	APS
Unidade móvel de nível pré-hosp-urgência/emergência	ASE
Unidade móvel fluvial	APS
Unidade móvel terrestre	APS

APS= Atenção Primária em Saúde, ASE=Atenção Secundária em Serviços especializados, ASH=Atenção Secundária em Hospitais

Tabela 2. Total e percentual de atendimentos e média das taxas ajustadas de atendimento de urgência odontológica e da primeira consulta odontológica no período, por código e classificação de estabelecimentos, Brasil, 2008 a 2015

Tipo de atendimento	Período	Grupo	Total de atendimentos		Taxa de atendimento de urgência odontológica/100.000 hab.			
			n	%	Média	Dp	Mínimo	Máximo
03.01.06.003-7	2008 a 2015	APS	50.252.349	84,19	3201,11	733,49	2496,56	4519,81
		ASE	8.746.868	14,65	560,89	199,09	351,67	913,20
		ASH	689.042	1,15	44,38	17,15	21,11	68,90
		Total	59.688.259	100	3806,38	634,17	2995,12	4940,64
03.01.06.002-9	2008 a 2015	APS	7.711	2,15	0,49	0,35	0,03	0,98
		ASE	66.989	18,70	4,22	3,02	1,97	11,12
		ASH	283.502	79,15	17,72	17,34	5,43	50,08
		Total	358.202	100	22,43	20,05	7,73	56,64
03.01.06.006-1	2008 a 2015	APS	388.76	4,09	24,84	4,05	18,14	29,34
		ASE	5.755.267	60,48	364,42	132,95	138,09	516,72
		ASH	3.371.695	35,43	216,36	70,69	147,62	360,38
		Total	9.515.722	100	605,62	111,11	441,39	742,22
03.01.06.009-6	2008 e 2015	APS	2.428	3,96	0,16	0,42	0,00	1,19
		ASE	52.636	85,88	3,24	8,92	0,00	25,30
		ASH	6.224	10,16	0,40	0,94	0,00	2,69
		Total	61.288	100	3,80	9,07	0,00	25,92

Continuação. Tabela 2. Total e percentual de atendimentos e média das taxas ajustadas de atendimento de urgência odontológica e da primeira consulta odontológica no período, por código e classificação de estabelecimentos, Brasil, 2008 a 2015

Tipo de atendimento	Período	Grupo	Total de atendimentos		Taxa de atendimento de urgência odontológica/100.000 hab.			
			n	%	Média	Dp	Mínimo	Máximo
03.01.06.011-8	2015	APS	8.468	83,92	0,52	1,47	0,00	4,16
		ASE	900	8,92	0,05	0,15	0,00	0,43
		ASH	722	7,16	0,04	0,13	0,00	0,35
		Total	10.09	100	0,62	1,75	0,00	4,95
Total atendido	2008 a 2015	APS	50.651.248	72,75	3226,59	736,29	2516,56	4549,56
		ASE	14.621.760	21	932,77	158,74	655,03	1102,16
		ASH	4.350.463	6,25	278,87	73,82	203,76	417,28
		Total	69.623.471	100	4438,23	662,17	3646,07	5529,35
Valor aprovado (R\$)	2008 a 2015	APS	3.510.515	4,1	224,9705	31,72304	164,1448	260,9739
		ASE	49.693.749	57,7	3156,47	844,0332	1498,739	3992,788
		ASH	32.928.705	38,2	2116,909	792,3108	1424,576	3572,418
		Total	86.132.968	100	5498,349	553,6465	4868,177	6317,107
PCO	2008 a 2015	Total	222.150.355	100	14181.65	656.57	13347.57	15305.37

Gráfico 1. Tendência das taxas do total de atendimento de urgência odontológica por 100 000 habitantes no total e por grupos no Brasil de 2008 a 2015.

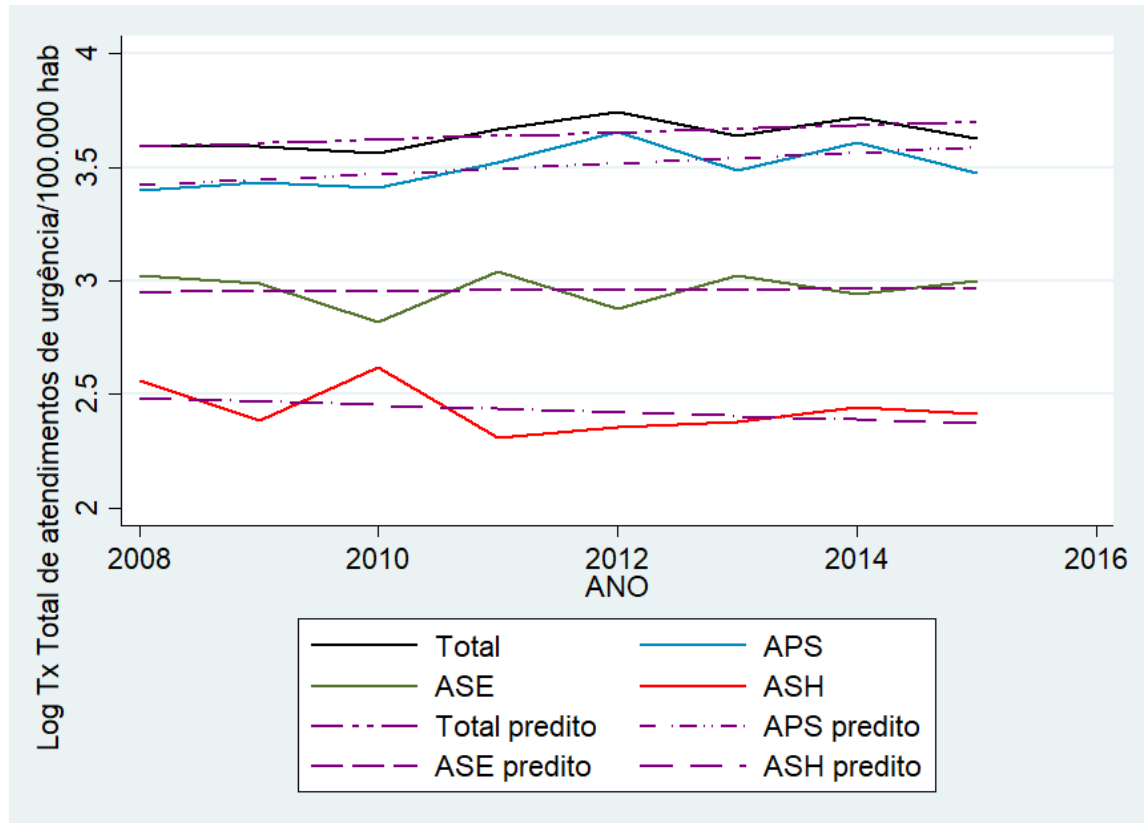


Gráfico 2. Tendência das taxas de valor aprovado de urgência odontológica por 100.000 habitantes no total e por grupos no Brasil de 2008 a 2015.

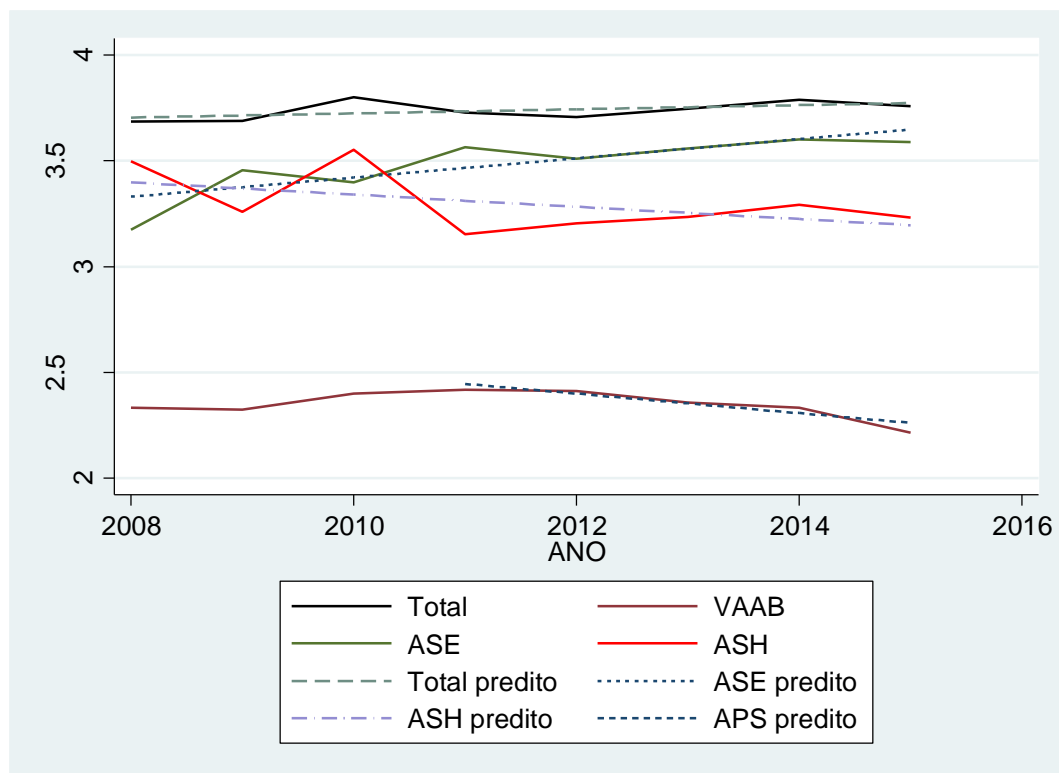
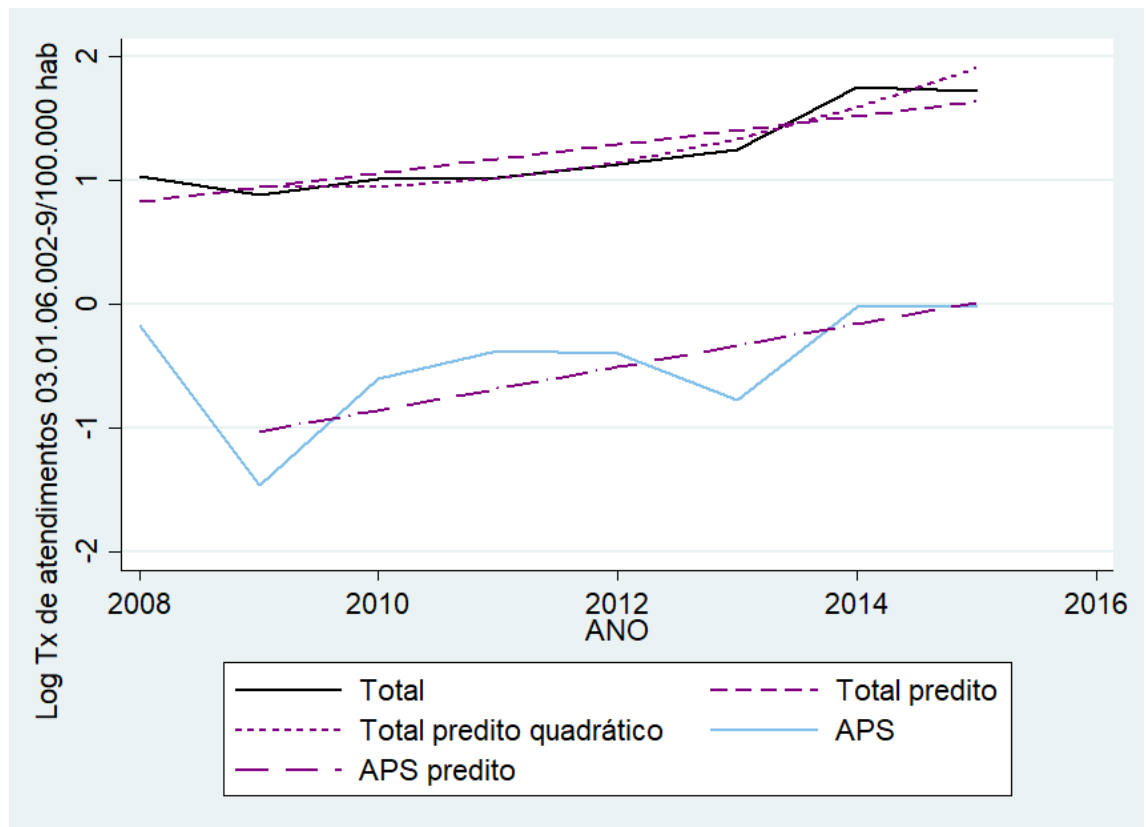


Gráfico 3. Tendência de atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada (03.01.06.002-9) total e em APS por 100.000 habitantes no Brasil de 2008-2015.



Obs.: APS predito de 2009 a 2015

Gráfico 4. Tendência de atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada (03.01.06.002-9) em AS por 100.000 habitantes no Brasil de 2008-2015

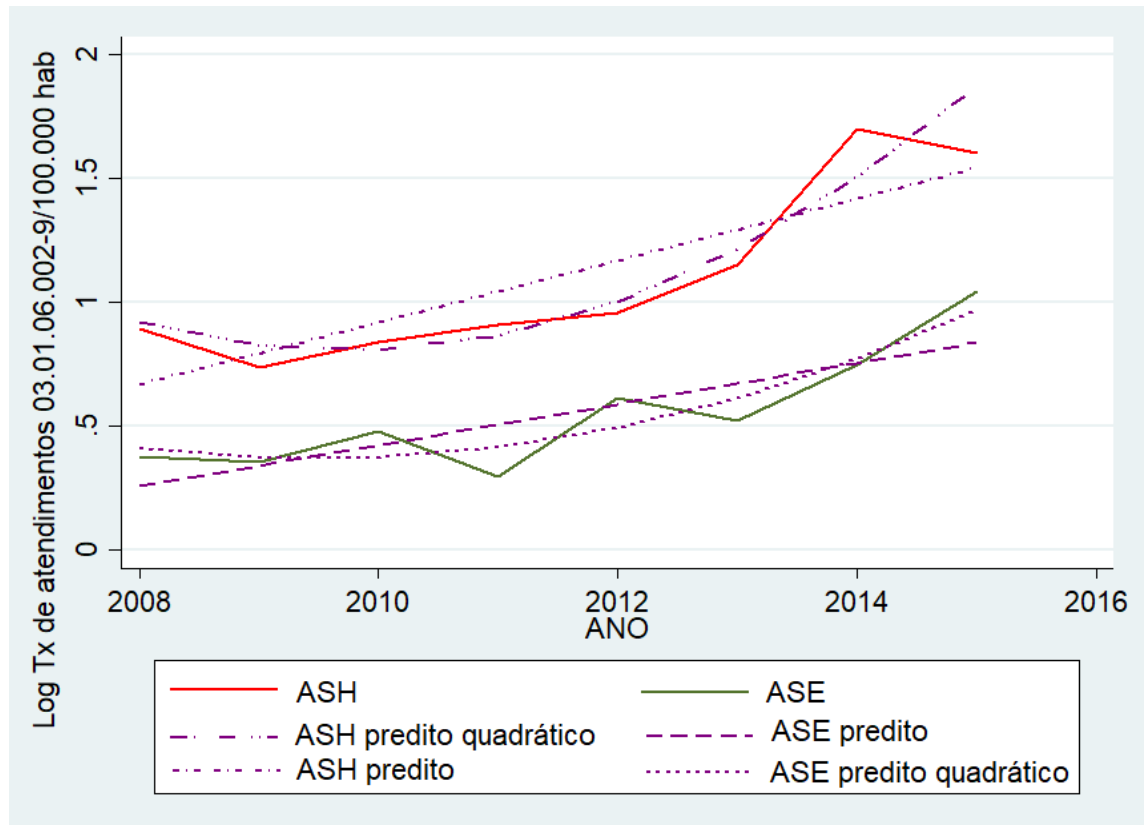
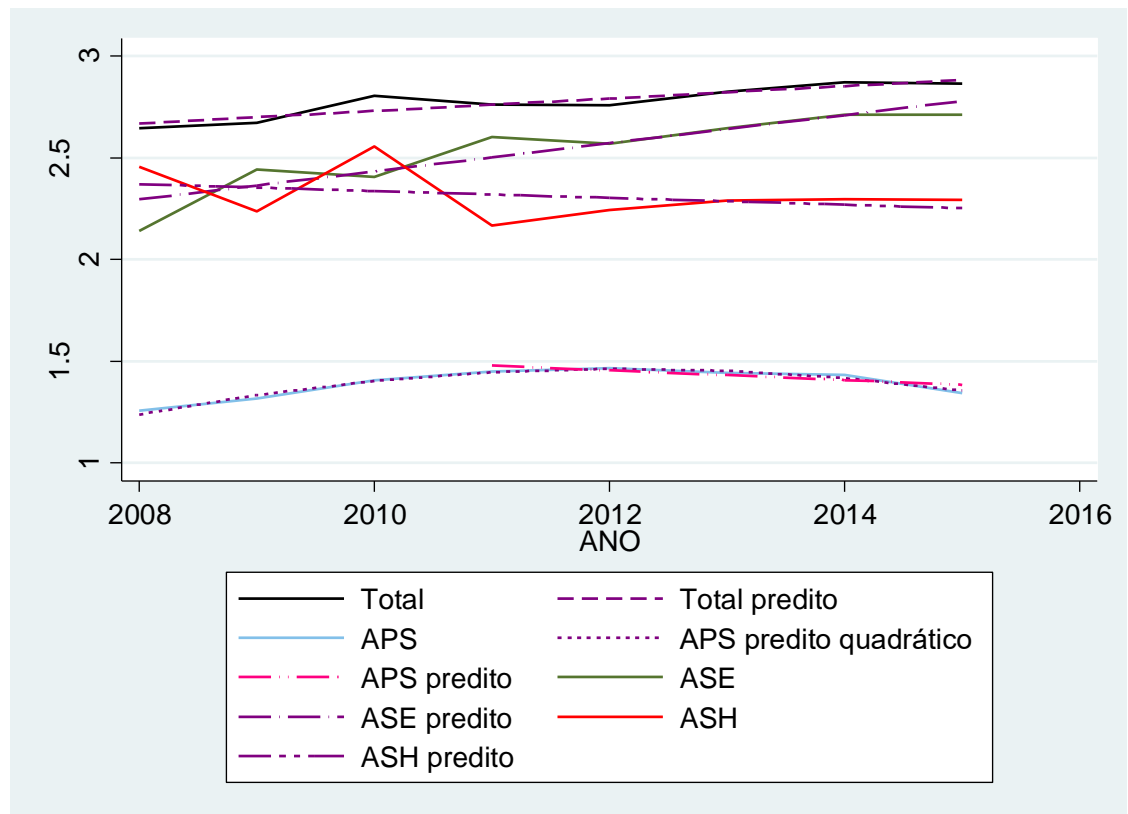
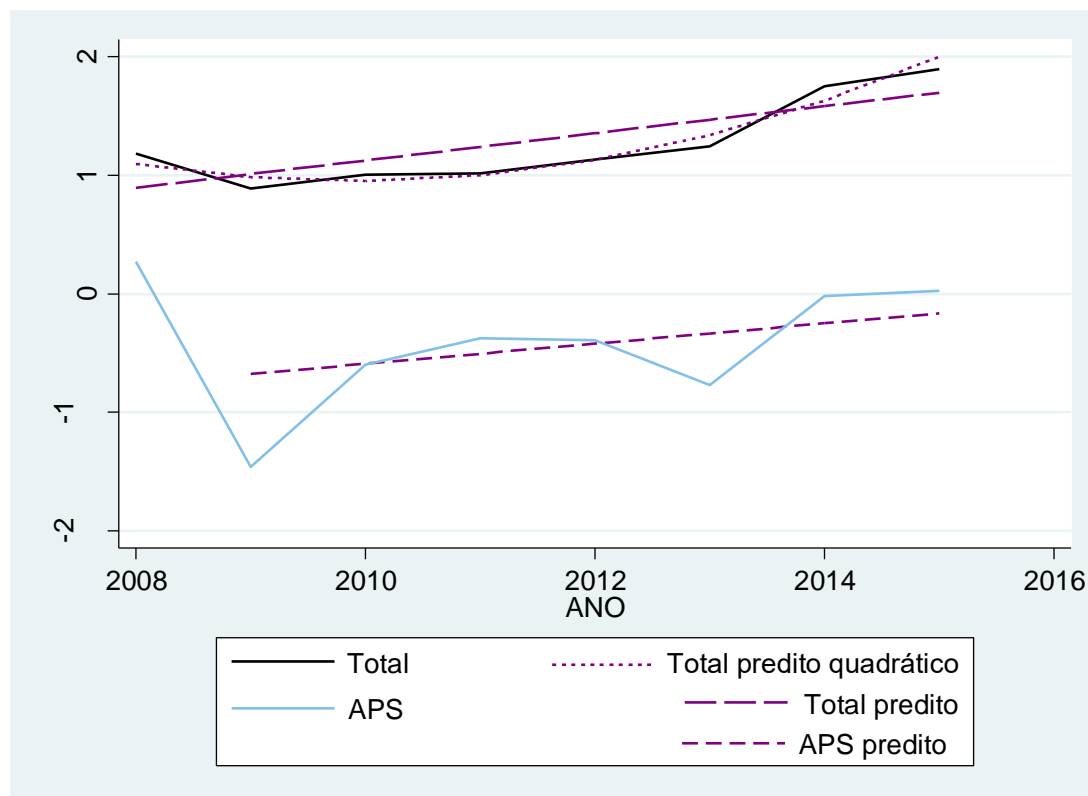


Gráfico 5. Tendência de atendimento de urgência em atenção especializada (03.01.06.006-1) por 100.000 habitantes no total e por grupo de estabelecimento no Brasil de 2008 a 2015.



Obs.: APS predito de 2011 a 2015

Gráfico 6. Tendência de atendimento de urgência odontológica segundo os códigos de monitoramento da UPA (03.01.06.002-9 e 03.01.06.009-6) por 100.000 habitantes no total e em APS no Brasil de 2008 a 2015.



Obs.: APS predito de 2009 a 2015

Gráfico 7. Tendência de atendimento de urgência odontológica segundo os códigos de monitoramento da UPA (03.01.06.002-9 e 03.01.06.009-6) por 100.000 habitantes em AS no Brasil de 2008 a 2015.

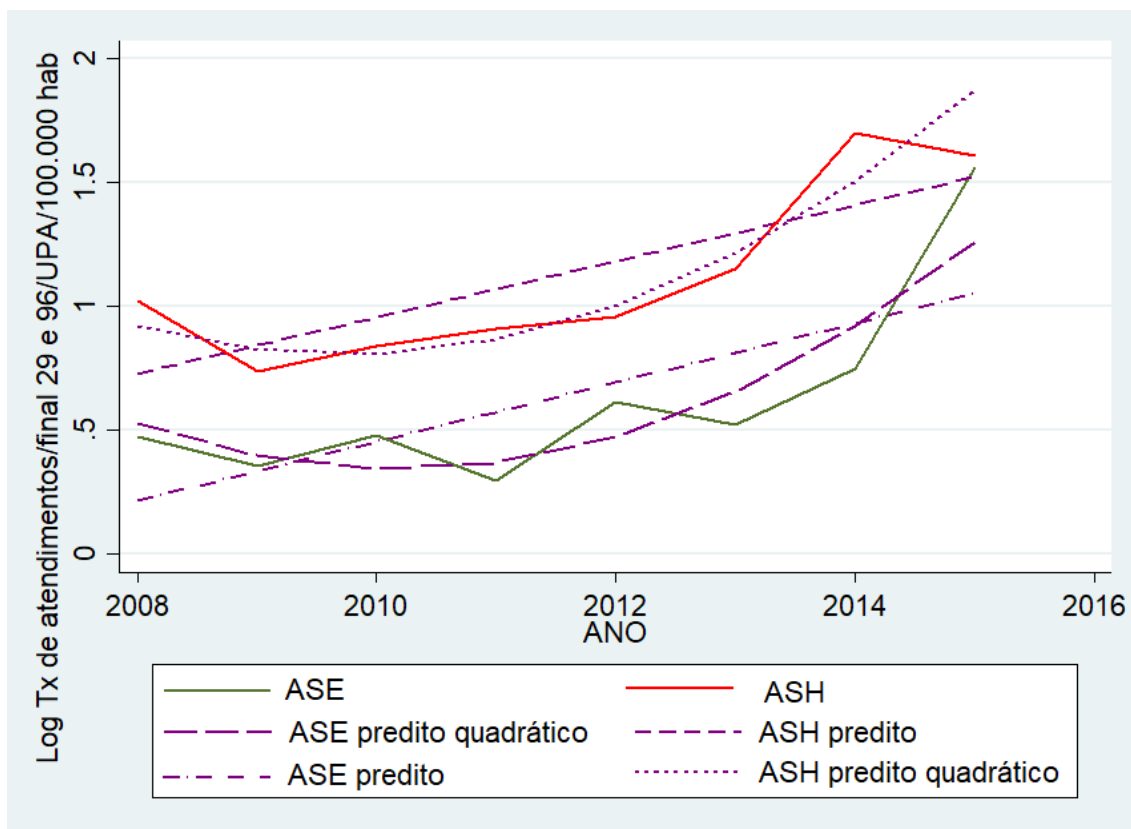


Gráfico 8. Tendência de atendimentos de urgências segundo os códigos especializados no total e por grupos no Brasil de 2008 a 2015.

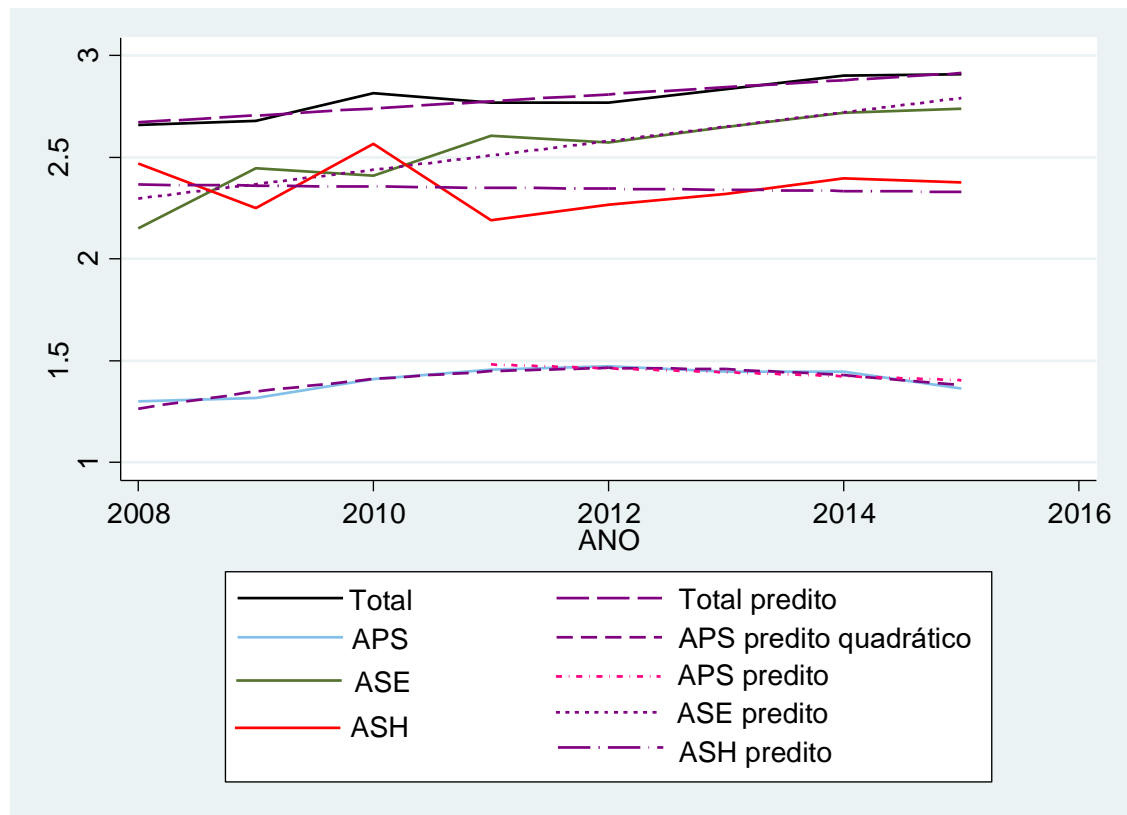


Gráfico 9. Tendência de atendimento de urgência em atenção básica (03.01.06.003-7) por 100.000 habitantes total e por grupo no Brasil de 2008 a 2015.

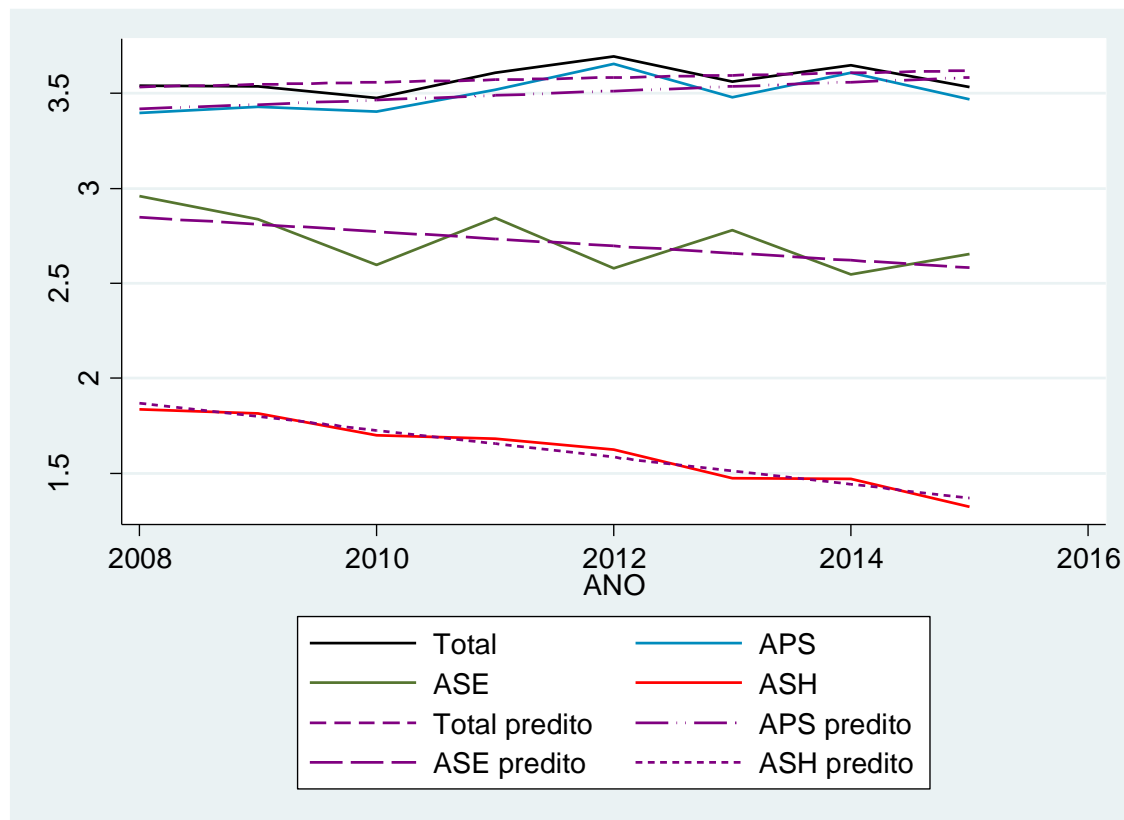


Gráfico 10. Tendência da razão entre a taxa de atendimentos de urgência em atenção básica (UB) e a taxa total de atendimentos especializados (UE) nos grupos de AS no Brasil de 2008 a 2015.

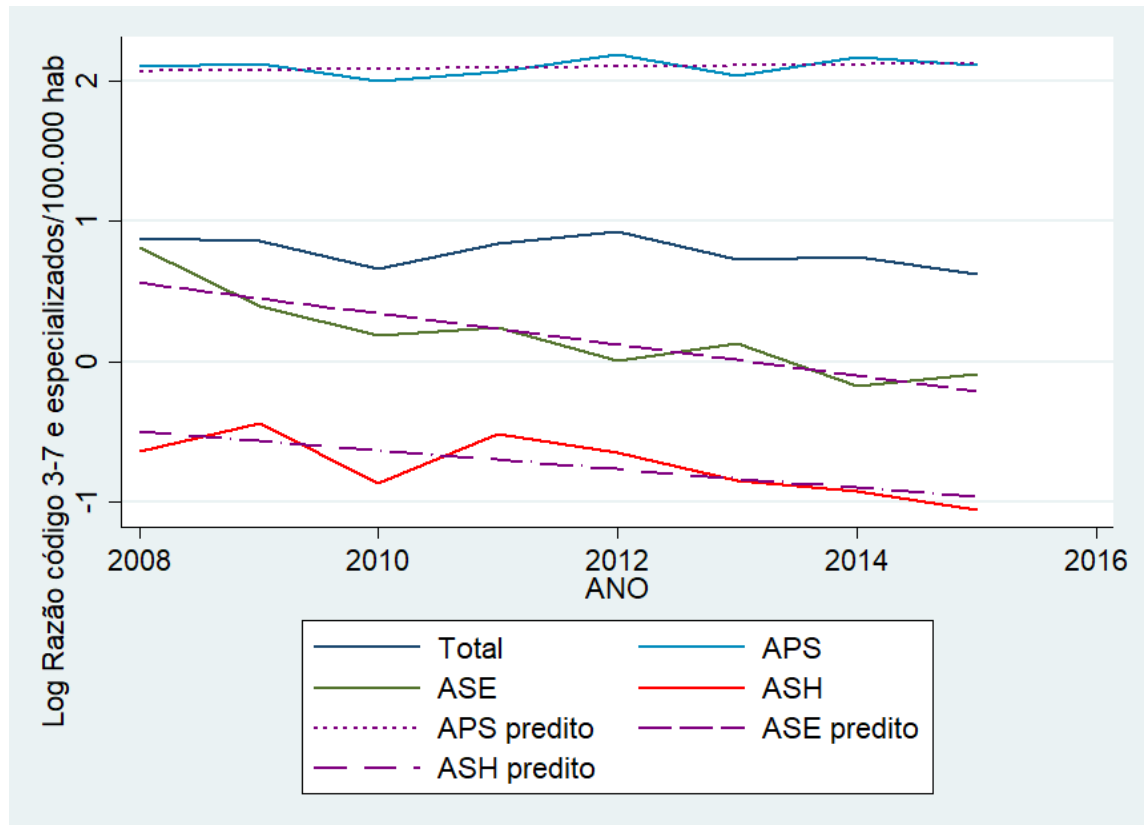


Gráfico 11. Tendência da taxa da primeira consulta odontológica programática (PCO) e da taxa de atendimentos de urgência total e por grupos no Brasil de 2008 a 2015.

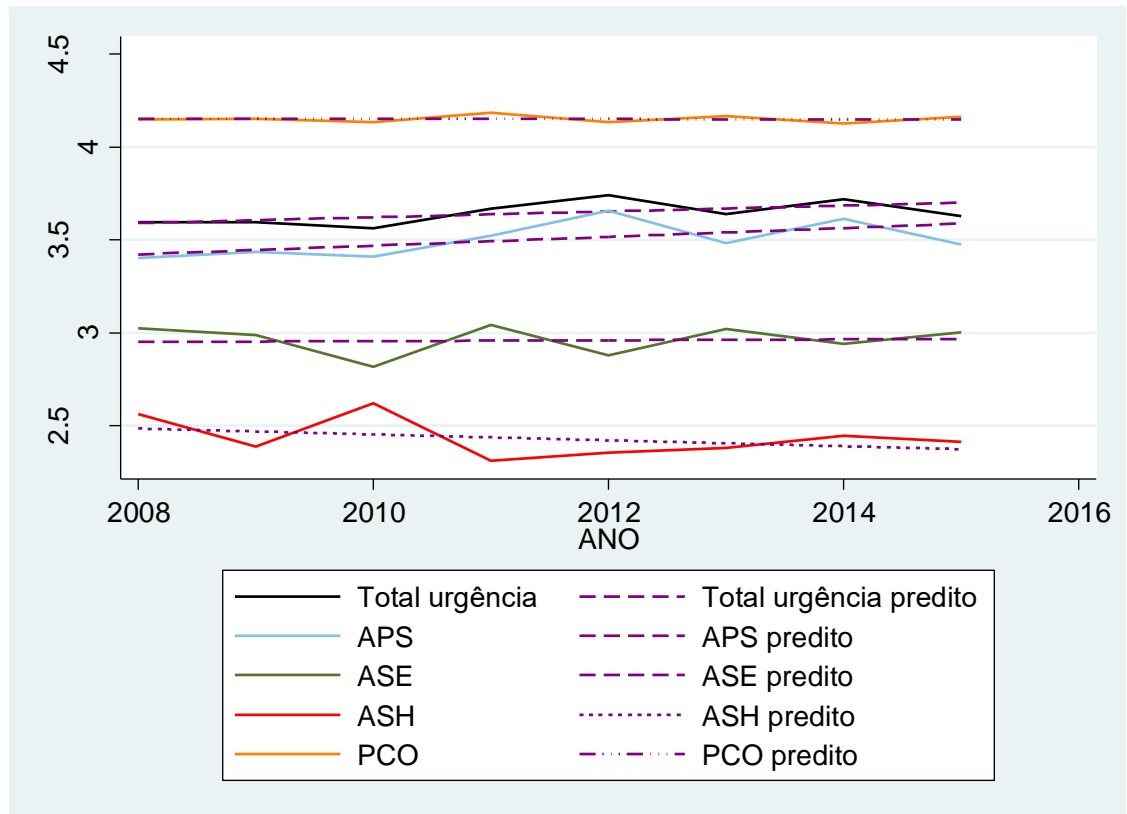


Gráfico 12. Tendência da taxa da primeira consulta odontológica programática (PCO) e da taxa de atendimentos de urgência total no Brasil de 2008 a 2015.

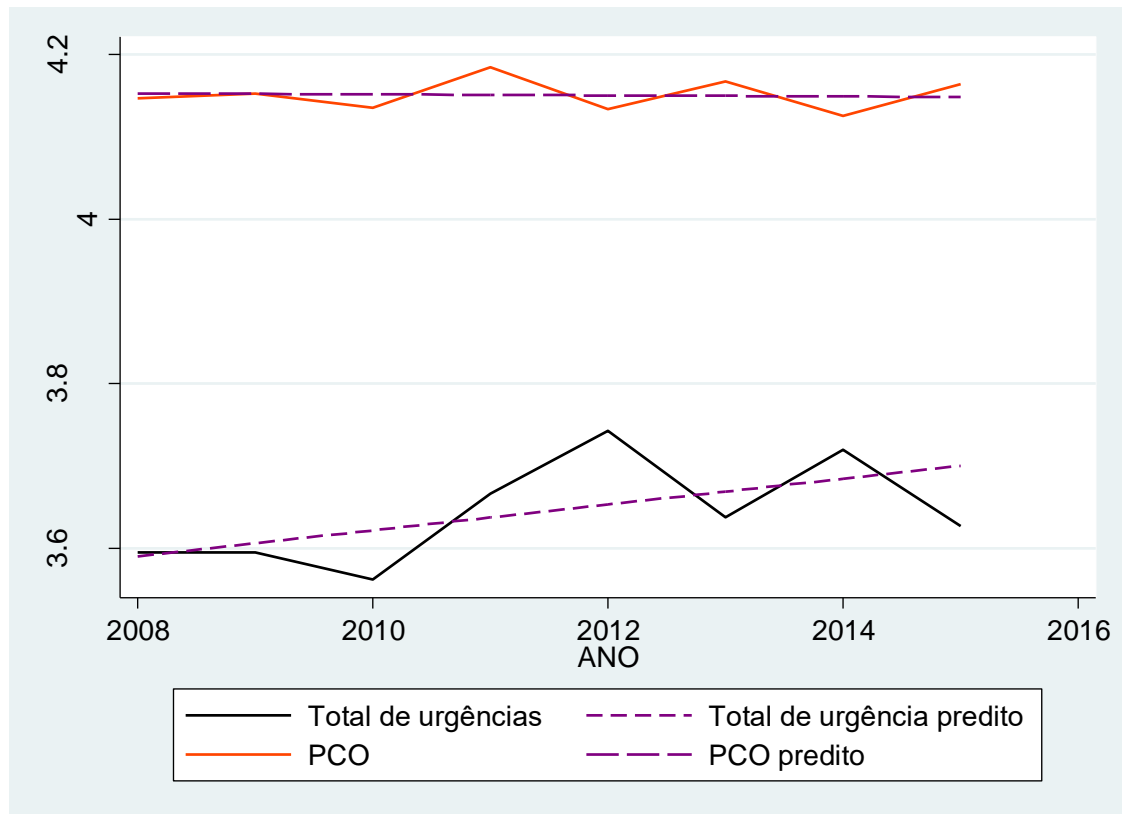


Tabela 3. Tendência do logaritmo das taxas de atendimento de urgência por 100.000 habitantes e porcentagem de variação anual (annual percent change – APC) das taxas no Brasil, 2008-2015.

		b	p	R ²	D-W	APC/ano	IC inf	IC sup	Tendência
Total de atendimentos	APS	0,0236	0,05	0,99	1,7382	5,58	0,13	11,32	ascendente
	ASE	0,0023	0,20	1,00	2,1904	0,53	-3,26	4,46	estacionária
	ASH	-0,0159	0,07	0,97	1,8902	-3,59	-9,18	2,35	estacionária
	Total	0,0157	0,64	0,99	1,8776	3,68	-0,23	7,75	estacionária
Valor aprovado	APS	-0,0460	0,00	0,99	1,8914	-10,065	-12,886	-7,153	declinante [∞]
	ASE	0,0454	0,00	0,99	1,1565	11,036	5,691	16,652	ascendente
	ASH	-0,0289	0,07	0,98	1,9397	-6,448	-12,851	0,424	estacionária
	Total	0,0097	0,11	0,99	2,2355	2,274	-0,544	5,172	estacionária
03.01.06.002-9	APS	0,1740	3,12	0,61	1,8313	49,27	10,18	102,24	ascendente [£]
	ASE	0,0830	0,01	0,78	1,5431	21,05	8,87	34,59	ascendente
	ASH	0,1249	0,01	0,68	1,7028	33,33	11,43	59,53	ascendente
	Total	0,1154	0,01	0,69	1,7132	30,45	10,94	53,39	ascendente
03.01.06.006-1	APS	-0,0238	0,05	1,00	1,6765	-5,33	-9,12	-1,37	declinante
	ASE	0,0692	0,00	0,99	1,1472	17,27	11,60	23,22	ascendente
	ASH	-0,0169	0,18	0,98	2,1508	-3,81	-9,45	2,17	estacionária
	Total	0,0306	0,00	0,99	2,1655	7,29	4,34	10,32	ascendente
Monitoramento UPA	APS	0,1779	0,03	0,62	1,8363	50,64	10,89	104,64	ascendente
	ASE	0,1195	0,04	0,53	2,4027	31,66	2,38	69,32	ascendente
	ASH	0,1134	0,03	0,59	1,6418	29,84	5,54	59,74	ascendente
	Total	0,1146	0,04	0,57	1,5606	30,19	3,27	64,13	ascendente

APS=Atenção Primária em Saúde; ASE= Atenção secundária em serviços Especializados; ASH=Atenção Secundária em Hospitais; UB* = 03.01.06.003-7, EU# total de atendimentos 03.01.06. 002-9, 006-1 e 009-6, declinante[∞]= 2011 a 2015; ascendente[£]=2009 a 2015.

Continuação. Tabela 3. Tendência do logaritmo das taxas de atendimento de urgência por 100.000 habitantes e porcentagem de variação anual (annual percent change – APC) das taxas no Brasil, 2008-2015.

		b	P	R2	D-W	APC/ano	IC inf	IC sup	Tendência
Total especializados	APS	0,0110	0,43	0,92	1,0521	2,57	-4,46	10,12	estacionária
	ASE	0,0705	0,00	0,99	1,1508	17,63	12,40	23,11	ascendente
	ASH	-0,0052	0,70	0,96	1,8989	-1,19	-7,99	6,10	estacionária
	Total	0,0347	0,00	0,99	2,2346	8,31	5,40	11,29	ascendente
03.01.06.003-7	APS	0,0237	0,05	0,99	1,7426	5,60	0,15	11,35	ascendente
	ASE	-0,0379	0,01	0,99	2,1445	-8,36	-12,90	-3,60	declinante
	ASH	-0,0713	0,00	1,00	1,8472	-15,15	-16,56	-13,71	declinante
	Total	0,0122	0,22	0,98	1,9066	2,85	-2,07	8,01	estacionária
Razão UB*/UE#	APS	0,0080	0,28	0,99	2,4729	1,86	-1,77	5,63	estacionária
	ASE	-0,1099	0,00	0,85	1,4898	-22,35	-29,62	-14,34	declinante
	ASH	-0,0662	0,01	0,83	1,8634	-14,13	-21,37	-6,23	declinante
PCO	Total	-0,0006	0,76	1,00	1,8397	-0,14	-0,83	0,55	estacionária

APS=Atenção Primária em Saúde; ASE= Atenção secundária em serviços Especializados; ASH=Atenção Secundária em Hospitais; UB*= 03.01.06.003-7 EU# total de atendimentos 03.01.06. 002-9, 006-1 e 009-6, declinante[∞]= 2011 a 2015; ascendente[£]=2009 a 2015.

Referências bibliográficas

1. Neely M, Jones JA, Rich S, Gutierrez LS, Mehra P. Effects of Cuts in Medicaid on Dental-Related Visits and Costs at a Safety-Net Hospital. *Am J Public Health*. 2014;104(6):e13-e16. doi:10.2105/AJPH.2014.301903.
2. Cohen LA, Manski RJ, Magder LS, Mullins CD. Dental visits to hospital emergency departments by adults receiving Medicaid: assessing their use. *J Am Dent Assoc*. 2002;133(6):715-24; quiz 768. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12083647>.
3. Yap M, Kok M-R, Nanda S, Vickery A, Whyatt D. Hospital admissions and emergency department presentations for dental conditions indicate access to hospital, rather than poor access to dental health care in the community. *Aust J Prim Health*. 2018;24(1):74-81. doi:10.1071/PY17044.
4. Austin R, Jones K, Wright D, Donaldson N, Gallagher JE. Use of the out-of-hours emergency dental service at two south-east London hospitals. *BMC Oral Health*. 2009;9:19. doi:10.1186/1472-6831-9-19.
5. Worsley D, Robinson PG, Marshman Z. Access to urgent dental care: A scoping review. *Community Dent Health*. 2017. doi:10.1922/CDH_4038Worsley08.
6. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA de. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Cien Saude Colet*. 2015;20(10):3111-3120. doi:10.1590/1413-812320152010.12712014.
7. Pinto EC, Barros VJ de A, Coelho M de Q, Costa S de M. Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais. *Arq Odontol*. 2012;48(3):166-174. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S1516-09392012000300007.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: O Que é, Como Implantar.*; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes Da Política Nacional de Saúde Bucal.*; 2004.
11. Brasil. *Portaria 1600/GM de 07 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção Às Urgências e Institui a Rede de Atenção Às Urgências No Sistema Único de Saúde.* Diário Oficial da União. Seção 1:69. Diário Oficial da União. 8 de Jul; 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. *Política Nacional de Atenção Às Urgências.* 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Giglio-Jacquemot A. *Urgências e Emergências Em Saúde: Perspectivas de Profissionais e Usuários.* (FIOCRUZ E, ed.). Rio de Janeiro; 2005.
14. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde.* 2nd ed. Brasília; 2011.
15. Brasil. *Portaria 10/GM de 03 de Janeiro de 2017. Redefine as Diretrizes de Modelo Assistencial e Financiamento de UPA 24 Horas de Pronto Atendimento Como Componente Da Rede de Atenção Às Urgências, No âmbito Do Sistema Único de Saúde.* Diário Oficial da União. Seção 1 (3): 34-37. 04 Jan
16. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2015;24(3):565-576. doi:10.5123/S1679-49742015000300024.
17. Cunha AR da, Prass TS, Hugo FN. Mortalidade por câncer bucal e de

orofaringe no Brasil, de 2000 a 2013: tendências por estratos sociodemográficos. *Cien Saude Colet*. 2018;(Novembro).
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mortalidade-por-cancer-bucal-e-de-orofaringe-no-brasil-de-2000-a-2013-tendencias-por-estratos-sociodemograficos/17046?id=17046&id=17046>.

18. Palacio D da C, Vazquez F de L, Ramos DVR, et al. Evolução de indicadores pós-implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Einstein (Sao Paulo)*. 2014;12(3):274-281. doi:10.1590/s1679-45082014ao3000.

19. Albuquerque EDM de, Fernandes GF. Caracterização das ações de saúde bucal na atenção básica no município do Recife para os anos de 2012 e 2013. *Rev Bras Pesqui em Saúde*. 2015;17(4):129-137.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação Âmbito de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2015.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. 2001.

22. Rios L, Queiroz M. Perception of Dentists about the Functioning of Emergency Public Dental Services. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2017;17(1). doi:10.4034/PBOCI.2017.171.04.

Material Suplementar

Tipo de estabelecimento

Posto de Saúde: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.

Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.

Policlínica: Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.

Hospital Geral: Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo ter ou não SIPAC.

Hospital Especializado: Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Podendo ter ou não SIPAC Geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual.

Unidade Mista: Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina. Geralmente nível hierárquico 5.

Pronto Socorro Geral: Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podendo ter ou não internação.

Pronto Socorro Especializado: Unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.

Consultório Isolado: sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.

Unidade Móvel Fluvial: Barco/navio equipado como unidade de saúde, contendo no mínimo um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico.

Clínica Especializada/Amb. Especializado: Clínica Especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência. (Centro Psicossocial/Reabilitação etc.)

Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia: Unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.

Unidade Móvel Terrestre: Veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente.

Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência e Emergência: Veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde. (PTMS/GM 824, de 24/Jun/1999).

Farmácia: Estabelecimento de saúde isolado em que é feita a dispensação de medicamentos básicos/essenciais (Programa Farmácia Popular) ou medicamentos excepcionais / alto custo previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Unidade de Vigilância em Saúde: É o estabelecimento isolado que realiza trabalho de campo a partir de casos notificados e seus contatos, tendo como objetivos: identificar fontes e modo de transmissão; grupos expostos a maior risco; fatores determinantes; confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas, orientando medidas de prevenção e controle a fim de impedir a ocorrência de novos eventos e/ou o estabelecimento de saúde isolado responsável pela execução de um conjunto de ações, capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Cooperativa: Unidade administrativa que disponibiliza seus profissionais cooperados para prestarem atendimento em estabelecimento de saúde.

Centro de Parto Normal Isolado: Unidade intra-hospitalar ou isolada, especializada no atendimento da mulher no período gravídico puerperal, conforme especificações da PT/MS 985/99.

Hospital /Dia- Isolado: – Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação.

Central de Regulação de Serviços de Saúde: É a unidade responsável pela avaliação, processamento e agendamento das solicitações de atendimento, garantindo o acesso dos usuários do SUS, mediante um planejamento de referência e contra referência.

Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN- Estabelecimento de Saúde que integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, em conformidade com normalização vigente.

Secretaria de Saúde- Unidade gerencial/administrativa e/ ou que dispõe de serviços de saúde, como vigilância em Saúde (Vigilância epidemiológica e ambiental; vigilância sanitária), Regulação de Serviços de Saúde.

(Tabela alterada em conformidade com a Portaria nº 115 de 19 de Maio de 2003, Portaria nº745 de 13 de dezembro de 2004, Portaria nº 333 de 23 de junho de 2005 e Portaria nº 717 de 28 de setembro de 2006).

Disponível
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm

em:

Resultado da regressão segmentada 4/8 (2011/2015) para o total de atendimentos de urgência

TOTAL

Prais-Winsten AR(1) regression -- iterated estimates

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	5
Model	35.1077774	1	35.1077774	F(1, 3)	>	99999.00
Residual	.000146933	3	.000048978	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	1.0000
				Adj R-squared	=	1.0000
Total	35.1079244	4	8.77698109	Root MSE	=	.007

tpg	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
ano	-.0105342	.0015732	-6.70	0.007	-.0155408	-.0055277
_cons	24.89196	3.166801	7.86	0.004	14.81379	34.97014
rho	-.9824389					

Durbin-Watson statistic (original) 3.441301

Durbin-Watson statistic (transformed) 2.343078

GRUPO APS

Prais-Winsten AR(1) regression -- iterated estimates

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	5
Model	26.7192911	1	26.7192911	F(1, 3)	>	99999.00
Residual	.000788457	3	.000262819	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	1.0000
				Adj R-squared	=	1.0000
Total	26.7200796	4	6.68001989	Root MSE	=	.01621

tpab	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
ano	-.0165487	.0036857	-4.49	0.021	-.0282783	-.0048191
_cons	36.87528	7.419359	4.97	0.016	13.26356	60.48699
rho	-.9450729					

Durbin-Watson statistic (original) 3.428443

Durbin-Watson statistic (transformed) 1.996140

GRUPO ASE

Prais-Winsten AR(1) regression -- iterated estimates

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	5
Model	8.93158745	1	8.93158745	F(1, 3)	=	7600.02
Residual	.003525619	3	.001175206	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.9996
				Adj R-squared	=	0.9995
Total	8.93511307	4	2.23377827	Root MSE	=	.03428

tpe	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
ano	.005139	.0082173	0.63	0.576	-.0210121 .0312901
_cons	-7.377604	16.54142	-0.45	0.686	-60.01977 45.26456
rho	-.7752746				

Durbin-Watson statistic (original) 3.212663

Durbin-Watson statistic (transformed) 1.700110

GRUPO ASH

Prais-Winsten AR(1) regression -- iterated estimates

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	4
Model	.079477081	1	.079477081	F(1, 2)	=	5986.00
Residual	.000026554	2	.000013277	Prob > F	=	0.0002
				R-squared	=	0.9997
				Adj R-squared	=	0.9995
Total	.079503635	3	.026501212	Root MSE	=	.00364

tph	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
ano	.0372571	.0004815	77.37	0.000	.0351852 .0393291
_cons	-72.61164	.9692613	-74.91	0.000	-76.78204 -68.44125
rho	-2.383969				

Durbin-Watson statistic (original) 2.583654

Durbin-Watson statistic (transformed) 2.453458

Resultado da regressão linear segmentada para valor aprovado APS

Prais-Winsten AR(1) regression -- iterated estimates

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	5
Model	7.88198942	1	7.88198942	F(1, 3)	=	12548.79
Residual	.001884322	3	.000628107	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.9998
				Adj R-squared	=	0.9997
Total	7.88387374	4	1.97096843	Root MSE	=	.02506

vaab	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
ano	-.0460717	.0058518	-7.87	0.004	-.0646947	-.0274487
_cons	95.0951	11.77963	8.07	0.004	57.60707	132.5831
rho	-.8585398					

Durbin-Watson statistic (original) 2.101562

Durbin-Watson statistic (transformed) 1.891424

Resultado da regressão linear segmentada para PCO

Prais-Winsten AR(1) regression -- iterated estimates

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	5
Model	39.8499569	1	39.8499569	F(1, 3)	>	99999.00
Residual	.000091819	3	.000030606	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	1.0000
				Adj R-squared	=	1.0000
Total	39.8500487	4	9.96251219	Root MSE	=	.00553

priconsopr~r	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
ano	-.0048409	.0012502	-3.87	0.030	-.0088195	-.0008623
_cons	13.89513	2.516604	5.52	0.012	5.886174	21.90409
rho	-.9650029					

Durbin-Watson statistic (original) 3.123140

Durbin-Watson statistic (transformed) 1.231096

MANUSCRITO 3

Urgência odontológica na Atenção Primária em Saúde

Manuscrito a ser submetido à Health Services Research

Resumo

Introdução: A cárie não tratada é a doença crônica de maior prevalência mundial. A sua progressão, com quadros severos de dor, está associada à busca por atendimento de urgência. No SUS, a atenção em urgência odontológica deve ser garantida, mas poucos estudos analisam este cuidado.

Objetivo: Descrever a ocorrência de urgência odontológica em usuários e analisar esta ocorrência considerando fatores individuais e das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Metodologia: Estudo descritivo, longitudinal, com dados de um estudo exploratório que aplicou uma classificação de necessidades, segundo uma matriz de alocação de recursos para o cuidado em saúde bucal. O estudo foi realizado entre 2014 e 2015, com a participação de 1831 usuários cadastrados em cinco ESF. O desfecho foi a necessidade de urgência odontológica analisada segundo o sexo, faixa etária, cor/raça e ESF. Foi realizada análise descritiva e análise de associação dos quatro fatores com a incidência e continuidade ou não do cuidado através dos testes do qui-quadrado de Pearson e de Fisher. A análise multivariada foi realizada com regressão de Poisson com variância robusta bruta e ajustada. Para análise de sobrevida foi utilizada a técnica de Kaplan-Meier. O nível de significância foi de 0,05%.

Resultados: A prevalência de urgência odontológica em ESF foi de 12,6% do total de necessidades, variando segundo idade e ESF. A incidência foi de 8,3% e a recorrência de 7,2%. Foram atendidos e tiveram melhora na condição bucal 93,6% pessoas. A falha no atendimento, assim como a estabilidade na

condição de urgência foi de 7,4%. A maioria dos atendimentos de urgência ocorreu em até 48 horas.

Conclusão: A atenção aos usuários com urgência em ESF apresentou alta resolutividade e atendeu a maioria em um tempo compatível com o modelo. A variação na prevalência de urgência segundo idade e ESF sugere barreiras ao acesso. Há indicações de necessidade de melhorias na retenção e continuidade do cuidado. O estudo, através da matriz classificatória, evidenciou a alta efetividade na atenção às urgências odontológicas das ESF participantes, ainda assim, há necessidade de maiores estudos para ampliar as evidências quanto ao uso do modelo e da efetividade da APS na atenção às urgências odontológicas.

Palavras-chave: emergências, atenção primária em saúde, saúde bucal, serviços de saúde, assistência à saúde.

Abstract

Introduction: Dental caries is the most prevalent chronic disease in the world, caries progression and severity is associated with the search for dental emergency care. SUS guarantees dental emergency care; however, few studies analyze this care.

Aim: Describe the occurrence of dental emergency in users and analyze the care provided by the oral health team of the Family Health Strategy (FHS).

Methodology: A descriptive study, longitudinal, with data from an exploratory study that applied a classification of needs according to an allocation matrix of resources for oral health care. The study was conducted between 2014 and 2015, 1831 users enrolled in five FHS participated in the study. The outcome was the need for dental emergency analyzed according to gender, age, color / race and service. Descriptive analysis and analysis of the association of the four factors with the incidence and continuity or not of the care through Pearson's and Fisher's chi-square tests were performed. The multivariate analysis was performed with Poisson regression with robust and adjusted robust variance. Kaplan-Meier technique was used for survival analysis. The level of significance was 0.05%.

Results: The prevalence of dental emergency in FHS was 12.6% of the total needs, varying according to age and FHS. The incidence was 8.3% and the recurrence rate was 7.2%. 93.6% persons were attended and had improvement in oral condition. The lack of emergency dental care, as well as the stability in the emergency condition was 7.4%. Most dental emergency care occurred within 48 hours.

Conclusion: Attention to users with emergency in FHS presented high resolution and attended the majority in a time compatible with the model. The variation in the prevalence of emergency according to age and FHS suggests barriers to access. There are indications of need for improvements in retention and continuity of care. The study, through the classificatory matrix, evidenced the high effectiveness in attending to the dental emergencies of the participating FHS, nevertheless, there is a need for further studies to increase the evidence regarding the use of the model and the effectiveness of Primary Health Care in the attention to dental emergencies.

Keywords: emergencies, primary health care, oral health, health services, delivery of health care.

Introdução

As doenças bucais são reconhecidas como importante problema de saúde pública com forte determinação social e impacto na qualidade de vida. A cárie dentária não tratada é a doença não letal mais frequente, com prevalência global em 2010 de 35%¹. Em 2015, a prevalência da cárie na dentição permanente se manteve em primeiro lugar entre as causas que afetam mais de 10% da população mundial. Além da cárie na dentição permanente e na decídua, as doenças periodontais e o edentulismo apresentam relevante prevalência entre as condições crônicas mundiais não letais e, quanto a carga de doença, elas estão se apresentam entre as causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade².

A cárie não tratada pode se apresentar de forma assintomática, assim como, gerar dor intensa e contínua¹. A dor é um dos principais motivos de busca por um serviço de emergência odontológica. Barreiras no acesso no acesso à atenção primária em saúde (APS) vem sendo associadas ao aumento no uso e nos gastos em serviços de emergência^{3,4}. Restrições de seguros de saúde para atenção primária, fragmentação do sistema de saúde, compreensão sobre uso dos serviços de emergência em seus diferentes níveis, distância e distribuição dos serviços, resposta a demanda do usuário e disponibilidade de horário são alguns dos fatores apontados como associados ao uso de serviços de emergência⁵⁻⁸.

A reversão do quadro de alta prevalência das doenças bucais depende de estratégias populacionais e de estratégias individuais que demandam acesso à atenção em saúde bucal, com ênfase na promoção de saúde e cuidado centrado no paciente⁶. Com um Sistema Único de Saúde regido pela universalidade,

equidade e integralidade, no Brasil, a atenção primária à saúde (APS) vem sendo prioritariamente reorganizada através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em estrutura de rede com os demais níveis de atenção. Cada equipe de ESF é responsável pelo planejamento e atendimento de famílias em um espaço geograficamente delimitado, totalizando cerca de 3000 pessoas. A rede de atenção em saúde bucal conta com vazios assistenciais em todos os níveis. A cobertura da atenção em saúde bucal na ESF não é homogênea e há discrepância na quantidade e na composição da equipe de saúde bucal (ESB), principalmente por conta de defasagem na incorporação de dentistas e de diferentes possibilidades de sua composição⁷.

A APS atua também como componente da rede de atenção às urgências e emergências (RUE), cujo objetivo é a ampliação e qualificação do acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência. Cabe a ESB a assistência às urgências em saúde bucal segundo as necessidades de sua comunidade dentro de sua capacidade tecnológica em seu horário de atendimento que, usualmente, é de 8 horas diárias. Sendo o elemento chave na atenção à urgência e emergências, o tempo-resposta em relação ao risco, preconiza-se o acolhimento com classificação de risco^{8,9}. Entretanto, ainda que esta rede venha se aprimorando, há uma expressiva prevalência de insatisfação dos usuários (48,1%), que se associa predominantemente com o tempo de espera e o tempo necessário para resolução da demanda¹⁰.

Compreendendo a alta relevância pública da cárie e da doença periodontal e que a evolução de casos não tratados repercute como necessidades de atenção urgente, e que a APS é o principal ponto responsável por esta atenção, estudos de acompanhamento desta atenção são essenciais,

mas são escassas e pautados na prevalência. Por isso, este trabalho teve por objetivo a descrição da ocorrência de urgência, nos usuários das ESFs segundo uma matriz de classificação, sendo analisadas a prevalência, incidência e recorrência, assim como o tempo até o atendimento.

Método

Estudo descritivo, longitudinal, a partir de dados de um estudo exploratório que aplicou a matriz de alocação de recursos para o cuidado em saúde bucal da ESF. O estudo exploratório foi realizado em cinco serviços de ESF, na cidade de Sapucaia do Sul, RS, no período de 06/06/2014 a 01/08/2015¹¹.

A matriz vincula uma classificação de condições de risco em saúde bucal na atenção primária, o conjunto de fração de tempos máximos de espera para a atenção e a alocação da equipe de saúde bucal. O diagnóstico classificatório é realizado pelo dentista, em tempo estimado de 90 segundos, em que são classificados os quadrantes do indivíduo segundo cinco parâmetros (A, B, C, D, E), sendo A o extremo de menor necessidades odontológicas e maior tempo de espera para a consulta com o dentista, e E a classe que agrupa os agravos de maior grau de necessidades e menor tempo de espera para atendimento. Desta forma, indivíduos classificados, por exemplo, com DDDA (parâmetro para cada quadrante) teriam um plano de cuidado tanto curativo como preventivo diferente dos classificados como AAAD, onde a o grau de necessidades e o tempo máximo de espera são considerados no ordenamento da agenda por consulta com o dentista e com demais membros da equipe. O modelo foi desenhado, discutido e validado com dentistas da ESF em 2010 e os tempos de espera com garantia de 90% de estabilidade foram ajustados em 2016. A matriz resumida encontra-se na tabela 1¹¹.

O critério de inclusão dos participantes foi ser cadastrado em uma das ESF do estudo. O convite à participação ocorreu aos usuários que compareceram à ESF e foi estendido aos seus familiares. O convite para participação de menores de idade foi realizado através de seus responsáveis¹¹.

O treinamento dos cinco cirurgiões-dentistas foi realizado em sete encontros entre abril de 2013 e abril de 2014 e houve um encontro adicional em 2015, a fim de garantir a manutenção do treinamento. Um manual de examinador desenvolvido pela pesquisadora foi apresentado aos cirurgiões-dentistas que participaram do estudo e discutido. Os demais integrantes das ESBs também foram convidados a participar dos encontros e atuaram nas etapas de convite a participação e a organização dos TCLE da pesquisa. Em abril de 2014, o valor de Kappa inter examinadores foi de 0,54 (0,45-0,63) e o Kappa intra examinadores variou de 0,57 (0,44-0,71) a 0,78 (0,66-0,90)¹¹.

Os participantes tiveram seus quadrantes classificados em uma das cinco categorias de diagnóstico no primeiro contato com o cirurgião-dentista. A classificação do quadrante foi definida pela pior condição odontológica encontrada no mesmo. A cada nova consulta, o quadrante atendido foi reclassificado antes e após o procedimento, o que permitiu a avaliação da variação das classes. Foi mantida a rotina de agendamento dos serviços participantes. O instrumento de coleta foi um formulário eletrônico em ambiente Android e os dados produzidos foram carregados em tempo real em planilha Excel¹¹.

A partir desta classificação, foi analisada a presença de urgência no indivíduo. O diagnóstico ou a mudança de classe para E no indivíduo definiu o

desfecho e as demais classes (A, B, C, D) foram agrupadas como não urgentes. A classificação do indivíduo foi definida pela primeira e pior condição entre seus quadrantes. Foram excluídos os indivíduos com ausência de registro em um ou mais quadrantes. Quando mais de um quadrante definiu o diagnóstico do indivíduo, foi considerado como critério de eleição a pior condição final entre os quadrantes afetados. Compuseram o estudo longitudinal pessoas que consultaram com a ESB no mínimo duas vezes, com tempo de acompanhamento superior a 5 dias. A recorrência foi considerada o segundo evento de E no mesmo quadrante da primeira ocorrência em um intervalo superior a 2 dias. A melhora, piora e a estabilidade foram observadas como mudança ou não de classe e o tempo foi calculado pela diferença entre as datas de mudança ou estabilidade de classe. A taxa de resolutividade foi definida como a razão entre o total de melhoras e o total de casos de urgência atendidos.

A adesão ao tempo de espera para consulta com dentista foi definida pelo modelo ajustado e analisado como casos diagnosticados e não atendidos que “aguardam no tempo do modelo” ou em “falha”. O tempo foi obtido pela diferença entre a data de diagnóstico e a data final do estudo, último dia de possível retorno ao serviço. Tempos superiores ao preconizado pelo modelo definiram a censura.

Os casos de urgência atendidos foram analisados quanto ao tempo de espera para consulta com o dentista, foram considerados como evento os casos atendidos no tempo do modelo e como censura os que sobreviveram a este tempo. O tempo foi calculado como a diferença entre a data do primeiro atendimento, a data do diagnóstico ou primeira piora. O tempo até a incidência e recorrência foram analisados tendo como evento a ocorrência da urgência e

censura a não ocorrência, e os tempos até o evento ou tempo total de acompanhamento.

As variáveis independentes foram sexo, idade, categorizada em criança (0 a 12 anos), adolescente (13 a 19 anos), adulto (20 a 65 anos) e idoso (acima de 65 anos), a raça/cor, categorizada em branca e não branca, e serviço, cada uma das cinco ESF participantes do estudo. A faixa etária foi agrupada em até 19 anos (crianças e adolescentes) e acima de 20 anos (adultos e idosos).

A prevalência dos eventos de urgência foi calculada pela razão entre o número de indivíduos com diagnóstico de urgência e o total de diagnósticos. A extensão de urgência refere-se ao número de quadrantes afetados. A taxa de falha foi calculada como a razão entre o número de casos de urgência diagnosticados e não atendidos no tempo do modelo e o total de casos de diagnosticados como urgência.

O desenho do estudo permitiu a análise entre os grupos com continuidade de cuidado ou não. Através da coorte de incidência foram descritas a taxa de incidência cumulativa, expressa como a taxa de novos eventos no período de acompanhamento, e a incidência-densidade, expressa como número de eventos novos divididos pelo número total de pessoas-dia em risco. Incidência indica o número de indivíduos com todos os quadrantes sem ocorrência de urgência ao diagnóstico que, durante o acompanhamento clínico, tiveram piora para a classe E (urgência) em pelo menos um quadrante, sendo considerada exclusivamente a primeira piora.

Para análise da recorrência de urgência foram acompanhados todos os casos de urgência que obtiveram melhora da coorte original. Recorrência indica o número de indivíduos que foram atendidos como urgência, melhoraram, e após

tiveram piora no mesmo (s) quadrante (s), retornando à classe E. O critério de inclusão foi ter tido ocorrência e ter retornado ao serviço em um intervalo de tempo entre a primeira e segunda ocorrência superior a dois dias.

Para explorar possíveis diferenças entre ESF, foram coletados os índices de Gini, de Desenvolvimento Humano Municipal e a taxa de vulnerabilidade da população de 15 a 24 anos (percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população vulnerável dessa faixa etária) por Unidade de Desenvolvimento Humano (UDH) que foi definida segundo o endereço da ESF. Os dados coletados referem-se ao ano de 2010 e são disponibilizados pelo Atlas de Desenvolvimento Humano.

Análise estatística

Foram realizadas análises de frequência, absolutas e relativas, para as variáveis qualitativas e, média, desvio-padrão, mediana e percentis para as variáveis quantitativas. O teste do Qui-quadrado de Pearson, a correção de Yeates e o teste de Fisher, com nível de 0,05% de significância, foram utilizados para avaliar diferenças nas variáveis estudadas. O método de Regressão de Poisson com variância robusta foi aplicado para análise multivariada e obtenção das razões de prevalências ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Curva de sobrevida foram construídas para análise do tempo de atendimento de urgência através da técnica de Kaplan-Meier. As análises foram realizadas no software para análise estatística IBM SPSS Statistics versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)

Considerações éticas

O estudo primário foi aprovado no Comitê de Ética do Hospital Moinhos de Vento, em julho de 2013, através do parecer de número 337.813 (Apêndice

1)⁹⁰. Todos os indivíduos a partir de 18 anos que aceitaram participar foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Menores de idade foram convidados a participar e, mediante o aceite do menor e do responsável, o TCLE foi disponibilizado a ambos e assinado pelo responsável legal¹¹.

Resultados

Os participantes do estudo (n=1831) foram em sua maioria mulheres (n=1090, 59,5%), brancos (n=1517, 91,6%), adultos (n=1053, 57,5%) e se distribuíram entre as cinco ESF em uma faixa de 231 a 483 pessoas (12,6% a 26,3%). O diagnóstico inicial revelou uma prevalência de 231 pessoas (12,6%) com urgência. Os casos não urgentes ficaram distribuídos como: A (225, 12,3%), B (328, 17,9%), C (444, 24,2%), D (603, 32,9%). A maioria das pessoas apresentou extensão limitada a um quadrante (205, 88,7%), sendo que dos 23 casos bilaterais a maior parte ocorreu na arcada superior (12, 52,2%). A figura 1 apresenta o fluxograma da distribuição de casos de urgência segundo a classificação e os tempos definidos pelo modelo de Antunes. No modelo bruto e ajustado da razão de prevalência verificou-se a associação da categoria E com a idade e o serviço (Tabela 2).

Entre os participantes, 732 (40%) indivíduos foram diagnosticados e não tiveram consulta agendada. A maioria dos diagnosticados aguardava consulta no tempo do modelo (511, 69,8%), entre eles todos os classificados como A ou B (72,8%). Dos 221 usuários em situação de falha do tempo do modelo, 17 (7,7%) são casos urgentes e destes a maioria com extensão limitada a um quadrante (n=13, 76,5%). A mediana do tempo em falha dos casos urgentes foi de 138 dias

(percentil 25 = 70, percentil 50 = 138, percentil 75 = 316 dias). Não foram encontradas associações com sexo, raça e idade entre os casos urgentes e não urgentes do grupo em falha. Os casos urgentes se concentram em dois serviços (15, 88,3%), já os casos não urgentes estão distribuídos nos quatro serviços (52, 49, 60, 22, 36 casos). Em relação ao total de casos diagnosticados como urgência, a taxa de falha foi de 7,4%.

Após serem diagnosticadas, 422 pessoas foram atendidas e não tiveram continuidade no cuidado. A maioria das pessoas compõe o grupo não urgente (307, 72,5%), sendo que este diferiu do grupo urgente somente quanto a faixa etária ($\alpha = 0,013$).

A coorte de acompanhamento clínico foi composta por 677 pessoas, com mediana do tempo de acompanhamento de 43 dias (percentil 25 = 17 dias, percentil 50 = 43 dias, percentil 75 = 108,5 dias), e 53.458 pessoas-dia de acompanhamento. A mediana do tempo de acompanhamento dos 99 casos diagnosticados como urgência com continuidade do cuidado foi de 36 dias (percentil 25 = 14 dias, percentil 50 = 36 dias, percentil 75 = 92 dias).

A coorte de interesse ao estudo de incidência de urgência foi composta por 578 pacientes sem diagnóstico de urgência na primeira consulta de classificação, o que representa 85,4% da coorte original. A mediana de tempo de acompanhamento foi de 43 dias (percentil 25 = 18 dias, percentil 50 = 43 dias, percentil 75 = 113,25 dias) com 46384 pacientes-dia de acompanhamento. Durante este período ocorreram 48 casos de piora para a condição de urgência, caracterizando uma incidência cumulativa de 8,3% e incidência-densidade de 1/1000 pacientes/dia. A mediana de tempo de acompanhamento dos casos novos de urgência foi de 110,5 dias (percentil 25 = 48,5 dias, percentil 50 = 110,5

dias percentil, 75 = 207,75 dias). A distribuição da incidência conforme a classificação prévia a ocorrência foi similar (12 A/25%, 13 B/27,1%, 11 C/22,9% e 12 D/25%). A maioria dos casos foi de extensão limitada a um quadrante, a exceção foram os 2 (4,2%) casos que ocorreram bilateralmente nos quadrantes superiores. As características gerais da coorte de interesse e a comparação entre grupos com e sem incidência de urgência encontram-se na tabela 3. A média de sobrevida ao evento de urgência foi 311 dias (IC 290,5 – 331,6), desvio-padrão 10,5, a curva de sobrevivência está apresentada na figura 2.

Considerando os 262 casos de urgência atendidos, 245 tiveram melhora e 17 (6,5%) ficaram estáveis, a taxa de resolatividade foi de 93,5 %. A maioria dos casos (n=252, 96,1%) foi atendido em tempo de até um dia, a figura 3 demonstra a alta probabilidade de atendimento no tempo do modelo, os atendidos fora do tempo se acumulam em um tempo inferior a 20 dias. A análise comparativa da melhora entre o grupo de casos urgentes com e sem continuidade de cuidado encontra-se na tabela 4. Não foi encontrada diferença significativa quanto a sexo, idade e raça entre os casos estáveis com continuidade ou não do cuidado e eles ocorreram em todos os serviços com distribuição similar.

Para análise da recorrência foram acompanhados 138 casos de urgência, 43 provém da coorte de incidência em urgência e 95 dos casos inicialmente diagnosticados como urgência, a curva de sobrevida da recorrência de urgência encontra-se na figura 4. Aconteceram 10 casos de recorrência de urgência (7,2%), a maioria provém do grupo diagnosticado como urgente (8, 80%).

Discussão

As evidências sobre o uso de serviços públicos brasileiros de APS em casos de urgência odontológica são escassas, não sendo encontrados estudos longitudinais¹²⁻¹⁵. Este estudo buscou mapear o atendimento às urgências odontológicas a partir de um estudo exploratório baseado em uma matriz com classificação de risco para a APS. Os resultados revelaram a prevalência, incidência, a recorrência da urgência com apresentação temporal na APS. A maioria dos casos tem extensão limitada a um quadrante. Entre os atendidos a taxa de resolutividade foi alta, houve uma alta probabilidade de atendimento em até um dia e houve dificuldade na retenção após o atendimento de urgência. Não se observou diferenças entre ter ou não continuidade do cuidado e as condições finais entre os casos de urgência.

Limitações vinculam-se às características do estudo primário cujo cenário necessário ao objeto de pesquisa foi a realidade do serviço. Destaca-se o impacto gerado pelo número de novos acessos ter sido abaixo do esperado em um ano ($n=1831/15000$) e pela perda no segmento por casos com diagnósticos sem atendimento ou com curto tempo de acompanhamento. Também é preciso considerar a moderada confiabilidade atingida na calibração, o que pode ter gerado diferenças na classificação do desfecho. Além disso, também deve ser considerado o possível o efeito que o estudo gerou sobre a atuação dos cirurgiões-dentistas cuja assistência estava sendo por eles mesmo registrada.

Dentre princípios norteadores das ações em saúde bucal da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) encontra-se a indicação de prioridade aos casos de dor, infecção e sofrimento e a indicação de que a atenção básica deve garantir a assistência às urgências¹⁶. A definição de critérios e tempo de até 48 horas para o atendimento teve por objetivo garantir o cuidado em urgência dentro

de um tempo adequado. Este tempo coincide com o proposto em um estudo de percepções de profissionais e usuários sobre o acesso ao cuidado em urgência em saúde bucal¹⁷. Sobre os critérios, eles observam alguma discordância entre profissionais e o público, mas que usuários estão cientes de que nem todos os problemas necessitam ser atendidos imediatamente. O estudo sugere que a definições claras de critérios e tempo podem melhorar a eficiência do sistema de cuidados em urgência e emergência em saúde bucal, coincidindo com o propósito de Antunes de melhoria da qualidade da atenção na APS^{11,17}.

O não atendimento dentro do tempo esperado de alguns casos (C, D e E) e o tempo médio de ausência destes casos urgentes na APS indicam que os usuários não estão conseguindo o acesso no momento oportuno. Estudos indicam que os usuários buscam a atenção em serviços específicos de urgência quando o atendimento não pode ser realizado na APS, seja por problemas de infraestrutura ou relacionados ao tempo de espera, gerando a insatisfação com a APS^{18,19}.

A prevalência de urgência entre adolescentes foi inferior ao resultado de “dor como motivo da última consulta” (14,5%) relatada no levantamento epidemiológico SB Brasil de 2010. Esta diferença poderia ser explicada pelo uso de outros serviços de urgência entre adolescentes. Estudo que comparou a prevalência de urgência odontológica entre a APS e a atenção secundária em urgência (ASU) verificou que os adolescentes eram mais prevalentes na ASU²⁰, entretanto, em Sapucaia do Sul, este tipo de serviço só está disponível em municípios vizinhos. Entre adultos, a prevalência encontrada coincide com a de motivada por dor do SB Brasil 2010 (15,8%) e pode ser explicada dificuldade de acesso, como por exemplo, a incompatibilidade de horário do trabalhador com o

serviço, pois é reconhecido que dificuldades de acesso geram busca de atendimento quando o problema se agravou^{16,21}. Em idosos, o achado foi muito superior a medida do levantamento (8,4%), em parte, isto poderia ser explicado pela inclusão dos critérios desconforto e o comprometimentos de saúde com referência médica na condição de urgência, entretanto é bastante sugestivo de barreiras ao cuidado eletivo para o idoso²².

Com relação a diferença entre os serviços quanto a prevalência do diagnóstico de urgência, ao investigar a possível relação da razão de prevalência ajustada com os indicadores socioeconômicos segundo as unidades de desenvolvimento humano (UDH) das ESFs, foi observado relação ordenada somente com a taxa de vulnerabilidade na faixa etária de 15 a 24 anos. As ESF com menores frequências de urgência apresentaram as maiores taxas de vulnerabilidade. Já, nas ESF com prevalência ajustada significativa a relação se inverte, havendo maior prevalência ajustada segundo a maior taxa de vulnerabilidade (tabela 5, Suplemento), sugerindo uma relação com esta taxa de vulnerabilidade que necessita de maior investigação.

A incidência foi de 8,3% está distribuída de forma uniforme e não se observam associações significativas. O valor encontrado e sua uniformidade são distintas da análise de urgência por tipo de agravo, por exemplo, em crianças a incidência de trauma dentário se encontra entre 1 e 3% e é mais frequente em meninos²³. O agrupamento de diferentes condições urgentes no diagnóstico (E), podem explicar a homogeneidade e a ausência de proporcionalidade de riscos. A baixa recorrência de urgência sugere que a APS é efetiva quando o acesso e a continuidade do cuidado se estabelecem.

Alguns casos de urgência exigiram um tempo até a melhora superior ao de vinte dias, este tempo pode ser explicado pela ocorrência da urgência ser registrada por quadrante, ou seja, caso haja mais de uma necessidade urgente no quadrante o tempo para a melhora poderá ser maior. Há uma considerável parcela de pessoas que não tiveram continuidade do cuidado após o atendimento de urgência e outras que ficaram estáveis. Os casos estáveis podem ser o reflexo de casos referenciados que não retornaram ou de abandono durante o tratamento antes de haver melhora. Estes resultados apontam para fragilidades na coordenação de cuidado e na integralidade compatíveis com os revelados por estudo de processo de trabalho da Atenção Básica no Brasil²⁴.

Conclusões

O cuidado clínico em saúde bucal depende do reconhecimento dos problemas dos usuários. Através de uma matriz que relaciona critérios diagnósticos, tempos máximo para o atendimento e alocação de recursos humanos, este estudo buscou reconhecer a dinâmica de atenção às urgências odontológicas em ESF. A atenção aos usuários com urgência em ESF apresentou alta resolutividade e atendeu a maioria de seus usuários com urgência em um tempo compatível com o problema. A prevalência de urgência associada a adolescentes, adultos e idosos pode indicar barreiras no acesso para estes grupos que geram o agravamento da condição para situação de urgência. O cuidado a todos os usuários com urgência não foi obtido, parte não obteve continuidade no cuidado e alguns ficaram em situação estável cabendo melhorias na coordenação do cuidado e integralidade. A partir da matriz classificatória foi possível monitorar e indicar melhorias no cuidado em urgência

odontológica. Para novos estudos sugere-se a ampliação do tempo de acompanhamento, a inclusão da análise de severidade da urgência, a inclusão do registro do diagnóstico por agravo e do registro de referência a outros serviços.

Referências bibliográficas

1. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, et al. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010. *J Dent Res.* 2013;92(7):592-597.
2. Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016;388(10053):1545-1602.
3. Singhal A, Caplan DJ, Jones MP, et al. Eliminating Medicaid Adult Dental Coverage In California Led To Increased Dental Emergency Visits And Associated Costs. *Health Aff.* 2015;34(5):749-756.
4. Salomon D, Heidel RE, Kolokythas A, Miloro M, Schlieve T. Does Restriction of Public Health Care Dental Benefits Affect the Volume, Severity, or Cost of Dental-Related Hospital Visits? *J Oral Maxillofac Surg.* 2017;75(3):467-474.
5. Cassettari SDSR, De Mello ALSF. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil. *Texto e Contexto Enferm.* 2017;26(1):1-9.
6. WHO. *Sugar and Dental Caries.*; 2017.
7. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Moysés SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J.* 2013;63(5):n/a-n/a. doi:10.1111/idj.12039.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2297-2305.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual Instrutivo Da Rede de Atenção Às Urgências e Emergências No Sistema Único de Saúde (SUS).* 1ed. Brasília:

Editora do Ministério da Saúde; 2013.

10. Rech RS, Hugo FN, Giordani JM do A, Passero LG, Hilgert JB. Contextual and individual factors associated with dissatisfaction with public emergency health services in Brazil, 2011-2012. *Cad Saude Publica*. 2018;34(1):e00175416. doi:10.1590/0102-311x00175416.

11. Antunes DS. Assessment of a framework for allocation of primary dental services. Thesis. Cape Town. Doctor in Public Health. University of the Western Cape. 2017.

12. Cassal JB, Cardoso DD, Bavaresco CS. Perfil dos usuários de urgência odontológica em uma unidade de atenção primária à saúde. 2011;14(1):85-92.

13. Esteves RSS, Mambrini JVM, Oliveira ACB, Abreu MHNG. Performance of Primary Dental Care Services : An Ecological Study in a Large Brazilian City. *Sci World J*. 2013;(April 2014):1-6. doi:10.1155/2013/176589.

14. Palácio D da C, Vazquez FDL, Ramos DVR, et al. Evolução de indicadores pós-implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Einstein*. 2014;12(3):274-281.

15. Pinto EC, Barros VJ de A, Coelho M de Q, Costa S de M. Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais. *Arq Odontol*. 2012;48(3):166-174.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília; 2004.

17. Grossman A, Kim NY, Stagnell S, Allen Y, Shah S. Assessment of public and professional perceptions of access to unscheduled dental care. *Br Dent J*. 2018;224(10):815-820. doi:10.1038/sj.bdj.2018.357.

18. Matsumoto MS, Gatti MA, de Conti MH, de Ap Simeao SF, de Oliveira Braga Franzolin S, Marta SN. Determinants of Demand in the Public Dental Emergency Service. *J Contemp Dent Pract.* 2017;18(2):156-161.
19. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP dos, Serrano Gallardo M del P. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2017;22(65):387-398. doi:10.1590/1807-57622016.0633.
20. Pereira FA de O, Assunção LR da S, Ferreira FM, Fraiz FC. Emergency Dental Care of Children and Adolescents in Basic Health Unit and Emergency Care Unit. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2017;17(1).
21. Starfield B, Gérvas J, Mangin D. Clinical Care and Health Disparities. *Annu Rev Public Health.* 2012;33(1):89-106. doi:10.1146/annurev-publhealth-031811-124528.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais.* 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
23. Andersson L. Epidemiology of traumatic dental injuries. *Pediatr Dent.* 2013;35(2):102-105.
24. Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RC de S, et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cad Saude Publica.* 2018;34(9):e00049817-e00049817.

Tabela 1. Matriz classificatória de alocação da equipe de saúde bucal segundo os tempos máximos de espera em dias, ajustada segundo sobrevida de 90%, Antunes, 2017.

Estado clínico (segundo o diagnóstico da condição mais grave do quadrante)	Categoria	ACS# Ações coletivas	TSB@ Ações coletivas	TSB@ Procedimentos individuais	Odontólogo Atividades de reabilitação
Dor relacionada a condições dentárias /desconforto, trauma, hemorragia, edema, situações de comprometimento à saúde e lesão de pele ou mucosa com necessidade de avaliação, pacientes com comprometimento de saúde com referência médica.	E (5)				Até 2
Cárie ativa profunda e extensa, fístula intra ou extra oral, mobilidade dentária severa, raízes residuais e fatores de retenção de placa, crianças/adolescentes com mordida cruzada facial	D (4)		2		76
Mordida aberta em crianças, mordida cruzada lateral, cárie ativa média, cálculo dental, mobilidade dentária leve	C (3)		2	63	180
Dentes parcialmente erupcionados, presença de placa bacteriana, mancha branca	B (2)		39,11,29,16*	180	365
Dentes hígidos completamente erupcionados, dentes restaurados, pele e mucosa hígida, placa bacteriana controlada	A (1)	21,27,21,5*			365

#ACS=agente comunitária de saúde, @TSB=técnico de saúde bucal, *ordenado nas faixas etárias: criança, adolescente, adulto e idoso.

Fonte: Antunes DS.

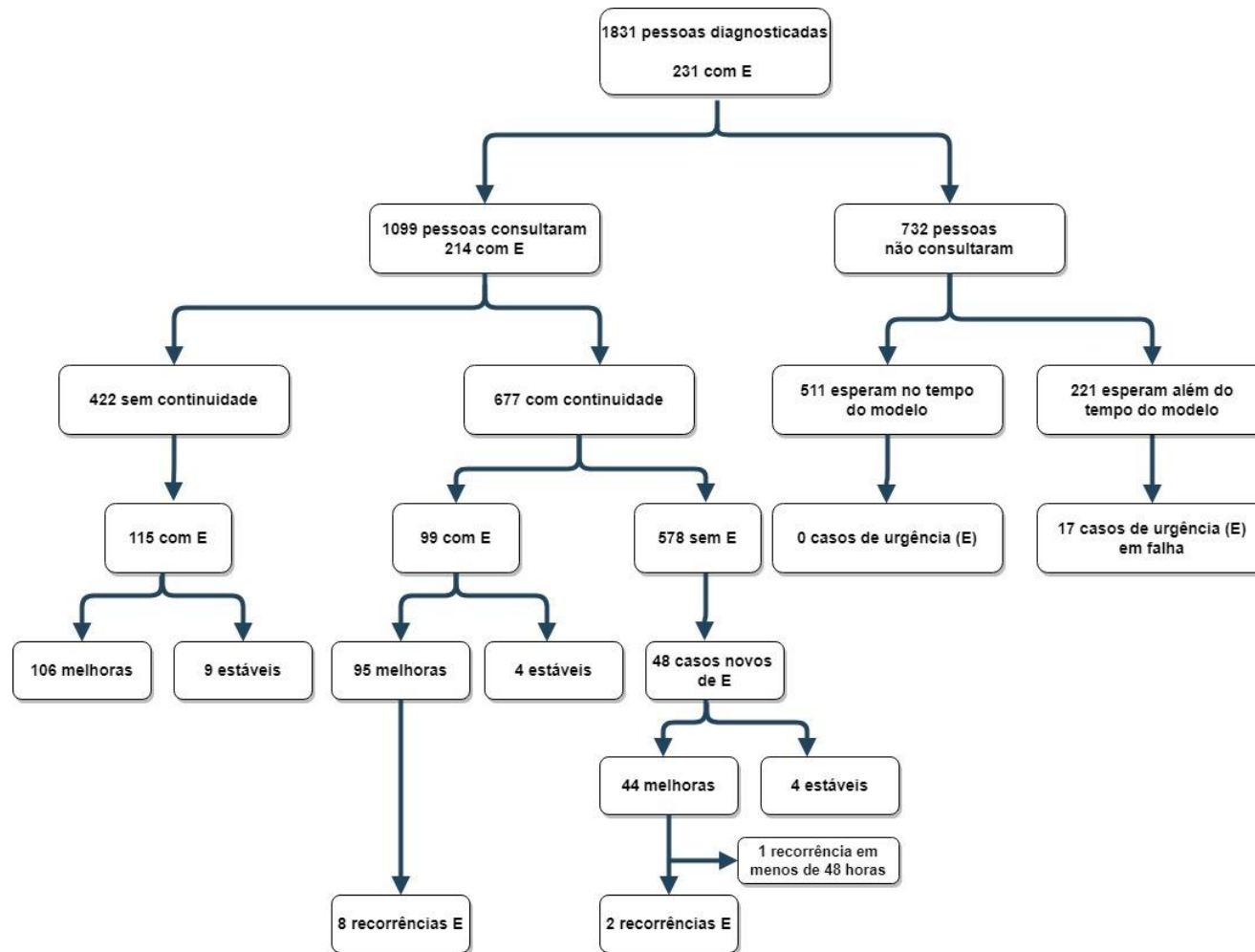


Figura 1. Fluxograma do estudo de urgência.

Tabela 2. Razão de prevalência bruta e ajustada de urgência (E), Sapucaia do Sul, RS, Brasil. 2014-15.

		A, B, C, D, (n=1600)	E (n=231)	Bruta PRc (IC 95%)	Ajustada PRa (IC 95%)
Sexo	Masculino	654 (88,3%)	87 (11,7%)	Ref	-
	Feminino	946 (86,8%)	144 (13,2%)	1,13 (0,88-1,44)	-
Faixa etária	0-12	406 (94,6%)	23 (5,4%)	Ref	Ref
	13-19	194 (90,2%)	21 (9,8%)	1,82 (1,03-3,21)**	1,79 (1,0- 3,21)**
	20-65	888 (84,3%)	165 (15,7%)	2,92 (1,92-4,46)*	2,71 (1,73-4,26)*
	Acima de 65	112 (83,6%)	22 (16,4%)	3,06 (1,76-5,32)*	2,51 (1,41-4,46)**
Raça	Branca	1328 (87,5%)	189 (12,5%)	Ref	Ref
	Outra	112 (80,6%)	27 (19,4%)	1,56 (1,08-2,24)**	1,40 (0,97-2,01)
ESF	1	445 (93,9%)	29 (6,1%)	Ref	Ref
	2	224 (85,8%)	37 (14,2%)	2,31 (1,46-3,68)*	2,20 (1,37-3,53)*
	3	435 (90,2%)	47 (9,8%)	1,59 (1,02-2,49)**	1,43 (0,90-2,27)
	4	302 (78,9%)	81 (21,1%)	3,46 (2,31-5,17)*	3,25 (2,15-4,92)*
	5	194 (84%)	37 (16%)	2,62 (1,65-4,15)*	2,49 (1,56-3,97)*

* $p \leq 0,001$, ** $p < 0,05$

Tabela 3. Distribuição da coorte de incidência de urgência. Sapucaia do Sul, 2014-2015.

		Coorte n=578	Piora para E n=48	Sem E n=530	p
Sexo	Feminino	342 (59,2%)	26 (54,2%)	316 (59,2%)	0,56
Faixa etária	Até 19 anos	161 (27,9%)	9 (18,8%)	152 (28,7%)	0,19
Raça	Branca	495 (93,6%)	43 (97,7%)	452 (93,2%)	0,34
ESF	1	180 (31,1%)	6 (12,5%)	174 (32,8%)	0,07
	2	75 (13%)	10 (20,8%)	65 (12,3%)	
	3	191 (33%)	15 (31,2%)	176 (33,2%)	
	4	94 (16,3%)	10 (20,8%)	84 (15,8%)	
	5	38 (6,6%)	7 (14,6%)	31 (5,8%)	
Diagnóstico	A	13 (2,2%)	2 (4,2%)	11 (2,1%)	0,63
	B	68 (11,8%)	6 (12,5%)	62 (11,7%)	
	C	178 (30,8%)	17 (35,4%)	161 (30,4%)	
	D	319 (52,2%)	23 (47,9%)	296 (55,8%)	

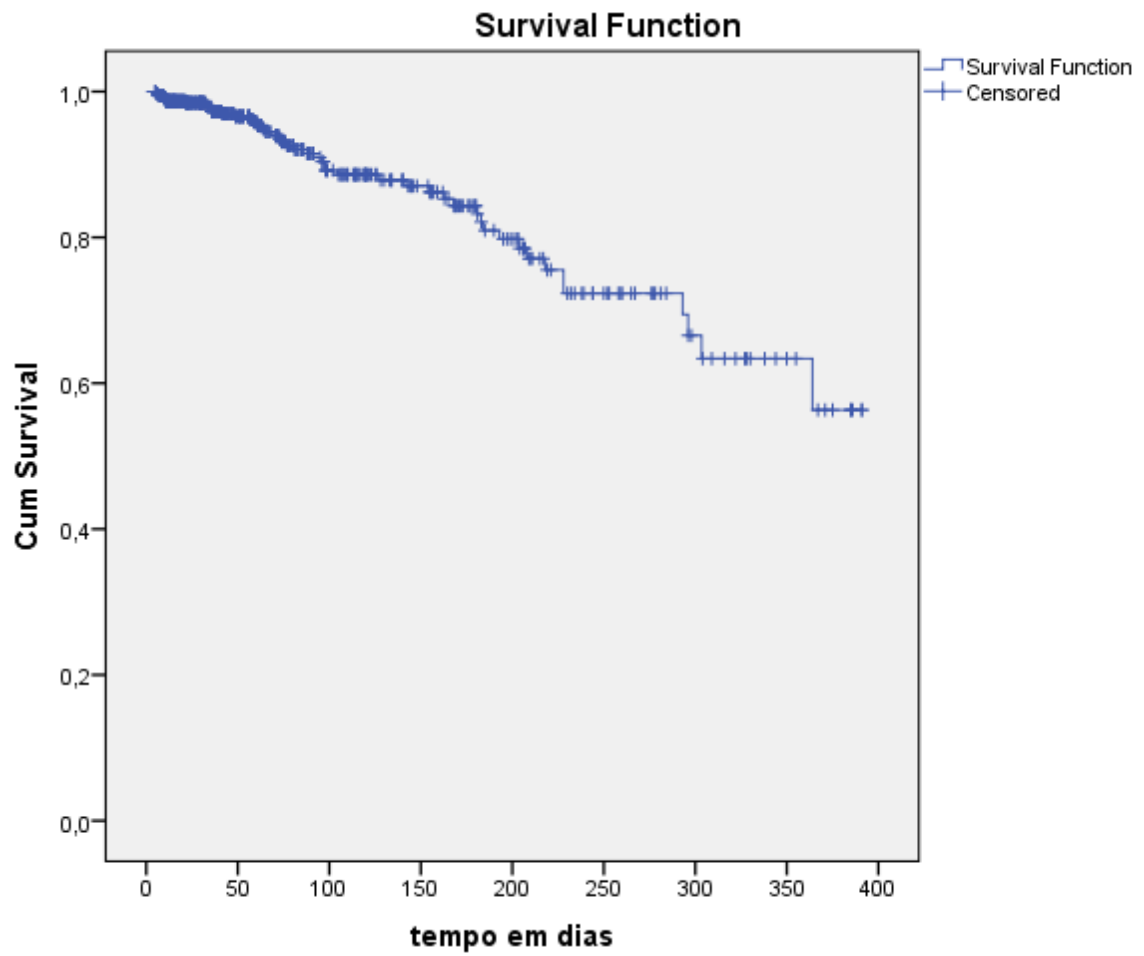


Figura 2. Curva de sobrevida da coorte de urgência.

Tabela 4. Distribuição da melhora após o atendimento de urgência com e sem continuidade do cuidado.

		Sem continuidade n=106	Com continuidade n=139	p
Sexo	Feminino	61 (57,5%)	85 (61,2%)	0,66
Idade	Até19	28 (26,4%)	20 (14,4%)	0,29
Raça	Branca	84 (84,8%)	119 (58,6%)	0,12
ESF	1	11 (10,4%)	14 (10,1%)	0,78
	2	14 (13,2%)	19 (13,7%)	
	3	18 (17%)	42 (30,2%)	
	4	40 (37,7%)	48 (34,5%)	
	5	23 (21,7%)	16 (11,5%)	
Classe após atendimento	A	22 (20,8%)	15 (10,8%)	0,84
	B	9 (8,5%)	9 (6,5%)	
	C	21 (19,8%)	24 (17,3%)	
	D	54 (50,9%)	91 (65,5%)	
Classe de saída do estudo	A	21 (18,8%)	28 (20,1%)	0,06
	B	9 (8,5%)	27 (19,4%)	
	C	24 (22,6%)	43 (30,9%)	
	D	52 (49,1%)	41 (29,5%)	

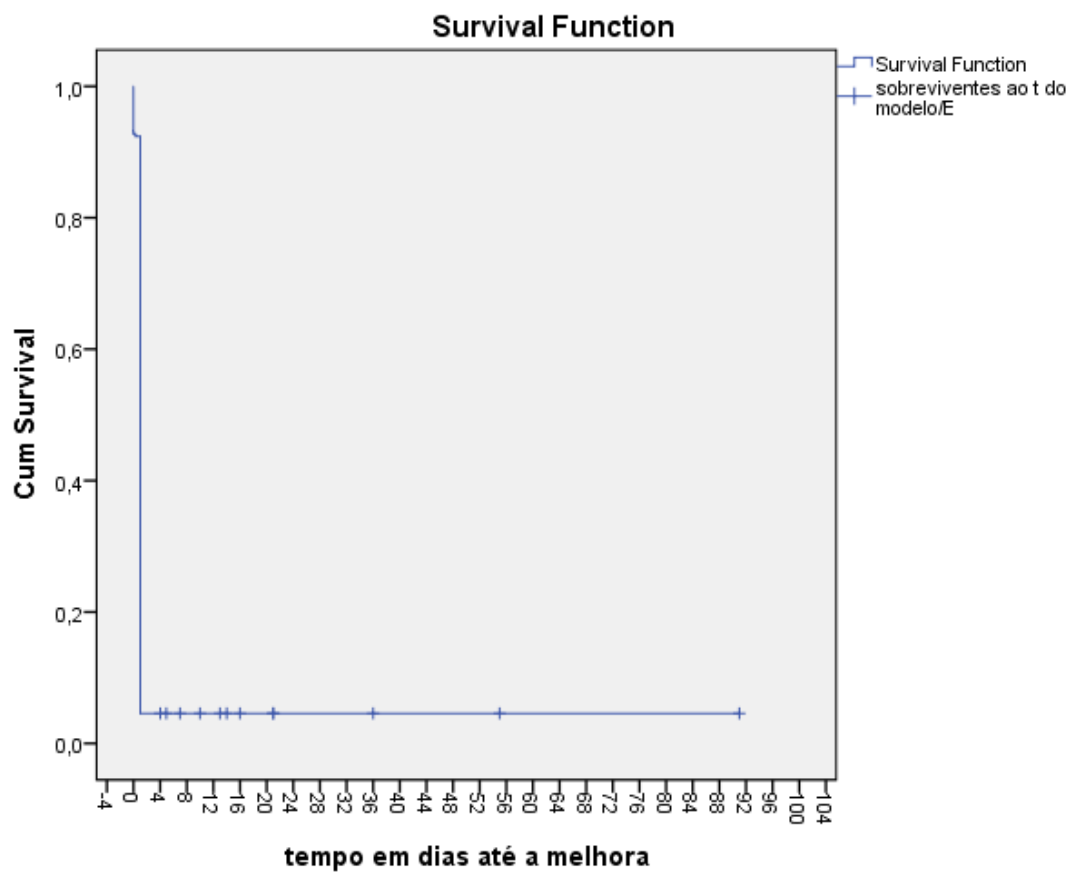


Figura 3. Diagrama de sobrevida ao tempo de espera previsto no modelo com melhora.

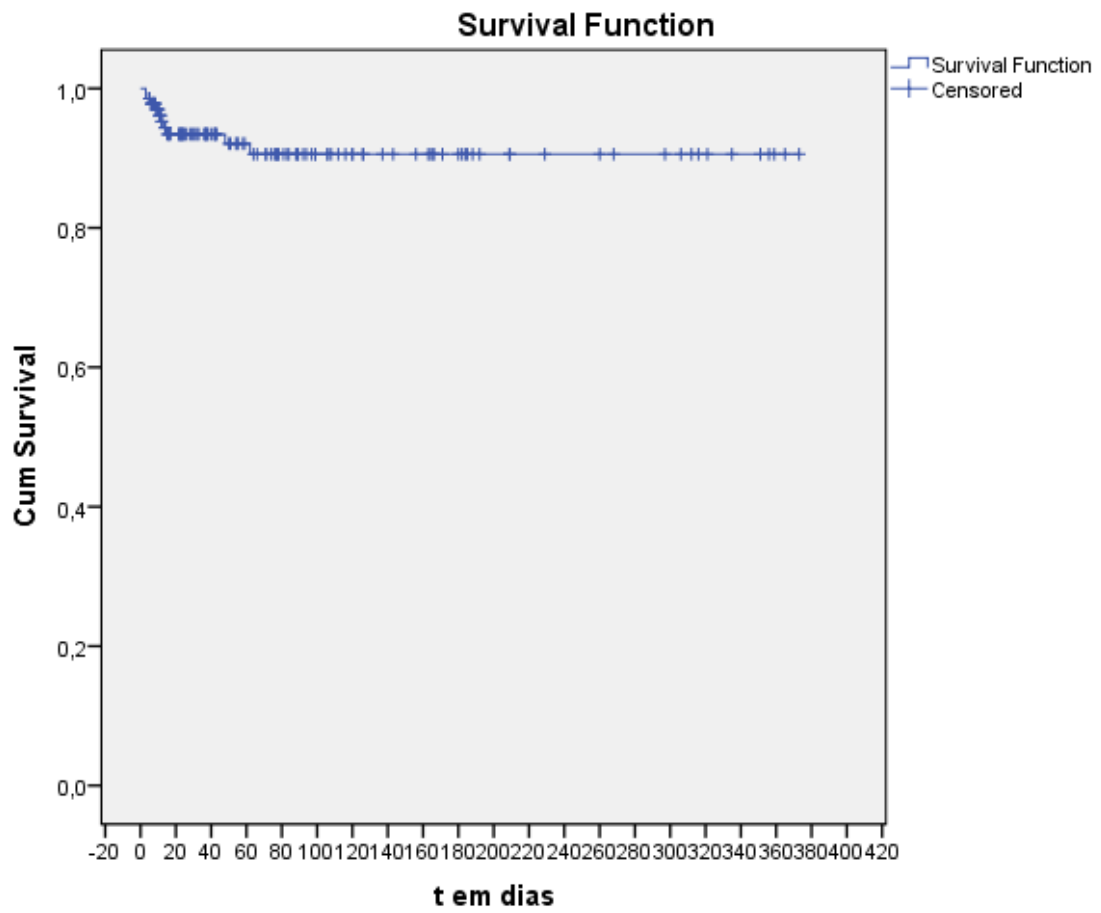


Figura 4. Diagrama de sobrevida de recorrência de urgência.

Apêndice

Table 9: Dental resource allocation framework (Model 1) with maximum wait times set by the experts in the previous study (Nascimento, 2010)

Summary description of the oral clinical status	Diagnostic category	Waiting times (in days)			
		CHW* Health	Dental Hygienist	Dental Hygienist	Dentist Rehabilitative
Chronic dentally-related pain /discomfort Skin or mucous lesion needing further examination, relief of trauma, hemorrhage, swelling, medically compromised patients with a doctor's referral	5				2
Deep and extended cavity; fistula intra or extra oral; severe dental mobility; residual roots and factors retaining dental plaque; children/ adolescents with face cross bite	4		2		60
Active medium cavity; tartar; slight dental mobility; open bite in young children; lateral cross bite	3	2	60	120	180
Partially erupted tooth; initial active cavities; dental plaque; active white spots	2	30	90	180	365
Filled teeth; sound teeth fully erupted; controlled dental plaque; normal skin and mucous	1	60			365

* CHW Community Health Worker

Modelo 1 de Antunes com descrição de critérios diagnósticos (urgência/E=5, D=4, C=3, B=2, A=1).

Table 19: Dental resource allocation framework (Model 2) with maximum wait times (in red) derived from a 90% survival target

Diagnostic category	Age Group	Promotion activities CHW				Prevention activities Dental Hygienist				Curative procedures Dental Hygienist				Rehabilitative procedures Dentist			
		Wait times (in days)	Cumulative Proportion Surviving at the Times		Percent of remaining cases	Wait times (in days)	Cumulative Proportion Surviving at the Times		Percent of remaining cases	Wait times (in days)	Cumulative Proportion Surviving at the Times		Percent of remaining cases	Wait times (in days)	Cumulative Proportion Surviving at the Times		Percent of remaining cases
			Estimate	Std. Error			Estimate	Std. Error			Estimate	Std. Error			Estimate	Std. Error	
4	All ages				2												
3	All ages				2				63	0,905	0,017	29,18%		180			
2	Elderly				16	0,900	0,067	78,26%	180					365			
	Adolesc				11	0,903	0,053	69,70%	180					365			
	Adult				29	0,906	0,022	49,80%	180					365			
	Children				39	0,922	0,028	70,00%	180					365			
1	Elderly	5	0,903	0,053	90,32%									365			
	Adolesc	27	0,950	0,049	65,00%									365			
	Adult	21	0,907	0,024	80,00%									365			
	Children	21	0,906	0,036	86,57%									365			

CHW* Community Health Worker

Modelo ajustado (2) de Antunes.

Tabela 5. Prevalência de diagnóstico de urgência da ESF e seus indicadores socioeconômicos segundo a UDH, Sapucaia do Sul, 2015.

ESF	Prevalência	RP ajustada	Indicadores		
	E		Gini	TVulnerabilidade	IDH
1	29 (6,1%)	Ref	0,40	36,50	0,638
2	37 (14,2%)	2,20 (1,37-3,53)*	0,41	27,04	0,726
3	47 (9,8%)	1,43 (0,9-2,27)	0,38	31,35	0,754
4	81 (21,1%)	3,25 (2,15-4,92)*	0,43	29,50	0,816
5	37 (16%)	2,49 (1,56-3,97)*	0,34	28,00	0,675

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores que determinam o uso de um serviço por urgência odontológica são múltiplos e complexos. A determinação social das doenças e a organização da atenção à saúde, direcionadas pelas políticas sociais e econômicas, são dois aspectos contextuais que modulam este uso. Pelo aspecto epidemiológico das doenças bucais, é preciso considerar a alta prevalência da cárie não tratada e de outras doenças bucais, a prevalência de não pessoas que nunca foram ao dentista e a prevalência de dor de dente. Aspectos da distribuição, organização da rede de atenção e do cuidado podem facilitar ou criar barreiras ao uso eletivo levando ou não ao uso por urgência assim como o uso por urgência por si só pode ser facilitado ou barrado. É precioso considerar que há diferenças na busca de cuidado por urgências odontológicas traumáticas e não traumáticas e que existem diversas variações possíveis segundo os aspectos demográficos. E ainda assim, considerar os fatores que envolvem o processo de cuidado e os aspectos individuais que cada pessoa envolvida pode imprimir em relação ao uso e ao cuidado em urgência odontológica.

A análise dos resultados da revisão de escopo apontou para um perfil de usuário por urgência odontológica distinto do encontrado na literatura para o usuário que acessa o serviço em busca de atenção programada. Isto torna o momento da atenção em urgência único para o contato do profissional com uma pessoa que tem menor perspectiva de acesso à atenção programada, pois é neste momento que possível compreender e tentar buscar reverter esta situação.

O arranjo organizativo em Rede de Atenção às Urgências e Emergências busca promover a ampliação do acesso e melhoria da qualidade na atenção, com ênfase em agravos específicos. A ampliação da estratégia de saúde a família em direção aos

vazios assistenciais garantiria por si só grande parte dos atendimentos de urgência odontológica, mas exige melhorias no processo de trabalho. Neste sentido, a matriz classificatória potencializa o planejamento da atenção frente a necessidades odontológicas. Poderíamos questionar o uso desta matriz em relação ao uso de necessidades odontológicas frente outras possibilidades mais abrangentes como classificações de vulnerabilidade. No entanto, também podemos considerar que elas são convergentes, pois tem determinantes comuns, que o tempo dispendido na classificação por necessidades é muito baixo e que a classificação produz informações sobre o atendimento capaz de direcionar ações específicas de Odontologia.

Para dar conta da integralidade na atenção às urgências odontológicas, considerando a necessidade de dar retaguarda e de prestar atendimento ininterrupto é essencial contar com o acesso aos serviços de atenção secundária. Ainda que se tenha observado um redirecionamento na rede de atenção, os vazios assistenciais, as debilidades na interface e a tendência estacionária no total de atendimentos na atenção secundária indicam que há necessidade de ampliação do acesso neste ponto de atenção e melhorias na organização da rede.

Reconhecendo que o acolhimento com classificação de risco melhora a qualidade da atenção em urgência e que, de certa forma, é uma barreira ao uso eletivo dos serviços de urgência, o uso limitado deste recurso precisa ser revertido. Este é um desafio da gestão da rede e dos serviços em todos os pontos de atenção.

Para além da reflexão da atenção às urgências que os estudos propiciaram, ressalta-se a importância e necessidade de constante aprimoramento no sistema de informação do SUS, assim como na organização e cuidado em sua alimentação. O estudo de séries históricas permitiu visualizar o efeito da mudança de códigos após

2008 que melhorou a qualidade da informação, mas impossibilitou o acompanhamento de vários registros. Além disso, foram visualizados registros mensais muito discrepantes que, talvez, possam ser reduzidos no futuro com melhorias, tanto na educação permanente de quem registra e alimenta os dados, quanto em equipamentos e tecnologias que analisem estes dados.

Com esta tese espera-se ter colaborados com a reflexão sobre a rede de atenção às urgências odontológicas e que os resultados e as lacunas de pesquisa encontrados estimulem gestores, profissionais e pesquisadores à ação em prol da saúde bucal e à defesa do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, et al. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-597.
2. Sheiham A, Williams DM, Weyant RJ, et al. Billions with oral disease A global health crisis - A call to action. *J Am Dent Assoc*. 2015;146(12):861-864.
3. Starfield B, Gérvas J, Mangin D. Clinical Care and Health Disparities. *Annu Rev Public Health*. 2012;33(1):89-106.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília; 2012.
5. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2nd ed. Brasília; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília; 2018.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.
8. Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE. Improving Access to Care. In: Gerald F. Kominski, ed. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*. 4th ed. ; 2013:33-69.
9. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil. Edição Revisada, Ampliada e Atualizada até a Emenda Constitucional Nº 48 de 10 de Agosto de 2005*. Rio de Janeiro: Escala; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. http://www.impresnacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.

11. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC dos. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):327-338.

12. Brasil. Histórico da cobertura, de pagamento.

http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Accessed November 20, 2018.

13. Brasil. e-Gestor. Atenção Básica. Relatório de Histórico de Cobertura.

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.a.xhtml>. Published 2018. Accessed November 20, 2018.

14. Brasil. *Portaria 599/GM de 23 de Março de 2006. Define a Implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e Estabelece Critérios, Normas e Requisitos Para Seu Financiamento*. Brasil: Diário Oficial da União. 24 Mar; 2006.

15. Brasil. *Portaria 600/GM de 23 de Março de 2006. Institui o Financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas*. Diário Oficial da União. 24 Mar; 2006.

16. Brasil. *Portaria 2898/GM de 21 de Setembro de 2010. Atualiza o Anexo Da Portaria 600/GM de 23 de Março de 2006*. Diário Oficial da União. 23 Set; 2010.

17. Brasil. DATASUS. Tabnet. Rede Assistencial.

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11656&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/hab>. Accessed November 20, 2018.

18. Brasil. *Portaria 1032/GM de 5 de Maio de 2010. Inclui Procedimento*

Odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS, Para Atendimento às Pessoas com Necessidades Especiais. Diário Oficial da União. 06 Mai; 2010.

19. Brasil. *Portaria 718/GM de 20 de Dezembro de 2010. Altera a Estrutura Da Tabela, Exclui, Inclui, e Compatibiliza Procedimento Odontológico Na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais Do Sistema Único de Saúde – SUS.* Diário Oficial da União. 31 Dez; 2010.

20. Brasil. *Retificação na Portaria 718/GM de 20 de Dezembro de 2010.* Brasil: Diário Oficial da União. 08 Fev.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).* 1st ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

22. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM N° 1246, de 8 de Janeiro de 1988. Código de Ética Médica.*

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência.” 2014.

24. Brasil. *Portaria N° 2.657, de 16 de Dezembro de 2004. Estabelece as Atribuições Das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o Dimensionamento Técnico Para a Estruturação e Operacionalização Das Centrais SAMU- 192.* Brasil; 2004.

25. Giglio-Jacquemot A. *Urgências e Emergências Em Saúde: Perspectivas de Profissionais e Usuários.* (FIOCRUZ E, ed.). Rio de Janeiro; 2005.

26. Pinto EC, Barros VJ de A, Coelho M de Q, Costa S de M. Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros. *Arq Odontol.*, 2012;48(3):166-174.

27. Perrin D, Ahossi V, Larras P PM. *Urgência Em Odontologia*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

28. Porto Alegre (Cidade), Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Urgências em Odontologia*. Porto Alegre; 2014.

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_de_urgencias_odontologia_a5.1.pdf.

29. São Paulo (Cidade), Secretaria da Saúde. Diretrizes para a atenção em saúde bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. 2012:97.

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf.

30. Distrito Federal (Distrito Federal), Secretaria de Estado de Saúde. Urgências odontológicas. 2017:1-16. http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/13.-Urgencias_Odontologicas.pdf.

31. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [internet]. 2017. Ed. São Paulo (SP): BIREME/OPAS/OMS. 2017 [atualizado 2017 Mai; citado 2019 Mar 11]. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org>

32. Medical Subject Headings: MeSH [internet]. National Center of Biotechnology Information. United States National Library of Medicine. [citado 2019 Mar 11].

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=emergencies>

33. Merriam-Webster dictionary [internet]. [citado em 2019 Mar 11]. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com>

34. Martens LC, Rajasekharan S, Jacquet W, Vandenbulcke JD, Van Acker JWG, Cauwels R. Paediatric dental emergencies: a retrospective study and a proposal for definition and guidelines including pain management. *Eur Arch Paediatr Dent*.

2018;19(4):245-253.

35. Brasil. *Portaria 1600/GM de 07 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União. Seção 1:69. Diário Oficial da União. 8 de Jul; 2011.

36. Brasil. *Portaria 10/GM de 03 de Janeiro de 2017. Redefine as Diretrizes de Modelo Assistencial e Financiamento de UPA 24 Horas de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União. Seção 1 (3): 34-37. 04 Jan.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas Mais Comuns na Atenção Básica*. Vol II. Brasília; 2008.

http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf.

38. São Paulo. Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal. 2009:89.

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003-Condições de saúde bucal da população brasileira de 2002-2003. Resultados Principais. 2003.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais*. 1st ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0142922>
<http://www.ama.ba/index.php/ama/article/view/188>
<http://www.trialsjournal.com/content/16/1/426>
<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/12/52>
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_naci.

41. Brasil. *Portaria Nº 10, de 3 de Janeiro de 2017. Redefine as Diretrizes de Modelo Assistencial e Financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento Como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União. Seção 1 (3):34, 4 Jan; 2017.

42. Lucena EHG, Carvalho WM. O componente “saúde bucal” do PMAQ-AB e indicadores de Saúde Bucal na Atenção Básica. 2011.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo.*; 2012.

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde., Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e Nasf. 2017:89.

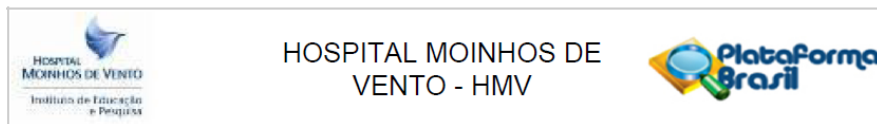
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.

45. Brasil. Ministério da Saúde. *IDSUS Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. http://idsus.saude.gov.br/indic_idsus.html.

46. Mello ALSF de, Andrade SR de, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Cien Saude Colet*. 2014;19(1):205-214.

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO MANUSCRITO 3


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MATRIZ DE ALOCAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Pesquisador: Denise Antunes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 13594113.0.0000.5330

Instituição Proponente: Hospital Moinhos de Vento - HMV

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 337.813

Data da Relatoria: 05/07/2013

Apresentação do Projeto:

A crescente demanda por serviços públicos odontológicos e desigualdades inaceitáveis no estado de saúde bucal no Brasil, têm exigido o desenvolvimento de estratégias inovadoras para melhorar o acesso aos cuidados integral de saúde bucal. A realização deste estudo está motivada pela importância de validar critérios de classificação de risco em saúde bucal, a fim de qualificar o acesso da população ao cuidado integral proporcionado no âmbito da atenção primária à saúde. Com o propósito de subsidiar a tomada de decisão na alocação oportuna dos recursos públicos em saúde bucal, esta pesquisa visa avaliar a validade preditiva de critérios de acesso ao cuidado odontológico fornecido pelas Equipes de Saúde da Família. Os critérios a serem estudados nesta pesquisa estão contidos na estrutura de uma "Matriz de Alocação de Recursos", mostrada no Anexo 4. Esta matriz foi desenvolvida e avaliada em um estudo anterior conduzido pela autora da presente proposta, onde as unidades de Saúde da Família sob responsabilidade da Associação Hospitalar Moinhos de Vento foram campo de pesquisa. Os resultados daquele estudo foram publicados em 2010, como dissertação de mestrado pela Universidade de Western Cape, África do Sul. Naquele estudo, a matriz obteve validade de face dos critérios de acesso à atenção primária em saúde bucal. OBJETIVOS- Avaliar a validade e aplicabilidade de uma matriz de alocação de recursos para o cuidado em saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, visando contribuir para

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br